



HAL
open science

À quel moment le médecin généraliste formé à l'acupuncture l'utilise-t-il dans la prise en charge de la lombalgie chronique ?

Pierre-Marie Quittet

► To cite this version:

Pierre-Marie Quittet. À quel moment le médecin généraliste formé à l'acupuncture l'utilise-t-il dans la prise en charge de la lombalgie chronique ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02318611

HAL Id: dumas-02318611

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02318611>

Submitted on 17 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN – NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 12 juin 2019

par

M. QUITTET Pierre-Marie Jean

Né le 12 juillet 1988 à CAEN (Calvados)

TITRE DE LA THÈSE :

**À QUEL MOMENT LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FORMÉ
À L'ACUPUNCTURE L'UTILISE-T-IL DANS LA PRISE EN
CHARGE DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE ?**

Président : Monsieur le Professeur MARCELLI Christian

Membres : Madame le Docteur DE JAEGHER NOEL Sophie

Monsieur le Docteur LE BAS François

Monsieur le Docteur HUMBERT Xavier « Directeur de thèse »

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO ManhThông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. Médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Éméritat jusqu'au 31/01/2020 Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Éméritat jusqu'au 31/08/2020 Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie

Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie <small>(fin 31/08/2021)</small>	Médecine générale
M.	LE BAS François <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas <small>(fin 31/08/19)</small>	Médecine générale

Remerciements

Au professeur Christian Marcelli, qui a accepté de présider cette thèse. Merci de votre disponibilité tout au long du cursus de médecine.

Aux Docteurs Sophie De Jaegher-Noel et François Le Bas, qui ont accepté d'être présents dans mon jury de thèse.

Au Docteur Xavier Humbert. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci également pour ta disponibilité, ta gentillesse et tes mots qui reboostent quand il le faut.

Aux médecins acupuncteurs qui ont accepté de répondre à ma thèse.

A ces médecins qui m'ont formé et qui m'inspirent chaque jour. C'est eux qui font le médecin que je suis aujourd'hui.

A mes amis. Et non Alex, je ne suis pas architecte !

A mes parents, sans qui je n'aurais peut-être pas eu ce parcours, pour leur amour, leurs bons conseils et leur temps.

A mes beaux parents et Julie, pour leur soutien et de m'avoir si bien accueilli dans la famille.

A ma sœur Marie-Sophie, pour ton aide, ta folie, et d'être ce que tu es. Merci de m'avoir apporté Paul, Arthur et Oscar.

A Blandine. Merci de m'avoir donné la joie d'être père avec Jade et Joséphine. Merci de ton soutien, de ta joie et de ton amour. Merci de faire de moi l'homme que je suis aujourd'hui.

A mes deux filles Jade et Joséphine. Continuez de grandir et de nous rendre si fiers de vous. Je vous aime plus que tout.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cités, mais qui se reconnaîtront

Liste des abréviations :

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AP-HP : Assistance publique des hôpitaux de Paris

BCA : British Council of Acupuncture

COFER : Collège français des enseignants de rhumatologie

CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des libertés

DIU : Diplôme inter-universitaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EC : Examens complémentaires

EI : Effet indésirable

F.A.FOR.ME.C : Fédération des acupuncteurs pour leur formation médicale continue

HAS : Haute autorité de santé

IP : Internet protocol

IRM : Imagerie par résonance magnétique

JC : Jésus-Christ

MG : Médecin généraliste

SMR : Service médical rendu

TENS : Neurostimulation électrique transcutanée

INDEX Tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Tableau 2 : Répartition géographique du lieu d'exercice

Tableau 3 : Traitement par ordre d'intention

Tableau 4 : Effet recherché lors d'une séance d'acupuncture dans la lombalgie chronique

Tableau 5 : Fréquence des séances d'acupuncture

Tableau 6 : Effets indésirables les plus fréquents

Tableau 7 : Comparaison des pratiques en fonction de l'apparition de l'acupuncture dans la prise en charge de la lombalgie chronique

Tableau 8 : Comparaison de la population en fonction de l'acupuncture en première intention

Tableau 9 : Caractéristiques de la population selon la déclaration des effets indésirables

Tableau 10 : Caractéristiques de la population selon la pratique de l'acupuncture et des examens complémentaires

Figure 1 : Répartition géographique des réponses

Table des matières

Introduction.....	1
1. La lombalgie chronique.....	1
1.1. Epidémiologie.....	1
1.2. Définition et classification	1
1.3. Prise en charge	2
1.3.1. Prise en charge pluridisciplinaire	2
1.3.2. Conférence de consensus de l'HAS	2
1.3.2.1. Traitement pharmacologique	2
1.3.2.2. Traitement non pharmacologique	2
1.3.2.3. Prise en charge chirurgicale.....	3
2. L'acupuncture	3
2.1. Histoire de l'acupuncture	3
2.2. L'acupuncture en France.....	4
2.3. Contre indications.....	4
2.4. Grands principes	4
2.5. Action biologique de l'acupuncture	5
2.6. Les raisons générales du recours à l'acupuncture par les patients	5
3. L'acupuncture et la lombalgie chronique.....	5
3.1. Etudes concernant l'efficacité.....	5
3.2. Place de l'acupuncture dans la prise en charge de la lombalgie chronique.....	6
Matériel et Méthodes.....	6
1. Hypothèse de recherche	6
2. Schéma de l'étude	6
3. Les critères d'inclusions et d'exclusions	6
4. Recueil de données	7
5. L'analyse statistique.....	7
6. Règlement juridique	8
Résultats	8
1. Analyse descriptive	8
1.1. Nombre de réponses et participation.....	8
1.2. Populations.....	8
1.3. Réponses à la vignette clinique	10
1.4. Réponses aux questions spécifiques	11
2. L'acupuncture en première intention versus ultérieurement.....	12
2.1. Pratique médicale.....	12
2.2. Population	12
3. Analyse exploratoire	13
3.1. Au niveau des effets indésirables.....	13

3.2. En fonction de la réalisation d'examen complémentaire avant la première séance d'acupuncture	13
Discussion	14
1. Rappel des principaux résultats	14
1.1. A quel moment l'acupuncture est proposée.....	14
1.2. Les effets indésirables.....	15
1.2.1. Selon l'âge	15
1.2.2. Selon les données de la littérature.....	15
1.3. But de l'acupuncture	16
1.4. Apport de l'étude	16
2. Force de notre travail	17
2.1. Une étude originale	17
2.2. Le choix du type d'étude.....	17
2.3. Représentativité de l'échantillon	17
3. Limite et biais de l'étude.....	18
3.1. Recrutement.....	18
3.2. Taux de participation	18
3.3. Remarques sur le questionnaire	18
3.4. Concernant les réponses de la question 2.....	19
3.5. Population étudiée par rapport à la pratique médicale générale.....	19
4. Etude complémentaire	19
Conclusion.....	20

Introduction

Au cours de ma pratique, j'ai constaté que les consultations pour lombalgie étaient très fréquentes. Bien souvent, la prise en charge ne posait pas de difficulté particulière. Parfois, les douleurs se pérennisaient et je souhaitais apporter un soulagement supplémentaire aux patients, sans pour autant leur faire prendre de risque. Je me suis donc intéressé à l'acupuncture dans la lombalgie chronique.

1. La lombalgie chronique

1.1. Epidémiologie :

En médecine générale, les consultations pour lombalgie font partie du quotidien du médecin. En effet, c'est le 7^{ème} motif de consultation le plus fréquent en 2004 et le 8^{ème} motif le plus fréquent de consultation en 2009 selon la société française de médecine générale, représentant près de 7% de l'ensemble des consultations(1,2). C'est également la maladie chronique la plus répertoriée en 2012 (19.2%) (3). Parmi les consultations pour lombalgies aiguës, 5% deviendront des lombalgies chroniques (4).

La prise en charge des lombalgies a également un réel enjeu économique et social. En effet, les lombalgies représentent 20% des accidents de travail, pour un coût global d'un milliard d'euros par an en France si l'on regroupe les indemnités journalières, la prise en charge des soins et les séquelles sous forme de rente ou de capital (5). Cela représente également 30% des arrêts maladie de plus de 6 mois (6) et 2 travailleurs sur 3 en ont déjà souffert au moins une fois. C'est la troisième cause d'admission en invalidité(6).

1.2. Définition et classification

La lombalgie se découpe en 3 évolutions selon sa durée dans le temps :

- la lombalgie aiguë qui évolue de 0 à 6 semaines ;
- la lombalgie subaiguë qui évolue entre 7 et 11 semaines ;
- la lombalgie chronique qui évolue depuis plus de 3 mois.

La lombalgie chronique est donc définie comme une douleur lombaire mécanique, irradiant parfois aux fesses, mais sans atteinte radiculaire et évoluant depuis plus de 3 mois. Elle entrave peu les activités mais présente un réel impact sur la vie socioprofessionnelle et économique du patient. Elle n'est pas liée à une atteinte physique, bien que de l'arthrose lombaire soit très fréquente chez ces patients. Il n'y a d'ailleurs pas de corrélation entre l'importance de l'arthrose et l'intensité de la douleur. La dernière conférence de consensus d'octobre 2015 portant sur l'indication chirurgicale dans la lombalgie chronique propose de différencier les lombalgies chroniques dégénératives des lombalgies chroniques non dégénératives(7).

1.3. Prise en charge

1.3.1. Prise en charge pluridisciplinaire

Pour prendre en charge les lombalgies chroniques, le médecin généraliste (MG) dispose d'un vaste arsenal thérapeutique. Ce choix varié est important car le traitement des douleurs chroniques nécessite une prise en charge globale du patient, avec une intervention pluridisciplinaire. Les MGs, les médecins spécialistes d'organes et les paramédicaux (tels que les kinésithérapeutes, ostéopathes, psychologues) travaillent ensemble à l'amélioration de l'état de santé du patient dans la lombalgie chronique. L'investissement personnel du patient est également important pour la bonne résolution de son problème de santé, et il doit avoir une part active à son bon rétablissement(8,9).

1.3.2. Conférence de consensus de l'HAS

Actuellement, la dernière conférence de consensus de la lombalgie chronique faite par l'HAS remonte à 2000. De plus selon l'HAS, une recommandation de bonne pratique datant de plus de 5 ans commence à être obsolète(10). On peut cependant y trouver une première aide à la prise en charge du patient.

1.3.2.1. Traitements pharmacologiques

On dispose de plusieurs traitements pharmacologiques comprenant :

-les antalgiques allant du pallier 1 à dose optimale (paracétamol, voire néfopam dans une moindre mesure) ;

-les antalgiques de pallier supérieur (pallier 2 avec la codéine, le tramadol, l'opium et pallier 3 avec les autres morphiniques) en cure courte et de façon progressivement croissante ;

-les anti-inflammatoires et myorelaxants pour les poussées aiguës. Cependant, le myorelaxant préconisé (tétrazepam) dans la conférence de consensus a été retiré du marché depuis sa publication(11). Les autres myorelaxants disponibles actuellement sur le marché comme le thiocolchicoside n'ont pas clairement démontré leur efficacité, mais présentent des effets indésirables (EIs) ne justifiant pas leur prescription(12). De plus, l'HAS a publié en 2016 un service médical rendu (SMR) insuffisant pour ce traitement (13) ;

-les infiltrations de corticoïdes à discuter au cas par cas ;

-les antidépresseurs tricycliques (amitriptiline, clomipramine, imipramine).

1.3.2.2. Traitements non pharmacologiques

Les mesures thérapeutiques non médicamenteuses comprennent :

-la balnéothérapie à court terme qui améliore les douleurs et la fonction(14) ;

-la neurostimulation électrique transcutanée (TENS), bien que des études complémentaires sur son efficacité aient été recommandées lors de la publication de la conférence de consensus ;

-l'exercice physique, associé aux bons conseils ergonomiques et à une bonne hygiène de vie. Cependant, le résultat dépend de la motivation et de l'observance des patients ;

-les manipulations vertébrales (ostéopathie) et la kinésithérapie ;

-la prise en charge pluridisciplinaire comprenant, dans des proportions restant à définir, de l'éducation thérapeutique, une prise en charge psychologique avec des thérapies comportementales et le retour au travail pour les patients atteints de lombalgies chroniques ;

-le thermalisme, qui a un effet antalgique et restaure la fonction ;

-l'acupuncture était dans les années 2000 encore en cours d'étude avec un effet antalgique mal démontré, principalement en raison d'études scientifiques de faible niveau de preuve. Cependant, elle apparaît dans l'arbre décisionnel de l'HAS concernant les lombalgies chroniques (annexe 1).

1.3.2.3. Prise en charge chirurgicale

La prise en charge chirurgicale est une option qui reste exceptionnelle dans la lombalgie chronique. En octobre 2015, l'HAS a refait une recommandation de bonne pratique sur l'intérêt de la chirurgie et les conditions cliniques nécessaires à sa réalisation(7). Les indications proposées alors ne portent que sur la lombalgie chronique dégénérative discogénique ou facettaire ou mixte. On rappelle que le résultat d'une arthrolyse n'est pas supérieur à la rééducation intensive associée à la thérapie cognitive sur la récupération de la douleur et de la fonction (7).

2. L'acupuncture

2.1. Histoire de l'acupuncture

L'acupuncture est une pratique ancienne, issue de la médecine traditionnelle chinoise. Elle est née en Chine plusieurs siècles avant Jésus-Christ (JC) (datée entre 15 à 10 siècles avant JC). Les premiers écrits retrouvés de l'acupuncture datent de -580 avant JC. Elle est pratiquée surtout en Asie, puis arrive en Europe de façon fugace en 1679 via un médecin de la compagnie des Indes. En 1934, Soulier de Morant l'implante en France à travers plusieurs ouvrages références(15).

L'acupuncture connaît un succès croissant auprès des patients et ainsi une diffusion mondiale est constatée. Elle a d'ailleurs été inscrite en 2010 au patrimoine mondial immatériel de l'UNESCO(16).

Elle a été introduite dans les pratiques médicales des nations occidentales sans que ses fondements théoriques aient été pour autant reconnus mais la stratégie de l'OMS concernant ces médecines complémentaires pour les années à venir est de clarifier leurs efficacités.

2.2. L'acupuncture en France

L'acupuncture en France est pratiquée à large échelle depuis le XXème siècle. En 2006, 3710 médecins dont 3104 MGs pratiquent l'acupuncture(17). Les données ne sont pas précises car les formations d'acupuncture sont multiples (diplôme inter-universitaire (DIU) d'acupuncture, formation sur la médecine chinoise...) et tous les médecins ne déclarent pas obligatoirement leur formation, comme nous l'a confirmé le conseil national de l'ordre des médecins (annexe 2). Parmi ces MGs, certains délaissent la médecine générale occidentale pour ne pratiquer qu'exclusivement l'acupuncture.

Bien que plusieurs formations existent, seul le DIU est reconnu par le conseil de l'ordre des médecins.

L'acupuncture est d'ailleurs un acte reconnu par la sécurité sociale et dispose d'une cotation particulière depuis 2005 (QZRB001, remboursée à hauteur de 18€). Elle est réalisée selon certaines conditions recommandées par la HAS(18), à savoir des locaux adaptés, une bonne gestion des déchets médicaux et un bon respect de l'hygiène avec notamment des aiguilles à usage unique jetées dans un collecteur spécifique. Ces principes de précaution sont également repris par l'OMS(19).

Depuis quelques années, l'intérêt porté aux médecines complémentaires, comme l'acupuncture, est croissant, avec une médiatisation de plus en plus présente. En 2010, le comité d'orientation en matière de médecines complémentaires de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a été créé afin de coordonner les soins et la recherche en médecine chinoise(20).

2.3. Contre-indications

Les contre-indications à l'acupuncture sont peu nombreuses étant donné que cette pratique est considérée comme une médecine douce, avec peu d'EIs si on respecte les bonnes pratiques. Cependant, l'OMS encadre les risques en énonçant des contre-indications relatives(19) :

- trouble de la coagulation ;
- certains points d'acupuncture pendant la grossesse ;
- l'urgence médicale (l'acupuncture n'est pas un traitement de l'urgence) ;
- tumeur maligne (la pose d'aiguilles au site d'une tumeur maligne est interdite, mais utile en dehors de cette zone pour le traitement des nausées liées aux traitements).

On peut également penser que les patients présentant une allergie au composant des aiguilles (nickel ou chrome), tout comme les patients plus fragiles, notamment les porteurs de valve cardiaque, devraient éviter l'acupuncture(21).

2.4. Grands principes

La médecine traditionnelle chinoise et l'acupuncture se basent sur l'équilibre du yin et du yang et de l'énergie vital Qi (se prononce Tchi) qui circule via les 12 paires de méridiens

principaux bilatéraux et symétriques, 2 méridiens centraux (communément appelés central et gouverneur) et 8 extra-méridiens qui parcourent le corps. Chaque méridien a son propre circuit qui comporte un trajet interne profond et un trajet externe plus superficiel(22). Cette notion est totalement absente du raisonnement médical conventionnel, étant donné qu'il n'y a pas de corrélation anatomique.

L'acupuncture, à travers l'implantation d'aiguille dans la peau, stimule des points d'acupuncture (officiellement fixé à 361 en 1982(15), ainsi que des points « hors méridiens »), afin de réguler les déséquilibres du Qi.

Le raisonnement se fait selon une analyse holistique du patient et pas uniquement sur le problème qui a amené le patient à consulter.

2.5. Action biologique de l'acupuncture

Pour comprendre l'action de l'acupuncture, plusieurs hypothèses ont été soulevées.

Il semblerait que la libération d'endorphines et une modification de la pression sanguine expliqueraient en partie l'action de l'acupuncture(23). Il y aurait également une activation de l'hypothalamus et de la glande pituitaire(23).

2.6. Les raisons générales du recours à l'acupuncture par les patients

Plusieurs motivations se retrouvent dans la littérature (24) pour avoir recours à l'acupuncture :

- la recherche d'un complément de thérapeutique afin d'obtenir un meilleur soulagement du patient ;

- la recherche de traitements avec peu d'EIs ;

- la recherche d'un autre type de médecine, en fonction des croyances personnelles ;

- l'écoute et la relation médecin-malade prennent un aspect différent.

3. L'acupuncture dans la lombalgie chronique.

3.1. Etude concernant l'efficacité

L'efficacité de l'acupuncture dans la lombalgie chronique a été étudiée dans plusieurs travaux. Cependant, la réalisation de cette technique contre placebo dans des études en double aveugle n'est pas facile à mettre en place. L'efficacité a donc été étudiée soit en comparaison à ne rien faire, soit contre une acupuncture simulée (c'est-à-dire que les aiguilles étaient mises volontairement en dehors des points d'acupuncture), mais la qualité des études reste très fluctuante.

Une revue de la Cochrane(25), réalisée en 2005, a repris 35 études sur l'efficacité de l'acupuncture dans la lombalgie. Il en ressort que les données sont insuffisantes pour conclure à une efficacité de l'acupuncture dans la lombalgie aiguë, mais concernant la

lombalgie chronique, on constate une amélioration de la douleur à 3mois et une amélioration de la fonction sur du court terme. L'acupuncture seule est plus efficace que l'abstention thérapeutique et l'acupuncture pratiquée en plus d'un traitement conventionnel est plus efficace que le traitement conventionnel seul, mais on ne peut pas conclure à une supériorité de l'acupuncture par rapport aux manipulations ni par rapport à l'exercice physique(23).

L'Académie nationale de médecine a rendu en mars 2013 un rapport concernant les médecines complémentaires(26). On y trouve un chapitre concernant l'acupuncture et l'intérêt de celle-ci dans l'arsenal thérapeutique du praticien. Ils se basent sur plusieurs études dont la méta-analyse de la revue Cochrane(25) pour conclure à un intérêt de l'acupuncture.

L'attente du patient sur l'efficacité de l'acupuncture influence aussi l'efficacité de l'acupuncture, tout comme la relation médecin-malade(27). Elle a également l'avantage d'être décrite par les patients comme non toxique, naturelle et sans interaction(28).

3.2. Place de l'acupuncture dans la prise en charge de la lombalgie chronique

L'acupuncture est une thérapeutique complémentaire dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Cependant, aucune donnée bibliographique ne précise à quel moment de la prise en charge de la lombalgie chronique l'acupuncture doit faire son apparition.

L'objectif de ce travail est donc de déterminer à quel moment de la prise en charge de la lombalgie chronique le MG peut proposer l'acupuncture. Ainsi, nous étudierons plus précisément le retour d'expérience des MGs formés à l'acupuncture dans le cadre des lombalgies chroniques.

Matériel et Méthodes

1. Hypothèse de recherche

Ce travail cherche à savoir si l'acupuncture est utilisée en première intention ou ultérieurement dans la prise en charge d'une lombalgie chronique par des MGs formés à l'acupuncture.

2. Schéma de l'étude

Pour répondre à nos objectifs, une étude quantitative, descriptive et transversale a été menée, à visée exploratoire.

3. Les critères d'inclusions et d'exclusions

Les médecins sélectionnés devaient être des MGs thésés, ayant une activité libérale (partielle ou complète), et pratiquant l'acupuncture de façon non exclusive. Ils devaient être en activité, installés ou remplaçants.

Ont été exclus :

-les médecins non thésés ou retraités ;

- les médecins pratiquant une autre spécialité que la médecine générale ;
- les médecins pratiquant de façon exclusive l'acupuncture.

4. Recueil de données

Un auto-questionnaire standardisé a été envoyé par mail à un échantillon de MGs de France métropolitaine formés à l'acupuncture.

Le questionnaire a d'abord été relu et corrigé par 6 relecteurs :

- quatre MGs dont un formé à l'acupuncture ;
- un praticien acupuncteur exclusif ;
- une personne non médecin (afin de s'assurer de la compréhension du texte et des questions).

Le mail d'envoi comprenait une introduction et un lien vers le questionnaire.

L'auto-questionnaire comprenait deux parties : la première portait sur une vignette clinique de lombalgie chronique classique selon la description d'une lombalgie chronique établie par le collège français des enseignants de rhumatologie (COFER), suivie de questions portant sur ce cas. Nous n'avons volontairement pas fait faire de radiographie lombaire lors de la deuxième partie de la vignette clinique (bien que ce soit recommandé par l'HAS), car une question portait sur les examens complémentaires. Nous avons préféré faire une IRM afin d'éliminer le moindre doute sur les diagnostics différentiels de lombalgie chronique.

La deuxième partie contenait des questions plus ciblées sur l'acupuncture et des données administratives.

Le recrutement des MGs s'est fait grâce à l'annuaire en ligne de la Fédération des acupuncteurs pour leur formation médicale continue (F.A.FOR.ME.C). Seuls les MGs ayant précisé leur adresse mail ont été contactés car l'auto-questionnaire n'était réalisable qu'en ligne. Le questionnaire était dématérialisé afin de pouvoir faire une relance pour les MGs n'ayant pas répondu et d'éviter les doublons. Ce format de réponse laissait le médecin s'organiser pour pouvoir répondre sans risquer de perturber son activité.

Le questionnaire a été envoyé une première fois le 15 mai 2018 puis une relance a été envoyée vers les MGs n'ayant pas répondu un mois après le premier envoi.

Le recueil des réponses a été clôturé le 31 juillet 2018.

5. L'analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du site internet www.biostaTGV.com. Le calcul des p-value se fait avec un test exact de Fisher dans la majorité des cas. Le test de χ^2 a également été utilisé pour quelques calculs quand les effectifs le permettaient.

Nous avons choisi comme significatif les valeurs-p inférieures à 0.05, conformément à un risque de première espèce de 0.05%.

6. Règlement juridique

La vie privée et la liberté des participants au questionnaire étant préservées, ce travail était dispensé de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Nous avons suivi les recommandations de la CNIL concernant l'utilisation des données personnelles, à savoir le respect de l'anonymat et l'information des personnes.

L'anonymat était généré directement via le logiciel Lime Survey®, qui nous donnait uniquement les résultats recueillis sur le questionnaire sans possibilité de récupération de l'adresse IP, et donc d'identification. Concernant l'information des personnes, le mail contenant le lien du questionnaire informait les MGs de l'objet de ce travail et de l'anonymat des réponses.

Résultats

1. Analyse descriptive

1.1. Nombre de réponses et participation

Le 15 mai 2018, 270 questionnaires ont été envoyés. Parmi cela, 6 ont été exclus car les praticiens avaient un ou plusieurs critères d'exclusion (2 retraités, 2 praticiens exerçant une autre spécialité que la médecine générale, et 2 praticiens exerçant l'acupuncture exclusivement). Nous avons reçu 33 réponses complètes au questionnaire, soit un taux de réponse de 12.5%.

1.2. Population

Sur les 33 réponses, 5 praticiens (15.1%) avaient moins de 50 ans, et 18 praticiens (54.5%) avaient plus de 60 ans.

Les hommes sont plus représentés car on compte 20 hommes (60.6%) contre 13 femmes (39.4%) (Tableau 1).

Concernant leur type d'exercice, les praticiens exerçaient principalement en milieu urbain (51.5%) ou semi rural (36.4%) et n'avaient pas d'activité universitaire (71.85%) (tableau 1).

Age	30-39ans	40-49ans	50-59ans	60ans et plus
	2 (6.1%)	3 (9.1%)	10 (30.3%)	18 (54.5%)
Sexe	Homme		Femme	
	20 (60.6%)		13 (39.4%)	
Type d'exercice	Rural	Mixte	Urbain	
	4 (12,1%)	12 (36,4%)	17 (51,5%)	
Activité universitaire	MSU	Nommé	Aucune	
	2 (6,25%)	7 (21,9%)	23 (71,55%)	

Les MGs interrogés étaient répartis sur l'ensemble de la France métropolitaine avec une répartition homogène (Tableau 2 et Figure 1).

Région	Départements
Auvergne-Rhône-Alpes (n=6)	Loire (n=1) Rhône (n=4) Isère (n=1)
Bourgogne-Franche-Comté (n=2)	Côte D'Or (n=1) Doubs (n=1)
Bretagne (n=1)	Finistère (n=1)
Centre-Val-De-Loire (n=2)	Eure-et-Loir (n=1) Loiret (n=1)
Corse (n=0)	
Grand-Est (n=5)	Moselle (n=1) Bas-Rhin (n=3) Haut-Rhin (n=1)
Hauts-De-France (n=2)	Nord (n=1) Aisne (n=1)
Ile-de-France (n=2)	Paris (n=2)
Normandie (n=1)	Seine-Maritime (n=1)
Nouvelle-Aquitaine (n=2)	Pyrénées-Atlantiques (n=1) Landes (n=1)
Occitanie (n=6)	Hérault (n=2) Lozère (n=1) Lot (n=1) Aveyron (n=2)
Pays-De-La-Loire (n=0)	
Provence-Alpes-Côte-d'Azur (n=4)	Alpes-Maritimes (n=1) Vaucluse (n=2) Var (n=1)

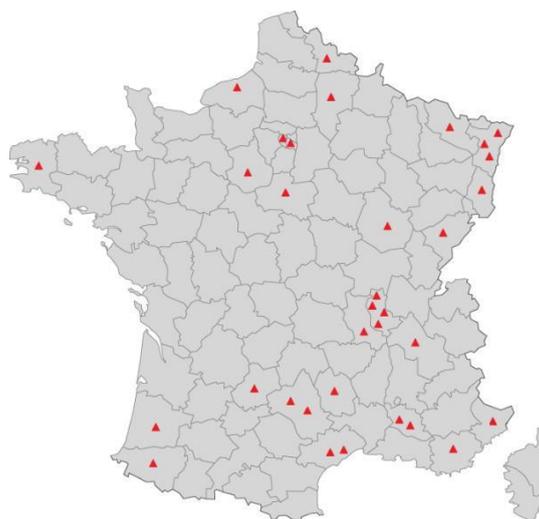


Figure 1 : répartition géographique des réponses

1.3. Réponses à la vignette clinique

45,5% des MGs ne prévoyaient aucun examen complémentaire en première intention. L'examen le plus prescrit après était une radiographie (42,5%). Seuls 12% faisaient en première intention un autre type d'examen complémentaire (biologie 3%, IRM 3%, et tomodensitométrie 6%).

Au point de vue thérapeutique, 19 MGs (57,6%) proposaient de faire de l'acupuncture en première intention, avant même les antalgiques plus conventionnels. 9 MGs (27,3%) le proposaient en seconde intention, et 3 praticiens (9,1%) en troisième intention. Seul un praticien (3,0%) ne proposait pas d'acupuncture (tableau 3).

	1 ^{ère} intention	2 nd intention	3 ^{ème} intention	4 ^{ème} intention	Total
Acupuncture	19 (57,6%)	9 (27,3%)	3 (9,1%)	1 (3%)	32 (97%)
Antalgiques de pallier 1	9 (27,3%)	7 (21,2%)	4 (12,1%)	3 (9,1%)	23 (69,7%)
Kinésithérapie	3 (9,1%)	4 (12,1%)	7 (21,2%)	1 (3%)	15 (45,5%)
Ostéopathie	1 (3%)	4 (12,1%)	4 (12,1%)	2 (6,1%)	11 (33,3%)
Myorelaxant	1 (3%)	3 (9,1%)	1 (3%)	1 (3%)	6 (18,2%)
Antalgiques de pallier 2	0	2 (6,1%)	0	3 (9,1%)	5 (15,2%)
Balnéothérapie	0	0	0	1 (3%)	1 (3%)
Antalgiques de pallier 3	0	0	0	0	0
Infiltrations	0	0	0	0	0
Antidépresseurs tricycliques	0	0	0	0	0
Rien	0	4 (12,1%)	14 (42,4%)	21 (63,6%)	

L'acupuncture était l'option thérapeutique choisie en première intention (19 praticiens, soit 57,6%). 10 praticiens (30,0%) choisissent un traitement pharmacologique en première intention (1 myorelaxant soit 3,0%, et 9 antalgiques de paliers 1 soit 27,3%).

Au total, l'acupuncture est l'option thérapeutique la plus proposée puisque 32 des 33 praticiens (97%) proposent l'acupuncture dans leur prise en charge de la lombalgie chronique. Viennent ensuite les antalgiques de palier 1 avec 23 praticiens (69,7%) et la kinésithérapie avec 15 praticiens (45,5%).

Aucun médecin ne propose d'infiltration, de morphinique ou d'antidépresseur tricyclique.

1.4. Réponses aux questions spécifiques

L'acupuncture intervenait dans 84.8% des cas avant les examens complémentaires.

Le but recherché était principalement son effet antalgique en vue de diminuer la prise de traitement pharmacologique (84,8%). L'effet antalgique seul ou la réduction de l'anxiété n'étaient que peu recherchés (3,0% pour l'anxiété et 6,1% pour l'effet antalgique seul) (tableau 4).

Antalgique et diminution des traitements pharmacologiques	28 (84,8%)
Antalgique uniquement	2 (6,1%)
Réduction de l'anxiété	1 (3,0%)
Autre	2 (6,1%)

La fréquence des séances variait entre 1 à 2 fois par semaine à parts égales. Seuls 18.2% des omnipraticiens répétaient les séances d'acupuncture tous les mois ou moins fréquemment (Tableau 5).

1 séance par semaine	13 (39,4%)
1 séance tous les 10-15 jours	14 (42,4%)
1 séance par mois	6 (18,2%)

Les Els retrouvés étaient bénins. Aucun des Els graves que l'on retrouve dans la littérature n'a été retrouvé (pneumothorax, infection, troubles cardio-vasculaires, incidents neurologiques graves). 33.3% n'ont pas constaté d'Els. Les principaux Els sont des hématomes (39.4%) et des manifestations vagues (24.2%) (Tableau 6).

Effet indésirable	Nombre (pourcentage)
Hématome	13 (39,4%)
Aucun	11 (33,3%)
Manifestation vagale	8 (24,2%)
Réaction allergique	1 (3%)
Pneumothorax	0
Problème infectieux	0
Incident neurologique	0
Autre	0

2. L'acupuncture en première intention versus ultérieurement

2.1. Pratique médicale

On ne constate pas de différence significative dans les pratiques médicales sur le moment où l'acupuncture est proposée dans la prise en charge de la lombalgie chronique.

Les MGs faisant de l'acupuncture en première intention ne faisaient pas plus d'examen complémentaire que les autres. Ils ne faisaient pas non plus de séances plus fréquemment de façon significative, mais on peut voir une tendance possible ($p=0,12$) (Tableau 7).

Tableau 7 : Comparaison des pratiques en fonction de l'apparition de l'acupuncture dans la prise en charge de la lombalgie chronique

		Acupuncture en 1 ^{ère} intention (n=19)	Acupuncture en 2 nd intention (n=13)	p-value
Demande d'examen complémentaire	Oui	10 (52,2%)	5 (38,5%)	0,43
	Non	9 (47,4%)	8 (61,5%)	
Réalisation de l'acupuncture selon les examens complémentaires	Avant	18 (94,7%)	10 (76,9%)	0,28
	Après	1 (5,3%)	3 (23,1%)	
Fréquence des séances	1 par semaine	4 (22,2%)	8 (61,5%)	0,12
	1 tous les 10-15 jours	9 (50%)	4 (30,8%)	
	1 par mois	5 (27,8%)	1 (7,7%)	

2.2. Population

Il n'y a pas de différence significative sur les EIs déclarés entre le groupe des MGs faisant de l'acupuncture en première intention et le groupe des MGs faisant de l'acupuncture en seconde ou troisième intention.

De plus, il n'y a pas de différence significative non plus sur les pratiques entre les hommes et les femmes, ni entre les différentes classes d'âge.

Enfin, il n'y a pas de différence significative selon le lieu d'exercice (rural, urbain, ou semi-rural) ni selon l'activité universitaire du praticien (Tableau 8).

Tableau 8 : comparaison de la population en fonction de l'acupuncture en première intention

		Acupuncture en 1 ^{ère} intention	Acupuncture en 2 nd intention	p-value
Sexe	Homme	11 (57,9%)	8 (61,5%)	0,83
	Femme	8 (42,1%)	5 (38,5%)	
Age	30-39ans	2 (10,5%)	0 (0,0%)	0,73
	40-49 ans	2(10,5%)	1 (7,7%)	
	50-59ans	5 (26,3%)	5 (38,5%)	
	60ans et plus	10 (52,7%)	7 (53,8%)	
Type d'exercice	Rural	2 (10,5%)	1 (7,8%)	0,76
	Mixte	6 (31,6%)	6 (46,1%)	
	Urbain	11 (57,9%)	6(46,1%)	
Activité universitaire	Oui	6 (31,6%)	4 (30,8%)	1
	Non	13 (68,4%)	9 (69,2%)	

3. Analyses exploratoires

3.1. Au niveau des EIs

On ne constate pas de différence significative entre les praticiens déclarant n'avoir pas d'EIs et ceux qui en ont déclaré, et ce par rapport à l'âge, au sexe et au milieu d'exercice. On ne constate pas non plus de différence significative selon la fréquence des séances. On note cependant que les praticiens ayant moins de 50ans ont tendance à moins déclarer d'effets indésirables que leurs confrères plus âgés. En effet, la valeur-p selon le test exact de Fisher est à 0,14. (Tableau 9)

Tableau 9 : Caractéristiques de la population selon la déclaration des EIs

		Aucun EI déclaré	Au moins un EI déclaré	p-value
Sexe	Homme	7 (21.2%)	13 (39.4%)	1
	Femme	4 (12.1%)	9 (27.3%)	
Age	<50ans	0	5 (15.2%)	0.14
	50ans et plus	11 (33%)	17 (51.6%)	
Type d'exercice	Rural	2 (6.1%)	2 (6.1%)	0.77
	Mixte	4 (12.1%)	8 (24.2%)	
	Urbain	5 (15.2%)	12 (36.4%)	
Fréquence des séances	Hebdomadaire	3 (9.4%)	10 (31.2%)	0.63
	Bi mensuelle	6(18.7%)	7 (21.9%)	
	Mensuelle	2 (6.2%)	4 (12.5%)	

EI : Effet indésirable

3.2. En fonction de la réalisation d'examen complémentaire avant la première séance d'acupuncture

On ne constate pas de différence statistiquement significative entre les médecins qui pratiquent l'acupuncture sans avoir fait d'examen complémentaire et ceux qui en demandent un avant. Les populations sont comparables par rapport à leur âge, le sexe, le milieu d'exercice, la fréquence des séances, le but recherché de l'acupuncture et les effets indésirables déclarés.

On note que les hommes ont plus tendance à demander un examen complémentaire avant la première séance d'acupuncture, sans pour autant que cela soit significatif, la valeur-p étant à 0.13 (Tableau 10).

Tableau 10 : Caractéristiques de la population selon la pratique de l'acupuncture et des examens complémentaires

		Acupuncture avant EC	Acupuncture après EC	p-value
Sexe	Homme	15 (45.5%)	5 (12.2%)	0.13
	Femme	13 (39.4%)	0	
Age	<50ans	4 (12,1%)	1 (3%)	1
	50ans et plus	24 (72,7%)	4 (12,1%)	
Type d'exercice	Rural	3 (9.1%)	1 (3%)	0.81
	Mixte	10 (30.3%)	2 (6.1%)	
	Urbain	15 (45.5%)	2 (6.1%)	
Fréquences des séances	Hebdomadaire	9 (28.1%)	4 (12.5%)	0.22
	Bi mensuelle	12 (37.5%)	1 (3.1%)	
	Mensuelle	6 (18.7%)	0	

EC : Examens complémentaires

Discussion

1. Rappel des principaux résultats

Sur l'ensemble de notre échantillon, nous constatons que les MGs acupuncteurs ont rapidement recours à l'acupuncture dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Cependant, on ne constate pas de différence de pratique ni de différence dans les caractéristiques de la population étudiée en fonction du moment où le MG introduit l'acupuncture, que ce soit en première intention ou ultérieurement.

1.1. A quel moment l'acupuncture est-elle proposée ?

On constate que les MGs qui sont formés à l'acupuncture vont proposer cette option thérapeutique à leurs patients puisque 32 des 33 MGs qui ont répondu à cette étude le proposent dans leurs 4 premiers choix de traitement. Certes, le fait d'avoir cet outil thérapeutique (être médecin acupuncteur) à disposition permet d'y avoir recours plus facilement. Cependant, les MGs qui se forment à l'acupuncture ne font pas forcément cette démarche uniquement pour le traitement des lombalgies. En effet selon l'OMS, l'acupuncture est indiquée dans le traitement de 43 maladies. Ces 43 maladies ont été répertoriées lors du congrès de Pékin en 1979 (29). Son utilisation se confirme donc bien à travers notre étude dans le cadre de la lombalgie chronique.

Plus d'un MG sur 2 proposent l'acupuncture en première intention devant un tableau de lombalgie chronique classique, ce qui devant l'important arsenal thérapeutique à notre disposition, révèle l'importance accordée à ce type de traitement. On ne constate pas par contre de différence significative sur le reste de la prise en charge de la lombalgie chronique entre les MG qui utilisent l'acupuncture en première intention ou non. Il n'y a pas non plus de profil type du médecin, ni de lieu d'exercice particulier pour pratiquer l'acupuncture.

Les MGs n'attendent pas non plus d'avoir des examens complémentaires avant de commencer les séances d'acupuncture. Les examens d'imagerie sont cependant licites après une évolution de la lombalgie aiguë vers la lombalgie subaiguë (lombalgie évoluant entre 7 et 12 semaines) selon l'HAS(14). En pratique, on traite le patient avec des antalgiques de pallier 1 en première intention pour diminuer sa douleur et améliorer sa fonction. Le fait d'ajouter l'acupuncture permet d'amplifier le résultat, tout en minorant les thérapeutiques pharmacologiques, sans apporter d'ElS majeurs supplémentaires.

L'intérêt également d'avoir l'acupuncture précocement chez les MGs formés à cette technique est d'avoir une approche complémentaire entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle chinoise. Ainsi, le patient aura plus de chance d'améliorer sa douleur et sa fonction rapidement.

Dans la littérature, la place de l'acupuncture auprès des MGs non formés à cette technique est par contre nettement moins importante. En effet, elle serait plutôt utilisée quand les traitements allopathiques n'ont pas eu l'efficacité escomptée(30). Elle est même citée comme un ultime recours.

1.2. Les effets indésirables

1.2.1. Selon l'âge des praticiens

On retrouve dans notre étude que les MGs de moins de 50 ans ont tendance à moins déclarer d'ElS que les MGs plus âgés, sans que cela soit pourtant significatif. On peut expliquer cela par l'expérience et les années de pratique des MGs et par le fait que l'acupuncture ne présente que rarement des ElS, notamment graves. Ainsi, plus un MG pratique et plus il va être confronté à un El de l'acupuncture. A contrario, les MGs plus jeunes qui ont moins pratiqué l'acupuncture peuvent n'avoir jamais eu d'inconvénients avec cette technique.

Pour confirmer cela, il nous manque les années de pratique de l'acupuncture des praticiens ou l'année de leur formation.

Nous ne retrouvons pas non plus dans la littérature de données précises sur la survenue d'El en fonction des années de pratique. Seules certaines études nous montrent que la survenue d'ElS peut être influencée en fonction du praticien lui-même. Par exemple, les acupuncteurs non médicaux ont plus d'ElS liés à une moins bonne connaissance de l'anatomie et du corps que les praticiens ayant une formation médicale(31).

1.2.2. Selon les données de la littérature

On retrouve dans la littérature plusieurs études sur la sécurité de l'acupuncture, la plupart étant des études rétrospectives. Entre décembre 2000 et août 2004, la British Council of Acupuncture (BCA) a réalisé une étude prospective incluant 229 230 patients, qui recense tous les ElS déclarés par les patients(32). Ils ont constaté que les ElS recensés le plus fréquemment étaient bénins (ils ne stoppaient pas la poursuite de la prise en charge en acupuncture) et représentaient seulement 1% à 10% des patients traités (5% dans leur étude). Les ElS décrits étaient des hématomes et saignements (bien que parfois le saignement fasse partie intégrante de la médecine traditionnelle chinoise).

Les Els un peu moins fréquents comme les manifestations vagales, les réactions inflammatoires, les douleurs locales ou musculaires et la fatigue sont aussi retrouvés, pour 1 à 10 patients pour 1000.

Les risques les plus graves ont une fréquence de survenue encore plus rare, moins de 1 patient pour 10000 patients traités. Dans l'étude du BCA, 2 pneumothorax (0,001%) et 5 infections systémiques (0,002%) ont été recensés et aucun épanchement péricardique n'a été décrit (bien que 26 cas aient été décrits dans la littérature (33)).

Les Els les plus graves étaient en grande partie liés à une mauvaise utilisation de l'acupuncture ou une méconnaissance de l'anatomie. En France, seules les professions médicales ont l'autorisation de pratiquer l'acupuncture ce qui permet de limiter ce risque, car certains patients se piquent seuls(31).

Si on compare notre étude aux données retrouvées dans la littérature, on en déduit que l'absence d'EI grave s'explique par la très faible probabilité de survenue de ceux-ci et que l'EI le plus répandu, à savoir les hématomes (39,4%), correspond bien à l'EI le plus fréquent de la littérature.

Nous avons regroupé les manifestations vagales ensemble, bien qu'elles soient souvent différenciées dans la littérature. C'est le deuxième EI retrouvé en terme de fréquence dans la littérature ainsi que dans notre étude.

1.3. But de l'acupuncture

On remarque que les médecins acupuncteurs en font en majorité afin d'apporter un effet antalgique mais également pour diminuer la prise de traitements pharmacologiques dans 84.75% dans notre étude. Ce résultat corrobore les données de la littérature. En effet, une étude qualitative de 2004 montre que les patients traités par acupuncture déclarent prendre moins de traitement qu'avant la réalisation des séances(34).

L'intérêt de diminuer la prise de traitements pharmacologiques est intéressant pour améliorer le confort des patients tout en leur limitant le risque d'EI. Beaucoup de patients se tournent vers les médecines complémentaires car elles sont qualifiées de « médecine douce ». L'acupuncture est, selon une étude parisienne de 2010, le 3^{ème} type de médecine complémentaire utilisé par les patients, après l'ostéopathie et l'homéopathie.(35)

Par ailleurs, les patients ayant recours à l'acupuncture déclarent avoir une crainte des traitements allopathiques concernant l'accoutumance, leurs Els ou leur inefficacité (35).

1.4. Apport de l'étude

L'absence de significativité des principaux résultats ne permet pas de conclure à un type de pratique de référence. Cependant, on peut tenter d'interpréter ces résultats comme une analyse exploratoire des pratiques. En effet, le faible taux de réponse peut limiter la mise en valeur des résultats.

On note dans nos résultats deux tendances :

- L'influence de la pratique de l'acupuncture en première intention sur la fréquence de réalisation des séances ;
- Les femmes auraient plus tendance à faire de l'acupuncture sans attendre les examens complémentaires.

2. Force de notre travail

2.1. Une étude originale

La littérature scientifique concernant l'acupuncture est de plus en plus riche sur la recherche d'efficacité de l'acupuncture selon les différentes pathologies ou sur la sécurité de l'acupuncture. Cependant, l'intégration de l'acupuncture dans une prise en charge globale en cabinet libéral est peu codifiée ou étudiée, livrant le MG à un libre de choix de ses pratiques. Un MG peut alors se retrouver perdu, d'autant plus que l'acupuncture n'est pas enseignée dans le cursus classique de médecine générale. Le praticien ne peut se former que s'il fait lui-même la démarche de s'y intéresser.

On ne retrouve pas dans la littérature de renseignements sur le moment où l'acupuncture doit être proposée dans la prise en charge.

2.2. Le choix du type d'étude

Voulant analyser la pratique des MGs acupuncteurs afin de voir si l'acupuncture était proposée en première intention ou ultérieurement dans la lombalgie chronique, le choix de faire une vignette clinique était adapté. En effet, les MGs étaient confrontés à un cas clinique typique et devaient hiérarchiser leurs traitements. Pour cela, les réponses sur le choix du traitement devaient obligatoirement être hiérarchisées.

Tous les MGs répondants étaient dans les mêmes conditions de réponse, ce qui permettait de limiter le biais d'information. La réponse en dématérialisé nous faisait par contre perdre une partie de la population de MGs, car certains ne sont pas équipés en matériel informatique (environ 10% selon la littérature)(36), surtout les MGs les plus âgés(37), qui sont, selon notre étude, les plus représentés.

Si une analyse qualitative avait été faite, ou si la question avait été posée plus clairement, il y aurait eu le risque de faire ressortir un biais de désirabilité de la réponse et un biais de subjectivité, sans refléter la pratique réelle des MGs formés à l'acupuncture.

L'apport de la vignette clinique amenait également un caractère ludique et plus intéressant au questionnaire, afin de récupérer un maximum de réponses tout en étant une méthode validée et reconnue pour étudier la qualité des pratiques médicales(38).

2.3. Représentativité de l'échantillon

On retrouve dans notre étude une proportion de femmes pratiquant l'acupuncture comparable aux données de la littérature, (32,5% selon la DREES en 2006 versus 39,4% dans notre étude(17)).

Les Els retrouvés dans notre étude semblent rares au vu des réponses fournies, ce que nous retrouvons dans la littérature. En effet, l'acupuncture occasionne des Els dans 0,55 traitements pour 10000(39).

Les principaux Els retrouvés dans la littérature sont considérés comme faibles ou insignifiants dans 95 % des cas(27,40). Parmi les Els les plus fréquemment décrits dans la littérature, on retrouve l'oubli du retrait de l'aiguille. Nous n'avons volontairement pas mis cet item dans notre questionnaire, étant donné qu'il était adressé au praticien. Or, l'oubli d'une aiguille est un El retrouvé lors de l'interrogatoire des patients et pourrait mettre en lumière une potentielle erreur de la part du praticien, ce qui aurait sans doute ajouté un biais de déclaration. Les Els les plus fréquents sont les manifestations vagues (malaise, perte de conscience). Les hématomes sont également parmi les Els les plus décrits dans la littérature, mais contrairement à notre travail, en moindre quantité que les manifestations vagues.

3. Limites et biais de l'étude

3.1. Biais de recrutement

Le recrutement des MGs pratiquant l'acupuncture de façon non exclusive ne pouvait pas être exhaustif. En effet, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), il y avait, en 2006, 3104 MGs qui pratiquaient l'acupuncture. Parmi ceux-là, certains en font une pratique exclusive. Le conseil national de l'ordre des médecins recense une partie des MGs qui ont une formation en acupuncture, mais leur liste elle aussi n'est pas exhaustive selon leur propre source (annexe 2).

Les médecins recrutés sont inscrits au FaFORMEC, ce qui occasionne un biais de sélection. Cela peut montrer un intérêt plus poussé pour l'acupuncture en comparaison aux MGs qui se forment à l'acupuncture dans le but d'élargir leur arsenal thérapeutique. Ces derniers utilisent moins l'acupuncture que les médecins recrutés dans notre étude.

3.2. Taux de participation

Par souci d'anonymat, l'envoi par mail était le plus approprié, avec la réalisation d'un questionnaire dématérialisé.

Dans la littérature, le taux de réponses lors d'envoi de questionnaires par mail avoisine les 10% ce qui correspond au taux de réponses de notre étude qui est de 12,2%.

Notre étude n'est qu'une exploration de la pratique réelle en France, car l'échantillon, bien que semblable à la population étudiée selon la littérature, est trop faible pour pouvoir généraliser nos résultats. Une étude à plus grande échelle serait par contre intéressante, en comparaison avec la population globale de MGs afin de pouvoir statuer sur la vraie place de l'acupuncture dans la lombalgie chronique.

3.3. Remarques sur le questionnaire.

Par ailleurs, bien que le questionnaire ait été relu par 2 praticiens faisant de l'acupuncture, nous avons reçu un retour de mail par un praticien faisant de l'acupuncture de façon exclusive, disant que le cas clinique présenté tel quel était insuffisant pour un

raisonnement de médecine traditionnelle chinoise. Un autre praticien soulignait le fait que la fréquence des séances devait être laissée au libre choix du praticien en fonction du patient, et que cela pouvait varier selon les individus.

Concernant la question 4 (« quel est votre but lors de la prescription d'acupuncture ? »), nous n'évoquons comme objectif de limiter le passage à la chronicité car le patient de la vignette clinique présente déjà les critères d'une lombalgie chronique. Donc, cette option n'est pas une option valide. C'est pourtant un critère de choix lors des séances d'acupuncture en cas de lombalgie aiguë ou subaiguë(41).

3.4. Concernant les réponses de la question 2

On constate que 4 praticiens ont répondu « l'acupuncture seule » à la question n°2 (« vous le traitez par : »). On est en droit de penser soit que la question ait été mal comprise, soit que la réponse soit incomplète. Il n'en reste pas moins que ces MGs proposent l'acupuncture en première intention devant ce cas clinique.

Il était stipulé dans le mail d'envoi du questionnaire que les MGs pratiquant l'acupuncture de façon exclusive n'étaient pas concernés par cette étude.

3.5. Population étudiée par rapport à la pratique médicale générale

La population étudiée représente des MGs qui sont formés à l'acupuncture. Ces MGs ne représentent qu'une faible partie de l'ensemble des MG français (environ 1% de la population de MG selon les données de le DREES (17)). On sait que l'acupuncture n'est pas une solution de premier recours pour les MG non formés à cette technique(30). Ainsi, se restreindre à la population de MGs formés à l'acupuncture nous permet seulement de conclure qu'à partir du moment où l'acupuncture est facilement accessible, les MGs l'utilisent plus rapidement.

4. Etude complémentaire

Au vu des résultats obtenus, une étude complémentaire est nécessaire. Cette étude nécessiterait d'être réalisée sur un plus grand nombre de praticiens afin de rechercher une significativité sur les résultats que nous obtenons dans notre échantillon où la valeur p est proche de 0,05.

Une étude concernant une différence de résultat sur l'évolution de la douleur et de la fonction en fonction du moment où le patient fait sa séance d'acupuncture (en première intention ou ultérieurement) permettrait également de poursuivre l'étude sur nos résultats obtenus. Il faudrait alors intégrer les MGs non formés à l'acupuncture, car leur pratique concernant l'acupuncture dans la lombalgie chronique n'est pas la même que les MGs formés à cette technique, par rapport au moment où il l'intègre dans leur prise en charge.

Conclusion

L'acupuncture dans la lombalgie chronique est utilisée précocement par les MGs formés à cette technique. On ne met pas en évidence de différence entre les MGs pratiquant l'acupuncture en première intention et ceux qui l'utilisent ultérieurement. L'acupuncture peut être utilisée précocement conjointement aux traitements plus conventionnels, sans majoration du risque pour le patient.

Des études complémentaires avec une population plus importante est nécessaire afin de confirmer ces résultats, ainsi qu'une étude comparant l'efficacité de l'acupuncture en fonction de la précocité ou non de son utilisation dans la lombalgie chronique.

Bibliographie

1. BELLEGOU M-H, DEMAISON C, OUARD L. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. *doss soli et sant.* 2004;(315):12.
2. OBSERVATOIRE DE LA MEDECINE GENERALE - Top 50 des recours de consultation [Internet]. [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
3. CELANT N, GUILLAUME S, ROCHEREAU T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Paris: Irdes; 2014. Report No.: 556.
4. MAROTTE H et al. Rhumatologie, Rachialgie. 6ème édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. (les référentiels des collègues).
5. FOULT M. Lombalgies liées au travail: la CNAM met le paquet. *le quotidien du médecin.* 24 nov 2016;2.
6. INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE. Lombalgie. Statistique - Risques [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
7. HAUTE AUTORITE DE SANTE- Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie
8. DRAHI E. Lombalgies en soins primaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.unaformec.org/uploads/Lombalgies%20DRAHI%20JNMG%202017.pdf>
9. LAVERSIN S, DUROCHER A. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme.* mars 2002;69(3):338-43.
10. HAUTE AUTORITE DE SANTE - Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2664118/fr/document-d-information-patient-a-partir-d-une-recommandation-de-bonne-pratique
11. ANSM : Retrait de tous les lots des spécialités à base de tétrazépam - [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Retraits-de-lots-et-de-produits/Retrait-de-tous-les-lots-des-specialites-a-base-de-tetrazepam>
12. HAUTE AUTORITE DE SANTE - COLTRAMYL et génériques de thiocolchicoside, décontractant musculaire [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2660960/en/coltramyland-thiocolchicoside-generics-muscle-relaxant
13. HAUTE AUTORITE DE SANTE. commission de la transparence [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/coltramyland_20072016_transcription.pdf

14. HAUTE AUTORITE DE SANTE - Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271859/fr/diagnostic-prise-en-charge-et-suivi-des-malades-atteints-de-lombalgie-chronique
15. AULAS J-J. L'acupuncture: de la tradition à l'évaluation. *prescrire*. juill 1993;395-403.
16. ONU. convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel [Internet]. 2010 [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: <https://ich.unesco.org/doc/src/ITH-10-5.COM-CONF.202-6-FR.pdf>
17. SICART D. Les médecins - Estimations au 1er janvier 2006. oct 2006;Direction de la Recherche, des Etudes, Evaluations et des Statistiques(103):97.
18. HAUTE AUTORITE DE SANTE - Avis n°2012.0046/AC/SEAP du 12 décembre 2012 du collège de la HAS relatif à la demande de l'UNCAM portant sur les conditions de réalisation d'une séance d'acupuncture figurant dans la Liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale [Internet]. [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1344238/fr/avis-n2012-0046/ac/seap-du-12-decembre-2012-du-college-de-la-has-relatif-a-la-demande-de-l-uncam-portant-sur-les-conditions-de-realisation-d-une-seance-d-acupuncture-figurant-dans-la-liste-des-actes-et-prestations-mentionnee-a-l-article-l-162-1-7-du-code-de-la-securite-sociale
19. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture [Internet]. [cité 23 févr 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66816/WHO_EDM_TRM_99.1_fre.pdf;jsessionid=4639A5976E36D53CF45FFBF50F3BE23F?sequence=1
20. SERRIER Julie. Le recours à l'acupuncture en soins de support motivations et attentes des patients atteints de cancer. [Thèse d'exercice: Médecine]. Lyon I; 2017LYO1M114.
21. Société française de cardiologie. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. 6 juin 2004;97(6):655-63.
22. FOCKS C. Atlas d'acupuncture. Elsevier. 2009.
23. Acupuncture NCDP on. Acupuncture. *JAMA*. 4 nov 1998;280(17):1518-24.
24. ZUILY Estelle. Relation médecin patient et recours aux médecines non conventionnelles [Thèse d'exercice: Médecine]. Toulouse III 2014TOU31027;
25. FURLAN AD, TULDER MW van, CHERKIN D, TSUKAYAMA H, LAO L, KOES BW, et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2005 [cité 31 janv 2019];(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001351.pub2/abstract>

26. BONTOUX D, COUTURIER D, MENKES C-J. THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. :31.
27. WITT CM. Acupuncture en cas de douleurs chroniques. Primary and hospital care. 2016; 16(6): 113-116.
28. PALTIEL O, AVITZOUR M, PERETZ T, CHERNY N, KADURI L, PFEFFER RM, et al. Determinants of the Use of Complementary Therapies by Patients With Cancer. JCO. 1 mai 2001;19(9):2439-48.
29. XUE LI GONG Traitement de 43 maladies (maladies pour lesquelles l'efficacité de l'acupuncture est reconnue par l'OMS) – Institut Yin Yang [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <https://institut-yin-yang.com/produit/traitement-de-43-maladies/>
30. VAPPOU Helene, HUYNH Minh Quang.
Place de l'acupuncture dans le traitement de la douleur: enquête par entretiens semi-dirigés auprès de patients, médecins généralistes et médecins acupuncteurs.
[en ligne]
Thèse d'exercice: Médecine : Tours université François Rabelais; 2017TOUR3001
31. BRIGNOL TN, STEPHAN J-M. Y-a-t-il des effets secondaires à l'acupuncture ?
Acupcunture et Moxibustion 2013; 12: 50-55.
32. WITT CM, PACH D, BRINKHAUS B, WRUCK K, TAG B, MANK S, et al. Safety of acupuncture: results of a prospective observational study with 229,230 patients and introduction of a medical information and consent form. Forsch Komplementmed. avr 2009;16(2):91-7.
33. ERNST E, ZHANG J. Cardiac tamponade caused by acupuncture: a review of the literature. Int J Cardiol. 16 juin 2011;149(3):287-9.
34. TRIADOU P, DESJEUX D, et al. L'acupuncture en France aujourd'hui (III) Médicaments et acupuncture - PDF. 2005 [cité 23 mars 2019]; Acupuncture et Moxibustion. Disponible sur: <https://docplayer.fr/65016582-L-acupuncture-en-france-aujourd-hui-iii-medicaments-et-acupuncture.html>
35. MAYER-LEVY Clarisse. Recours aux Médecines Complémentaires et Alternatives parmi les patients de Médecine Générale à Paris - PDF [Internet] [Thèse d'exercice: Médecine]. Université Paris Descartes (Paris V); 2010 [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/11013229-Recours-aux-medecines-complementaires-et-alternatives-parmi-les-patients-de-medecine-generale-a-paris.html>
36. Votre pratique de l'informatique - juin 2014 [Internet]. URPS médecins libéraux Ile-de-France. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/etude/pratique-de-linformatique-juin-2014/>
37. BRAY Patrick. L'informatisation du cabinet du médecin généraliste : est-ce que toutes les possibilités du logiciel métier et des autres technologies de l'information et de la communication sont exploitées ? Enquête auprès de 350 médecins généralistes en

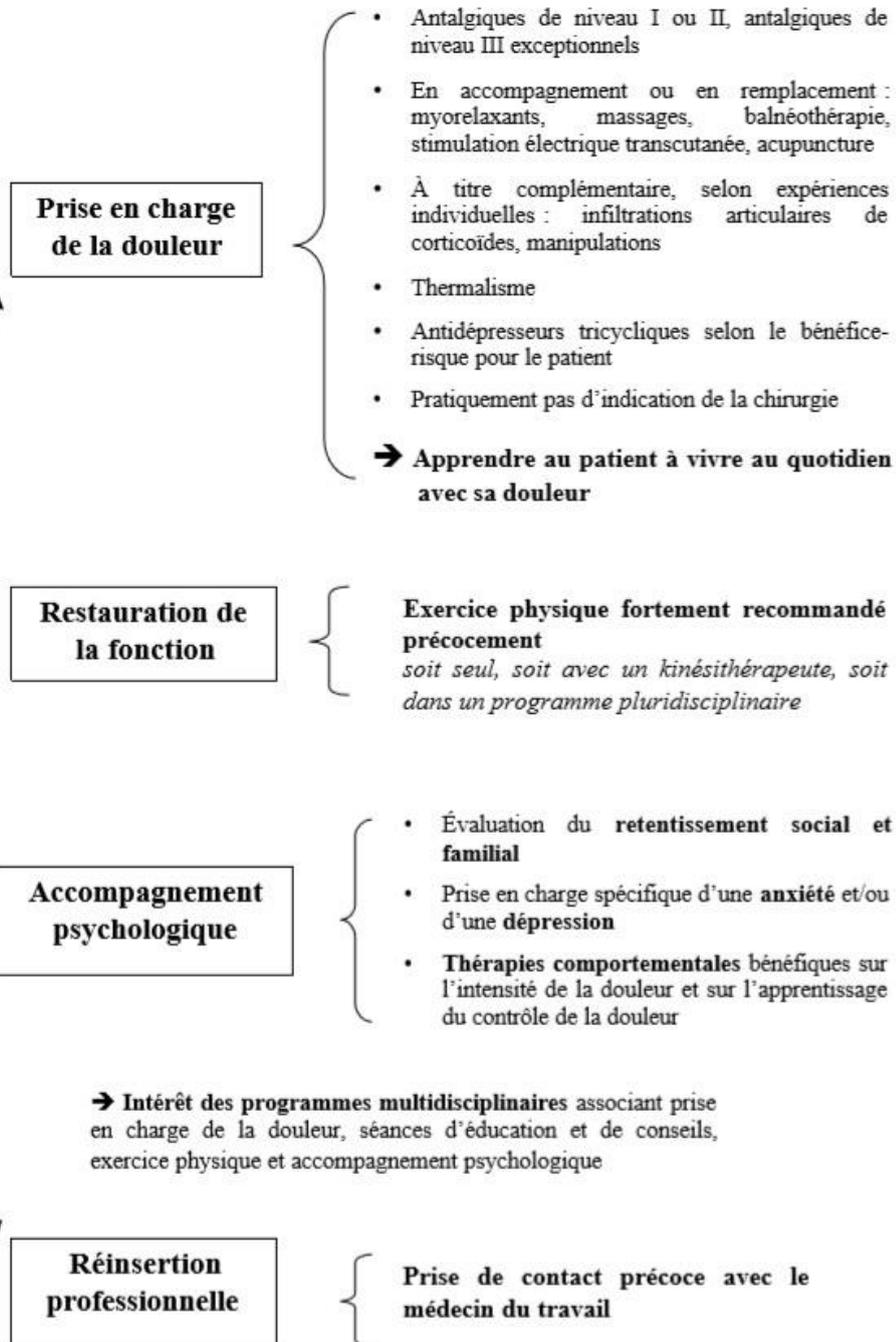
France [Internet] [Thèse d'exercice: Médecine]. Lille II; 2014LIL2M274 [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2839>

38. PEABODY JW, LUCK J, GLASSMAN P, JAIN S, HANSEN J, SPELL M, et al. Measuring the Quality of Physician Practice by Using Clinical Vignettes: A Prospective Validation Study. *Annals of Internal Medicine*. 16 nov 2004;141(10):771.
39. BARRY C, SEEGERS V, GUEGUEN J, HASSLER C, ALI A, FALISSARD B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. Institut national de la santé et de la recherche médicale :janvier 2014.
40. WHEWAY J, AGBABIAKA TB, ERNST E. Patient safety incidents from acupuncture treatments: A review of reports to the National Patient Safety Agency. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*. 2012;(3):163–169.
41. GORET O. VII °congrès de la fédération nationale des médecins acupuncteurs. Disponible en ligne sur https://www.meridiens.org/acuMoxi/congresMarseille2003_fichiers/dossierpresse.pdf

PROPOSITION DE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

L
O
M
B
A
L
G
I
Q
U
E

C
H
R
O
N
I
Q
U
E



NB : Les traitements cités ne sont pas classés par chronologie d'indications

Annexe 2 [Annexe contenant des données personnelles non communicables]

Annexe 3 :

La lombalgie chronique en médecine générale

Il y a 12 questions dans ce questionnaire.

Un homme de 50 ans, vous consulte pour une douleur lombaire évoluant depuis 4 mois. Il a des antécédents de lombalgies communes à répétition et un syndrome anxiodépressif, actuellement guéri. Il est maçon et continue d'exercer son métier.

La douleur est permanente mais ne le réveille pas la nuit.

Il n'a pas de signe déficitaire, sa douleur irradie un peu dans les fesses, la manœuvre de Lasègue réveille la douleur lombaire à 50°.

Le diagnostic de lombalgie commune chronique a été posé.

(1) Quel examen complémentaire de première intention prescrivez-vous ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Biologie
- Radiographie
- Scanner
- IRM
- Aucun

(2) Vous le traitez par :

(Classement par ordre d'intention, 4 réponses maximum)

Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre.

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 10

- Antalgiques de pallier 1 (paracétamol et/ou AINS)
- Antalgiques de pallier 2 (codéine, tramadol, lamaline)
- Antalgiques de pallier 3
- Myorelaxants
- Antidépresseurs tricycliques
- Infiltrations
- Ostéopathie
- Kinésithérapie
- Acupuncture
- Balnéothérapie
-

Vous avez fait des radiographies du rachis lombaire qui retrouvent des signes de lomboarthrose modérée. Le patient a fait de son côté sur prescription d'un ami médecin une IRM qui ne retrouve pas d'autres anomalies.

Les antalgiques de pallier 1 ne sont plus suffisants. Il consomme maintenant de la codéine à dose

maximale quotidienne depuis 1 mois.

Dans ce contexte vous lui proposez un traitement par acupuncture.

(3) Dans votre pratique, proposez-vous l'acupuncture avant ou après avoir réalisé des examens complémentaires ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Avant
- Après

(4) Quel est votre but quand vous proposez de l'acupuncture ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Effet antalgique uniquement
- Effet antalgique et réduction des traitements médicamenteux
- Diminution de l'aspect anxio-dépressif
- Autres

(5) A quelle fréquence répétez-vous les séances (réponse la plus proche de votre pratique) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 séance (ou plus) par semaine
- 1 séance tous les 10 à 15 jours
- 1 séance par mois (ou moins)

(6) Quels effets indésirables liés à l'acupuncture avez-vous déjà rencontrés dans votre pratique ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pneumothorax
- Problème infectieux
- Hématome
- Réactions allergiques
- Manifestations vagales
- Incidents neurologiques graves
- Trouble cardio-vasculaire
- Aucun

Êtes-vous :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un homme
- Une femme

Vous avez :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- 60 ans et plus

Selon vous, votre pratique est plutôt :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

Dans quel département pratiquez-vous ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- AIN
- AISNE
- ALLIER
- ALPES DE HAUTE PROVENCE
- ALPES MARITIMES
- ARDECHE
- ARDENNES
- ARIEGE
- AUBE
- AUDE
- AVEYRON
- BAS RHIN
- BOUCHES DU RHONE
- CALVADOS
- CANTAL
- CHARENTE
- CHARENTE MARITIME
- CHER
- CORREZE
- CORSE DU SUD
- COTE D'OR
- COTES D'ARMOR
- CREUSE
- DEUX SEVRES
- DORDOGNE
- DOUBS
- DROME
- ESSONNE

- ETRANGER
- EURE
- EURE ET LOIR
- FINISTERE
- GARD
- GERS
- GIRONDE
- GUADELOUPE
- GUYANE
- HAUT RHIN
- HAUTE CORSE
- HAUTE GARONNE
- HAUTE LOIRE
- HAUTE MARNE
- HAUTE SAONE
- HAUTE SAVOIE
- HAUTE VIENNE
- HAUTES ALPES
- HAUTES PYRENEES
- HAUTS DE SEINE
- HERAULT
- ILE DE CLIPPERTON
- ILLE ET VILAINE
- INDRE
- INDRE ET LOIRE
- ISERE
- JURA
- LA REUNION
- LANDES
- LOIR ET CHER
- LOIRE
- LOIRE ATLANTIQUE
- LOIRET
- LOT
- LOT ET GARONNE
- LOZERE
- MAINE ET LOIRE
- MANCHE
- MARNE
- MARTINIQUE
- MAYENNE
- MAYOTTE
- MAYOTTE (nouveau)
- MEURTHE ET MOSELLE
- MEUSE
- MORBIHAN
- MOSELLE
- NIEVRE
- NORD
- NOUVELLE CALEDONIE
- OISE

- ORNE
- PARIS
- PAS DE CALAIS
- POLYNESIE FRANCAISE
- PUY DE DOME
- PYRENEES ATLANTIQUES
- PYRENEES ORIENTALES
- RHONE
- SAINT-BARTHELEMY
- SAINT-MARTIN
- SAONE ET LOIRE
- SARTHE
- SAVOIE
- SEINE ET MARNE
- SEINE MARITIME
- SEINE ST DENIS
- SOMME
- ST PIERRE ET MIQUELON
- TARN
- TARN ET GARONNE
- TERRES AUSTRALES ANTARCTIQUES FRANÇAISES
- TERRITOIRE DE BELFORT
- VAL DE MARNE
- VAL D'OISE
- VAR
- VAUCLUSE
- VENDEE
- VIENNE
- VOSGES
- WALLIS ET FUTUNA
- YONNE
- YVELINES

Avez-vous une ou plusieurs activité(s) universitaire(s)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Maitre de stage universitaire (MSU)
- Enseignant nommé (PA, MCA, CCU)
- Aucune

Merci de votre participation.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de ce travail, merci de m'envoyer un mail à cette adresse :
 *****@gmail.com

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer

en référence à la délibération

du Conseil d'Université

en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président

de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : QUITTET Pierre-Marie

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : A quel moment le médecin généraliste formé à l'acupuncture l'utilise-t-il dans la prise en charge de la lombalgie chronique ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

La lombalgie est un motif de consultation quotidien en médecine générale. Elle devient chronique dans 5% des cas. La lombalgie chronique nécessite une prise en charge globale, et le médecin généraliste dispose d'un vaste arsenal thérapeutique. Parmi ces traitements, l'acupuncture a démontré son efficacité sur la douleur et la fonction à court terme, mais sa place dans la prise en charge de la lombalgie chronique est mal définie. Grâce à une étude quantitative, descriptive, transversale, nous avons explorés la pratique de 33 médecins généralistes formés à l'acupuncture, en utilisant une vignette clinique avec un questionnaire informatisé. L'acupuncture est utilisée rapidement (entre le premier et quatrième choix thérapeutique) chez 32 médecins sur 33, dont 19 fois en première intention. La comparaison entre les médecins pratiquant l'acupuncture en première intention et les autres médecins n'a pas montré de différences statistiquement significatives sur les paramètres étudiés. Notre étude montre donc que l'acupuncture peut être utilisée dès le début de la prise en charge de la lombalgie chronique sans qu'elle n'ait de place bien définie dans les pratiques. Des études avec une population plus importante restent nécessaires à la confirmation de ces résultats.

MOTS-CLÉS : LOMBALGIE CHRONIQUE, MEDECINE GENERALE, ACUPUNCTURE

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : When does the general practitioner trained in acupuncture use it in the management of chronic low back pain?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Low back pain is a reason for daily consultation in general medicine. It becomes in 5% of cases chronic. Chronic low back pain requires comprehensive care and the general practitioner has a large therapeutic arsenal. Among these treatments, acupuncture has demonstrated its effectiveness on pain and function in the short term, but its place in the management of chronic low back pain is poorly defined.

A quantitative, descriptive, cross-sectional study was made to explore the practice of 33 general practitioners trained in acupuncture, using a clinical vignette with a computerized questionnaire.

Acupuncture is used quickly (between the first and fourth therapeutic choice) in 32 physicians, including 19 in first-line. Comparisons between physicians practicing first-line acupuncture and other physicians did not show any statistically significant differences in studied parameters. Our study shows that acupuncture can be used early in the management of chronic low back pain without having a clear place in practice. Studies with a larger population are still needed to confirm these results.

KEY WORDS : CHRONIC LOW BACK PAIN, ACUPUNCTURE, GENERAL MEDICINE