



**HAL**  
open science

# Médecines alternatives et complémentaires et lombalgie commune, le point de vue des Internes de Médecine Générale (IMG) de La Réunion

Thomas Verrière

► **To cite this version:**

Thomas Verrière. Médecines alternatives et complémentaires et lombalgie commune, le point de vue des Internes de Médecine Générale (IMG) de La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02941449

**HAL Id: dumas-02941449**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02941449v1>**

Submitted on 17 Sep 2020

**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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION  
UFR SANTE**

Année : 2020

N° : 2020LARE032M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Médecines alternatives et complémentaires dans le cadre de la  
lombalgie commune, point de vue des internes de médecine générale à  
La Réunion.**

Présentée et soutenue publiquement le *27 Août 2020 à 19h*  
à La Réunion

**Par Thomas Verrière**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur FRANCO Jean Marc**

**Rapporteur :**

**Madame le Professeure RIQUEL Line**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur DENIS Nicolas**

**Monsieur le Docteur LEGRAND Florian**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur LERUSTE Sébastien**

**Travail du Service de soutien méthodologie du CHU site Nord**



## Table des matières

<b>Président :</b> .....	<b>1</b>
<b>I. Introduction</b> .....	<b>6</b>
<b>II. Matériel et méthode</b> .....	<b>10</b>
<b>A. Type d'étude</b> .....	<b>10</b>
<b>B. Population de l'étude</b> .....	<b>10</b>
<b>C. Questionnaire</b> .....	<b>10</b>
<b>D. Comité éthique</b> .....	<b>12</b>
<b>E. Durée de l'enquête et recueil des données</b> .....	<b>12</b>
<b>F. Méthode d'analyse statistique des données</b> .....	<b>13</b>
<b>III. Résultats</b> .....	<b>14</b>
<b>A. Données sociodémographiques</b> .....	<b>14</b>
1. Nombre de réponses.....	14
2. Répartition selon le sexe et moyenne d'âge.....	14
3. Répartition par années de formation.....	14
4. Stage de niveau 1 et/ou stage de spécialité recevant des lombalgies.....	14
<b>B. Prise en charge des lombalgies communes sans MAC</b> .....	<b>15</b>
1. Degré de satisfaction et niveau de difficulté de la prise en charge des LC sans MAC par les internes.	15
<b>C. Taux de recours aux MAC par les internes dans la lombalgie commune</b> .....	<b>16</b>
1. Vers quelles MAC les patients lombalgiques étaient-ils orientés.....	16
2. Les raisons données par les internes pour recourir aux Mac dans la lombalgie.....	17
3. Degré de satisfaction de la prise en charge des LC avec MAC par les internes.....	18
4. Les raisons données par les internes pour n'avoir jamais proposé une MAC à leurs patients lombalgiques.....	18
<b>D. Avis/opinion sur les médecines alternatives et complémentaires</b> .....	<b>19</b>
1. Les internes étaient-ils aptes à donner leur avis sur les MAC à leurs patients lombalgiques ?.....	19
2. Quels avis exprimait l'ensemble des internes sur les différentes MAC ?.....	20
<b>E. Les internes ont-ils été formés et souhaitent-ils une information sur les MAC durant leur cursus universitaire ?</b> .....	<b>21</b>
<b>IV. Discussion</b> .....	<b>23</b>
<b>A. Objectif et originalité de l'étude</b> .....	<b>23</b>
<b>B. Étude quantitative locale et points faibles de notre travail</b> .....	<b>23</b>
<b>C. Analyse des résultats de l'étude</b> .....	<b>24</b>
1. Objectif principal : le taux de recours aux MAC dans le cadre des LC.....	24
2. Prise en charge des lombalgies communes.....	25
3. Raisons du recours aux MAC et utilisation.....	26
4. Avis et opinion sur les MAC.....	28
5. Formation aux MAC.....	29
<b>V. Conclusion</b> .....	<b>31</b>
<b>VI. Références bibliographiques :</b> .....	<b>32</b>
<b>VII. Annexes :</b> .....	<b>35</b>
<b>A. Annexe 1 :</b> .....	<b>35</b>
<b>B. Annexe 2 :</b> .....	<b>41</b>

C. Annexe 3:.....	52
VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE .....	53

## **Table des figures :**

**Figure 1** : passage en stage de spécialité recevant des lombalgies.

**Figure 2** : difficultés ressenties par les IMG dans la PEC des lombalgies communes.

**Figure 3** : les différentes MAC vers lesquelles les patients étaient orientés par les IMG.

**Figure 4** : les raisons du recours aux MAC dans la lombalgie retenues par les internes.

**Tableau 1** : raisons données par les internes (n = 15) pour n'avoir jamais proposé de MAC à leurs patients lombalgiques.

**Figure 5** : raisons exprimées par les internes ne se sentant pas apte à donner leur avis.

**Figure 6** : avis des internes sur les différentes catégories de MAC dans la PEC de la lombalgie.

**Tableau 2** : analyse en sous-groupe des avis a favorable pour chaque catégorie de MAC entre les utilisateurs et les autres IMG.

**Figure 7** : répartition des types de formation réalisée par les internes formés sur les MAC.

## **Listes des abréviations :**

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

HAS : Haute Autorité de santé

IMG : Interne de médecine générale

LC : Lombalgie commune

MAC : Médecines alternatives et complémentaires

MG : Médecin généraliste

NCCIH : National center for complementary and integrative health

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEC : Prise en charge

TCEM : Troisième cycle des études médicales

## I. Introduction

La lombalgie est un symptôme qui peut survenir à tout âge de la vie. Elle est définie comme une « *douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas (pli fessier), médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée* » (1).

La lombalgie est dite commune ou non spécifique lorsque l'origine anatomique et les mécanismes en cause dans la genèse des phénomènes douloureux ne sont pas bien individualisés (2). Elle ne peut pas être liée à un processus pathologique caractérisé et évolutif d'ordre tumoral, infectieux, inflammatoire, traumatique sévère, ostéoporotique ou neurologique déficitaire.

Cette lombalgie commune (LC) est considérée comme responsable de plus d'années vécues avec un handicap que tout autre problème de santé dans le monde, et ceci devrait s'accroître au regard du vieillissement de la population (3)(4).

Bien qu'une grande majorité des épisodes de lombalgie commune guérissent spontanément en moins de 4 à 6 semaines, un tiers des patients souffriront d'épisodes récurrents dans les 12 mois suivants. Certains basculeront dans le cadre d'une lombalgie commune chronique (douleur persistante plus de 12 semaines) dont la prévalence est en augmentation, actuellement autour de 15 % des épisodes de lombalgie commune (5)(6)(7).

Dans ce contexte la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a lancé en novembre 2017 un programme national dont l'enjeu est d' « *éviter le passage à la chronicité et améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de lombalgie* » (8).

Les lombalgies sont un véritable problème de santé publique, avec des conséquences importantes à différents niveaux tant humain que social et économique.

Au niveau humain, les lombalgies ont des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients. Au niveau sanitaire et social, elles représentent le second motif de consultation en soins primaires et entraînent une fois sur cinq un arrêt de travail (9)(10).

Enfin au niveau économique, selon la branche « arrêts de travail et maladies professionnelles » de la CNAM, les lombalgies représentent un coût d'un milliard d'euros par an soit l'équivalent du coût de l'ensemble des autres troubles musculo-squelettiques (11).

Bien que l'éventail des thérapies disponibles pour la prise en charge (PEC) des lombalgies communes chroniques ou à risque de le devenir est large, allant des traitements médicamenteux à la chirurgie en passant par les traitements non médicamenteux (12)(13), leur prise en charge n'en reste pas moins complexe.

En 2017, une thèse dont le sujet était « analyse des difficultés de la prise en charge des patients lombalgiques pour les médecins généralistes (MG) de Picardie » (14), a mis en évidence que les principales difficultés de la prise en charge concernaient l'utilisation des traitements médicamenteux et non médicamenteux ainsi que les conflits avec les patients et entre confrères.

Des réflexions sur cette prise en charge se sont ouvertes au sein de différents comités d'experts ces dernières années, aboutissant parfois à la révision des recommandations en vigueur dans différents pays. Certaines ont vu le jour notamment à la suite d'études questionnant l'efficacité et la sécurité des traitements médicamenteux dans les lombalgies communes. Elles portent notamment sur l'utilisation du paracétamol, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des anticonvulsivants et des opioïdes (15)(16)(17)(18)(19).

En 2017, les recommandations américaines sur la prise en charge des lombalgies ont été modifiées. Celles-ci recommandent en première intention les options thérapeutiques non médicamenteuses avec entre autres la kinésithérapie, l'acupuncture, la méditation pleine conscience, le taïchi, l'ostéopathie et le yoga (20).

En France, dans ce cadre d'une réflexion sur la lombalgie, la Haute Autorité de santé (HAS) a établi en mars 2019 de nouvelles recommandations sur la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Dans l'arbre décisionnel de prise en charge non-médicamenteuse apparaît le recours aux techniques manuelles (recommandation de grade B) en deuxième intention (21).



Le terme de médecine alternative et complémentaire (MAC) est défini par le National center for complementary and integrative health (NCCIH) (22) (organisme dépendant du National institutes of health américain) comme : l'ensemble des pratiques, soins ou croyances qui sont pour la plupart non reconnus par le système de santé dominant à un endroit et à une période donnée.

Des études récentes s'intéressant notamment au yoga (23)(24), à l'acupuncture (25), l'ostéopathie (26), l'hypnose (25), au taïchi (27), à la physiothérapie (28) et la kinésithérapie (29) ont montré des effets bénéfiques pour la prise en charge des lombalgies communes.

Pour autant les MAC sont depuis longtemps sujettes à controverse et débat et le restent en France, comme ailleurs. Celles-ci sont nourri notamment par la question de la reconnaissance des professionnels utilisant les MAC. De plus l'absence de consensus entre professionnels de santé sur la place du croire dans le soin ne fait qu'alimenter les discours tranchés sur le sujet. Une publication de 2019 (30), analysant la confrontation actuelle entre médecins « pro » et « anti » pratique de soins non conventionnelles en est un bon exemple.

Mais qu'en est-il de la place des MAC en France ?

Ces dernières années les MAC ont connu un essor important auprès des patients. Dans une étude française de 2019 (31) portant sur le recours aux MAC par les patients douloureux chroniques, la prévalence du recours à ces méthodes était de 78,4 %. De plus, les résultats de l'étude montraient que dans le groupe « recours », 92 % des patients les recommanderaient à leurs proches. Ces résultats soulignent la montée importante de la place des MAC dans le parcours de soins des patients. Les résultats du sondage de l'institut Odoxa a publié le 31 janvier 2019 sur « homéopathie et MAC » (32) révélaient que 68 % des Français se disaient convaincus des bienfaits des MAC pour 56 % des médecins. Ces chiffres, récents, semblent montrer que les MAC seraient accueillies favorablement en France. Mais en pratique, les médecins intègrent-ils ces MAC dans leur arsenal thérapeutique ?

Dans ce cadre de la lombalgie commune où les MAC semblent avoir une place cohérente dans la prise en charge multidimensionnelle et pluridisciplinaire des

patients, nous nous sommes intéressés au point de vue des internes en médecine générale (IMG) de La Réunion.

L'objectif principal de cette thèse était d'estimer la proportion d'internes en médecine générale ayant orienté au moins une fois un patient vers une MAC dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les difficultés et les obstacles exprimés par les internes quant aux modalités de leur prise en charge des lombalgies communes ainsi qu'à l'intégration des MAC dans leurs arsenal thérapeutique et leur besoin de formation sur ce sujet au cours de leur cursus universitaire.

## **II. Matériel et méthode**

### **A. Type d'étude**

Cette étude épidémiologique, descriptive et transversale portait sur l'ensemble des internes de médecine générale de l'île de La Réunion.

### **B. Population de l'étude**

Les internes inscrits au Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale de l'université de La Réunion pour l'année 2019-2020 composaient la population de cette étude.

La durée de formation des internes de médecine générale étant de trois ans, nous nous sommes intéressés aux étudiants des trois années du Troisième cycle des études médicales (TCEM) : TCEM1, TCEM2 et TCEM3, ainsi qu'aux étudiants ayant terminé leur TCEM mais non encore thésés.

Le critère d'inclusion était :

- Être inscrit comme interne de médecine générale à l'UFR Santé de La Réunion, ce qui intègre les internes non thésés ayant validé leurs semestres d'internat.

Le critère de non-inclusion était :

- Refus de participer

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

### **C. Questionnaire**

Le questionnaire (annexe 1) se présentait sous la forme d'un auto-questionnaire informatisé.

Le questionnaire comprenait 14 questions fermées, dont 3 questions filtres qui renvoyaient à des sous-questions à choix simultanés où plusieurs réponses étaient

possibles et où figurait parfois une proposition « autre » permettant d'identifier un phénomène non anticipé lors de la réalisation du questionnaire.

Dans une des sous-questions à choix simultanés, nous avons demandé aux répondants quel était leur avis sur les différentes MAC. Afin de structurer la question nous nous sommes appuyés sur la classification des MAC en quatre catégories réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et reprise par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (33), qui sont :

- Les thérapies biologiques, c'est-à-dire utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie...).
- Les thérapies manuelles, axées sur la manipulation et les mobilisations (ostéopathie, chiropraxie médecine manuelle, certaines techniques de kinésithérapie ...).
- Les approches corps-esprit (hypnose médicale, méditation, sophrologie...).
- Les systèmes complets reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie...).

Le questionnaire était composé de 4 parties.

- La première partie, « *données socio-démographiques* », permettait de renseigner la situation de l'interne dans son cursus étudiant.
- La seconde, « *prise en charge des lombalgies non spécifiques* », permettait l'évaluation du degré de satisfaction et des niveaux de difficulté que rencontraient les internes dans leur prise en charge des lombalgies communes. Elle déterminait aussi le taux de recours aux MAC par les internes et permettait ainsi de répondre à l'objectif principal de l'étude et de recueillir des informations sur la fréquence de recours, les choix effectués, leurs raisons et, sur une échelle de 0 à 10, le niveau de satisfaction globale suscité par ces recours.
- La troisième partie, « *avis/opinion/position sur les médecines alternatives et complémentaires* », permettait de mesurer la fréquence à laquelle les patients sollicitaient l'avis des internes sur l'utilisation des MAC, de savoir si ces derniers donnaient effectivement leur avis et quel était alors cet avis.
- La dernière partie, « *formation aux MAC et cursus universitaire* », permettait de déterminer si les internes avaient été formés aux MAC et dans quel cadre, s'ils souhaitaient une formation sur ce sujet au cours de leurs études et la forme qu'elle devrait éventuellement prendre.

Le questionnaire était réalisé au moyen de l'application web Google Forms®.

(Annexe 1)

Aucun questionnaire validé n'existait dans ce domaine, nous avons donc testé notre questionnaire sur un échantillon de 30 internes en médecine générale venant des universités de Aix-Marseille, Montpellier et Paris Descartes non-inscrits à l'UFR santé de La Réunion, représentant 12,5 % de notre population cible. 8 réponses avaient été recueillies correspondant à un taux de réponse de 26,6 %. L'échantillon ainsi obtenu correspondait à 3,3 % de l'effectif global. Ce chiffre était en accord avec l'effectif conseillé (entre 1 et 5 %) pour la réalisation d'un test de questionnaire (34). Les 8 réponses à ce pré-test nous avaient permis d'apporter des ajustements nécessaires avant la diffusion du questionnaire aux internes de notre population et d'estimer le temps requis pour le remplir. Il s'est avéré en l'occurrence que chaque interne pourrait compléter ce questionnaire en moins de 5 minutes.

Le questionnaire était accompagné d'un texte de diffusion expliquant brièvement l'étude et ses objectifs.

#### **D. Comité éthique**

Selon le questionnaire de « Formalités réglementaires 2019 en sciences de la santé » de l'université de Strasbourg (annexe 2) :

- Ce projet de recherche était hors du champ de la loi Jardé.
- Il ne relevait pas de la loi "Informatique et Libertés" et ne nécessitait donc pas de déclaration auprès de la CNIL.
- Il ne nécessitait pas de demander l'avis d'un comité d'éthique.

Une déclaration auprès du référent délégué à la protection des données de l'Université de La Réunion a été effectuée.

L'anonymisation était assurée par le traitement des données via Google Forms® mais les internes pouvaient nous transmettre leur adresse électronique s'ils voulaient être tenus au courant des résultats de notre étude.

#### **E. Durée de l'enquête et recueil des données**

La durée de recueil des données avait été fixée à un mois. Ce recueil des données avait été effectué au moyen de l'application web Google Forms® et les réponses avaient été organisées par l'intermédiaire du logiciel Excel®.

Le questionnaire, auto-administré, avait été envoyé par courriel à la population cible par l'intermédiaire du bureau des thèses de l'UFR Santé de La Réunion qui possédait la liste de distribution.

Une première relance avait été effectuée dix jours après le premier envoi du questionnaire, et une deuxième vingt jours plus tard. Chaque nouvelle diffusion du questionnaire était accompagnée d'un texte d'encouragement à répondre et rappelait brièvement l'objectif de l'étude.

## **F. Méthode d'analyse statistique des données**

Les résultats ont été exploités à l'aide du logiciel R avec l'aide du service de soutien méthodologique du CHU site nord et d'Alexandra Rousseau. Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse statistique descriptive de la totalité de l'échantillon, puis en sous-groupes des IMG ayant recours aux MAC d'une part, et ceux n'y ayant pas recours d'autre part.

Dans un second temps, des variables ciblées ont été comparées entre ces deux sous-groupes. Les tests statistiques ont été réalisés en fonction de leurs conditions d'application.

Les résultats de comparaison ont été considérés comme statistiquement significatifs au-delà du seuil  $p = 0,05$  avec un intervalle de confiance de 95 %.

Rapport statistique (annexe 2)

### **III. Résultats**

#### **A. Données sociodémographiques.**

##### **1. Nombre de réponses**

Selon le Département universitaire de médecine générale de La Réunion, 240 internes étaient inscrits durant l'année scolaire 2019-2020.

Le recueil des données a eu lieu entre le 5 février 2020 et le 6 mars 2020.

Nous avons obtenu 54 réponses, soit un taux de réponses de 22,5 %.

##### **2. Répartition selon le sexe et moyenne d'âge.**

Parmi les répondants, 66,7 % (36/54) étaient des femmes et 33,3 % (18/54) étaient des hommes.

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 28 ans.

##### **3. Répartition par années de formation.**

Toutes les promotions étaient représentées, cependant la population comportait en majorité des internes ayant fini l'internat mais n'ayant pas soutenu leur thèse (TCEM4 et plus).

Seulement 5,8 % (3/54) des répondants étaient en TCEM1, 20,4 % (11/54) en TCEM2, 35,2 % (19/54) en TCEM3 et 38,9 % (21/54) étaient des TCEM 4 et plus.

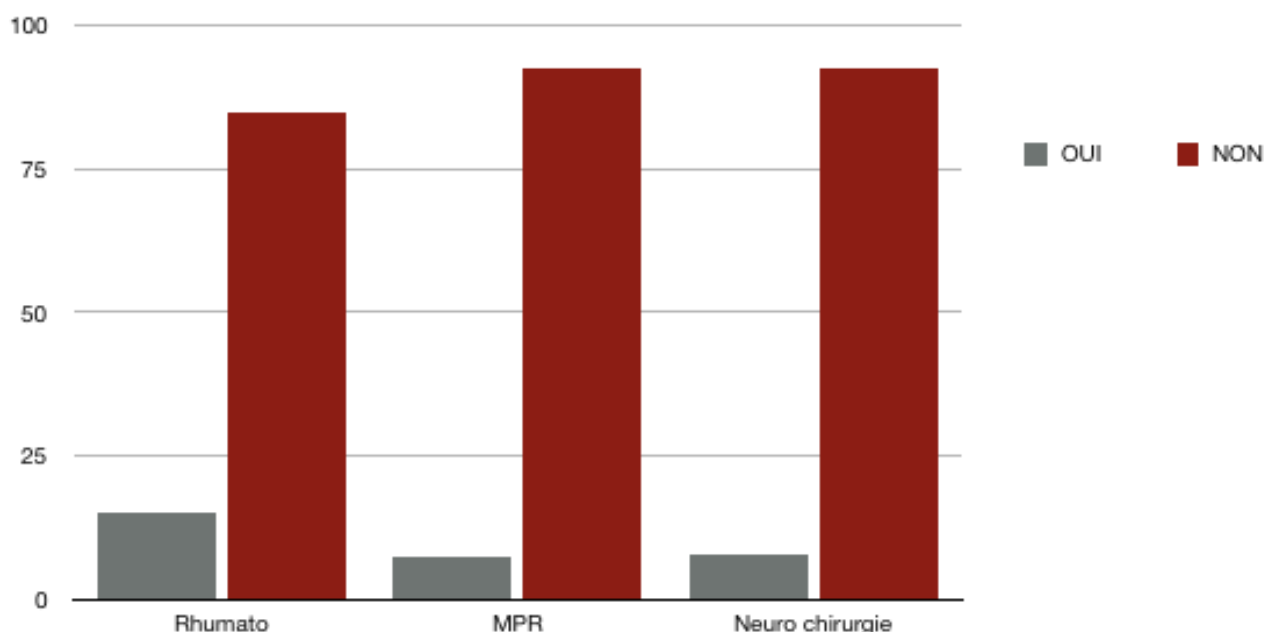
##### **4. Stage de niveau 1 et/ou stage de spécialité recevant des lombalgies.**

Dans notre population 100 % des répondants avaient effectué leur stage de niveau 1.

Pour les stages de spécialité recevant des lombalgies nous avons sélectionné la rhumatologie, la médecine physique et ré-adaptative, et la neurochirurgie.

Au total, 14 des internes répondants étaient passés dans au moins un de ces terrains de stage. La répartition est présentée dans la figure ci-dessous. (Figure 1)

Figure 1: Passage en stage de spécialité recevant des lombalgies.



## B. Prise en charge des lombalgies communes sans MAC

### 1. Degré de satisfaction et niveau de difficulté de la prise en charge des LC sans MAC par les internes.

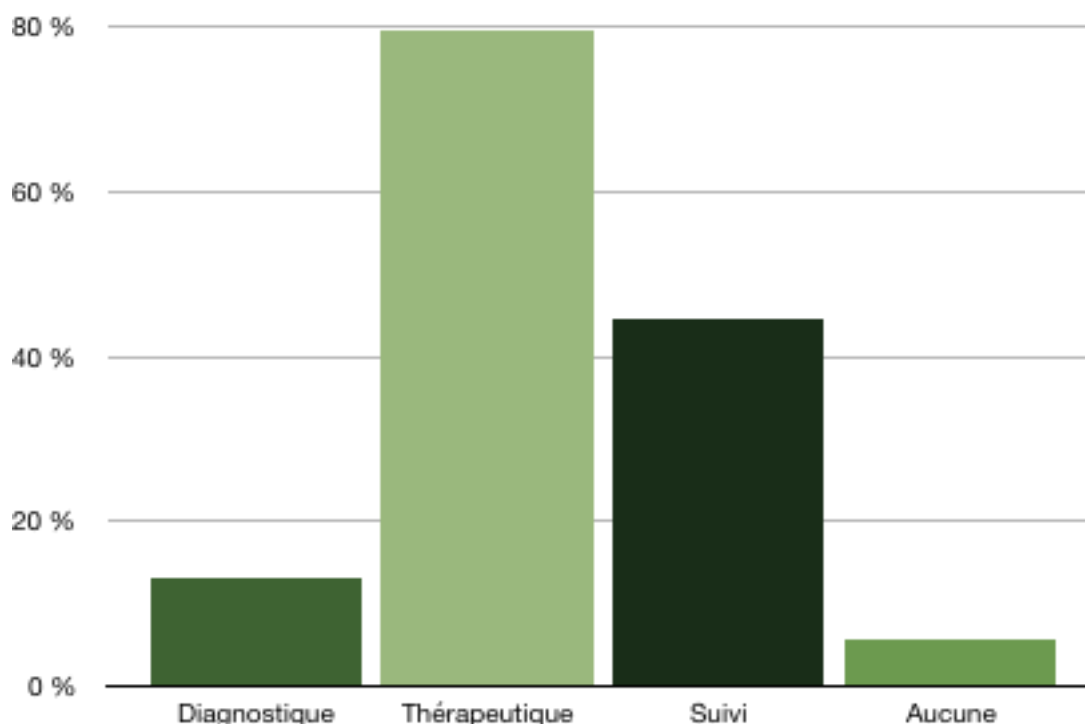
Le degré de satisfaction des internes concernant leur prise en charge de la LC sans recours aux MAC, lors d'une consultation de médecine générale était en moyenne de 0,56 +/- 0,16 (n = 54 ; IC95 [5,01-6,11]).

Une analyse en sous-groupe entre les IMG ayant effectué un stage dans une spécialité recevant des lombalgies et les autres, n'a pas retrouvé de différence statistique pour la variable « degré de satisfaction ».

Les difficultés ressenties au niveau des différents aspects de la prise en charge sont présentées dans la figure 2. Les principales difficultés ressenties sont le traitement et le suivi d'une lombalgie commune.



Figure 2 : Difficultés ressenties par les IMG dans la PEC des lombalgies communes.



### C. Taux de recours aux MAC par les internes dans la lombalgie commune.

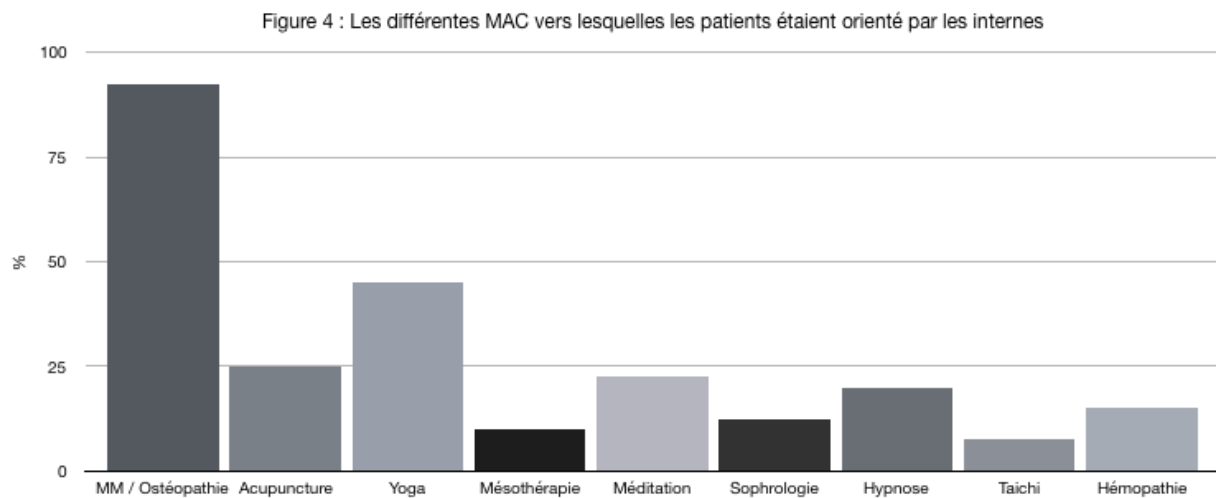
Il y avait 72,2 % (39/54) (n = 54 ; IC95 [63,44-81,00]) des répondants qui avaient déjà orienté au moins une fois un patient lombalgique vers une MAC.

L'analyse en sous-groupe des IMG ayant recours aux MAC d'une part et ceux n'y ayant pas recours d'autre part, n'a pas retrouvé de différence statistique entre les hommes et les femmes. Il n'y avait pas non plus de différence statistique selon le semestre d'étude des internes.

#### 1. Vers quelles MAC les patients lombalgiques étaient-ils orientés.

Les différentes MAC vers lesquelles les patients lombalgiques étaient orientés par les internes y ayant recours sont présentés dans la figure 3. Les principales thérapies utilisées étaient la médecine manuelle / ostéopathie 92,5 % (37/39), le yoga 45 % (18/39) et l'acupuncture 25 % (10/39).

La section « autre », permettait de renseigner les MAC utilisées par les internes et qui n'étaient pas proposées dans la question. Trois internes ont formulé une réponse. Les trois réponses recueillies étaient : l'hydrothérapie, l'auriculothérapie et le sport (cependant non considéré comme une MAC).

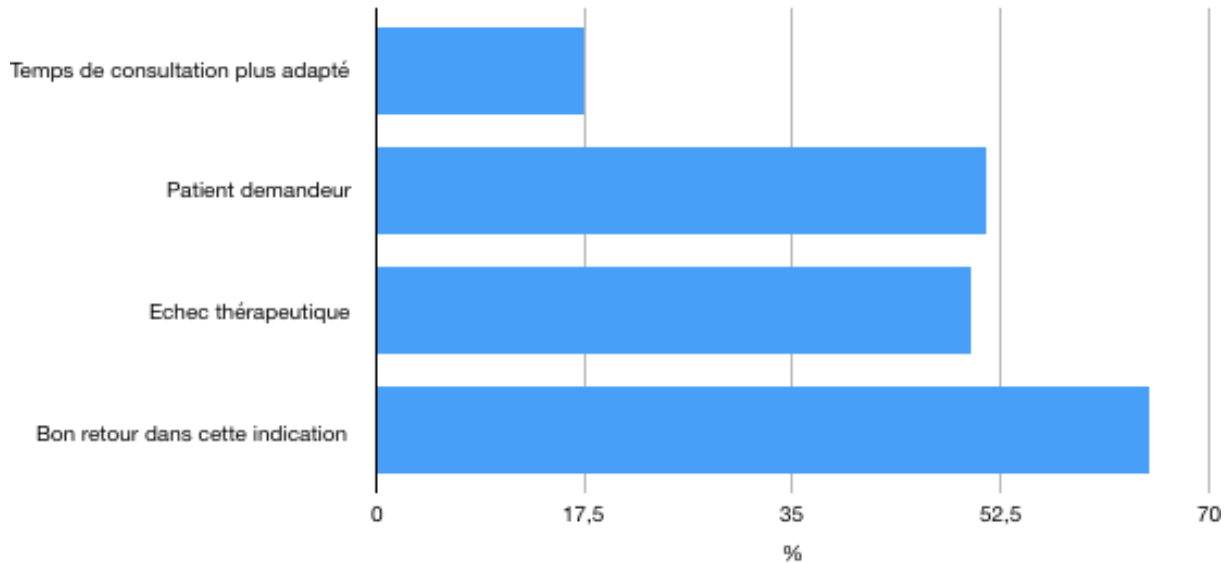


## 2. Les raisons données par les internes pour recourir aux Mac dans la lombalgie.

Les raisons du recours aux MAC dans la lombalgie par les internes sont présentées dans la figure 4. La raison commune à une très large majorité d'internes est celle du « bon retour dans cette indication ». 66 % (26/39) des internes ont donné cette raison pour expliquer en partie leur choix de recourir aux MAC.

La section « autre », permettait de rapporter les raisons qui n'étaient pas proposées dans la question. Une seule réponse a été faite qui était « La synergie des pratiques complémentaires et de la médecine occidentale dans les douleurs chroniques »

Figure 4 : Les raisons du recours aux MAC dans la lombalgie retenues par les internes.



### 3. Degré de satisfaction de la prise en charge des LC avec MAC par les internes.

Le degré de satisfaction des internes concernant leur prise en charge de la LC avec recours aux MAC lors d'une consultation de médecine générale était en moyenne de 0,64 +/- 0,13, (n = 39 ; IC95 [5,92-6,81])

La comparaison du degré de satisfaction de PEC avec et sans MAC des IMG retrouvait un p-value = 0,0313 (p < 0,05).

### 4. Les raisons données par les internes pour n'avoir jamais proposé une MAC à leurs patients lombalgiques.

Vingt-huit pour cent (15/54) des internes n'ont jamais proposé de recours aux MAC à leurs patients lombalgiques.

Les raisons sont présentées dans le tableau 1. Les principales raisons données (60 % et plus des internes) sont :

- Ne pas connaître les indications pour 80 % (12/15) des internes.
- Ne pas savoir expliquer aux patients pour 80 % (12/15) des internes.
- Ne pas connaître les professionnels autour de leur lieu d'exercice pour 73 % (11/15) des internes.

- Ne pas avoir été formé pour 66 % (10/15) des internes.

Dans la section ouverte « autre », un interne a donné comme raison : « les recommandations de la HAS. »

Tableau 1 : Raisons données par les internes (n = 15) pour n'avoir jamais proposé de MAC à leurs patients lombalgiques.

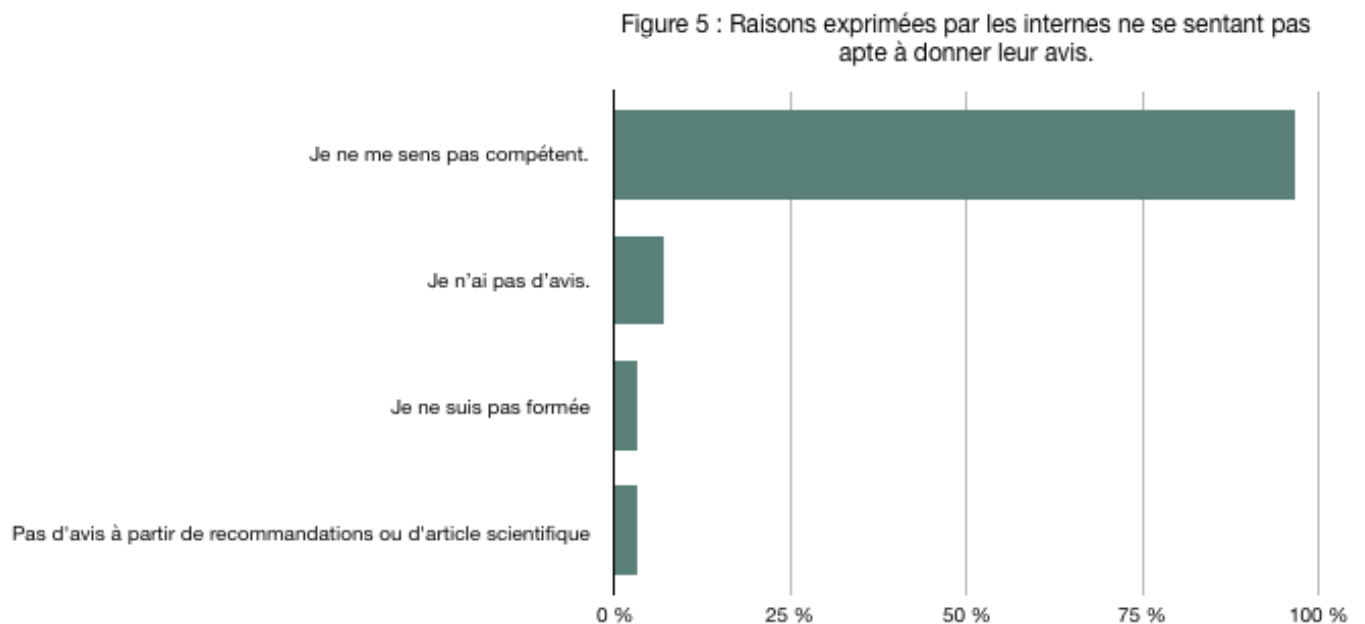
	Nombre de répondants	Fréquence
Jamais été intéressé	3	20 %
Ne pas connaître les principes	2	53 %
Ne pas connaître les indications	12	80 %
Ne pas savoir expliquer les principes au patient.	12	80 %
Ne pas connaître les professionnels autour de mon lieu d'exercice.	11	73 %
Les MCA ne sont pas remboursées.	7	47 %
Les MCA allongent le temps de consultation.	0	0 %
Ne pas y croire	0	0 %
Ne pas y penser	5	55 %
Ne pas avoir été formé	10	66 %

#### **D. Avis/opinion sur les médecines alternatives et complémentaires.**

##### **1. Les internes étaient-ils aptes à donner leur avis sur les MAC à leurs patients lombalgiques ?**

A cette question les répondants de l'étude sont 51,8 % (28/54) à répondre « non ». Les 28 internes qui ne se sentaient pas apte à donner leur avis à leurs patients lombalgiques exprimaient pour 96,6 % (27/28) d'entre eux la raison suivante : « ne pas se sentir compétent ». (Figure 5)

La réponse « autre » en texte libre permettait aux internes de donner une raison ne figurant pas dans les propositions. Dans cette section un seul interne a fourni une raison qui n'était pas proposée. Selon lui il n'était pas apte à donner son avis au sujet des MAC car il ne disposait « pas d'avis émanant de recommandations ou d'articles scientifiques » à sa disposition.



## 2. Quels avis exprimait l'ensemble des internes sur les différentes MAC ?

Ici, nous avons fait le choix de classer l'ensemble des MAC en 4 catégories proposées par le CNOM (Cf. section matériel et méthode). Les résultats sont présentés dans la figure 6. Une proposition « autre » permettait aux internes de proposer une MAC n'appartenant pas à une des 4 catégories. 4 propositions ont été faites chacune avec un avis favorable et un exemple de PEC a été proposé. (Cf. annexe 3)

La description en sous-groupes des IMG ayant recours aux MAC d'une part et ceux n'y ayant pas recours d'autre part, et les catégories de MAC ayant un avis favorable est présentée dans le tableau 2

Figure 6 : avis des internes sur les différentes catégories de MAC dans la PEC de la lombalgie.

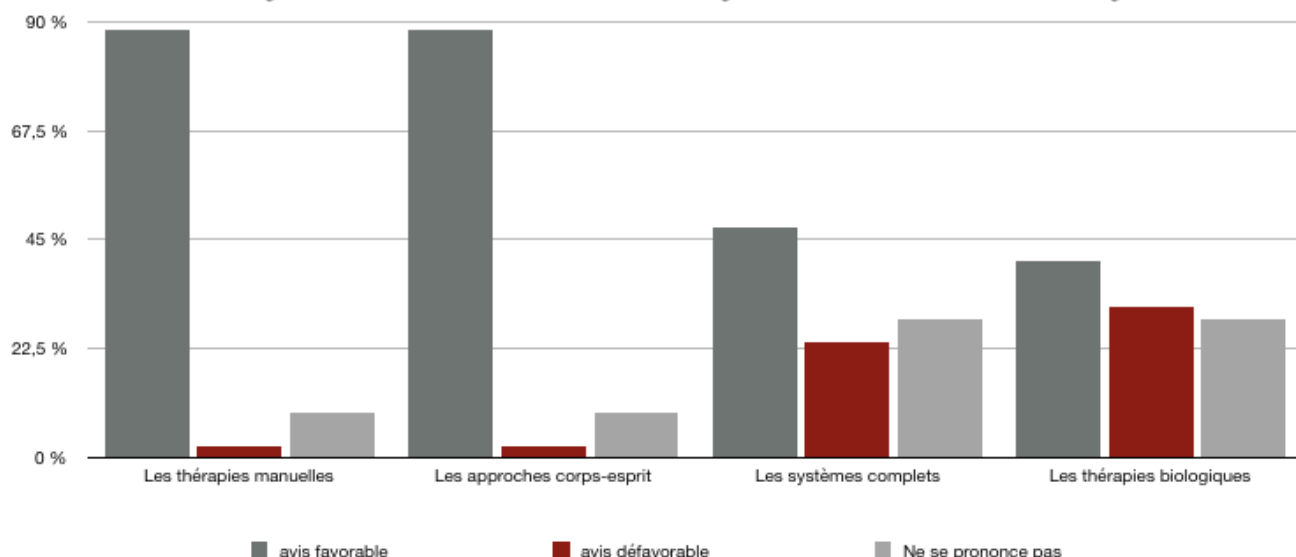


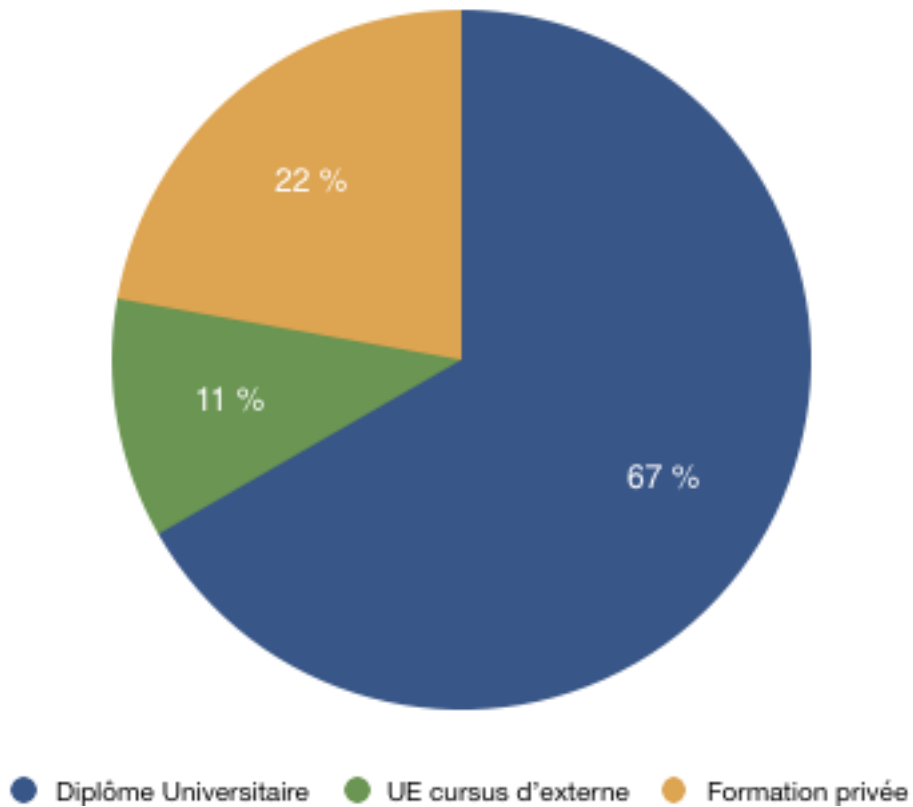
Tableau 2 : Analyse en sous-groupes des avis favorables pour chaque catégorie de MAC entre les utilisateurs et les autres IMG.

Avis favorable	Utilisateurs des MAC	Non Utilisateurs des MAC
Thérapies Manuelles	80 % (31/39)	47 % (7/15)
Les approches corps-esprit	80 % (31/39)	47 % (7/15)
Les systèmes complets	44 % (17/39)	20 % (3/15)
Les thérapies biologiques	38 % (15/39)	13 % (2/15)

### E. Les internes ont-ils été formés et souhaitent-ils une information sur les MAC durant leur cursus universitaire ?

Dans notre étude, 20 % (11/54) des internes avaient été formés sur au moins une MAC. Les types de formations sont présentés dans la figure 7.

Figure 7: Répartition des types de formation suivies par les internes formés sur les MAC.



De plus les internes étaient désireux d'une information sur les MAC durant leur cursus universitaire pour 96,3 % (52/54) d'entre eux.

Quant à la forme souhaitée, 80,4 % des internes choisissaient l'enseignement hors stage clinique.

## IV. Discussion

### A. Objectif et originalité de l'étude.

Notre travail avait pour objectif de décrire l'état actuel du recours aux MAC par les internes de médecine générale de La Réunion dans un contexte clinique spécifique, celui de la lombalgie commune.

Malgré ses faiblesses, notre étude reste pertinente dans la mesure où nous n'avons retrouvé aucune étude abordant le recours aux MAC selon cette perspective.

Nous n'avons en effet trouvé qu'une étude de 2016 se rapportant au sujet, mais celle-ci présentait uniquement le recours à l'ostéopathie par des IMG, de plus dans le cadre spécifique de la lombalgie aiguë commune (35).

En effet, on retrouve surtout et de plus en plus fréquemment des études cherchant à démontrer l'efficacité thérapeutique de différentes MAC dans des affections spécifiques, ou bien encore cherchant à évaluer l'avis ou l'intérêt de la population, des patients ou même des médecins vis à vis des MAC. Il existe aussi un grand nombre d'études qui portent sur la formation et notamment les désirs de formation exprimés par les médecins et les internes en médecine.

### B. Étude quantitative locale et points faibles de notre travail

L'effectif de notre étude descriptive était faible, avec quelques biais ne permettant pas d'extrapoler les résultats obtenus à la population générale des IMG.

- Biais de sélection : les données recueillies ne concernaient qu'un échantillon de la population des internes de médecine générale. La participation a été plus importante parmi les TCEM3 et les internes non thésés ayant validé tous leurs semestres. Cette variabilité du taux de répondants entre les différentes promotions limite ainsi la représentativité de l'échantillon étudié et la validité externe de l'étude. \_
- Biais de non réponse : il n'existait pas de non réponse partielle car les réponses étaient obligatoires. De nombreux internes n'ayant pas répondu au questionnaire, les caractéristiques et les opinions des non répondants



pouvaient différer de celles des répondants et ainsi induire un biais de non réponse.

- Biais de mesure : imputable aux répondants. Les données étant basées sur les déclarations des internes, il est possible que ceux-ci n'aient pas toujours exprimé leur opinion réelle dans le souci par exemple de ne pas se montrer trop critiques.

### **C. Analyse des résultats de l'étude.**

Les limites méthodologiques inhérentes à notre étude, essentiellement descriptive, ne nous permettent pas d'extrapoler les résultats à la population générale des IMG. Elle permet toutefois d'observer des tendances et de les confronter aux données existantes dans la littérature.

#### **1. Objectif principal : le taux de recours aux MAC dans le cadre des LC.**

Dans notre étude, 72 % (39/54) des IMG de La Réunion avaient déjà eu recours aux MAC pour leurs patients lombalgiques. Ce taux de recours important peut être rapproché de celui retrouvé chez des IMG de la faculté de Toulouse en 2016 (35). Cependant dans cette étude, seule l'ostéopathie était étudiée parmi les MAC, avec 61,4 % des internes y ayant recours pour leurs patients lombalgiques.

En 2014, 60 % des médecins généralistes interrogés dans la région Midi-Pyrénées adressaient leurs patients lombalgiques à un ostéopathe (36).

Chez les MG le recours aux MAC, de façon générale et toutes pathologies confondues, est également important. En 2012, Bassel (37) montrait que toutes causes confondues, 80,6 % des MG interrogés en Ile de France orientaient leurs patients vers les MAC. En 2016, Chamard (38) retrouve un taux de recours aux MAC de 68 % par les MG du Languedoc-Roussillon pour l'ensemble de leurs patients.

Il est intéressant néanmoins de noter les résultats d'une étude suisse de 2019 (39), dans laquelle 43 % des patients lombalgiques affirmaient avoir été orientés par leur MG vers une MAC. Ce moindre taux de recours aux MAC pourrait trouver en partie son explication dans le fait que l'évaluation était basée sur la déclaration des patients

eux-mêmes et que d'autre part le système de santé suisse diffère de celui de la France en termes de PEC financière des MAC.

Tous ces résultats ne sont bien sûr pas directement comparables aux nôtres. En effet ces travaux évaluaient soit le recours à l'ostéopathie dans la lombalgie soit le recours aux MAC dans un cadre généraliste ; or notre objectif était d'évaluer le taux de recours aux MAC par les IMG dans le cadre spécifique de la LC.

Néanmoins ils sont tous convergents sur la place importante qu'occupent désormais les MAC dans la PEC des patients en MG, y compris dans les lombalgies.

## **2. Prise en charge des lombalgies communes.**

Une grande majorité des lombalgies communes guérit spontanément en moins de 4 à 6 semaines (6) et les recommandations de l'HAS pour la PEC des patients lombalgiques ont été mises à jour en 2019 (21).

Cependant, dans notre étude, 94 % des internes interrogés déclaraient rencontrer des difficultés dans la PEC des LC. Pour 80 % d'entre eux la PEC thérapeutique était perçue comme une difficulté. Cette difficulté est bien reconnue d'ailleurs dans la littérature (35). Ainsi, un travail de 2017 (14) portant sur la PEC des patients lombalgiques chroniques par les MG montre-t-il que les principales difficultés sont la PEC thérapeutique, les conflits médecin/patient et les conflits entre confrères.

Concernant le niveau global de satisfaction des IMG de la PEC des LC, 20 % l'évaluaient à 4 ou moins sur une échelle numérique de 0 à 10. La moyenne était de 5,6/10, très comparable à celle des médecins généralistes dans une étude de 1996 qui retrouvait une moyenne de satisfaction de 5,1/10 (40), et à celle des IMG en 2016 (35) qui était de 5,3/10.

Lorsqu'on reposait la question du niveau global de satisfaction sur la PEC avec l'utilisation des MAC, les résultats obtenus se sont avérés significativement différents. En effet avec l'introduction des MAC dans la PEC, la moyenne était de 6,4/10 avec seulement 8 % des internes évaluant leur satisfaction à 4/10 ou moins.

On observe ainsi une amélioration sensible de la satisfaction des internes vis à vis de leur PEC lorsqu'on introduit l'utilisation des MAC.

Plusieurs explications sont possibles. Un nombre important de patients pourrait être demandeur d'une PEC par MAC sans oser en formuler la demande à leur MG comme le montre l'étude de Rodondi et al. en 2019 (39). L'amélioration de la satisfaction du

praticien passerait alors par le biais de celle de la satisfaction du patient à qui l'on aurait proposé un complément thérapeutique possible par MAC.

Les MAC sont parfois utilisés pour contourner un conflit médecin/patient, comme le montre ce travail d'Henriot de 2012 (41) où les généralistes utilisent les MAC comme un outil de relation thérapeutique et d'accompagnement de leur patient dans des situations d'incertitude relative. Les conflits médecin/patient comme source de difficulté pour la prise en charge des patients dans les LC a été bien mis en évidence par Richard en 2017(14).

Alors que les MAC restent qualifiés par le Code de Santé Publique comme « remède ou procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé » (42), dans un sondage de l'institut Odoxa de 2019, 56 % des médecins interrogés se disaient « convaincus des bienfaits » des MAC (32). Il semble donc exister une discordance entre les autorités de santé et une grande partie des praticiens.

De ce fait, par sa prise en charge et son recours aux MAC, le praticien affirme sa position de soignant, son indépendance et ses convictions en relation avec le patient, en dépit des autorités sanitaires et des objections de certains confrères, ce qui pourrait aussi expliquer l'amélioration du niveau de satisfaction. Cette « guerre des médecines » entre confrères sur la place des MAC dans la prise en charge avait été bien mise en avant dans le travail de Charrasse de 2019(30).

Enfin le bénéfice clinique observé chez les patients traités par MAC en complément pourrait également participer à l'amélioration de la satisfaction. Ce bénéfice supplémentaire des MAC est validé de façon empirique par les praticiens mais aussi de plus en plus par la littérature. Des méta-analyses légitiment l'emploi de MAC comme le taïchi, l'ostéopathie ou encore le yoga dans les lombalgies communes (24) (26)(27).

Ainsi les MAC semblent apporter une amélioration de la satisfaction des praticiens dans leur PEC des LC en intervenant sur les difficultés identifiées, à savoir la thérapeutique, la relation médecin-patient et les conflits entre confrères.

### **3. Raisons du recours aux MAC et utilisation.**

Parmi les raisons ayant motivé les internes de cette étude à avoir recours aux MAC dans leur PEC de LC, les 3 principales sont :

- « Le patient était demandeur » pour 49 % des internes répondants (19/39)

- « Je me trouvais en échec thérapeutique. » pour 51 % des internes répondants (20/39)
- « J'avais de bons retours dans cette indication. » est revenu chez 66 % des internes répondants (26/39).

Les 2 premières raisons sont retrouvées dans la littérature comme raisons principales de l'utilisation des MAC par le MG toutes situations confondues (37)(43).

En revanche la troisième raison ressortant dans notre étude se démarque car elle était la raison principale invoquée pour le recours aux MAC mais nous ne l'avons pas retrouvée dans nos recherches bibliographiques (41)(44). En effet, toute la bibliographie trouvée traitait des raisons exprimées par les médecins pour l'utilisation des MAC dans un contexte global et non pour une situation clinique particulière.

Dans notre étude, il est intéressant de remarquer que les IMG se tournent largement vers une justification d'utilisation qu'on pourrait qualifier de subjective, alors que dans la littérature, le choix des MG d'utiliser les MAC dans un contexte global s'appuie généralement sur l'existence d'études scientifiques ou de recommandations validant l'utilisation de certaines MAC (20)(21)(45)(46).

Dans notre étude, aucun interne à l'exception d'un seul, qu'ils aient eu ou non recours aux MAC, n'a justifié son choix en avançant des arguments que l'on pourrait qualifier d'objectifs.

De plus en plus de recommandations, à travers le monde, valident l'utilisation de certaines MAC dans la PEC de la LC, parfois même en première intention (21)(20)(45)(46). Néanmoins l'étude de Foster et al parue en 2018 (47) dans le Lancet rappelle qu'il existe toujours une différence entre « preuve » et « pratique » qui semble majeure dans le cas de la lombalgie.

Les 5 MAC les plus utilisées par les internes de cette étude, sont :

- Les médecines manuelles / ostéopathie utilisées par 92,5 % des internes (37/40).
- Le yoga utilisé par 45 % des internes (18/40).
- L'acupuncture utilisée par 25 % des internes (10/40).
- La méditation utilisée par 22,5 % des internes (9/40).
- L'hypnose utilisée par 20 % des internes (8/40).

Dans l'étude de Rodondi (39), les MAC jugées comme les plus utiles par les MG pour la lombalgie étaient l'ostéopathie, le yoga et la méditation. On remarquera toutefois

que toutes les MAC jugées pertinentes pour la lombalgie par les MG de cette étude se retrouvent dans les premiers choix des IMG de notre étude.

Les recommandations américaines (20) proposent en première intention des options thérapeutiques non-médicamenteuses de même que les recommandations britanniques (46) et danoises (45). Les recommandations françaises (21) de la HAS sont moins tranchées et proposent en première intention des options thérapeutiques non-médicamenteuses et médicamenteuses.

Les techniques manuelles sont recommandées en 1<sup>ère</sup> intention dans toutes les recommandations sauf en France où elles apparaissent en 2<sup>ème</sup> intention (recommandation de grade B). On retrouve de même le yoga en 1<sup>ère</sup> intention dans les recommandations américaines, britanniques et danoises. L'acupuncture reste un sujet controversé. On la retrouve en effet dans les recommandations américaines mais elle n'est pas recommandée chez les britanniques et se trouve même déconseillée dans les recommandations danoises. La France rappelle quant à elle, que l'acupuncture n'a pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie. La méditation quant à elle est recommandée aux USA. La France recommande sous conditions (dans une combinaison multimodale associée à une prise en charge active du patient) la méditation ainsi que l'hypnose (accord d'experts).

Ainsi, les 5 MAC les plus utilisées par les IMG de l'étude se retrouvent toutes dans une ou plusieurs des recommandations actuelles sur les lombalgies. Les techniques manuelles et le yoga, largement utilisés par les internes, se retrouvent dans 3 des 4 recommandations récentes qui introduisent les MAC pour la PEC de la lombalgie.

Dans notre étude, on remarquera que le choix des MAC utilisées par les IMG, qui reposait apparemment sur des justifications subjectives concorde avec les MAC des diverses recommandations qui reposent sur des données plus objectives.

Quant aux raisons données par les internes qui n'ont jamais eu recours aux MAC dans leur PEC des LC, elles sont toutes bien décrites dans la littérature (41)(38). Notre étude n'a pas révélé d'éléments nouveaux.

#### **4. Avis et opinion sur les MAC.**

A la question de savoir si les IMG se sentaient aptes à donner un avis à leur patient, la réponse a été non dans 52 % des cas.

Parmi les IMG ayant répondu qu'ils ne se sentaient pas aptes, 96 % ont donné comme raison leur absence de compétence. Ce manque déclaré de connaissances sur les MAC se retrouve dans la littérature (37) (35).

Pour Ribeaucourt (48), 65 % des IMG interrogés dans son travail ne se sentaient pas assez formés. Mais il est intéressant de noter que 60 % déclaraient qu'ils proposeraient tout de même à leurs patients une PEC complémentaire par les MAC. Afin de rechercher un avis plus différencié des IMG sur les diverses et nombreuses MAC, nous avons fait le choix de répartir en 4 catégories les MAC existantes. Cette approche n'a cependant pas été retrouvée dans nos recherche bibliographique visant à comparer nos résultats.

Les 4 catégories distinguées par l'OMS, l'Inserm ainsi que le National center for complementary and integrative health (33) sont :

- Les thérapies manuelles, axées sur la manipulation et les mobilisations (ostéopathie, chiropraxie, médecine manuelle, certaines techniques de kinésithérapie...).
- Les approches corps-esprit (hypnose médicale, méditation, Yoga...).
- Les systèmes complets reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie...).
- Les thérapies biologiques, c'est-à-dire utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie...).

Dans notre étude, il aurait été plus pertinent de demander l'avis des IMG sur ces 4 catégories en précisant que la question était à considérer « dans le cadre de la lombalgie ». Cela aurait permis notamment d'approfondir les résultats sur les avis des IMG n'ayant pas recours aux MAC dans leur PEC des LC.

Il est cependant intéressant de noter que les 2 premières catégories (thérapies manuelles et approches corps-esprit) recueillent le plus d'avis favorables de la part des IMG, que ceux-ci soient utilisateurs de MAC ou non (80 % et 80 % vs 47 % et 47 % respectivement). De même, ce sont les deux dernières catégories (systèmes complets et thérapies biologiques) qui recueillent le moins d'avis positifs dans les deux groupes et ce en proportions équivalentes (44 % et 38 % vs 20 % et 13 % respectivement).

## **5. Formation aux MAC.**

Dans notre étude, 96,4 % des IMG exprimaient le souhait d'une mise en place de formations aux MAC. Cette proportion va bien au-delà de celle des IMG s'étant déclarés utilisateurs de MAC, ce qui est cohérent avec les 66% de non utilisateurs pour raison d'absence de formation.

Ce besoin de formation sur les MAC exprimé par les IMG se retrouve dans la littérature (35) (48) traduisant bien l'intérêt de cette population pour ces approches thérapeutiques. Selon Ribeaucourt (48), la France en 2019, comparativement aux autres pays européens, ne présenterait pas de retard particulier sur la mise en place de formations sur les MAC. Pour autant, il semblerait que les formations existantes ne soient pas suffisantes pour répondre à la demande. Il est probable qu'un enseignement standardisé, particulièrement dans les facultés de médecine, basé sur des recherches scientifiques, améliorerait la PEC par les MAC en fournissant ainsi les prérequis nécessaires à leur utilisation raisonnée.

## V. Conclusion

La PEC de la lombalgie commune représente à l'heure actuelle un défi majeur de santé publique tant au niveau national qu'international. Les MAC ne font par contre toujours pas consensus, notamment en raison de leur nombre et des difficultés d'évaluation scientifique qu'elles posent par leurs grandes variations inter et intra disciplinaires. Elles prennent cependant une place grandissante, en tant que thérapeutique complémentaire dans la PEC des lombalgies communes. Dans notre étude, le taux élevé de recours aux MAC par les IMG de La Réunion souligne la place très importante qu'elles prennent dans leur pratique. La satisfaction dans la PEC des LC, connue pour être habituellement médiocre, apparaît dans notre étude être améliorée par l'utilisation des MAC. Celles-ci pourraient agir en particulier sur la PEC thérapeutique, les conflits médecin/patient et les conflits entre confrères, les trois thèmes principaux des difficultés reconnues par les MG lors de la PEC des LC. Les choix des MAC utilisées par les IMG de La Réunion concordent avec ceux des diverses recommandations récentes sur la LC. Il n'y a donc pas pour les IMG de La Réunion de discordance entre les preuves et la pratique dans leur utilisation des MAC dans le cadre des lombalgies communes. Les IMG de La Réunion sont quasi-unanimes quant à la nécessité de mise en place d'un enseignement universitaire sur les MAC car les raisons principales de non utilisation des MAC étaient liées à une absence de formation.

Un consensus au sujet des MAC en général paraît difficile à obtenir par la seule production de preuves d'efficacité thérapeutique, la nature même des MAC rendant quasiment impossible la standardisation des essais cliniques. Néanmoins en ce qui concerne les lombalgies communes, un certain nombre de recommandations ont été émises.

Les résultats de cette étude, contrairement à ce qui était attendu, ont montré un taux de recours important aux MAC dans la PEC de LC par les IMG de La Réunion. Cette utilisation était globalement en adéquation avec les recommandations actuelles malgré un manque de formation et un besoin déclaré dans ce domaine.

Les résultats de cette étude nous laissent penser que la mise en place d'un enseignement universitaire sur l'utilisation des MAC ou de certaines d'entre elles dans la PEC de certaines maladies, telles que les lombalgies communes, serait à même de répondre à un besoin largement exprimé par les IMG et permettrait de mieux encadrer une pratique déjà existante chez une majorité d'entre eux.



## VI. Références bibliographiques :

1. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, Nachemson AL, Buchbinder R, Walker BF, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine*. Janvier 2008 ;33(1):95-103.
2. Inserm. Jenner et coll. Définition de la lombalgie commune ou non spécifique. France : 1995. Disponible sur : <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/186/?sequence=5> [cité 25 juillet 2019].
3. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl*. Septembre 2017;390(10100):1211-59.
4. Buchbinder R, Blyth FM, March LM, Brooks P, Woolf AD, Hoy DG. Placing the global burden of low back pain in context. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. Octobre 2013;27(5):575-89.
5. Haute école de santé Genève. Brunier P, Graffin J. Lombalgie chronique non spécifique. Suisse: 2019. Disponible sur: <https://doc.rero.ch/record/327306> [cité 6 mai 2020].
6. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. Juin 2012;64(6):2028-37.
7. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Latimer J, Koes BW, Steffens D, et al. Can Recurrence After an Acute Episode of Low Back Pain Be Predicted? *Phys Ther*. Septembre 2017;97(9):889-95.
8. CNAM. Programme de sensibilisation sur la lombalgie. France : 2017. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CP\\_DP\\_lombalgie.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_DP_lombalgie.pdf) [cité 9 mars 2020].
9. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine Longévité*. Septembre 2011;3(3):137-49.
10. Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, Diatta T, Addra I, Grelaud A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol*. Février 2010;24(1):101-8.
11. INRS. Prévention du mal de dos lié au travail : les entreprises se mobilisent. France: 2018. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/actualites/campagne-nationale-lombalgies.html> [cité 9 mars 2020].
12. Haldeman S, Dagenais S. A supermarket approach to the evidence-informed management of chronic low back pain. *Spine J Off J North Am Spine Soc*. Février 2008;8(1):1-7.
13. Mortimer M, Ahlberg G, MUSIC-Norrtälje Study Group. To seek or not to seek? Care-seeking behaviour among people with low-back pain. *Scand J Public Health*. Mai 2003;31(3):194-203.
14. Richard MR. Analyse des difficultés de la prise en charge des patients lombalgiques pour les médecins généralistes de Picardie. Thèse de médecine : Université de Picardie Jules Verne, 2017.
15. Enke O, New HA, New CH, Mathieson S, McLachlan AJ, Latimer J, et al. Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. Mars 2018;190(26):E786-93.
16. Krebs EE, Gravely A, Nugent S, Jensen AC, DeRonne B, Goldsmith ES, et al. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back

- Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. Juin 2018;319(9):872-82.
17. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ. Efficacy, Tolerability, and Dose-Dependent Effects of Opioid Analgesics for Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. Juillet 2016;176(7):958-68.
  18. Enthoven WTM, Roelofs PDDM, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. Février 2016;2:CD012087.
  19. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Day RO, Pinheiro MB, Ferreira ML. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. Juillet 2017;76(7):1269-78.
  20. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. Avril 2017;166(7):514-30.
  21. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. France : 2019. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune) [cité 8 août 2019].
  22. National Center for Complementary and Integrative Health. Introduction. USA : 2012 Disponible sur : <https://www.nccih.nih.gov/about/strategic-plans/introduction> [cité 5 mai 2020].
  23. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain*. Mai 2013;29(5):450-60.
  24. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Vempati R, D'Adamo CR, Berman BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. Décembre 2017;1:CD010671.
  25. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med*. Octobre 2012;172(19):1444-53.
  26. Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. Août 2014;15:286.
  27. Kong LJ, Lauche R, Klose P, Bu JH, Yang XC, Guo CQ, et al. Tai Chi for Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Sci Rep*. Avril 2016; 6: 25325.
  28. Chou R, Huffman LH, American Pain Society, American College of Physicians. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. Octobre 2007;147(7):492-504.
  29. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. Avril 2010;24(2):193-204.
  30. Charrasse F. La guerre des médecines. Quand le croire se retrouve au cœur d'une crise institutionnelle. *Anal*. Décembre 2019;3(3):308-15.
  31. Léoutre-Falmagne B, Hanriot O, Kanny G, De Korwin JD. Recours aux médecines complémentaires et alternatives non-médicamenteuses par les patients douloureux chroniques. Étude observationnelle descriptive transversale par enquête publique. *Rev Médecine Interne*. Décembre 2019;40:A31.
  32. Odoxa. Homéopathie & médecines alternatives et complémentaires : les patients et les médecins sont à front renversé. France : 2019 Disponible sur : <http://www.odoxa.fr/sondage/homeopathie-autres-medecines-alternatives-complementaires-patients-medecins-a-front-renverse/> [cité 13 mars 2020].

33. Conseil national de l'Ordre des médecins. Dr René Luigi et al. Quelle place pour les médecines complémentaires ? France : 2015 Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2> [cité 25 juill 2019].
34. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. E-Respect. Novembre 2012;1(2):15-21.
35. Mignon Le Vaillant C, Yvernès A-L. Ostéopathie et lombalgie aiguë commune : connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées. Thèse de médecine : Université Paul Sabatier, Toulouse 3, 2016.
36. Babled C. Le médecin généraliste et l'ostéopathie : évaluation du recours aux manipulations vertébrales par les médecins généralistes dans la lombalgie aiguë commune en Midi-Pyrénées. Thèse de médecine : Université Paul Sabatier, Toulouse 3, 2014.
37. Adamo B. Perception et utilisation des médecines non conventionnelles par les médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Paris-Nord, 2012.
38. A. Chamard. État des lieux du recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, dans le Languedoc-Roussillon: étude quantitative auprès de patients et de médecins. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2016.
39. Rodondi P-Y, Bill A-S, Danon N, Dubois J, Pasquier J, Matthey-de-l'Endroit F, et al. Primary care patients' use of conventional and complementary medicine for chronic low back pain. J Pain Res. Décembre 2019;12:2101-12.
40. Little PS, Smith L, Cantrell T, Chapman J, Langridge J, Pickering R. General practitioners' management of acute back pain: a survey of reported practice compared with clinical guidelines. Br Med J. Février 1996;312:485-8.
41. A. Henriot. Pourquoi les médecins généralistes intègrent-ils les médecines non conventionnelles dans leur pratique ? : étude qualitative de l'intégration des médecines non conventionnelles chez 11 généralistes du Calvados. Thèse de médecine : Université de Caen, 2012.
42. Code de la santé publique - Article R4127-39.
43. J. Noël. L'approche des médecines alternatives et complémentaires lors du stage ambulatoire de médecine générale : le point de vue des maîtres de stage des universités. Thèse de médecine : Université de Grenoble, 2016.
44. A. FLANDRIN MOUALLEM. Perception des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) par les médecins généralistes par la méthode du Focus Group. Thèse de médecine : Université de Nantes, 2013.
45. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. Eur Spine J. Janvier 2018;27(1):60-75.
46. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. BMJ. Janvier 2017;356:i6748.
47. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. The Lancet. Juin 2018;391(10137):2368-83.
48. F. Ribeaucourt. État des lieux et perspectives de formation des étudiants en médecine sur les thérapies complémentaires : revue de la littérature et étude quantitative auprès des internes de médecine générale de Rouen. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2019.

## VII. Annexes :

### A. Annexe 1 :

Données socio-démographiques		
A. Genre :		
<input type="radio"/> Homme		
<input type="radio"/> Femme		
B. Age :		
<input type="text" value="Sélectionner"/>		
C. TCEM :		
<input type="radio"/> 1		
<input type="radio"/> 2		
<input type="radio"/> 3		
<input type="radio"/> 4 et plus		
D. Avez-vous effectué votre stage de niveau 1:		
<input type="radio"/> Oui		
<input type="radio"/> Non		
E. Avez-vous effectué un stage en :		
	oui	non
Rhumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecine physique et réadaptation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Prise en charge des lombalgies non spécifiques.

1) Quel est votre degré de satisfaction concernant votre prise en charge des lombalgies non spécifiques sans MCA ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

mauvais           excellent

2) Quel niveau de prise en charge vous pose problème ?

- Diagnostique
- Thérapeutique
- Suivi
- Aucun

3) Avez-vous déjà orienté (même oralement) au moins une fois un patient vers une MCA dans vos prises en charge des lombalgies non spécifiques ?

- Oui (passer a la section suivante.)
- Non (sauter la section suivante.)

Si oui...

Si oui : à quelle fréquence ? (choix unique)

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Si oui : laquelle ou lesquelles ? (choix multiple)

- La médecine manuelle ou ostéopathie
- Acupuncture
- Mesothérapie
- Homéopathie
- Yoga
- Méditation
- Sophrologie
- Hypnose
- Taï chi
- Autre : \_\_\_\_\_

Si oui : Pour quelle(s) raison(s) ? (choix multiple)

- Le patient était demandeur.
- Je me trouvais en échec thérapeutique.
- J'avais de bon retour dans cette indication.
- Le temps de consultation me semblait plus adapté.
- Autre : \_\_\_\_\_

Si oui : quel est votre degré de satisfaction concernant votre prise en charge des lombalgies non spécifiques avec MCA ?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- mauvais           excellent

## Si non...

Si non : pourquoi ? (choix multiple)

- Je ne me suis jamais intéressé aux MCA.
- Je ne connais pas les principes des MCA.
- Je ne connais pas les indications des MCA.
- Je ne saurais pas expliquer les principes des MCA au patient.
- Je ne connais pas les professionnels de santé pratiquant les MCA autour de mon lieu d'exercice.
- Les MCA ne sont pas remboursées.
- Les MCA allongent le temps de consultation.
- je n'y cois pas
- Je n'y ai pas pensé.
- Je n'ai pas été formé.
- Autre : \_\_\_\_\_

## Avis/Opinion/Position sur les Médecines complémentaires et alternatives.

5) Les patients vous demandent-ils votre avis sur les MCA ?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

6) Vous sentez-vous apte à donner votre avis ?

- Oui
- Non

Si non : pourquoi ?

- Je ne me sens pas compétent.
- Je n'ai pas d'avis.
- Autre : \_\_\_\_\_

Si oui : quel est votre avis ?

	avis favorable	avis défavorable	Ne se prononce pas
Les thérapies manuelles, axées sur la manipulation (ostéopathie, chiropraxie...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les approches corps-esprit (hypnose médicale, méditation, sophrologie...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les systèmes complets reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les thérapies biologiques, c'est-à-dire utilisant des produits naturels issus de plantes, de minéraux ou d'animaux (phytothérapie, aromathérapie...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
autre(s) ( décrire dans la section ci-dessous )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Formation aux Médecines complémentaires et alternatives.

8) Avez-vous été formé durant votre cursus universitaire aux MCA ?

- Oui  
 Non

Si oui : Par qui avez-vous été formé ?

Enseignement hors stage clinique

- Enseignement dans le cadre du DES de MG  
 Diplôme universitaire ou inter-universitaire  
 Autre : \_\_\_\_\_

Enseignement durant le stage clinique

- Ambulatoire  
 Hospitalier

## Cursus Universitaire

9) Pensez-vous qu'une information sur ces MCA serait utile durant votre cursus universitaire ?

- Oui  
 Non

Sous quelle forme ?

- Lors des enseignements hors stage  
 Lors des stages cliniques  
 Autre : \_\_\_\_\_

## B. Annexe 2 :

### Description des réponses qualitatives

# En fréquence absolue et entre parenthèses en fréquence relative (%)

```
## Total
## Total 54
##
## SEXE
## femme 36 (66.7)
## homme 18 (33.3)
##
## AGE
## mean(SD) 28.1 (2.2)
##
## TCEM
## TCEM 1 3 (5.6)
## TCEM 2 11 (20.4)
## TCEM 3 19 (35.2)
## TCEM 4 21 (38.9)
##
## STAGE_NIVEAU1
## oui 54 (100)
##
## STAGE_RHUM
## oui 8 (15.1)
## non 45 (84.9)
##
## STAGE_MPR
## oui 4 (7.5)
## non 49 (92.5)
##
## STAGE_NEUROCH
## oui 4 (7.7)
## non 48 (92.3)
##
## DEGRE_SATISF_SANS_MAC
## mean(SD) 5.6 (1.6)
##
## NIV_PB_DIAG
## oui 7 (13)
## non 47 (87)
##
## NIV_PB_TRT
## oui 43 (79.6)
## non 11 (20.4)
##
## NIV_PB_SUIVI
## oui 24 (44.4)
## non 30 (55.6)
```

```

##
## NIV_PB_AUCUN
##   oui           3 (5.6)
##   non          51 (94.4)
##
## ORIENTE_MAC
##   oui           39 (72.2)
##   non          15 (27.8)
##
## FRQ_MAC
##   jamais        2 (4.8)
##   rarement     18 (42.9)
##   souvent       19 (45.2)
##   tres souvent  3 (7.1)
##
## MAC_OSTEO
##   oui           37 (92.5)
##   non           3 (7.5)
##
## MAC_ACUP
##   oui           10 (25)
##   non           30 (75)
##
## MAC_MESO
##   oui           4 (10)
##   non           36 (90)
##
##
## MAC_HOMEEO
##   oui           6 (15)
##   non           34 (85)
##
## MAC_YOGA
##   oui           18 (45)
##   non           22 (55)
##
## MAC_MEDIT
##   oui           9 (22.5)
##   non           31 (77.5)
##
## MAC_SOPHRO
##   oui           5 (12.5)
##   non           35 (87.5)
##
## MAC_HYPNOSE
##   oui           8 (20)
##   non           32 (80)
##
## MAC_TAICHI
##   oui           3 (7.5)
##   non           37 (92.5)

```

```

##
## RAISON_DEMANDE
##   oui           19 (51.4)
##   non           18 (48.6)
##
## RAISON_ECHEC_TRT
##   oui           20 (50)
##   non           20 (50)
##
## RAISON_RETOUR
##   oui           26 (65)
##   non           14 (35)
##
## RAISON_TEMPS
##   oui           7 (17.5)
##   non           33 (82.5)
##
## DEGRE_SATISF_AVEC_MAC
##   mean(SD)      6.4 (1.3)
##
## RAISON_INTERET
##   oui           3 (12)
##   non           22 (88)
##
## RAISON_PRINCIPE
##   oui           11 (44)
##   non           14 (56)
##
## RAISON_INDICATION
##   oui           13 (52)
##   non           12 (48)
##
## RAISON_EXPLIQUER
##   oui           15 (60)
##   non           10 (40)
##
## RAISON_PROF
##   oui           15 (60)
##   non           10 (40)
##
## RAISON_REMBOURSE
##   oui           14 (56)
##   non           11 (44)
##
## RAISON_TEMPS.1
##   mean(SD)      2 (0)
##
## RAISON_CROIRE
##   oui           2 (8)
##   non           23 (92)
##
## RAISON_PENSE

```

```

##      oui                5 (20)
##      non                20 (80)
##
## RAISON_FORMATION
##      oui                16 (64)
##      non                9 (36)
##
## PATIENT_AVIS
##      jamais            3 (5.6)
##      rarement         28 (51.9)
##      souvent           21 (38.9)
##      tres souvent     2 (3.7)
##
## APTE_AVIS
##      oui                26 (49.1)
##      non                27 (50.9)
##
## RAISON_PAS_COMPETENT
##      oui                27 (96.4)
##      non                1 (3.6)
##
## RAISON_PAS_AVIS
##      oui                2 (7.1)
##      non                26 (92.9)
##
## AVIS_TM
##      favorable         38 (88.4)
##      defavorable       1 (2.3)
##      ne se prononce pas 4 (9.3)
##
## AVIS_CE
##      favorable         38 (88.4)
##      defavorable       1 (2.3)
##      ne se prononce pas 4 (9.3)
##
## AVIS_SC
##      favorable         20 (47.6)
##      defavorable       10 (23.8)
##      ne se prononce pas 12 (28.6)
##
## AVIS_TB
##      favorable         17 (40.5)
##      defavorable       13 (31)
##      ne se prononce pas 12 (28.6)
##
## FORMATION_MAC
##      oui                11 (20.4)
##      non                43 (79.6)
##
## FORMATION_DES
##      oui                9 (100)
##

```

```

## FORMATION_DU
##   oui                5 (55.6)
##   non                4 (44.4)
##
## FORMATION_SOLO
##   oui                2 (22.2)
##   non                7 (77.8)
##
## FORMATION_EXTERNAT
##   oui                1 (11.1)
##   non                8 (88.9)
##
## INFORMATION_MAC
##   oui                52 (96.3)
##   non                2 (3.7)
##
## QUELLE_FORME
##   hors stage clinique 41 (80.4)
##   durant stage clinique 10 (19.6)
##

```

## Description des réponses quantitatives

**# Avec: Min = minimum, 1st Qu = 1er quartile, median = médiane, mean = moyenne, 3rd Qu = 3eme quartile, max = maximum, NA's = nombre de données manquantes**

### **# AGE : moyenne, médiane, quartiles**

```

##   Min. 1st Qu.  Median    Mean 3rd Qu.    Max.
##   25.00  27.00   28.00   28.07  29.00   38.00
##
## 25 26 27 28 29 30 33 38
##  4  9 12  6 11 10  1  1
##
## One Sample t-test
##
## data:  MAC$AGE
## t = 93.197, df = 53, p-value < 2.2e-16
## alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
## 95 percent confidence interval:
##  27.46987 28.67827
## sample estimates:
## mean of x
##  28.07407
##
## One Sample t-test
##
## data:  MAC$AGE[MAC$ORIENTE_MAC == "oui"]
## t = 74.444, df = 38, p-value < 2.2e-16
## alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
## 95 percent confidence interval:

```

```

## 27.51297 29.05114
## sample estimates:
## mean of x
## 28.28205

##
## One Sample t-test
##
## data: MAC$AGE[MAC$ORIENTE_MAC == "non"]
## t = 63.298, df = 14, p-value < 2.2e-16
## alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
## 95 percent confidence interval:
## 26.60040 28.46627
## sample estimates:
## mean of x
## 27.53333

```

**# AGE: fréquence absolue et relative (%) de chaque age**

```

##
## 25 26 27 28 29 30 33 38
## 4 9 12 6 11 10 1 1

##
## 25 26 27 28 29 30 33 38
## 0.07 0.17 0.22 0.11 0.20 0.19 0.02 0.02

```

**# DEGRE\_SATISF\_SANS\_MAC: moyenne, médiane, quartiles**

```

```
##      Min. 1st Qu.  Median    Mean 3rd Qu.    Max.
##  1.000   5.000   6.000   5.611   7.000   9.000
```

##
## One Sample t-test
##
## data: MAC$DEGRE_SATISF_SANS_MAC
## t = 26.447, df = 53, p-value < 2.2e-16
## alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
## 95 percent confidence interval:
## 5.185557 6.036666
## sample estimates:
## mean of x
## 5.611111
```

##
## One Sample t-test
##

```

```

## data: MAC$DEGRE_SATISF_SANS_MAC[MAC$ORIENTE_MAC == "oui"]
## t = 20.461, df = 38, p-value < 2.2e-16
## alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
## 95 percent confidence interval:
## 5.013604 6.114601
## sample estimates:
## mean of x
## 5.564103
```
  


```

##
## One Sample t-test
##
## data: MAC$DEGRE_SATISF_SANS_MAC[MAC$ORIENTE_MAC == "non"]
## t = 19.094, df = 14, p-value = 2.014e-11
## alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
## 95 percent confidence interval:
## 5.089330 6.377336
## sample estimates:
## mean of x
## 5.733333
```

```


```

**# DEGRE\_SATISF\_SANS\_MAC: fréquence absolue et relative (%) de chaque degré de satisfaction sans MAC**

```

```
##
## 1 3 4 5 6 7 8 9
## 1 4 6 14 14 9 5 1
```
  


```

##
## 1 3 4 5 6 7 8 9
## 0.02 0.07 0.11 0.26 0.26 0.17 0.09 0.02
```

```


```

**# DEGRE\_SATISF\_AVEC\_MAC: moyenne, médiane, quartiles**

```

```
##      Min. 1st Qu.  Median    Mean 3rd Qu.    Max.   NA's
## 4.000  5.000   6.000   6.359  7.000   9.000    15
```
  


```

##
## One Sample t-test
##
## data: MAC$DEGRE_SATISF_AVEC_MAC
## t = 29.913, df = 38, p-value < 2.2e-16
## alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
```

```


```



```

## 95 percent confidence interval:
## 5.928621 6.789328
## sample estimates:
## mean of x
## 6.358974
```
  


```

##
## One Sample t-test
##
## data: MAC$DEGRE_SATISF_AVEC_MAC[MAC$ORIENTE_MAC == "oui"]
## t = 29.208, df = 37, p-value < 2.2e-16
## alternative hypothesis: true mean is not equal to 0
## 95 percent confidence interval:
## 5.926634 6.810208
## sample estimates:
## mean of x
## 6.368421
```

```


```

**# DEGRE\_SATISF\_AVEC\_MAC: fréquence absolue et relative (%) de chaque degré de satisfaction avec MAC**

```

```
##
## 4 5 6 7 8 9
## 3 9 8 10 8 1
```
  


```

##
## 4 5 6 7 8 9
## 0.08 0.23 0.21 0.26 0.21 0.03
```

```


```

**# Comparaison du degré de satisfaction avec et sans MAC: DEGRE\_STAISF\_SANS MAC vs DEGRE\_SATISF\_AVEC\_MAC**

```

```
##
## Wilcoxon signed rank test with continuity correction
##
## data: MAC$DEGRE_SATISF_SANS_MAC and MAC$DEGRE_SATISF_AVEC_MAC
## V = 118.5, p-value = 0.0313
## alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0
```

```

## Description des réponses en sous-groupes

**# Lecture des résultats :**

**# Selon ORIENTE\_MAC (oui/non)**

**# Voici les variables pour lesquelles il a été possible statistiquement de comparer le**

**groupe de ceux qui ont déjà orienté un patient vers une MAC et ceux qui ne l'ont pas fait, avec la p value correspondante.**

##	oui	non	P value
## Total	39	15	
##			
## SEXE			<b>0.519</b>
## femme	25 (64.1)	11 (73.3)	
## homme	14 (35.9)	4 (26.7)	
##			
## AGE			<b>0.341</b>
## median(IQR)	28 (27,29.5)	27 (26.5,29)	
##			
## TCEM			<b>0.643</b>
## TCEM 1	2 (5.1)	1 (6.7)	
## TCEM 2	7 (17.9)	4 (26.7)	
## TCEM 3	13 (33.3)	6 (40)	
## TCEM 4	17 (43.6)	4 (26.7)	
##			
## STAGE_NIVEAU1			<b>0.001</b>
## oui	39 (100)	15 (100)	
##			
## STAGE_RHUM			<b>0.673</b>
## oui	5 (13.2)	3 (20)	
## non	33 (86.8)	12 (80)	
##			
## STAGE_MPR			<b>0.282</b>
## oui	2 (5.1)	2 (14.3)	
## non	37 (94.9)	12 (85.7)	
##			
## STAGE_NEUROCH			<b>1</b>
## oui	3 (7.9)	1 (7.1)	
## non	35 (92.1)	13 (92.9)	
##			
## DEGRE_SATISF_SANS_MAC			<b>0.725</b>
## mean(SD)	5.6 (1.7)	5.7 (1.2)	
##			
## NIV_PB_DIAG			<b>0.084</b>
## oui	3 (7.7)	4 (26.7)	
## non	36 (92.3)	11 (73.3)	
##			
## NIV_PB_TRT			<b>0.475</b>
## oui	32 (82.1)	11 (73.3)	
## non	7 (17.9)	4 (26.7)	
##			
## NIV_PB_SUIVI			<b>0.839</b>
## oui	17 (43.6)	7 (46.7)	
## non	22 (56.4)	8 (53.3)	
##			
## NIV_PB_AUCUN			<b>0.183</b>
## oui	1 (2.6)	2 (13.3)	

##	non	38 (97.4)	13 (86.7)	
##				
##	PATIENT_AVIS			<b>0.099</b>
##	jamais	1 (2.6)	2 (13.3)	
##	rarement	18 (46.2)	10 (66.7)	
##	souvent	18 (46.2)	3 (20)	
##	tres souvent	2 (5.1)	0 (0)	
##				
##	APTE_AVIS			<b>0.008</b>
##	oui	23 (60.5)	3 (20)	
##	non	15 (39.5)	12 (80)	
##				
##	RAISON_PAS_COMPETENT			<b>1</b>
##	oui	15 (93.8)	12 (100)	
##	non	1 (6.2)	0 (0)	
##				
##	RAISON_PAS_AVIS			<b>1</b>
##	oui	1 (6.2)	1 (8.3)	
##	non	15 (93.8)	11 (91.7)	
##				
##	AVIS_TM			<b>1</b>
##	favorable	31 (86.1)	7 (100)	
##	defavorable	1 (2.8)	0 (0)	
##	ne se prononce pas	4 (11.1)	0 (0)	
##				
##	AVIS_CE			<b>1</b>
##	favorable	31 (86.1)	7 (100)	
##	defavorable	1 (2.8)	0 (0)	
##	ne se prononce pas	4 (11.1)	0 (0)	
##				
##	AVIS_SC			<b>1</b>
##	favorable	17 (48.6)	3 (42.9)	
##	defavorable	8 (22.9)	2 (28.6)	
##	ne se prononce pas	10 (28.6)	2 (28.6)	
##				
##	AVIS_TB			<b>0.775</b>
##	favorable	15 (42.9)	2 (28.6)	
##	defavorable	11 (31.4)	2 (28.6)	
##	ne se prononce pas	9 (25.7)	3 (42.9)	
##				
##	QUELLE_FORME			<b>0.002</b>
##	hors stage clinique	34 (91.9)	7 (50)	
##	durant stage clinique	3 (8.1)	7 (50)	
##				

**# Selon STAGE\_RHUM, STAGE\_MPR, STAGE\_NEUROCH et le DEGRE\_SATISF\_SANS\_MAC, DEGRE\_SATISF\_AVEC\_MAC**

**# Les résultats comparent le degré de satisfaction selon la réalisation d'un stage en spécialité ou non. # Pour la dernière variable STAGE\_SPE, les 3 types de stage sont regroupé sous une même variable: TRUE = l'interne a déjà fait un stage en rhumatologie OU en MPR OU en neurochirurgie, et FALSE = l'interne n'a pas fait de stage en spécialité.**

```

# STAGE_RHUM

##                oui        non        Test stat.
P value
## Total          8          45
##
## DEGRE_SATISF_SANS_MAC          t-test (51 df) = 0.43
0.671
## mean(SD)        5.9 (1.1) 5.6 (1.6)
##
## DEGRE_SATISF_AVEC_MAC          t-test (36 df) = 0.35
0.73
## mean(SD)        6.2 (1.6) 6.4 (1.3)
##

# STAGE_MPR

##                oui        non        Test stat.
P value
## Total          4          49
##
## DEGRE_SATISF_SANS_MAC          t-test (51 df) = 1.48
0.146
## mean(SD)        4.5 (1) 5.7 (1.6)
##
## DEGRE_SATISF_AVEC_MAC          Sample too small: group 1
## median(IQR)     5 (5,5) 7 (5,7)
##

# STAGE_NEUROCH

##                oui        non        Test stat.
P value
## Total          4          48
##
## DEGRE_SATISF_SANS_MAC          t-test (50 df) = 1.58
0.121
## mean(SD)        4.5 (1.9) 5.8 (1.5)
##
## DEGRE_SATISF_AVEC_MAC          t-test (36 df) = 0.53
0.598
## mean(SD)        6 (1.7) 6.4 (1.3)
##

# STAGE_SPE (= STAGE_RHUM + STAGE_MPR + STAGE_NEUROCH)

##                FALSE      TRUE        Test stat.
P value
## Total          41          13
##
## DEGRE_SATISF_SANS_MAC          t-test (52 df) = 1.43
0.158
## mean(SD)        5.8 (1.6) 5.1 (1.5)
##

```

```
## DEGRE_SATISF_AVEC_MAC          t-test (37 df) = 0.55
0.583
## mean(SD)          6.4 (1.3) 6.1 (1.6)
##
```

### C. Annexe 3:

Les 4 propositions d'avis favorable recueillies dans la section « autre » de la question portant sur l'avis des IMG vis à vis des 4 catégories de MAC.

- Hydrotomie
- Auriculothérapie
- Mésothérapie
- Micro nutrition

Exemple de PEC de patient lombalgique exposé par un des IMG interrogés.

- « J'offre au patient une réponse spécifique à ses besoins/états, en essayant au maximum d'orienter sur l'auto-apprentissage de thérapeutiques qui lui sont adaptées. Le point de départ est parfois une application sur smartphone (Activ'Dos) et des vidéos de yoga / étirements sur YouTube »

## VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

## **Résumé**

### Introduction :

La lombalgie est le second motif de consultation chez le médecin généraliste, et depuis 2019 la Haute Autorité de santé (HAS) propose les Médecines alternatives et complémentaires (MAC) en seconde intention dans la prise en charge des lombalgies communes (LC). L'objectif de ce travail était d'estimer le recours aux MAC et de décrire les difficultés d'utilisation des IMG de La Réunion.

### Méthode :

Étude descriptive transversale. Le recrutement a été réalisé par courriel parmi les internes inscrits au Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale de l'université de La Réunion. Le recueil des données était effectué à l'aide d'un auto-questionnaire informatisé. L'analyse descriptive des données a été effectuée à l'aide du logiciel R®.

### Résultats :

Le taux de recours aux MAC par les IMG dans la lombalgie commune était de 72,2 %(39/54). Le degré de satisfaction global de prise en charge des LC était significativement supérieur dans le groupe utilisant les MAC (6,4/10 vs 5,6/10 ;  $p < 0,05$ ). 96,3 % (52/54) des IMG ont souhaité recevoir une formation sur les MAC durant leur cursus universitaire.

### Conclusion :

La satisfaction dans la prise en charge des LC, apparaît dans notre étude être significativement améliorée par l'utilisation des MAC. La mise en place d'un enseignement universitaire sur l'utilisation des MAC serait à même de répondre à un besoin largement exprimé par les IMG de La Réunion et permettrait de mieux encadrer une pratique déjà existante chez une majorité d'entre eux.

## **Discipline**

*Médecine générale.*

## **Mots-Clés**

*Thérapies complémentaires,  
Étudiant, Lombalgies, Médecine  
générale.*

<b>Abstract</b>	Complementary and Alternative Medicines and common low back pain, the point of view of General Medicine Interns (GMI) in La Réunion island.
<p><u>Background :</u> Low back pain is the second most common reason for consulting a general practitioner. Since 2019 the Haute Autorité de Santé (HAS) proposed Complementary and Alternative Medicines (CAM) as second-line treatment in the management of common low back pain. The goal of this study was to describe the use of CAM by GMI and their opinion about them.</p> <p><u>Method :</u> This was a cross-sectional descriptive study. Interns were recruited via email among those enrolled in the Diploma of Specialized Studies in General Medicine at the University of La Réunion. Data collection was carried out by the mean of a computerized self-questionnaire. Descriptive analysis of the data was carried out with the help of the R® software.</p> <p><u>Results :</u> The rate of use by the GMI of CAM in common low back pain was of 72.2% (39/54). Overall satisfaction rate with the management of low back pain was significantly higher with the use of CAM (6,4/10 vs 5,6/10; p&lt;0.05). 96.3% (52/54) of the interns wished for having training on CAM during their university studies.</p> <p><u>Conclusion :</u> In our study, satisfaction in the management of common Low Back Pain appears to be higher with the use of CAM. The teaching of CAM at the medical school would meet a need widely expressed by the GMI in La Réunion and would provide a better framework for a practice already in use among the majority of them.</p>	
<p><b>Discipline</b> General practice</p>	
<p><b>Keywords</b> Complementary therapies, Student, Low Back Pain, General practice.</p>	