



HAL
open science

Place de la thérapie cognitivo comportementale dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques en soins primaires : enquête auprès d'un échantillon de 105 médecins généralistes Haut Normands

Marie Naban

► To cite this version:

Marie Naban. Place de la thérapie cognitivo comportementale dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques en soins primaires : enquête auprès d'un échantillon de 105 médecins généralistes Haut Normands. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00872580

HAL Id: dumas-00872580

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00872580>

Submitted on 15 Oct 2013

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

Thèse de Médecine Générale

PAR

Marie NABAN

NEE LE 10 mai 1985 A PONT-AUDEMER

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 SEPTEMBRE 2013

**PLACE DE LA THERAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE
DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS LOMBALGIQUES
CHRONIQUES EN SOINS PRIMAIRES : Enquête auprès d'un
échantillon de 105 médecins généralistes Haut Normands**

PRESIDENT DU JURY : Mme le Professeur P. GERARDIN

DIRECTEUR DE THESE : Mme le Docteur MF. ARMANGAU-TURCK

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -.
DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J.
GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M.
JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P.
LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT -
M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M.
ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme
SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -
.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme. Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHO	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéphan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Patrick LE DOSSEUR	HCN	Radiopédiatrie
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie-Virologie

M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en disponibilité</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastroentérologie
Mme Céline SAVOYE COLLET	HCN	Imagerie médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine Physique et de Réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**
Mme Cristina **BADULESCU**

UFR
UFR

Anglais
Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Neurophysiologie
M. Paul MULDER	Science du médicament
Mme Martine PESTEL CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Jean Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique

Mme Christine **THARASSE**
M. Rémi **VARIN (MCU-PH)**
M. Frédéric **ZIEGLER**

Chimie thérapeutique
Pharmacie Hospitalière
Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme. Sandrine **PANCHOU**

Pharmacologie Officinale

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim **MEKAOUI**
Melle Virginie **OXARAN**

Chimie Analytique
Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine Générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle BUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire (Unité INSERM 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

M. Antoine **OVRARD PASCAUD**

Physiologie (Unité INSERM 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Priscille Gerardin :

Merci d'avoir accepté, en toute simplicité, de présider cette thèse. Vos qualités de psychiatre vous rendent à même de juger cette thèse. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères pour votre précieux temps accordé.

Au Professeur Veber :

Pour votre disponibilité à mon égard durant mon internat et pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Au Professeur Emmanuel Gerardin :

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être juge de cette thèse. Merci pour votre ouverture d'esprit sur ce travail de médecine générale. Je vous exprime toute ma gratitude et ma considération la plus sincère.

Au Docteur Armangau-Turck :

Vous me faites l'honneur et le plaisir de diriger cette thèse. Merci de m'avoir aidé à définir les fondamentaux de ce travail. J'ai apprécié votre disponibilité tout au long de ce travail de thèse. J'espère que ce travail vous apportera satisfaction et qu'il pourra vous être utile dans votre exercice de médecin généraliste. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime et de ma reconnaissance la plus sincère.

Au Docteur Ladner :

Merci d'avoir pris le temps, au cours d'un voyage en Tunisie, de parfaire les résultats de mon travail de thèse. Sans votre aide, l'analyse statistique de ce travail aurait été moins rigoureuse. Veuillez trouver dans ces mots l'expression de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

A Guillaume, mon futur mari, merci de ton soutien si précieux tout au long de ce travail. Merci d'avoir cru en moi quand moi-même je n'y croyais plus. Merci pour ta patience, ton optimisme et ta rigueur dans ce travail. Ces quatre années passées à tes côtés ont fait de moi une femme épanouie. Merci pour tous les bons moments partagés et toutes les belles aventures à venir. Je t'aime...

A ma famille.

A mes parents, merci de m'avoir toujours soutenu dans mes projets et pour l'éducation que j'ai reçue. Vous êtes un modèle comme quoi, malgré les épreuves, l'amour est plus fort que tout. A ma maman, merci pour ton amour indéfectible. Notre complicité est, et restera toujours, essentielle à mes yeux. A mon papa, merci pour ta présence. Les années ont permis de nous rapprocher davantage. Celles qui suivront n'en seront que meilleures.

A mon frère Pierre, merci d'avoir toujours été là pour moi. Merci pour ta bonne humeur. Que tes projets se concrétisent aussi bien que les miens et te fassent voler de tes propres ailes. Je te souhaite le meilleur.

A ma cousine Sonia, son mari Manu et mes petits cousins Anthony et Gregory, merci d'être présents à mes côtés aujourd'hui.

A Françoise, ma grand-mère d'adoption, pour ta générosité, ta simplicité et ton écoute. Une pensée pour Robert, ton mari, qui nous a quitté trop tôt. Il restera à jamais dans nos cœurs.

A Chatou, en souvenir de tous ces déjeuners en sortie de garde. Merci pour tes encouragements tout au long de ces années.

A mes amis.

A Agnès, pour tes étourderies qui me feront toujours sourire, *Vincent* pour ton humour indémodable surtout quand tu nous parle de « partage », *à Ismaël et Nathalie*, pour les soirées barbeuc et les parties de « fou rire », *à Beber et Laure*, qui décrochent trop peu leur téléphone, *à Nanou et Moussette*, les inséparables, toujours avec le sourire, en souvenir d'une virée en Espagne mémorable, *à Emilie et Edouard*, les jeunes mariés, collègues et amis dans la vie, pour avoir pu partager avec vous cette belle journée du 13 juillet, je vous souhaite plein de bonheur.

A Cathia, la niçoise, revenue de loin. Merci d'avoir traversé la France pour cet instant. Merci pour tous les bons moments partagés et les coupes de champagne rosé !!!

A Mathilde, tu ne pouvais pas être là aujourd'hui, partie vers de nouveaux horizons. En souvenir de nos longues soirées arrosées au Saint Mac.

A mes maîtres de stage

Merci pour votre enseignement, votre disponibilité et pour tous les bons conseils prodigués.

A mes collègues.

A toute l'équipe des urgences adultes et pédiatriques de l'hôpital Charles Nicolle et à l'équipe du SAMU de Rouen. Merci pour votre bonne humeur en toutes circonstances, votre professionnalisme et votre bienveillance durant ces longues nuits de garde. Cela a été un réel plaisir d'apprendre à vos côtés.

Au Dr Brousse, à Serge, Arnaud et toute l'équipe des urgences d'Elbeuf. Pour la confiance qui m'est donnée de venir travailler à vos côtés et votre accueil déjà si chaleureux. Je suis impatiente de vous rejoindre. A bientôt !

A toutes celles et ceux que j'ai malencontreusement oubliés mille excuses mais c'est avec le corps et l'esprit saturés que je termine ce travail !

Table des matières

INTRODUCTION

LA LOMBALGIE CHRONIQUE ET LA THERAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE: *Revue de la Littérature*

I. La lombalgie chronique : un problème de santé publique	6
A. Epidémiologie	6
B. Diagnostic clinique et para-clinique de la lombalgie chronique	7
C. Impact socio-économique	9
D. Facteurs de risque de passage à la chronicité	10
1. Facteurs individuels.....	11
2. Facteurs professionnels.....	12
II. Quels traitements choisir ?	14
A. Traitement médicamenteux par voie générale	15
B. Traitement médicamenteux par voie locale	17
C. Traitements physiques.....	17
D. Thérapie cognitivo-comportementale	18
E. Traitements invasifs.....	19
III. Définition et principes thérapeutiques de la thérapie cognitivo-comportementale	20
A. Définition de la thérapie cognitivo-comportementale	20
B. Historique de la thérapie cognitivo-comportementale	21
1. Du comportementalisme aux thérapies	21
2. Apparition de la thérapie cognitivo-comportementale	22
3. Fusion cognitivo-comportementale	22
C. Formation des thérapeutes cognitivo-comportementalistes	23
D. Pratique des TCC.....	24
E. Déroulement de la thérapie cognitivo-comportementale.....	25
F. Modalités d'exercice.....	27
IV. La thérapie cognitivo-comportementale dans la lombalgie chronique	28
A. Caractéristiques cognitivo-comportementales des patients lombalgiques chroniques	28
1. L'anxiété et la dépression.....	28
2. La peur et les évitements	28
3. Les stratégies de coping	30
4. La motivation au changement	31
5. Les attentes de traitement.....	33
B. Objectifs de la thérapie cognitivo-comportementale dans la lombalgie chronique.....	33

C. Preuves de l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge de la lombalgie chronique	35
1. Les études.....	35
2. Les recommandations	36

PLACE DE LA THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES EN SOINS PRIMAIRES : *Enquête auprès d'un échantillon de 105 médecins Haut Normands*

I. Introduction	39
II. Méthodologie	39
A. Constitution de l'échantillon.....	39
B. Elaboration du questionnaire	40
C. Durée de l'enquête	41
D. Analyse statistique des données.....	41
III. Résultats.....	42
A. Taux de réponse.....	42
B. Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes	43
1. Profil des médecins généralistes de notre échantillon	43
2. Résultats de notre enquête sur la prise en charge du patient lombalgiques chroniques	46
3. Intérêt et limites de la thérapie cognitivo comportementale pour les médecins généralistes.....	51
C. Facteurs associés à l'intérêt pour la thérapie cognitivo comportementale	56
IV. Discussion.....	59
A. A propos de la méthodologie.....	59
B. A propos de notre échantillon	59
C. Les résultats de notre enquête	60
1. Consultation mensuelle	60
2. Prise en charge thérapeutique médicamenteuse.....	60
3. Prise en charge thérapeutique non médicamenteuse	62
4. Prise en charge par des médecines alternatives	65
5. Intérêt et limites de la thérapie cognitivo-comportementale pour les médecins généralistes	66
6. Facteurs associés à l'intérêt pour la thérapie cognitivo-comportementale	73
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	84

INTRODUCTION

La lombalgie est une des pathologies les plus fréquentes dans les pays industrialisés. Celle-ci se définit, habituellement, par une douleur de la région lombaire qui peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou.

La lombalgie est dite chronique lorsque la douleur évolue depuis plus de trois mois. On appelle lombalgies non spécifiques, ou communes, les douleurs lombaires qui ne relèvent pas d'une cause infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique¹.

La lombalgie chronique est un important problème socioéconomique du fait des multiples actes médicaux, paramédicaux et des nombreux arrêts de travaux qu'elle engendre. En effet, 70% de la population en âge de travailler souffre ou a déjà souffert de lombalgies². 5 à 10% des patients lombalgiques aigus vont devenir chroniques³ et représentent à eux seuls 85% des coûts induits⁴⁻⁷. Ces coûts sont dus à la prise en charge directe (consultations, traitements médicamenteux, examens complémentaires, actes de kinésithérapie etc...) mais également aux indemnités journalières des arrêts de travail (coût indirect)⁸.

La lombalgie chronique est multifactorielle et sa prise en charge s'est modifiée avec l'évolution des modèles conceptuels. Ainsi, le modèle biomédical, né au milieu du XXème siècle, éminemment réductionniste, car il exclut du champ de la médecine les déterminants psychologiques, sociologiques, économiques et culturels de la santé, est remplacé par le modèle biopsychosocial défini par Waddell en 1987⁹. Le modèle biopsychosocial valorise une approche intégrée des facteurs cliniques, psychologiques et sociaux aboutissant à des stratégies multidisciplinaires¹⁰.

En 2000, l'ANAES a publié de nouvelles recommandations pour la prise en charge de la lombalgie chronique. Quatre axes thérapeutiques doivent être abordés lors de sa prise en charge : la prise en charge de la douleur, la restauration de la fonction, l'accompagnement psychologique et la réinsertion professionnelle.

La thérapie cognitivo-comportementale, ou TCC, est en continuité avec cette approche multidisciplinaire de la douleur lombaire chronique.

Cette thérapie non médicamenteuse implique activement les patients en individualisant la prise en charge. La thérapie cognitivo-comportementale associe un travail cognitif (sur les pensées et les croyances) mais aussi un travail sur les comportements (d'évitement et de repli) et enfin se centre sur les aspects émotionnels de la douleur et son retentissement dans la vie quotidienne des patients.

Ce type de psychothérapie a démontré son bénéfice sur l'intensité de la douleur et sur l'apprentissage du contrôle de la douleur¹¹.

Le médecin généraliste est le spécialiste de premier recours devant une lombalgie. En effet, 77% des patients atteints de lombalgie chronique consultent, en premier lieu, leur médecin traitant. Par ailleurs, cette pathologie, très fréquente, est le neuvième motif de consultation en médecine générale⁸.

C'est donc au médecin généraliste, premier acteur de la prise en charge d'un patient lombalgique chronique, d'identifier les facteurs psychosociaux sous-jacents et de proposer au patient, l'adhésion à une psychothérapie de type cognitivo-comportementale.

L'approche cognitivo-comportementale est largement documentée dans la littérature internationale. Par contraste, elle reste insuffisamment connue, comprise ou pratiquée par les praticiens de médecine générale.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à la place qu'occupe, en 2013, la thérapie cognitivo-comportementale dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques par les médecins généralistes haut-normands.

Nous avons mené une enquête, auprès de médecins généralistes hauts-normands, afin de dresser un état des lieux sur l'utilisation de la TCC dans la prise en charge du patient lombalgique chronique en Haute-Normandie.

Première Partie

**LA LOMBALGIE CHRONIQUE ET LA THERAPIE
COGNITIVO-COMPORTEMENTALE :**

Revue de la littérature

I. La lombalgie chronique : un problème de santé publique

L'ANAES et l'INSERM définissaient, en 2000, la lombalgie chronique comme un symptôme régit par des douleurs siégeant dans la partie basse de la colonne vertébrale, non secondaires à une cause organique particulière, telles une infection, une tumeur, une infection rhumatismale inflammatoire ou une affection métabolique, persistant depuis plus de 12 semaines¹².

A. Epidémiologie

La lombalgie chronique est un problème de santé publique majeur en France, comme dans la plupart des pays industrialisés. Ce problème résulte de la fréquence des lombalgies chroniques dans notre pays ainsi que des répercussions socio-économiques qu'elle engendre.

La fréquence des lombalgies a beaucoup augmenté durant la seconde moitié du XXème siècle sans cause évidente¹³. Actuellement, l'incidence des lombalgies est de 60 à 90 % et l'incidence annuelle de 5%¹⁴. Les formes chroniques ne concernent que moins de 10% des épisodes aigus¹⁰. Les lombalgies représentent la pathologie chronique entraînant le plus souvent une limitation d'activités parmi la population de plus de 45 ans et dans une classe d'âge allant de 45 ans à 64 ans, elles sont la troisième cause de handicap chronique^{7 15}. En France, 23,5% des patients consultant un rhumatologue et 2 à 4,5 % des patients consultant un médecin généraliste souffrent de lombalgies¹⁴.

La prévalence des lombalgies en France a été évaluée par deux enquêtes effectuées en population générale : l'Enquête Décennale Santé (EDS) et l'enquête handicap incapacité dépendance (HID)¹⁶.

L'Enquête Décennale Santé, réalisée par l'Insee entre 2002 et 2003, s'est intéressée à l'ensemble des ménages résidant en France métropolitaine et d'âge compris entre 30 et 64 ans soit 14248 personnes. D'après les résultats de cette étude, plus de la moitié de la population française a souffert de lombalgie au moins un jour dans les 12 derniers mois. La prévalence est significativement différente entre les hommes (54%) et les femmes (57,2%) mais ne diffère pas significativement entre les classes d'âge. La prévalence des lombalgies, de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois, est également significativement différente entre les hommes (15,4%) et les femmes (18,9%). Cette prévalence augmente avec l'âge. En effet, pour les hommes elle passe de 12,6% pour les 30-44ans à 16,8% pour les 45-54 ans et à 19,7% pour les 55-64 ans. Pour les femmes, elle est de 16,4% pour les 30-44ans, de 20,6% pour les 45-54 ans et de 21,9% pour les 55-64 ans.

L'enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance a été réalisée en 1999 en France auprès de 6929 personnes vivants dans un domicile ordinaire et âgées de 30 à 64 ans. Dans cette enquête, 7 à 8% de la population de 30 à 64 ans souffre de lombalgie limitante, la fréquence étant significativement différente entre les hommes et les femmes. Elle est de 7,9% chez les hommes et de 7,5% chez les femmes. Chez les femmes, cette fréquence augmente avec l'âge, passant de 6,2% pour les 30-44 ans à 7,3% pour les 45-54 ans et atteignant 11,1% pour les 55-64 ans. Pour les hommes, la fréquence la plus faible est observée dans la classe d'âge intermédiaire, les fréquences étant de 7,7% chez les 30-44 ans, 5,3% chez les 45-54 ans et 12,3% à 55-64 ans¹².

Des études similaires ont été réalisées dans d'autres pays de l'Union Européenne qui rapportent une prévalence plus faible des lombalgies. Cependant, ces études avaient une période de référence à un mois et non à un an. Ainsi, l'étude, menée en Grande-Bretagne, donne une estimation plus faible de 39%¹⁷. Une enquête, menée en Grèce, estime à 32% la prévalence de lombalgie¹⁸.

B. Diagnostic clinique et para-clinique de la lombalgie chronique

La lombalgie chronique est définie comme une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois¹. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou.

La démarche diagnostique, face à une lombalgie, comporte une évaluation initiale du patient par un interrogatoire et un examen clinique minutieux afin d'éliminer une cause infectieuse, inflammatoire, traumatique ou tumorale.

Les signes d'alertes ou « red flags » doivent être systématiquement recherchés afin d'éliminer une origine organique des douleurs lombaires. Ces signes d'alertes sont : âge inférieur à 20 ans ou supérieur à 50 ans, antécédent récent de traumatisme violent, douleur constante et progressive non mécanique, douleur dorsale, antécédent de tumeur maligne, utilisation prolongée de corticoïdes, antécédents de toxicomanie, immunodépression, VIH, mauvais état général, amaigrissement inexplicé, atteinte neurologique étendue, déformation structurale et fièvre¹⁹.

Une fois ces signes d'alertes éliminés, la démarche diagnostique comprend une évaluation de la douleur du patient par l'interrogatoire, une évaluation fonctionnelle et une évaluation de la composante anxieuse et/ou dépressive.

Pour toutes ces dimensions quelques outils sont disponibles tels :

- l'échelle visuelle analogique (EVA), cotée de 0 à 100mm selon l'intensité de la douleur,
- le Dallas pain questionnaire ([Annexe 1](#)) qui mesure l'influence de la douleur sur la qualité de vie. Ce questionnaire explore à la fois le handicap, l'incapacité et la déficience.
- On peut également utiliser le questionnaire Eifel ([Annexe 2](#)), version française du Roland et Morris disability questionnaire, qui est un auto questionnaire évaluant des handicaps ressentis comme faibles à modérés`
- mais également l'Oswestry disability index ([Annexe 3](#)) pour des handicaps modérés à sévères. L'Oswestry disability index explore les douleurs, les soins élémentaires, le port de charges, la marche, la situation assise, debout, le sommeil, la vie sexuelle, la vie sociale et les déplacements.

L'anxiété et la dépression peuvent être évaluées

- soit par l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) ([Annexe 4](#))
- soit par le Beck Depression Inventory ([Annexe 5](#)).

L'évaluation de l'évitement lié aux craintes est mieux explorée par le Fear Avoidance Beliefs Questionnaire ([Annexe 6](#)) qui comporte 16 items avec sept niveaux de réponse explorant l'activité physique et l'activité professionnelle.

Bien que toutes ces échelles nécessitent un temps non négligeable pour être réalisées, elles peuvent aider les praticiens dans leur pratique quotidienne.

La description du contexte professionnel et l'analyse des facteurs psychosociaux sont également essentielles dans la prise en charge initiale du patient lombalgique.

Concernant les examens complémentaires, des radiographies du rachis lombaire (au minimum de face et de profil, éventuellement complétées par des clichés de $\frac{3}{4}$ du rachis) sont recommandées en première intention. Les autres incidences (sacro-iliaques, charnière dorso-lombaire) ne sont justifiées que s'il existe une suspicion clinique de spondylarthropathie. En règle générale, il n'est pas utile d'effectuer d'autres examens de radiologie ni de les répéter en l'absence d'évolution clinique¹.

Selon les recommandations de l'ANAES, l'indication d'un scanner ou d'une IRM doit demeurer exceptionnelle en fonction du contexte clinique, nécessairement précédé du bilan radiographique standard. L'IRM, non irradiante, est préférable au scanner. Le scanner conserve sa place en cas de

contre-indication ou d'inaccessibilité de l'IRM. Il n'y a pas lieu de prescrire de myélographie ou de myéloscanner. Il n'est pas recommandé de réaliser de nouveaux examens dans l'année qui suit la réalisation des premiers. Il faut garder à l'esprit que le diagnostic lésionnel d'une lombalgie chronique est difficile et n'a d'intérêt que s'il conduit à une attitude thérapeutique particulière ou à des traitements dont le rapport bénéfice/risque est favorable¹⁴.

C. Impact socio-économique

La lombalgie chronique représente 5 à 10% de l'ensemble des lombalgies mais serait à l'origine de plus de 85% des coûts médicaux directs ou indirects de toutes les lombalgies^{14 20}.

Les coûts directs concernent les consultations médicales, les frais d'hospitalisation, les traitements médicamenteux, la kinésithérapie, les frais de réadaptation et de matériel orthopédique. Les coûts indirects concernent la perte de productivité à court terme et à long terme engendrée par un travailleur lombalgique absent de son travail.

Le pronostic de la lombalgie chronique est sombre puisque la probabilité de reprise de travail est de 40 à 50% après 6 mois d'arrêt de travail, 15 à 25% après un an et proche de 0% après deux ans d'absence¹².

Le rapport du Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO), sur les données relatives à la lombalgie chronique en France en 2003, montrait que la lombalgie représentait 6 millions de consultations par an, un tiers de l'ensemble des actes de kinésithérapie, 5 à 10% des actes de radiologie et 2,5% de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses. Le coût financier médical direct était évalué à 1,4 milliards d'euros, avec des coûts indirects estimés entre 5 et 10 fois plus. La lombalgie chronique constituait la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans, la première cause d'arrêt de travail, d'une durée moyenne de 33 jours, représentant une perte annuelle de 3600000 journées de travail²¹.

Les pathologies rachidiennes discales représentaient (en 1998) 8,9% de l'ensemble des effectifs totaux reconnus en invalidité (4525 cas). Ce chiffre a augmenté en 2006 avec 7450 cas, représentant 10,1% des effectifs totaux²².

L'extrapolation des coûts de la lombalgie chronique par patient à l'ensemble de la population française, à partir de la prévalence des lombalgies chroniques de l'enquête Handicap Incapacité

Dépendance (HID), conduit à une estimation annuelle de 2,7 milliards d'euros représentant environ 1,5% de l'ensemble des dépenses de santé annuelles en France.

Certaines affections chroniques du rachis lombaire peuvent être reconnues en maladies professionnelles depuis 1999 (tableaux n°97 et n°98 des maladies professionnelles). Le nombre de nouvelles maladies professionnelles indemnisées au titre de ces deux tableaux est stable depuis 2003, avec un coût global de 125,5 millions d'euros par an sur la période de 2004 à 2008 et 930 000 journées d'arrêt de travail occasionnées annuellement.

Les lombalgies constituent également la première cause d'accident du travail avec arrêt et la première cause d'accident du travail avec indemnité permanente partielle. Le nombre des journées de travail perdues pour lombalgie a augmenté de 2007 à 2009 pour évoluer de 10 millions à 10,7 millions²³. La durée moyenne de ces arrêts de travail est passée de 35 jours (1985) à 55 jours.

D. Facteurs de risque de passage à la chronicité

Dans le cadre de la lombalgie chronique, pathologie fréquente et sans caractère de gravité, l'objectif n'est pas de réduire la fréquence des premiers épisodes (l'étiologie et les causes d'une lombalgie sont le plus souvent méconnues) mais plutôt de limiter le passage à la chronicité en intervenant très tôt sur les facteurs de chronicisation (« Yellow flags »).

On sait que la rechute fait partie intégrante de l'histoire naturelle de la lombalgie : le risque de rechute est estimé à 50% à 1 an, 60% à 2 ans et 70% à 5 ans²⁴.

Dans les études en population générale, parmi les patients consultant, 62% vont continuer à avoir des douleurs 1 an après la consultation. 16% de ceux initialement en arrêt de travail le sont toujours à 6 mois²⁵. C'est pour ce type de patients qu'il est indispensable d'élaborer des stratégies optimales de prise en charge afin d'éviter la chronicité.

Une analyse de la littérature, réalisée par F.Fayad et publiée en 2004 dans les Annales de réadaptation et de médecine physique, a permis de récapituler l'ensemble des facteurs de risque de la lombalgie et de son passage à la chronicité²⁶.

1. Facteurs individuels

a) Facteurs médicaux et démographiques

Les antécédents de lombalgie sont un facteur de risque de chronicité ayant un fort niveau de preuve scientifique. La notion d'absentéisme professionnel²⁷⁻²⁹, de médicalisation³⁰, d'indemnisation³¹ et de sciatique³² sont des facteurs aggravants. L'âge élevé est un facteur de risque de chronicité ayant un fort niveau de preuve scientifique^{33 34}. Un mauvais état général (incluant les antécédents d'arrêt maladie quelque soit la cause)³⁵, un antécédent de chirurgie lombaire³⁶ et le sexe féminin³⁷ sont des facteurs de chronicité ayant un niveau de preuve intermédiaire. Les facteurs de risque de récurrence de faible niveau de preuve scientifique sont l'absence d'activité physique, le début brutal de la lombalgie, la présence d'une autre douleur à l'inclusion, la limitation pour soulever des poids de plus de 15 kg, la notion de rééducation à l'inclusion, l'aménagement du poste de travail à cause de la lombalgie, le manque d'énergie et la sévérité de la lombalgie pendant la grossesse²⁶.

b) Facteurs cliniques

La sévérité de l'incapacité fonctionnelle³⁸, la présence d'une sciatique³⁹ et la durée de l'épisode lombaire à l'inclusion⁴⁰ sont des facteurs de risque de chronicité ayant un fort niveau de preuve scientifique. L'incapacité fonctionnelle peut être évaluée par deux questionnaires validés et internationaux : l'Oswestry (Annexe 3) et le Roland et Morris (Annexe 2).

La sciatique est définie par la présence d'une douleur irradiant au delà du genou, accompagnée ou non de signes neurologiques déficitaires. La sévérité de la douleur à l'inclusion³⁶ et l'avis global du médecin sur le risque de chronicité²⁸ sont des facteurs de risque de chronicité de niveau de preuve intermédiaire. L'intensité de la douleur est auto-évaluée sur une échelle visuelle analogique. Les facteurs de risque de faible niveau de preuve scientifique sont la majoration des douleurs en station debout et couchée, la présence d'une raideur lombaire, un indice de masse corporelle élevé, la présence d'une impulsivité à la toux et la spécificité du diagnostic clinique²⁶.

c) Facteurs psychologiques

Parmi les facteurs psychologiques, les troubles de l'humeur, anxiété et dépression en particulier, tiennent une place importante⁴¹. La dépression constitue le facteur psychologique le plus fréquemment associé aux plaintes douloureuses chroniques, quelque soit leur origine. Sa prévalence varie selon le recrutement des patients et les instruments d'évaluation, mais elle atteint voire dépasse les 50% dans nombre de grandes études⁴². L'association est plus fréquente chez les femmes et chez les personnes âgées.

Les facteurs psychologiques incluent, également, des attitudes et des représentations inappropriées par rapport aux maux de dos, comme par exemple l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave ou encore des attentes de solutions placées dans des traitements passifs plutôt que dans une implication personnelle active. Cette mauvaise capacité du patient à « faire avec » est appelée « coping »²⁶.

Le seul facteur de risque de chronicité de faible niveau de preuve scientifique est la peur et la croyance du patient concernant la relation entre sa lombalgie et son activité physique ou professionnelle²⁷. Il peut être évalué par le questionnaire FABQ ([Annexe 6](#)).

d) Facteurs socioculturels

Un statut social non satisfaisant auto-évalué par le patient est un facteur de risque de chronicité ayant un niveau de preuve intermédiaire⁴³. Les facteurs de risque de chronicité de faible niveau de preuve scientifique sont le faible niveau d'étude³⁵, l'insatisfaction pendant ses activités de loisirs²⁹, le nombre élevé d'enfants³⁷, le statut parental (seul)³⁷, le fait d'être divorcé ou veuf sans enfant³⁴ et la charge élevée de travail domestique²⁹.

2. Facteurs professionnels

Les facteurs professionnels, indicateurs d'une augmentation du risque que ne s'installent et perdurent la douleur et le handicap, sont de plusieurs types.

a) Facteurs psychosociaux

L'insatisfaction au travail est un facteur de risque de chronicité ayant un fort niveau de preuve scientifique⁴⁴.

L'absence de poste aménagé³⁸, une faible qualification professionnelle³⁰, l'indemnisation³⁵, l'inadéquation du salaire³⁴ et un arrêt de travail (> 8 jours)³² sont des facteurs de risque de niveau intermédiaire.

Les facteurs de risque de faible niveau de preuve sont la charge élevée de travail et le stress au travail²⁶.

b) Facteurs physiques

Une mauvaise posture au travail et la durée du port de charge sont des facteurs de risque ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. La flexion du tronc de plus de 60° durant le travail est un facteur aggravant³⁸.

Même si les facteurs prédictifs de chronicité de la lombalgie chronique sont nombreux, il est important de les identifier au mieux, et précocement, afin de pouvoir agir sur l'intensité et la durée de la lombalgie. En effet, le développement de la douleur, depuis la phase aiguë à la phase chronique, a été conceptualisé comme un processus en trois étapes, définies chacune par des réactions psychosociales spécifiques en interaction avec les facteurs physiologiques, cause de la douleur initiale⁴⁵. Par ailleurs, plus une affection comprend de domaines subjectifs (douleur, incapacité), plus les facteurs psychosociaux prennent une place importante⁴⁶.

La première étape correspond à la douleur aiguë, consécutive à une lésion ou à une blessure. La douleur et la lésion favorisent l'émergence de facteurs psychosociaux (stress secondaire à la douleur et à la cause, arrêt de travail, incapacité temporaire...). Si l'état douloureux n'est pas arrêté par le traitement initial, un état de douleur chronique peut se développer. La deuxième étape est associée à un déconditionnement physique, qui apparaît après quatre à six mois d'inactivité. Il est la résultante de la peur de ressentir la douleur ou la peur de déclencher une douleur par un mouvement (kinésiophobie), aboutissant à ce déconditionnement musculaire. L'angoisse permanente, d'avoir à composer avec la douleur qui caractérise cette phase, peut se transformer en troubles anxieux.

La troisième étape apparaît bien après le délai normal de guérison physiologique. Associé au déconditionnement physique, le déconditionnement psychologique apparaît, caractérisé par l'acceptation, par la personne, d'un statut de malade avec toutes ses conséquences. Les facteurs psychosociaux se transforment en obstacles importants à la reprise d'activités quotidiennes et professionnelles¹².

Toutes ces étapes sont récapitulées dans le schéma suivant :

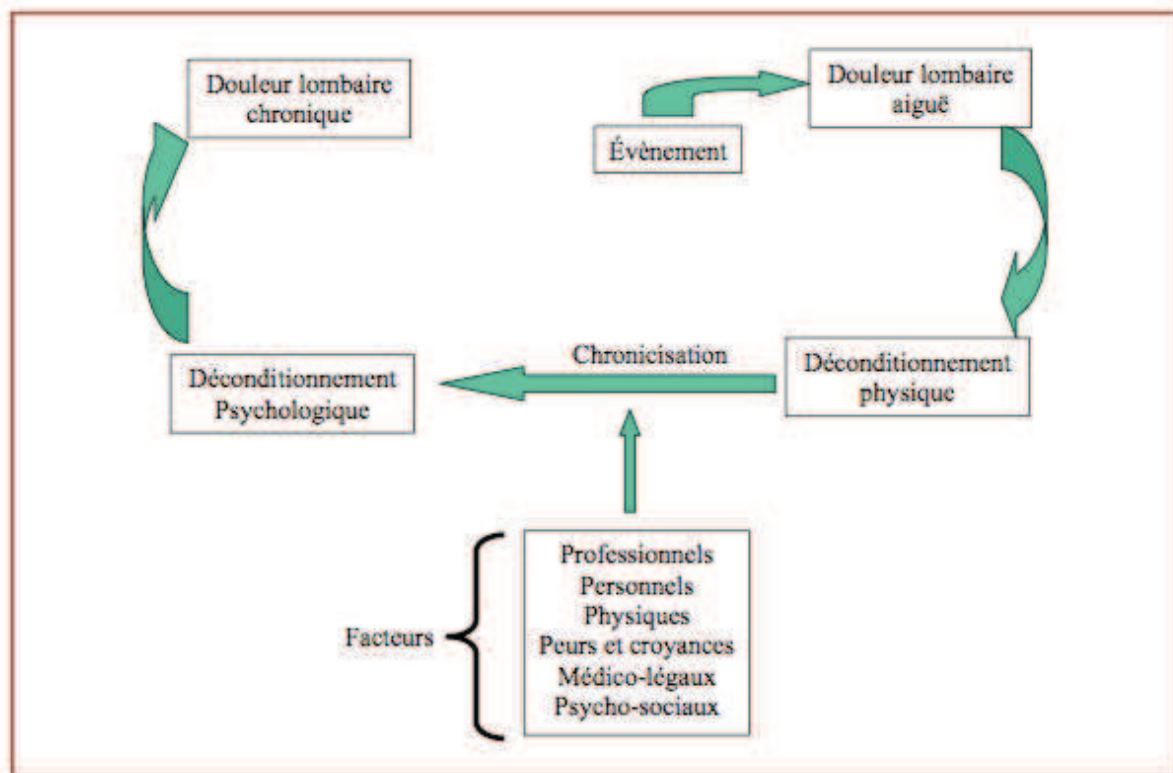


Figure 1 : Etapes favorisant l'évolution vers la lombalgie chronique. D'après P. Cherin et al. « Chronic low back pain : news and treatment »¹²

II. Quels traitements choisir ?

La prise en charge de patients souffrant de lombalgie chronique doit tenir compte à la fois du terrain initial psychosocioprofessionnel de l'individu, de l'aspect médical de ce sujet, ayant une douleur chronique, plus ou moins invalidante, et des conséquences psychologiques et socio-professionnelles qu'elle entraîne.

Dans la lombalgie chronique, un processus de déconditionnement, à la fois physique et psychologique, survient en même temps qu'une désinsertion du milieu du travail. Le déconditionnement physique est secondaire à l'immobilisation partielle ou totale de la personne qui peut résulter de mauvais conseils faits au patient par le médecin et/ou l'entourage ; et de la crainte de réveiller ou d'exacerber la douleur. Waddell et al. ont modélisé sur le plan cognitif, affectif et comportemental les différentes relations entre la douleur, la lésion, l'incapacité et les conséquences créées. C'est la théorie du Fear Avoidance Beliefs (attitude d'évitement par peur de créer une lésion ou de se faire mal) qui rend compte du cheminement de certains patients de la lombalgie chronique vers l'incapacité chronique, la perte d'emploi et l'isolement social⁴⁷.

Ainsi en abordant les traitements de la lombalgie chronique, il faut garder en mémoire le fait que la lombalgie n'est pas un problème physique isolé, mais est associée parfois de façon importante, à des facteurs de risque d'ordre psychosocial justifiant leur propre prise en charge, sous peine d'aboutir à l'échec.

Différents types de traitements sont proposés aux patients lombalgiques chroniques : médicamenteux, conservateurs et invasifs. En l'absence de symptômes de pathologie grave sous-jacente, la prise en charge proposée dans la littérature pour les lombalgies chroniques privilégie les traitements conservateurs.

A. Traitement médicamenteux par voie générale

Le principal objectif du traitement médicamenteux est de permettre au patient de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer sa fonction et de favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible.

- Le paracétamol doit être le traitement de première intention¹³. Il doit être prescrit à dose efficace soit jusqu'à 4 grammes par jour administrés en 4 prises systématiques¹.
- Les AINS à dose anti-inflammatoire peuvent être prescrits à visée antalgique. Le traitement doit être de courte durée et ne devrait être utilisé que lors des crises douloureuses durant de courtes périodes (trois mois au plus)⁴⁸. En effet, au delà de ce délai, les bénéfices sont nettement inférieurs aux risques (ulcère et hémorragie digestive, insuffisance rénale aiguë).

- Les myorelaxants peuvent être utilisés sur une courte durée⁴⁹. Ces médicaments peuvent être prescrits préférentiellement chez un patient ayant une recrudescence de la douleur pendant une période qui ne devrait pas dépasser deux semaines¹.
- Les antalgiques de niveau II réduisent la douleur du lombalgique. Leur utilisation est recommandée de préférence chez les patients qui ne répondent pas aux autres traitements. En raison des effets additifs possibles, les formes retard sont préférables aux formes rapides et devraient être prescrites de façon systématique plutôt qu'à la demande⁴⁸.
- L'utilisation des antalgiques de niveau III peut être envisagée dans la lombalgie chronique au cas par cas et en respectant les contre-indications. Ce type de traitement s'adresse aux patients pour lesquels les autres modalités thérapeutiques ont échoué, en particulier après échec des antalgiques de niveau I et II et élimination d'un contexte dépressif. Le suivi doit comporter une évaluation de la douleur, une recherche des effets indésirables. La durée du traitement doit être limitée et son arrêt doit être progressif.
- Les antidépresseurs peuvent être utilisés comme co-antalgiques dans la lombalgie chronique. Deux études de forte qualité méthodologique ont démontré que les antidépresseurs avaient un meilleur pouvoir antalgique que les placebos⁵⁰. Cependant, leur bénéfice, en dehors des tricycliques qui ont un effet modeste, est discuté en l'absence de douleur neuropathique⁵¹.
- Les corticostéroïdes par voie générale ne sont pas recommandés dans le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique¹.
- Enfin, les antiépileptiques ne sont pas recommandés dans les lombalgies communes⁴⁸ mais ont leur place dans les douleurs neuropathiques⁵².

B. Traitement médicamenteux par voie locale

- Les infiltrations épidurales de corticoïdes semblent avoir un effet antalgique à court terme. Cette modalité thérapeutique ne doit pas être un traitement de première intention¹. Les injections épidurales de corticoïdes ne sont pas recommandées dans les lombalgies chroniques sans atteinte radiculaire¹³.
- Les infiltrations intra-articulaires postérieures de corticoïdes n'ont pas démontré leur efficacité dans la lombalgie chronique¹.

C. Traitements physiques

- Le repos au lit n'est pas recommandé et peut même être nuisible pour le patient¹¹².
- L'efficacité n'est pas reconnue pour : l'utilisation des traitements physiques par la chaleur ou le froid, les tractions, le laser, les ultrasons, les ondes courtes, les courants interférentiels, les massages, le port de la ceinture lombaire, la neurostimulation électrique transcutanée⁴⁸.
- L'intérêt des manipulations vertébrales dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques est controversé. Une méta-analyse récente conclut à l'absence d'efficacité dans la lombalgie chronique⁵³.
- Le traitement kinésithérapique est un temps important de la prise en charge du patient lombalgique chronique. Depuis la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes en 2000, ceux-ci peuvent, après diagnostic médical et prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de la masso-kinésithérapie poser eux-mêmes l'indication du contenu (qualitatif), du nombre et de la rythmicité des séances (quantitatif) de masso-kinésithérapie.

Les objectifs de la prise en charge kinésithérapique sont la lutte contre la douleur, la récupération des amplitudes articulaires lombaires, la récupération de la force des muscles du tronc

et du segment lombo-pelvien et la récupération fonctionnelle⁵⁴. Il est raisonnable de commencer par une série de 15 séances réparties sur 2 mois. Il est recommandé de ne pas dépasser 30 séances en une année. Au delà de ce seuil, une prise en charge spécialisée s'impose.

Il n'existe pas de protocole bien défini concernant le contenu qualitatif de la prescription masso-kinésithérapeutique. Mais les traitements kinésithérapiques qui bénéficient des niveaux de preuve les plus élevés sont les programmes d'exercices physiques¹². Une revue systématique récente⁵⁵ confirme que comparés aux soins usuels, les exercices sous supervision améliorent la douleur et l'incapacité de même que la fonction à long terme. Aucun type d'exercice n'a démontré sa supériorité par rapport à un autre.

- Les programmes multidisciplinaires associant des séances d'éducation et de conseils, des exercices physiques intensifs à une prise en charge psychologique sont recommandés pour le traitement à visée antalgique, fonctionnelle et dans une moindre mesure pour le retour au travail des lombalgiques chroniques. (Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgies chroniques. Recommandations ANAES. Décembre 2000) Ces programmes sont conduits en hospitalisation sur 3 à 5 semaines, en groupes. Ces programmes s'adressent aux patients en arrêt de travail du fait de la lombalgie. Le taux de patients de retour au travail à 1 an varie de 40 à 90% selon les études⁵⁶.

D. Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale, ou TCC, prend en compte le modèle biopsychosocial qui intègre les composantes médicales, fonctionnelles, émotionnelles et socioprofessionnelles du patient. Les TCC impliquent activement les patients en individualisant la prise en charge. Elles sont en continuité avec l'approche multidisciplinaire de la douleur chronique et associent un travail cognitif (sur les pensées et les croyances), sur les comportements (d'évitement et de repli) et les aspects émotionnels de la douleur et de son retentissement dans la vie quotidienne des patients¹².

Les recommandations de l'ANAES en 2000 concluent que les thérapies comportementales sont efficaces sur l'intensité de la douleur et le comportement vis-à-vis de la douleur en comparaison à un placebo ou à une liste d'attente c'est à dire à une surveillance active du patient sans mise en place d'un traitement. Aucune technique n'est supérieure aux autres. Les thérapies comportementales associées à un autre traitement (exercice physique, kinésithérapie...) semblent plus efficaces sur la douleur que ce même traitement seul.

Les patients inclus dans les programmes de TCC sont sélectionnés. Ils doivent avoir compris les enjeux (motivation, mise en situation, rôle actif), ne pas être en attente d'un traitement supposé curatif ou radical, ne pas souffrir d'une pathologie addictive ou de troubles psychiatriques lourds⁵⁷.

Cette thérapie est primordiale pour prévenir l'incapacité à long terme liée aux lombalgies chroniques, et ce, en agissant sur le comportement du patient et les croyances personnelles sur sa pathologie. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est réalisée précocement⁵⁸.

E. Traitements invasifs

- L'efficacité de l'acupuncture n'est pas démontrée dans la lombalgie chronique¹.
- Il semble que la stimulation des zones gâchettes (neuro-réflexothérapie ou mésothérapie) ait un effet antalgique à court terme dans la lombalgie chronique, mais son intérêt éventuel, à long terme, reste à définir dans la prise en charge du lombalgique chronique¹.
- Enfin, concernant la chirurgie lombaire, les recommandations européennes ne sont pas en faveur de l'arthrodèse lombaire pour la prise en charge des lombalgies chroniques à moins que l'application durant deux ans de tous les autres traitements conservateurs recommandés n'ait donné aucun résultat et que des programmes combinant intervention cognitive et exercices ne soient pas accessibles. Au vu du taux élevé de complications de la chirurgie ainsi que des coûts sociétaux et humains en termes de souffrance des patients chez qui la chirurgie rachidienne a été un échec, le groupe d'experts recommande que seuls des patients soigneusement sélectionnés souffrant de douleurs sévères (et présentant une atteinte discale dégénérative à deux niveaux maximum) soient concernés pour cette procédure⁴⁸.
- A noter que la découverte, à l'imagerie d'une hernie discale isolée sans signes radiculaires ne doit pas conduire à proposer un traitement chirurgical ou une nucléolyse¹.

Ainsi, il semble bien que le consensus soit établi sur l'intérêt que représente une prise en charge globale, biopsychosociale intensive et précoce de la lombalgie chronique, qui est prônée partout, mais rarement mise en œuvre activement en pratique. Dès lors, nous allons nous intéresser à la

thérapie cognitivo-comportementale qui fait partie intégrante du parcours de soin du patient atteint de lombalgie chronique.

III. Définition et principes thérapeutiques de la thérapie cognitivo-comportementale

A. Définition de la thérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) se sont développées progressivement en France depuis les années 1970, mais les premiers travaux dans les pays anglo-saxons remontent à la fin des années 1950⁵⁹. Elles représentent l'application des principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information (processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements).

La thérapie cognitivo-comportementale est une procédure dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de vie du patient en adoptant une attitude de décentration, en retrouvant un sentiment de contrôle sur sa vie et en développant des moyens de faire face à la douleur⁶⁰.

Les TCC s'aident de stratégies multidisciplinaires et associent un travail cognitif (sur les pensées et les croyances), mais aussi un travail sur les comportements (d'évitement et de repli) et enfin se centrent sur les aspects émotionnels de la douleur et de son retentissement dans la vie quotidienne des patients¹¹.

B. Historique de la thérapie cognitivo-comportementale

1. Du comportementalisme aux thérapies

En 1926, le conditionnement classique (ou répondant ou pavlovien) a été mis en évidence par Pavlov donnant naissance au courant comportementaliste en psychologie scientifique. Il consiste à associer un stimulus neutre (par exemple un son de cloche), en le représentant $\frac{1}{4}$ de seconde avant un stimulus inconditionnel (nourriture) pour que se déclenche une réponse (salivation). Le stimulus neutre déclenchera par la suite, à lui seul la réponse. L'ensemble des réponses émotionnelles physiques relève de ce conditionnement par lequel un stimulus neutre (un lieu, une image, un son...) est associé automatiquement à des manifestations émotionnelles⁶¹.

Mary Cover Jones, en 1924, expérimente la première thérapie comportementale : elle expose peu à peu des enfants à l'objet de leur peur, tout en les récompensant de cette exposition, ainsi qu'en leur montrant d'autres enfants qui eux n'ont pas peur. Cette première thérapie comportementale est présentée comme une expérience scientifique. Richard L. Solomon en 1953 formalise l'idée même d'exposition, prouvant avec des chiens que si l'exposition est suffisamment longue, la phobie disparaît⁶¹.

En 1952, dans ses recherches sur l'anxiété, Joseph Wolpe propose un traitement dit de « désensibilisation systématique » basé sur le principe d'inhibition réciproque qui consiste à produire un état psychologique incompatible avec l'état anxieux pendant l'exposition à l'objet phobique. Il s'inspira des premières expériences qui consistaient par exemple à donner de la nourriture à des chats rendus anxieux par conditionnement préalable. En 1953, Burrhus F. Skinner place le conditionnement opérant (ou Skinnerien ou instrumental) au centre de ses travaux montrant comment les individus acquièrent leur comportement, en sélectionnant ceux qui seront positifs pour eux. En effet, pour lui, l'organisme opère sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. Il répètera ou éliminera certaines réponses. Une action qui a des conséquences positives va tendre à se répéter (renforcement positif). Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement (renforcement négatif). L'absence de conséquences positives ou négatives à une action entraînera progressivement sa disparition : c'est l'extinction⁵⁹.

2. Apparition de la thérapie cognitivo-comportementale

Parallèlement, entre les années 1950 et 1960, de nouvelles approches thérapeutiques voient le jour. En effet, malgré certains succès dans le traitement des névroses, d'autres troubles dont la dépression s'avèrent plus résistants aux thérapies d'inspiration comportementalistes. Les alternatives proposées, notamment par les américains Albert Ellis et Aaron Beck, se démarquent par leur utilisation de concepts auparavant considérés comme trop « mentalistes », tels que les croyances ou les émotions⁶². Beck sera à l'origine d'un questionnaire de mesure de la dépression, toujours utilisé aujourd'hui, le Beck Depression Inventory. (Annexe 5)

La thérapie rationnelle qu'Albert Ellis élabore à partir de 1953 et qu'il baptisera par la suite de « thérapie rationnelle-émotive » se revendique ainsi de la philosophie stoïcienne. Elle repose en partie sur l'idée que les perturbations psychiques sont le reflet d'un dysfonctionnement dans la manière de penser ou d'appréhender le monde sur la base de croyances erronées. La thérapie se focalise donc sur le présent, en cherchant par le biais d'exercices mentaux et d'un travail de rationalisation, à modifier les modes de pensée, les réactions émotionnelles et les comportements plutôt que de revenir sur le passé pour comprendre l'origine du trouble. La thérapie rationnelle-émotive est considérée comme la première forme de thérapie résolument cognitivo-comportementale⁶³.

Autre déçu de la psychanalyse et influencé par Albert Ellis, le psychiatre Aaron Beck développe sa propre approche thérapeutique, d'abord autour de la dépression puis s'intéressant aussi aux troubles anxieux. Il propose le terme de thérapie cognitive en référence au concept de cognition qui désigne les processus mentaux par lesquels les individus traitent l'information dans leur vie de tous les jours. Cette thérapie cognitive se démarque donc franchement des méthodes comportementalistes en se focalisant quasi exclusivement sur les processus mentaux, et en particulier ce que Beck dénommera sous le nom de « schémas ». Ce sont, en effet, ces schémas mentaux (pensées automatiques, monologues internes) sur lesquels le thérapeute cherche à agir avec le patient⁶¹.

3. Fusion cognitivo-comportementale

En 1961, Albert Bandura montre que, si l'on présente à des enfants de deux ans et demi des adultes maltraitant une poupée, et que ces adultes partent, les enfants imitent ces comportements violents.

L'imitation fonctionne si le comportement imité n'est pas vu directement, mais est seulement filmé. En 1965, Ayllon et Azrin mettent au point une thérapie basée sur des jetons (récompenses) auprès de schizophrènes. A défaut de pouvoir guérir la psychose, cette méthode permet d'enseigner des tâches simples au regard de la souffrance du sujet, et de l'ampleur de ses productions délirantes telles que s'habiller ou ranger sa chambre⁵⁹.

En 1970, Marks, qui distingue phobies simples et sociales, théorise l'idée d'immersion : il s'agit de confronter, afin de faire disparaître l'anxiété, à des situations de plus en plus effrayantes non plus progressivement mais de confronter directement le patient à sa plus grande peur.

Jusque dans les années 1980, la thérapie rationnelle-émotive d'Ellis et surtout la thérapie cognitive de Beck gagnent en popularité dans la psychologie clinique et deviennent des cadres théoriques fondamentaux en recherche clinique. Néanmoins, les techniques comportementales auxquelles elles se trouvent souvent confrontées dans les essais cliniques vont au fur et à mesure fusionner avec ces approches essentiellement cognitives et donner naissance aux psychothérapies proprement cognitivo-comportementales⁵⁹.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont les psychothérapies qui se prêtent le plus à l'évaluation de la médecine basée sur les faits. Ce sont elles qui ont montré le plus d'efficacité dans ce cadre.

Turk et son équipe ont été les premiers, dans les années 1970, à proposer la thérapie cognitivo-comportementale à des patients souffrant de douleur chronique⁶⁰.

C. Formation des thérapeutes cognitivo-comportementalistes

La formation pour devenir thérapeute comportementaliste et/ou cognitiviste s'adresse aussi bien aux psychiatres qu'aux médecins généralistes possédant une bonne formation préalable en psychiatrie, aux psychologues et aux infirmiers spécialisés en psychiatrie. Les orthophonistes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés ont accès à certaines formations. La formation est assurée en privé par l'AFTCC (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive) et l'AFFORTHECC (Association Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive) et dans le service public par des diplômes universitaires.

L'enseignement général de l'AFTCC dure trois années. (au total 30 jours de cours). La première année est consacrée à l'enseignement des bases théoriques et méthodologiques et à l'initiation aux principales techniques thérapeutiques. Puis les deux années suivantes sont dédiées à l'apprentissage pratique de la conduite des TCC à travers des enseignements basés sur des cas cliniques, des exercices, des jeux de rôle, des analyses de cas vidéo. De plus, les étudiants doivent être supervisés dans le traitement de deux patients par un aîné expérimenté et agréé par l'institut d'enseignement. Ces deux suivis font également l'objet d'un mémoire de fin d'année⁶⁴.

Le premier diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive en France a été créé à l'université de Lyon en 1981 par Jean Cottraux, sous la forme d'une attestation d'études en thérapie comportementale. Cette attestation est devenue un diplôme universitaire obtenu en deux ans en 1990, puis en trois ans en 2000 pour s'aligner sur les normes européennes en matière de formation. L'enseignement se déroule selon les critères préconisés par l'Association Européenne de Thérapie Comportementale et Cognitive et édités en 2004. Ces critères regroupent 300 heures d'enseignement théorique, dont 150 sur les processus psychologiques de base. Pour les suivis : 10 patients dans trois domaines différents, 4 cas écrits au moins, 75 heures de supervision en TCC. Les supervisions sont individuelles ou en petits groupes de quatre. Il est aussi demandé 100 heures de développement personnel, connaissance de soi en individuel ou en petit groupe (une connaissance éclairée de soi plutôt qu'une thérapie). Ces trois années et ces critères sont requis pour obtenir le diplôme universitaire de thérapie comportementale et cognitive de l'université Lyon I. D'autres universités proposent des diplômes en deux ans : Marseille, Toulouse, Reims, Bordeaux, Lille et Paris. Mais il est vraisemblable que les normes européennes vont progressivement s'imposer partout.

D. Pratique des TCC

Les TCC peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale. Ces thérapies sont brèves (10 à 25 séances en général) car les approches qu'elles visent sont centrées sur l'ici et le maintenant et ne s'intéressent nullement au passé. Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes.

Les processus mis en œuvre au cours de la thérapie cognitivo-comportementale sont l'éducation et l'information, la reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter, l'apprentissage des stratégies de « coping » (faire avec) et la réassurance afin de renforcer l'efficacité personnelle. On utilise aussi la décentration, la distraction, les auto-injonctions positives, l'appropriation des succès,

la réinterprétation des situations, la réévaluation des projets, la résolution des problèmes par découpage, l'utilisation des ressources antérieures et l'humour. On travaille par exemple sur les cognitions dysfonctionnelles tels l'inférence arbitraire (conclusion sans preuve), l'abstraction sélective (sélection d'un élément du tout), le raisonnement dichotomique (en tout ou rien), la généralisation, la personnalisation, la minimalisation du positif et la maximalisation du négatif.

Les outils de la thérapie cognitive et comportementale sont la réactivation physique (pour limiter la kinésiophobie, les évitements et le déconditionnement), l'apprentissage de la relaxation (avec exposition en imagination) et de la gestion du stress et enfin l'exposition progressive graduée (aux situations redoutées et évitées⁵⁷).

Les patients inclus dans un programme de thérapie cognitivo-comportementale doivent avoir compris les enjeux (motivation, rôle actif), ne pas être en attente d'un traitement supposé curatif ou radical, ne pas souffrir d'une pathologie addictive ou de troubles psychiatriques lourds.

E. Déroulement de la thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale se déroule en plusieurs étapes :

1. Analyse motivationnelle : définition avec le thérapeute des objectifs du traitement
2. Mise en place d'une relation thérapeutique de confiance
3. Analyse fonctionnelle : c'est une première étape d'évaluation. Elle vise à définir la nature, l'intensité, le retentissement et les circonstances de survenue des symptômes ; elle consiste en une mise en relation des comportements avec les émotions et les pensées. Le thérapeute utilise des grilles d'analyse fonctionnelle permettant de comprendre le fonctionnement du patient vis-à-vis de ses comportements problèmes présents, leur mise en place et leur maintien dans le passé, pour ensuite guider la démarche thérapeutique à partir d'hypothèses communes au patient et au thérapeute, en ce qui concerne les facteurs de déclenchement et de maintien du trouble.
4. Etablissement de contrats thérapeutiques : explication du problème psychopathologique et des techniques qui seront mises en place pour assurer le changement des comportements, des émotions et des pensées.

5. Mise en place d'un programme de traitement : le thérapeute développe chez le patient la capacité d'autorégulation de ses comportements, ce qui lui permettra de généraliser à l'extérieur de la situation thérapeutique les changements appris.
6. Evaluation des résultats du traitement en comparant les mesures effectuées avant, durant et après traitement (à partir d'échelles symptomatiques, de questionnaires ou d'agendas de recueil des symptômes). Le suivi est d'au moins un an après la fin du traitement.

Pendant les séances de thérapie cognitivo-comportementale, le thérapeute est actif. Les séances sont structurées selon le modèle issu des thérapies cognitives de la dépression. Une évaluation des tâches effectuées entre les rencontres est faite en début de séance. Puis un agenda de séance est défini : un thème est établi avec le patient. Des récapitulations fréquentes sont proposées : le thérapeute effectue toutes les dix minutes environ un résumé de la séance qu'il propose à la discussion du patient. La méthode « socratique » de questionnement permet de mobiliser les croyances. Le thérapeute n'effectuera pas de confrontation directe du patient à sa problématique, mais cherchera à développer une prise de conscience progressive par un jeu de questions et de réponses. Des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles sont ensuite utilisées pour modifier les schémas cognitifs et les pensées automatiques préconscientes qui entraînent les difficultés relationnelles du patient. Un résumé de séance est sollicité par le thérapeute de manière à mettre à jour ce que le patient retient de la séance. Ce résumé est discuté. Enfin le thérapeute demande un feed-back du patient sur ce qu'a fait ou dit le thérapeute avec une critique éventuelle de ce qui lui a déplu ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser. Avant de terminer, des tâches cognitives et comportementales sont définies avec le patient. Elles seront à mettre en œuvre dans la vie quotidienne et un agenda est établi concernant le ou les points à aborder en priorité lors de la prochaine séance.

Comme toute thérapie, la thérapie cognitivo-comportementale s'établit sur une relation thérapeutique dont les composantes sont non spécifiques : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient. Ces composantes concourent à l'établissement d'une alliance thérapeutique positive. Elles sont nécessaires mais ne sont pas suffisantes. En thérapie cognitive, la relation thérapeutique se fonde sur l'ici et maintenant, la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une attitude consistant à tester des hypothèses thérapeutiques établies en commun. Ce type de relation est appelée « relation de collaboration empirique »⁵⁹.

F. Modalités d'exercice

Du fait de leur bon rapport coût/efficacité, la demande de thérapie comportementale et cognitive va croissant, et les délais de prise en charge augmentent dramatiquement. En effet, pour répondre à cette demande, la France compte seulement 562 thérapeutes répertoriés par les deux associations l'AFTCC et l'AFFORTHECC. Ces thérapeutes sont essentiellement des psychiatres, ce qui contraste avec les autres pays occidentaux où les thérapies cognitives et comportementales sont exercées à 90% par les psychologues⁶⁵.

L'accessibilité des thérapies comportementales et cognitives passe par le remboursement des psychothérapies effectuées non seulement par les psychiatres mais aussi par les psychologues, les médecins généralistes et les infirmiers spécialisés. Dans le système actuel de paiement à l'acte, leur durée (de 30 à 60 minutes) peut être un obstacle à leur diffusion.

Afin de trouver un professionnel de santé pratiquant les thérapies cognitivo-comportementales, l'AFTCC et l'AFFORTHECC proposent un annuaire de thérapeutes disponible notamment sur internet (www.aftcc.org et www.afforthecc.org).

Ainsi, l'AFTCC recense 43 professionnels pratiquant la thérapie cognitivo comportementale en Haute-Normandie. Ces 43 thérapeutes sont répartis pour 10 dans l'Eure (8 psychologues, 1 médecin et 1 autre spécialiste) et 33 en Seine-Maritime dont 15 psychiatres, 17 psychologues et 1 médecin.

IV. La thérapie cognitivo-comportementale dans la lombalgie chronique

A. Caractéristiques cognitivo-comportementales des patients lombalgiques chroniques

1. L'anxiété et la dépression

L'anxiété et la dépression sont des facteurs de vulnérabilité à la douleur des patients lombalgiques chroniques et font partie des facteurs de risque de chronicisation. Elles majorent la douleur sur son versant émotionnel et favorisent les états d'hypervigilance et les biais d'interprétation⁶⁶. La prévalence de la dépression varie selon le recrutement des patients et les instruments d'évaluation mais elle atteint, voire dépasse, les 50% dans nombre de grandes études⁶⁷. L'association est plus fréquente chez les femmes et les personnes âgées⁶⁸. L'anxiété et la dépression sont corrélées à la sévérité et à l'ancienneté des tableaux douloureux chroniques⁶⁹. Pour certains, la dépression précède la douleur et en est le facteur causal principal, pour d'autres, la dépression est une conséquence de la douleur chronique⁴¹. L'anxiété et la dépression peuvent être évaluées par le questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) ([Annexe 4](#)) constitué de deux sous-échelles composées d'items renvoyant à des symptômes anxieux ou dépressifs, respectivement. Tout comme les autres questionnaires, il n'a pas valeur d'échelle diagnostique mais d'instrument d'évaluation et de suivi de la sévérité des symptômes. L'anxiété et la dépression peuvent également être évaluées par la sous-échelle « anxiété-dépression » du Dallas pain questionnaire ([Annexe 1](#)). Le questionnaire de Dallas est un auto-questionnaire anglo-saxon, spécifique de la lombalgie, conçu pour évaluer le retentissement de la douleur lombaire dans la vie quotidienne⁷⁰.

2. La peur et les évitements

Les peurs et les croyances erronées des patients douloureux chroniques sont des facteurs d'incapacité. Il s'agit d'interprétations sur la cause de la douleur, sur la gravité de la maladie et son

retentissement, sur le rôle des patients dans sa prise en charge et sur leurs attentes de traitement et de soulagement. Ces croyances constituent un frein au changement et lorsqu'elles sont méconnues du praticien, elles empêchent toute adhésion des patients à leur traitement. Certaines croyances sont liées à des informations reçues lors de leur parcours médical, par exemple on sait que la multiplicité des examens radiologiques inutiles montrant des anomalies radiologiques minimales telles l'arthrose ou des discopathies dégénératives peuvent entretenir ce phénomène. D'autres croyances témoignent de leur propre analyse des informations¹¹. Les croyances concernant la gravité de la maladie entraînent un processus d'attention sélective à travers des signaux physiques mal interprétés, à l'origine d'une amplification de la douleur ressentie, pouvant conduire au catastrophisme.

a) La peur de la douleur ou algophobie

La peur de la douleur, ou algophobie, est un déterminant émotionnel important chez le patient lombalgique chronique. Selon Waddell et al⁴⁷, ceux sont en dernier ressort bien plus les croyances des patients que la réalité somatique sous-jacente qui fondent le comportement. Ainsi, la peur de la douleur peut être plus handicapante que la douleur elle-même : elle est l'un des plus puissants prédictifs tant de la performance physique que de la perception subjective du handicap. Cette peur se caractérise par des comportements d'évitement qui peuvent entraver les activités de la vie quotidienne, occasionnant des handicaps fonctionnels et un déconditionnement physique qui peuvent à leur tour contribuer au maintien, voire à l'augmentation, de la douleur. Si la reprise d'activité se fait dans un contexte de déconditionnement, cette activité physique inaccoutumée peut amener davantage de douleurs et de plaintes et conduire à éviter toute autre activité⁷¹. L'évitement est défini comme « la performance d'un comportement qui suspend ou détourne la présentation d'un événement aversif »⁶⁹. L'évitement de l'activité lié à la peur (« fear-avoidance ») est mesuré par le Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire ([Annexe 6](#)). Ce questionnaire met l'accent sur les croyances des patients à propos de l'influence de l'activité physique et le travail sur la douleur, prenant en compte les croyances à propos de la gravité de l'atteinte et l'amplification des perceptions corporelles⁴¹.

b) La peur du mouvement ou kinésiophobie

Chez le patient lombalgique chronique, les évitements concernent principalement les activités physiques, incluant les activités quotidiennes. On parle de kinésiophobie ou peur du mouvement. La kinésiophobie entraîne un déconditionnement physique, lui-même entretenu par les évitements, qui majore souvent la composante émotionnelle de la douleur⁶⁹. La Tampa Scale of Kinesiophobia (Annexe 7) est un questionnaire qui mesure la tendance à éprouver une peur excessive, irrationnelle et handicapante du mouvement et de l'activité, en conséquence d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure ou une lésion douloureuse⁷².

3. Les stratégies de coping

Les patients lombalgiques chroniques développent des efforts importants pour gérer au mieux leur douleur c'est à dire pour tenter de diminuer la douleur, de la contrôler et de mieux la tolérer. Les stratégies utilisées sont des stratégies d'ajustement, d'adaptation, d'affrontement, désignées en anglais sous le terme de « coping » ou « faire face ». Selon Lazarus et al⁷³, concepteurs du modèle transactionnel du stress selon lequel la douleur est conceptualisée comme un stressor chronique, les stratégies de coping sont définies comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou excèdent les ressources d'un individu ».

Il existe deux grandes catégories de stratégies de coping : les stratégies de coping dysfonctionnelles et les stratégies de coping fonctionnelles⁷⁴ :

- Les stratégies de coping dysfonctionnelles sont des stratégies passives centrées sur l'émotion et sur la maladie. Elles correspondent globalement à un abandon par le patient de la gestion de sa douleur ou à l'attribution de cette responsabilité à une source extérieure. On y trouve principalement, sur le plan cognitif, la dramatisation, et sur le plan comportemental, l'évitement.
- Les stratégies de coping fonctionnelles sont des stratégies actives centrées sur la résolution du problème et dans lesquelles le patient prend généralement la responsabilité de la gestion de sa douleur. On peut citer notamment la distraction, la réinterprétation, l'ignorance et la distance vis-à-vis de la douleur (stratégies cognitives) ainsi que la persistance dans les

activités, qui consiste à ne pas laisser la douleur interférer dans les activités (stratégies comportementales)⁷⁵.

Des revues de la littérature réalisées par Jensen et al.⁷⁶ et Boothby et al.⁷⁷ montrent que les stratégies passives contribuent à majorer ou pérenniser la douleur des patients lombalgiques chroniques contrairement aux stratégies actives. Le Coping Strategies Questionnaire de Rosenstiel et Keefe (CSQ) est l'outil le plus fréquemment utilisé pour évaluer les stratégies de coping spécifiques à la douleur⁷⁸.

4. La motivation au changement

Afin d'obtenir des résultats, la démarche thérapeutique de la lombalgie chronique doit être active : les patients doivent faire l'effort de s'impliquer dans cette démarche. C'est pourquoi, aujourd'hui, les entretiens de motivation sont perçus comme un prérequis à toute prise en charge qui n'interviendra que lorsque le patient y sera prêt en regard de sa motivation personnelle. On distingue la motivation interne et la motivation externe. La motivation interne provient du sentiment personnel du besoin d'accès à un traitement donné, tandis que la motivation externe, coercitive, provient d'une pression extérieure souvent familiale. Une motivation interne est associée à un meilleur suivi de la thérapie et à de meilleurs résultats à long terme⁷⁹. Cette nouvelle conception de la motivation est issue des travaux originaux de Prochaska et Di Clemente qui ont élaboré un modèle transthéorique du changement. Les cinq stades de changement définis par Prochaska et Di Clemente sont la précontemplation (ou préconsidération), la contemplation (ou considération), la prise de décision (ou préparation), l'action et la maintenance (ou maintien). Issus de ces travaux, les entretiens de motivation ou entrevues motivationnelles ont été développés par Miller et Rollnick. Différent du modèle traditionnel, la motivation est perçue pour ces différents auteurs comme la probabilité qu'une personne entame, poursuive et adhère à une stratégie spécifique de changement.

a) Précontemplation

Dans la première étape de précontemplation, les sujets n'ont pas l'intention de modifier leur comportement dans un futur proche. Ils ne sont pas conscients de leur problème. L'entourage des

« précontempteurs » est par contre conscient du problème, la pression des autres étant à l'origine des consultations auprès du médecin à ce stade.

b) Contemplation

Dans cette deuxième étape, les patients sont conscients de leur problème et pensent sérieusement à le surmonter, mais ils ne sont pas encore engagés dans une action. Ce stade est caractérisé par l'état d'ambivalence. A ce stade, le médecin aide le patient à évaluer les aspects positifs et négatifs de la situation actuelle et du changement envisagé.

c) Préparation

L'étape de la préparation correspond à la prise de décision du patient de modifier son comportement problème, l'individu combine en effet des critères d'intention et de comportement. L'objectif est de l'aider à identifier les changements envisagés, et ce qu'il est prêt à mettre en place pour y parvenir. La cible principale du thérapeute est le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle et de l'attente de résultats.

d) Action

Ce stade constitue les premiers temps d'un changement réel du comportement problème. L'action implique donc des changements visibles, et requiert de la part des individus un engagement important en temps et en énergie. C'est l'étape adéquate pour une prise en charge thérapeutique active, comme peuvent l'être les thérapies comportementales et cognitives.

e) Maintien

A ce stade, les individus consolident les modifications de l'étape d'action. Le maintien est une poursuite de changement. Cette étape nécessite un suivi afin de développer des capacités pour

diminuer le risque d'un retour en arrière dans les anciennes habitudes de fonctionnement, qui étaient péjoratives. Les individus s'engagent régulièrement dans des comportements incompatibles avec le problème antérieur, sur une période de plus de six mois.

f) Rechute

Ce stade rend compte du fait que les personnes peuvent revenir à leurs anciens comportements, ceci ne constituant pas un manque de volonté en soi. Une progression linéaire est un phénomène relativement rare, le retour à des étapes antérieures se produisant fréquemment chez les individus qui essaient de modifier leur comportement problème.

5. Les attentes de traitement

Les patients ont des attentes de traitements qui dépendent de leurs croyances vis-à-vis de ces traitements et de leur motivation au changement. L'efficacité d'un traitement est améliorée s'il correspond aux attentes du patient. L'élaboration des attentes du patient est donc fondamentale avant toute thérapie cognitivo-comportementale^{69 80}. C'est pourquoi les patients lombalgiques chroniques, inclus dans les programmes de TCC sont sélectionnés. Ils doivent avoir compris les enjeux (motivation, mise en situation, rôle actif), ne pas être en attente d'un traitement supposé curatif ou radical. La sélection des patients le plus tôt possible dans le cours de la maladie est un facteur de succès de la thérapie cognitivo-comportementale d'autant que les patients sont encore actifs professionnellement¹¹.

B. Objectifs de la thérapie cognitivo-comportementale dans la lombalgie chronique

D'après les recommandations européennes en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique, éditées en 2006, les thérapies cognitives et comportementales ont des objectifs et des méthodes variés, mais elles ont cependant en commun :

- Le postulat que les émotions et les comportements de l'individu sont influencés par ses cognitions
- L'utilisation de techniques structurées dans le but d'aider les patients à identifier et modifier des pensées, des émotions et des comportements inadaptés
- Un accent mis sur l'apprentissage des compétences que les patients peuvent appliquer dans la gestion de situations difficiles

Les TCC sont centrées sur la modification des comportements (thérapies comportementales) ou la restructuration des pensées dites « dysfonctionnelles » (thérapies cognitives) ou encore les deux.

Les objectifs des TCC sont, dans la prise en charge de la lombalgie chronique, l'amélioration de la qualité de vie, des connaissances relatives à la pathologie rachidienne destinées à rassurer et limiter le catastrophisme, de la condition physique, du sommeil, de l'humeur et du niveau de confiance. Les thérapies cognitives et comportementales ont également pour buts de permettre aux patients l'acquisition de stratégies positives dont la finalité est d'aider le patient à « faire avec », de retrouver certaines activités, y compris professionnelles, en maintenant les capacités acquises et, enfin, d'améliorer l'utilisation (et donc l'observance) des traitements médicamenteux.

La façon d'aborder la douleur est fondamentale. Elle met le patient en position d'acteur de son traitement. Les modalités de prise en charge impliquent un contrat explicite, la définition d'objectifs réalistes, la focalisation sur le comment faire avec, la recherche de solutions, la valorisation des activités, l'auto-attribution des changements, l'apprentissage de l'autoévaluation et le passage du « comprendre » au « faire » ⁶⁶. Le savoir-faire du thérapeute ainsi que sa formation sont donc primordiales. Ainsi, dans les TCC, le thérapeute se veut interactif (il discute, propose), explicite (aucune de ses attitudes ne doit apparaître mystérieuse ou obscure au patient), pédagogique (il consacre beaucoup de temps à expliquer les mécanismes du trouble psychique et à clarifier le pourquoi des choix thérapeutiques), prescriptif (il demande au patient d'effectuer des exercices ou de tester de nouvelles façons de réagir), expérimentaliste (il ne présente pas ses prescriptions comme des commandements mais comme des expériences).

C. Preuves de l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge de la lombalgie chronique

1. Les études

Différentes études ont évaluées l'intérêt des TCC dans la lombalgie chronique dont deux méta-analyses, incluant quarante-cinq études (1672 patients)⁸¹ et une étude plus récente, publiée en 2005 par Linton, de 158 patients⁸². La méta analyse réalisée par S. Morley et al en 1998 montre que les thérapies cognitivo-comportementales sont plus efficaces sur la douleur chronique comparée à une liste d'attente (les patients n'ont pas de traitement de type cognitivo-comportemental dans la même période et reçoivent les traitements « conventionnels »). Les TCC améliorent significativement l'humeur, les comportements de gestion réactionnels à la douleur, la condition physique et permettent à ces patients de sortir de l'isolement social.

L'étude de Linton, publiée en 2005, a été effectuée parmi 158 patients lombalgiques poursuivant leur activité professionnelle. La précocité des interventions proposée et la durée du suivi sur 12 mois en font son originalité. L'évaluation concerne la consommation de soins et l'absentéisme professionnel. Trois groupes ont été randomisés : information (groupe 1), information + TCC (groupe 2) et information + TCC + réhabilitation physique (groupe 3). Les résultats montrent une différence statistiquement significative en faveur des groupes 2 et 3 en nombre de consultations médicales. De plus, le risque d'arrêt de travail de plus de 15 jours est 5 fois supérieur dans le groupe information seule par rapport aux deux autres groupes.

Une étude anglaise de coût/efficacité effectuée parmi 701 travailleurs a été publiée en 2010 dans le Lancet par Lamb. Cette étude compare un traitement usuel à un traitement usuel associé à 6 séances de TCC. Les patients ont été évalués à un an à l'aide de questionnaires fonctionnels et de handicaps (Roland Morris ([Annexe 2](#)), SF12 ([Annexe 8](#))), de peur avec évitement (FABQ ([Annexe 6](#))), d'efficacité personnelle (Pain Self Efficacy Scale) et de coût-efficacité (QALY). Les résultats montrent une supériorité de l'association traitement usuel et TCC pour tous les paramètres d'évaluation⁸³.

Une étude randomisée norvégienne effectuée parmi 121 patients atteints de lombalgie chronique a été publiée en 2012 dans l'European Journal of Pain par K. Vibe Fersum. Cette étude compare l'efficacité de la TCC à un traitement conventionnel (thérapie manuelle et exercice) avec évaluation des résultats à 3 mois et 12 mois. L'efficacité de chacune des thérapies a été évaluée selon le questionnaire d'Oswestry ([Annexe 3](#)) et l'EVA. L'Oswestry low back pain disability questionnaire est

un autoquestionnaire ayant pour objet d'indiquer dans quelle mesure le niveau fonctionnel d'un individu donné est restreint par la douleur lombaire. Un score total est établi en pourcentage d'incapacité (incapacité minimale : 0 à 20%, modérée : 20 à 40%, sévère 40 à 60% et invalidante au delà de 60%). Cette étude montre l'efficacité de la TCC dans la prise en charge de la lombalgie chronique comparativement à un traitement usuel à 3 et à 12 mois. En effet, à 12 mois, la TCC diminue l'intensité de la douleur de 3,2 points contre 1,5 points pour la thérapie manuelle et exercices. De même, concernant le niveau fonctionnel, la TCC améliore l'index d'Oswestry de 13,7 points contre 5,5 points pour le traitement usuel. Cette étude rapporte donc l'efficacité de la TCC dans la prise en charge de la lombalgie chronique et ceci sur une période d'au moins une année⁸⁴.

Une revue de la littérature comprenant 46 articles a été publiée en 2012. Cette revue, initiée par un norvégien, montre également l'efficacité de la TCC dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Comparativement à un traitement usuel ou à une liste d'attente, la thérapie cognitivo-comportementale augmente les capacités physiques, le contrôle de la douleur, présente un meilleur rapport coût/efficacité, diminue le nombre de consultations médicales et réduit le nombre de jours d'arrêts de travail⁸⁵.

2. Les recommandations

Différentes recommandations, parues ces dernières années, mettent l'accent sur l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge de la lombalgie chronique.

Les recommandations de l'ANAES « Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique », publiées en 2000, concluent : « les thérapies comportementales sont efficaces sur l'intensité de la douleur et le comportement vis-à-vis de la douleur en comparaison à un placebo ou à une liste d'attente (simple surveillance) (grade C). Aucune technique n'est supérieure aux autres. Les thérapies comportementales, associées à un autre traitement (exercice physique, kinésithérapie...), semblent plus efficaces sur la douleur que ce même traitement seul (grade C).

Les recommandations européennes COSTB13 notent que : « l'utilisation des TCC chez les patients lombalgiques chroniques est plus efficace pour la douleur, la fonction et les comportements que le placebo, pas de traitement ou une liste d'attente (Niveau A) ».

Enfin, la recommandation 7 des guidelines de la société américaine de la douleur (APS) et du collège américain des médecins (ACP) incite à associer les TCC à des exercices actifs de restauration

fonctionnelle dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire. Ces stratégies permettraient de diminuer les arrêts de travail dus à la lombalgie chronique¹¹.

Seconde Partie :

**PLACE DE LA THERAPIE COGNITIVO-
COMPORTEMENTALE DANS LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES EN SOINS
PRIMAIRES : *Enquête auprès d'un échantillon de 105
médecins Haut Normands***

I. Introduction

Le médecin généraliste est le premier acteur de soins dans la prise en charge d'un patient atteint de lombalgie chronique. Le traitement d'un patient lombalgique chronique doit répondre à un double objectif : une attitude antalgique associée à une prise en charge fonctionnelle permettant une reprise des activités.

Parmi les différents traitements disponibles, la thérapie cognitivo-comportementale apparaît comme une thérapeutique non médicamenteuse validée permettant de répondre à ce double objectif. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à l'utilisation de cette thérapeutique par les médecins généralistes de la région.

L'objectif de notre étude était de connaître la place de la thérapie cognitivo-comportementale dans la prise en charge, en médecine générale, des patients lombalgiques chroniques dans la région Haute Normandie. L'objectif secondaire de notre enquête était de déterminer des facteurs associés à l'intérêt que porte les médecins généralistes pour la TCC chez les patients lombalgiques chroniques

Pour cela nous avons réalisé, à partir d'un questionnaire anonyme, une étude épidémiologique descriptive transversale sur un mode déclaratif auprès d'un échantillon de médecins généralistes de notre région.

II. Méthodologie

A. Constitution de l'échantillon

Un listing d'adresses mail de médecins généralistes, exerçant en Haute-Normandie, a d'abord été obtenu. Cette liste a été élaborée grâce à la sollicitation de plusieurs médecins généralistes qui ont accepté de donner l'adresse mail de leur confrère. La liste exhaustive de tous les médecins généralistes libéraux n'a pu être obtenue en raison du refus du conseil de l'ordre des médecins de transmettre les coordonnées des médecins exerçant en Haute Normandie.

Les critères d'inclusion étaient :

- Une adresse mail valide
- Les médecins généralistes en exercice pendant la période de l'enquête

Au total, une liste comprenant 387 adresses mails valides de médecins généralistes a été obtenue. Afin d'obtenir un maximum de réponses, nous n'avons pas souhaité réaliser de tirage au sort au préalable à la constitution de notre échantillon. Pour constituer un échantillon qui soit le plus représentatif possible de la population des médecins généralistes haut-normands, nous nous sommes fixés, à priori, un objectif minimum de 100 réponses de médecins généralistes, d'âges et de modes d'exercices différents, soit un taux de réponses de 26%. L'échantillon ainsi constitué était de convenance.

B. Elaboration du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire ([Annexe 9](#)) en trois parties :

- Une première série de questions permettait de déterminer les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins
- Une seconde partie permettait de connaître la fréquence des consultations pour lombalgie chronique et les habitudes de prise en charge des patients lombalgiques chroniques en pratique courante.
- Une troisième partie permettait de cerner l'intérêt, porté par les médecins généralistes haut-normands, à la pratique de la TCC et de déterminer les limites qu'ils pouvaient rencontrer à sa prescription.

Ce questionnaire ne comprenait que des questions à réponses fermées permettant un temps de réponse rapide pour le praticien. Un seul verbatim était prévu en fin de questionnaire afin de laisser au médecin la possibilité d'émettre une autre proposition libre, quant aux limites de prescription de la thérapie cognitivo-comportementale. L'objectif était d'obtenir un temps de remplissage du questionnaire n'excédant pas plus de 10 minutes.

Pour simplifier et faciliter les réponses, seule une « version mail » a été réalisée pour ce questionnaire et élaborée grâce au programme de Google Doc® « établir un formulaire ». Un cours mot d'introduction permettant de me présenter et de présenter cette étude de pratique a été envoyé en commun avec le questionnaire.

Enfin, ce questionnaire mail a été testé au préalable auprès d'une dizaine de médecins généralistes volontaires afin d'évaluer la durée de remplissage et le ressenti par rapport à la formulation des questions. Ceci a permis d'apporter les ajustements nécessaires avant l'envoi définitif du questionnaire aux médecins de notre échantillon.

C. Durée de l'enquête

L'envoi des questionnaires par mail aux 387 médecins généralistes haut normands s'est faite le 15 mars 2013. Les réponses au questionnaire ont été recueillies du 24 mars 2013 au 06 mai 2013. La date du 6 mai a été « arbitrairement » choisie en raison de l'absence de réponse de la part des médecins généralistes depuis une dizaine de jours.

D. Analyse statistique des données

Toutes les réponses ont été saisies dans un tableau Excel afin de pouvoir analyser les réponses des médecins.

Les résultats de cette étude seront présentés en deux parties :

- Une première partie descriptive permettait de décrire les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon, de caractériser la prise en charge des patients lombalgiques chroniques et de déterminer l'intérêt et les limites des médecins vis à vis de la TCC.

Pour réaliser les comparaisons au sein de notre échantillon, nous avons utilisé un test t de Student pour les moyennes et un test du Chi 2 pour les pourcentages.

- Dans la seconde partie, nous avons recherché quels facteurs étaient corrélés à l'intérêt des médecins vis à vis de la TCC. Pour cela, nous avons élaboré un « score d'intérêt global » vis à vis de la TCC à partir des réponses des médecins. Pour chaque étape de la TCC, les médecins étaient appelés à répondre par :
 - « Je ne suis pas intéressé » coté 1 point
 - « Je suis intéressé mais je ne l'applique pas encore » coté 2 points

- « Je l'applique couramment » coté 3 points

Un score allant de 6 « aucun intérêt » à 18 « intérêt maximal » a été établi pour chaque médecin. La distribution des résultats de ce score suit une loi normale (coefficient d'asymétrie = -0,09 et coefficient d'aplatissement = 0,526). Enfin, huit variables indépendantes ont été testées afin de rechercher une corrélation significative : l'âge des médecins, le sexe, le lieu d'exercice (urbain, semi urbain ou rural), l'expérience professionnelle (< 10 années, entre 10 et 20 ans, > 20 années), le mode d'exercice, l'obtention d'une formation diplômante, le nombre de FMC au cours des 3 dernières années, le suivi d'une formation spécifique à la TCC et le nombre de consultations mensuelles pour des patients lombalgiques chroniques (< 10 Cs, entre 10 et 20 Cs, > 20 Cs).

Une régression linéaire a été utilisée pour les variables quantitatives numériques continues. Une analyse de variance à 1 facteur (ANOVA) a été utilisée pour les variables qualitatives ordinales et nominales. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Nous avons utilisé le logiciel JMP Stat version 8 pour la réalisation des analyses statistiques.

III. Résultats

A. Taux de réponse

387 médecins généralistes ont reçu ce questionnaire par mail. Parmi eux, 105 médecins ont répondu au questionnaire. Le taux de participation à l'enquête a donc été de 27%. Toutes les réponses reçues ont pu être exploitées

Parmi les 282 médecins n'ayant pas répondu à l'enquête les raisons retrouvées étaient :

- l'absence de recrutement de patients atteints de lombalgie chronique, en particulier chez des médecins ayant désormais une activité libérale autre que de la médecine générale (DIU de gériatrie, pédiatrie...) pour 8 d'entre-eux
- le manque d'intérêt par rapport au sujet pour 5 d'entre-eux
- l'arrêt d'une activité de médecine libérale pour trois d'entre-eux suite à un départ à la retraite

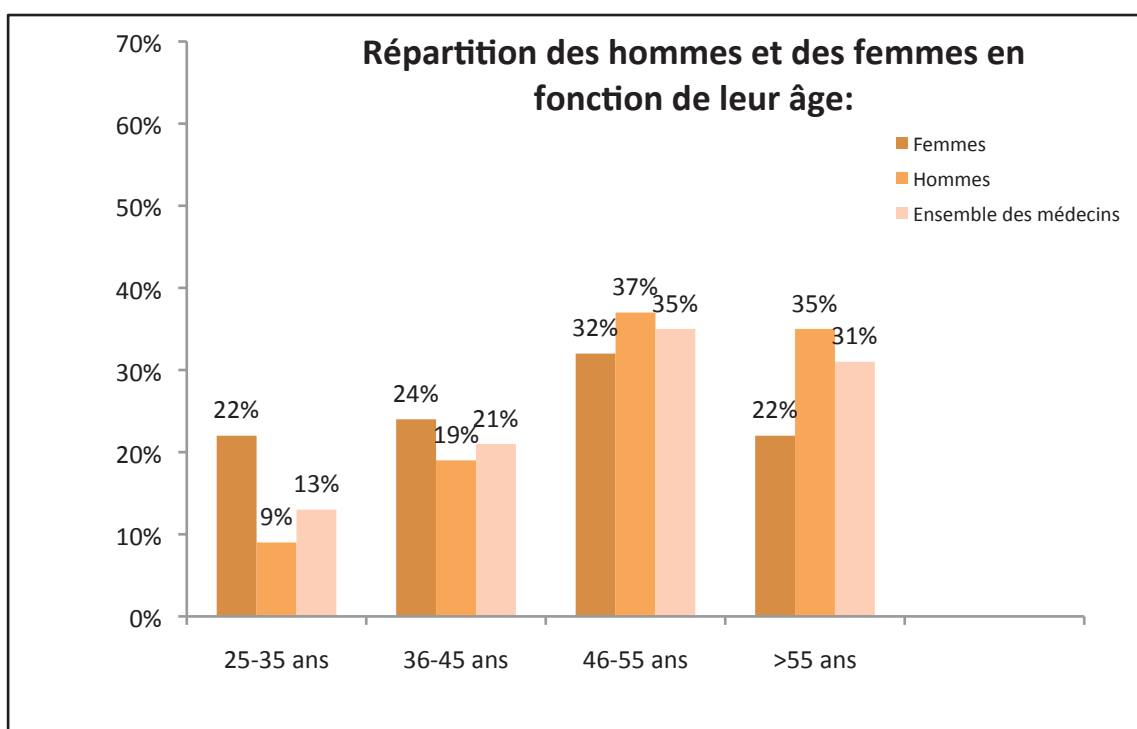
On peut également supposer que certaines adresses mail récupérées étaient erronées.

B. Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes

1. Profil des médecins généralistes de notre échantillon

Notre échantillon comptait 105 médecins généralistes de la région Haute Normandie et comportait 65% d'hommes et 35% de femmes, soit un sex-ratio H:F de 1,8.

L'âge moyen des médecins de notre population était de 49 ans, avec des extrêmes allant de 30 à 67 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 46-55ans. En effet, 37 médecins avaient entre 46 et 55 ans au moment de l'enquête soit 35% de notre échantillon.

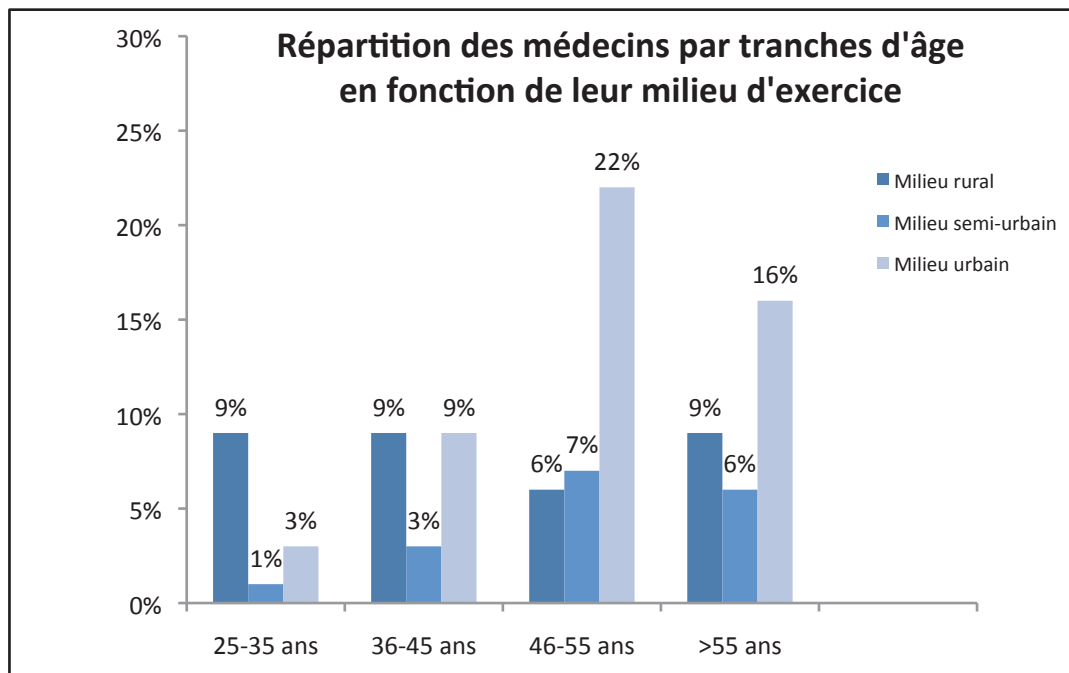


Graphique 1 : Répartition des médecins par sexe et par âge.

Parmi les modes d'exercice, la majorité des médecins était en milieu urbain et seulement un tiers (33%) exerçait en milieu rural. Les médecins « ruraux » étaient significativement plus jeunes que les médecins exerçant en milieu urbain ($p=0,005$). Leur moyenne d'âge respective était de 45 ans versus 51 ans.

L'expérience moyenne de nos médecins était de 19 ans avec des extrêmes larges de 1 an à 38 années d'exercice médical.

La grande majorité des médecins généralistes (76%) préférait une activité de groupe, en cabinet ou maison médicale, plutôt qu'un mode d'exercice solitaire. Aucune différence significative n'a été mise en évidence en fonction du sexe des médecins ($p=0,6$).



Graphique 2 : Répartition des médecins par tranches d'âge en fonction de leur milieu d'exercice professionnel

Parmi notre échantillon, ils étaient 59 médecins (soit 56%) à suivre une Formation Médicale Continue en lien avec les pathologies rhumatismales au cours des 3 dernières années, mais seulement 8% (soit 8 médecins) ont bénéficié d'une formation spécifique diplômante sur cette spécialité.

Seuls 3 médecins généralistes sur 105, soit environ 2,8% de notre échantillon, ont reçu une formation spécifique ou pratiquaient la thérapie cognitivo-comportementale. Parmi ces médecins, tous exerçaient en milieu urbain et en cabinet de groupe et aucun n'avait reçu de formation diplômante en pathologie ostéo-articulaire. Leur expérience personnelle respective était de 5 ans, 27 ans et 34 ans.

Tableau 1. Caractéristiques socio démographiques des médecins généralistes de notre échantillon.

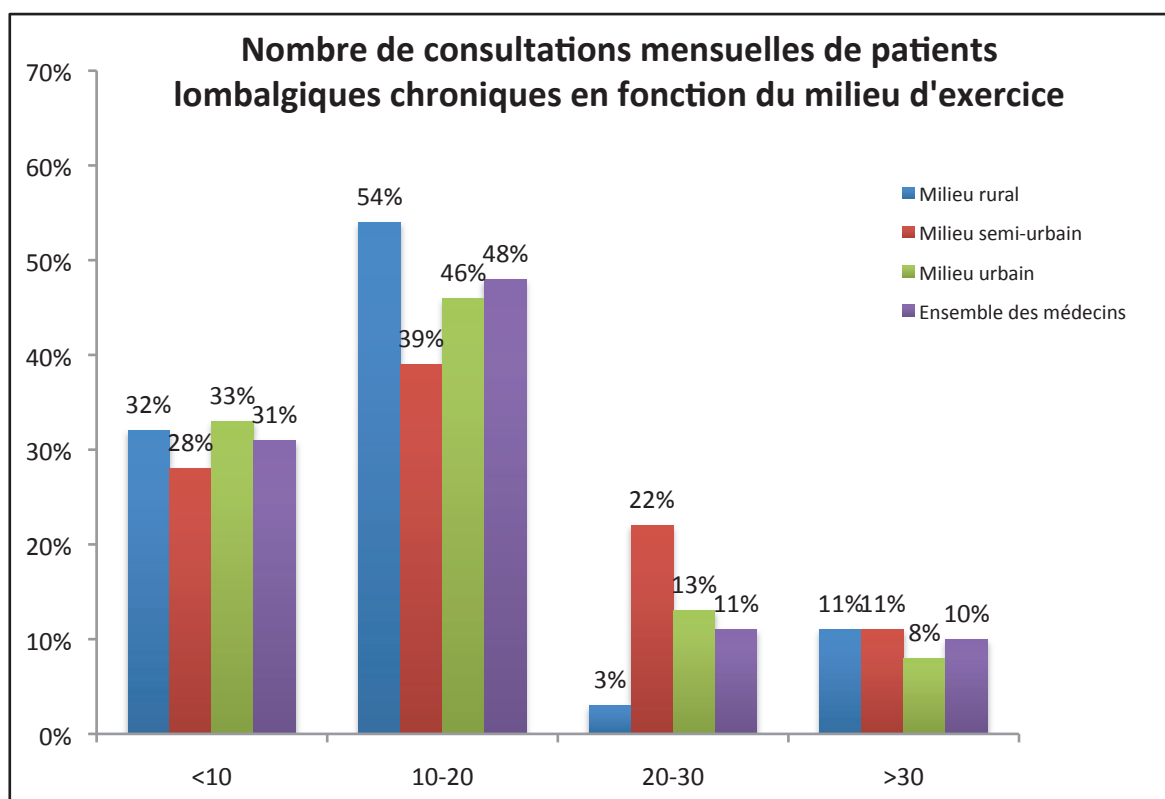
Caractéristiques	Fréquence (en %) N= 105
Sex-ratio homme/femme	1,84 H= 68 / F=37
Age moyen ± écart type [médiane ; min-max]	49 ± 9,8 [50 ; 30 - 67]
Lieu d'exercice libéral :	
• Urbain	52 (50%)
• Semi Urbain	18 (17%)
• Rural	35 (33%)
Années d'expérience professionnelle :	
• 0 – 10 années	27 (26%)
• 10 – 20 années	34 (32%)
• > 20 années	44 (42%)
Mode d'exercice libéral :	
• Cabinet de groupe / Maison médicale	80 (76%)
• Seul	25 (24%)
Nombre de Formation Médicale Continue au cours des 3 dernières années:	
• Aucune	45 (43%)
• 1 à 2 formations	37 (35%)
• 3 à 4 formations	20 (19%)
• Plus de 5 formations	3 (3%)
Formation médicale diplômante en pathologies rhumatismales :	
• Absence	97 (92%)
• Présence	8 (8%)
Formation spécifique à la Thérapie Cognitivo-Comportementale :	
• Absence	102 (97%)
• Présence	3 (3%)
Nombre de Consultations mensuelles pour des patients lombalgiques chroniques :	
• < 10 Consultations (Faible)	33 (31%)
• 10 – 20 Consultations (modéré)	50 (48%)
• > 20 Consultations (Fréquent)	22 (21%)

2. Résultats de notre enquête sur la prise en charge du patient lombalgiques chroniques

Les médecins de notre échantillon ont été interrogés sur leurs habitudes de prise en charge des patients présentant une lombalgie chronique.

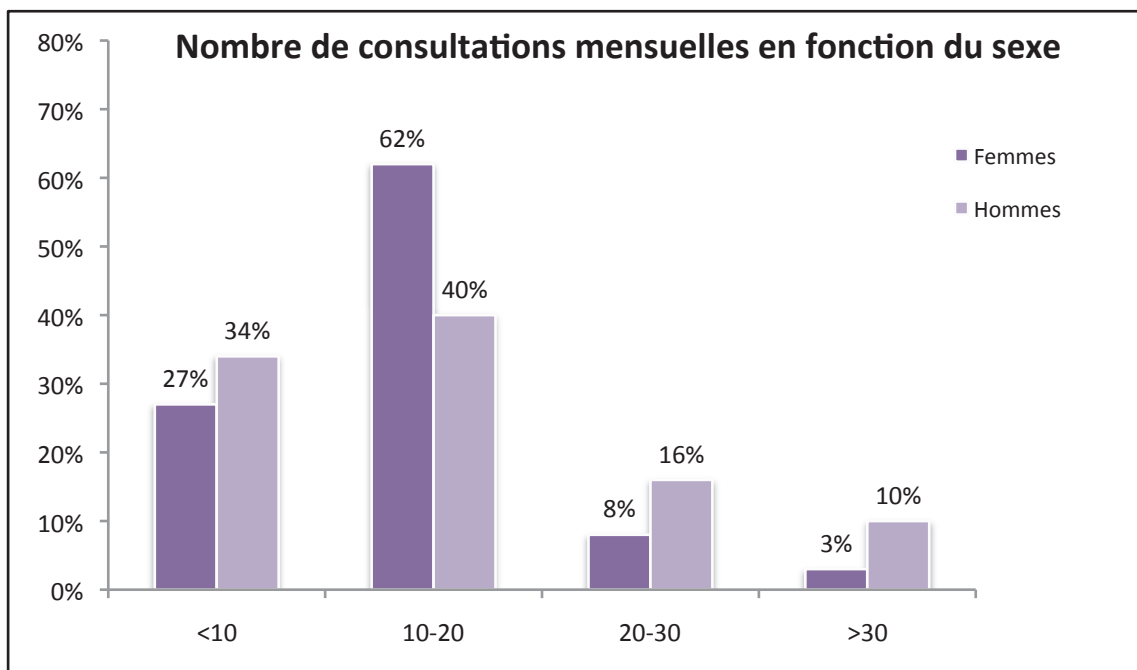
a) Consultation mensuelle

Les médecins généralistes avaient, en moyenne, entre 10 et 20 consultations mensuelles pour des patients lombalgiques chroniques. Ils étaient 68,6% à recevoir en consultation plus de 10 patients par mois pour ce motif et 21,5% à en recevoir plus de 20 par mois. Il n'y a pas de différence significative en nombre de consultations mensuelles entre les médecins exerçant en milieu urbain ou semi urbain et ceux exerçant en milieu rural ($p=0,59$).



Graphique 3 : Nombre de consultations mensuelles en fonction du milieu d'exercice professionnel

Il n'y a pas non plus de différence significative en nombre de consultations mensuelles en fonction du sexe ($p=0,06$).



Graphique 4 : Répartition du nombre de consultations mensuelles en fonction du sexe

b) Prise en charge thérapeutique médicamenteuse

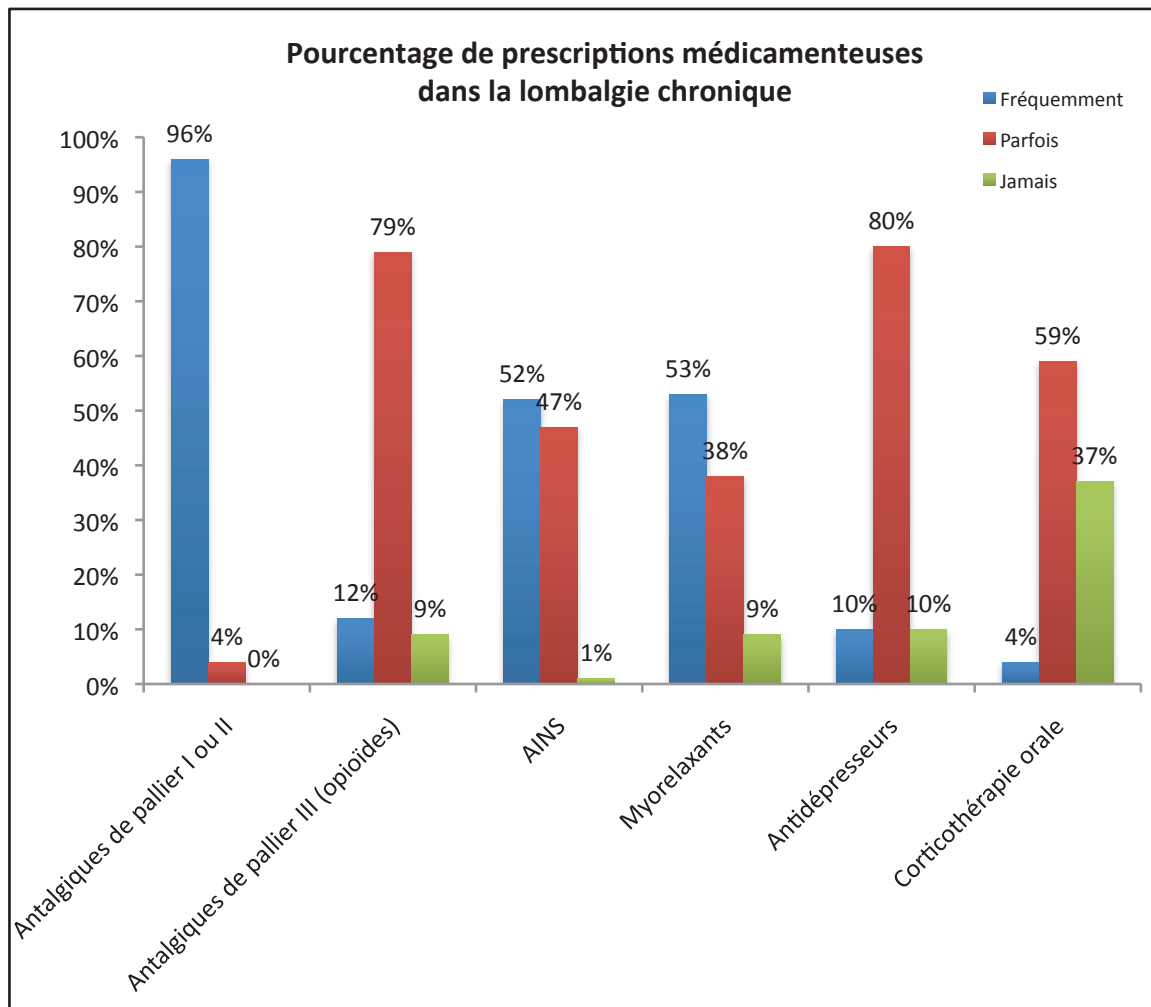
Le traitement médicamenteux était le traitement le plus utilisé par l'ensemble des médecins de notre échantillon.

Les antalgiques de paliers I ou II sont les médicaments les plus prescrits puisque utilisés par 96% des médecins ($n= 101$). Les antalgiques de palier III viennent en seconde intention pour 79% des médecins. Seulement 9% des médecins n'utilisaient jamais les antalgiques de palier III.

Les médicaments anti inflammatoires non stéroïdiens sont également beaucoup utilisés, puisque prescrits fréquemment par 52% des médecins et parfois par 47% des médecins. La corticothérapie orale reste moins utilisée en pratique courante. En effet, 37% des médecins déclarent ne jamais l'utiliser contre seulement 3,8% qui la prescrivent fréquemment.

La prescription des myorelaxants est comparable à celle des AINS, puisque 53% des médecins les utilisent parfois.

Enfin, les médicaments anti dépresseurs sont utilisés par plus de 90% des médecins de façon non systématique.



Graphique 5 : Habitude de prescription médicamenteuse dans la lombalgie chronique (Résultats exprimés en %)

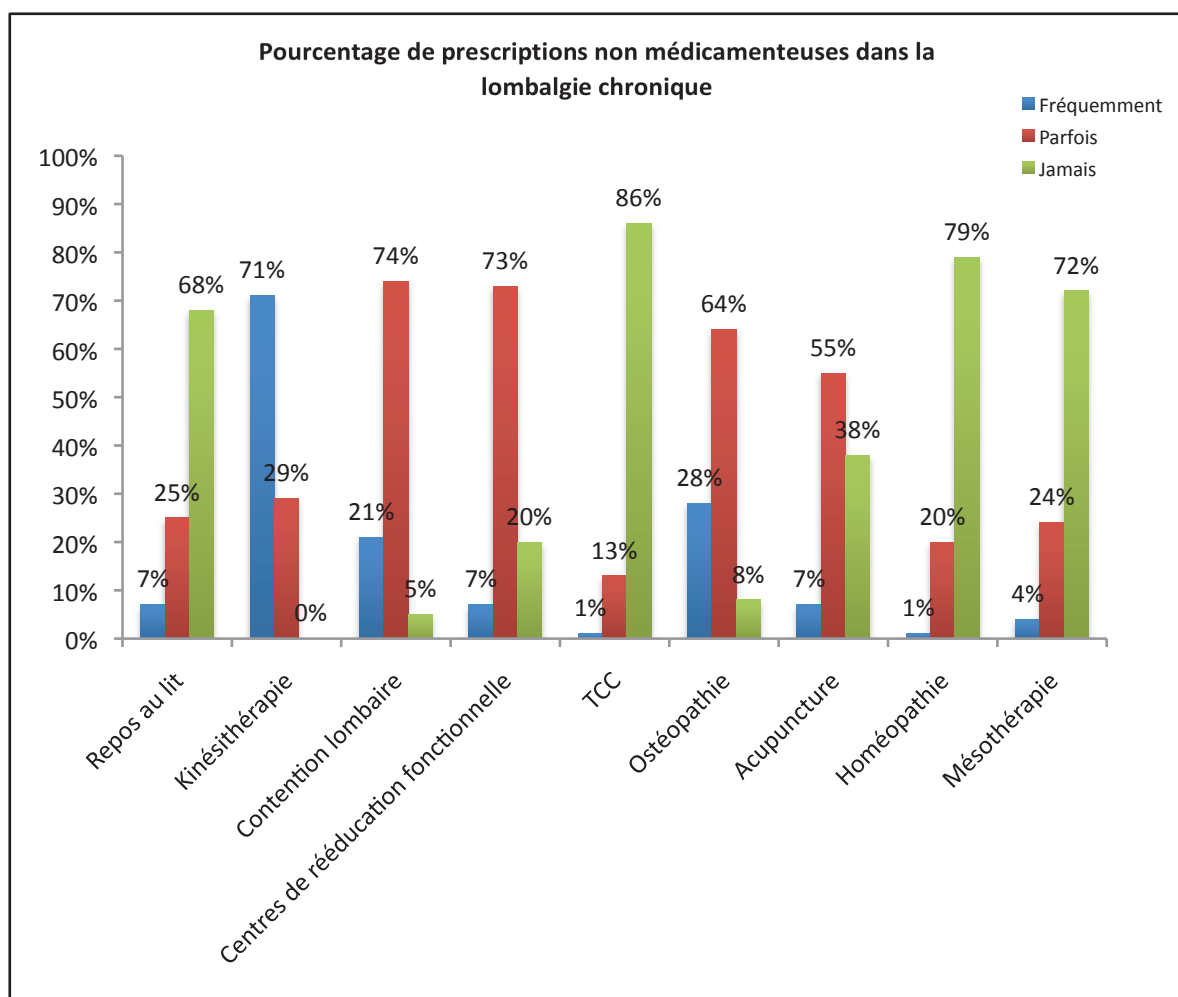
c) *Prise en charge thérapeutique non médicamenteuse*

Parmi les traitements non médicamenteux, la kinésithérapie est prescrite par l'ensemble de notre population (n=105) mais dans des proportions différentes. Elle est utilisée de façon fréquente chez 72% des médecins. La contention lombaire reste également prescrite de façon occasionnelle pour 78 médecins de notre échantillon (74%).

Au contraire, le repos strict au lit n'est pas proposé par 68% des médecins généralistes hauts normands.

Enfin, 73% des médecins généralistes hauts normands adressent épisodiquement leurs patients lombalgiques chroniques auprès de centres de rééducation fonctionnelle.

Quant à la thérapie cognitivo-comportementale, celle-ci n'est jamais prescrite pour 90 médecins généralistes sur 105 soit 86% des praticiens, parfois prescrite par 13% d'entre-eux et fréquemment utilisée uniquement pour un seul médecin généraliste (1%).



Graphique 6 : Habitude de prescription non médicamenteuse dans la lombalgie chronique (Résultats exprimés en %)

d) Prise en charge par des médecines alternatives

Les manipulations vertébrales, ou ostéopathie, sont parfois prescrites par 64% des médecins généralistes. 55% des praticiens adressent par intermittence leurs patients atteints de lombalgie chronique à un spécialiste de l'acupuncture. Enfin, la mésothérapie et l'homéopathie ne suscitent pas l'intérêt des médecins généralistes pour la prise en charge des patients lombalgiques chroniques puisqu'ils ne les prescrivent jamais pour respectivement 72% et 79% d'entre-eux.

Tableau 2 : Fréquence (en %) d'utilisation pour chaque thérapeutique chez les patients lombalgiques chroniques (N=105)

	Fréquemment	Parfois	Jamais
Antalgiques de Pallier I ou II	96	4	–
Antalgiques opioïdes (III)	12	79	9
AINS	52	47	1
Myorelaxants	53	38	9
Antidépresseurs	11	80	9
Corticothérapie Orale	4	59	37
Repos au lit	7	25	68
Kinésithérapie	71	29	–
Contention lombaire	21	74	5
Centres de Rééducation fonctionnelle	7	73	20
Thérapie cognitivo comportementale	1	13	86
Ostéopathie	28	64	8
Acupuncture	7	55	38
Homéopathie	1	20	79
Mésothérapie	4	24	72

3. Intérêt et limites de la thérapie cognitivo comportementale pour les médecins généralistes

La thérapie cognitivo-comportementale a montré son intérêt dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques notamment sur la douleur, la fonction, le retour au travail et l'humeur.

Pour atteindre ces objectifs, le déroulement d'une TCC comprend différents étapes que sont :

1. L'éducation et l'information thérapeutique
2. Une approche cognitive (apprentissage de la stratégie de « coping »)
3. La réactivation physique
4. L'apprentissage de la relaxation
5. La gestion du stress
6. Une exposition aux situations redoutées.

a) Intérêt des médecins pour la TCC

Nous avons interrogé les médecins généralistes sur l'intérêt que pouvaient représenter ces axes de travail pour leur pratique courante.

L'éducation et l'information thérapeutique semblent être l'étape la plus suivie par les praticiens puisqu'ils sont 43% à l'appliquer couramment en consultation, 51% des médecins se disent intéressés mais ne l'appliquent pas encore et seulement 6% ne sont pas intéressés.

La prise en charge des patients lombalgiques en TCC doit comporter une approche cognitive c'est-à-dire un apprentissage de la stratégie de « coping ». Les patients se doivent d'apprendre à vivre « avec » leur douleur, celle-ci ne devant pas les limiter dans la poursuite de leurs activités. Cette approche cognitive intéresse 71% des médecins généralistes de notre enquête sans qu'elle ne soit encore appliquée en consultation. 20% des médecins disent déjà l'employer en consultation et seulement 9% des praticiens rapportent ne pas être concernés.

La réactivation physique est un outil de la thérapie cognitivo-comportementale visant à limiter la kinésiophobie, les évitements et le déconditionnement physique. Ce temps fort de la prise en charge

des patients lombalgiques chroniques est appliqué par 40% des médecins de notre échantillon. 53% des praticiens se disent intéressés par le principe de réactivation physique mais ne l'appliquent pas encore en consultation. Enfin, seulement 7% sont désintéressés.

Concernant l'apprentissage de la relaxation aux patients atteints de lombalgie chronique, 62% des médecins de notre échantillon sont intéressés mais ne l'appliquent pas encore, 27% l'emploient déjà et 11% n'adhèrent pas à cette composante de la prise en charge thérapeutique.

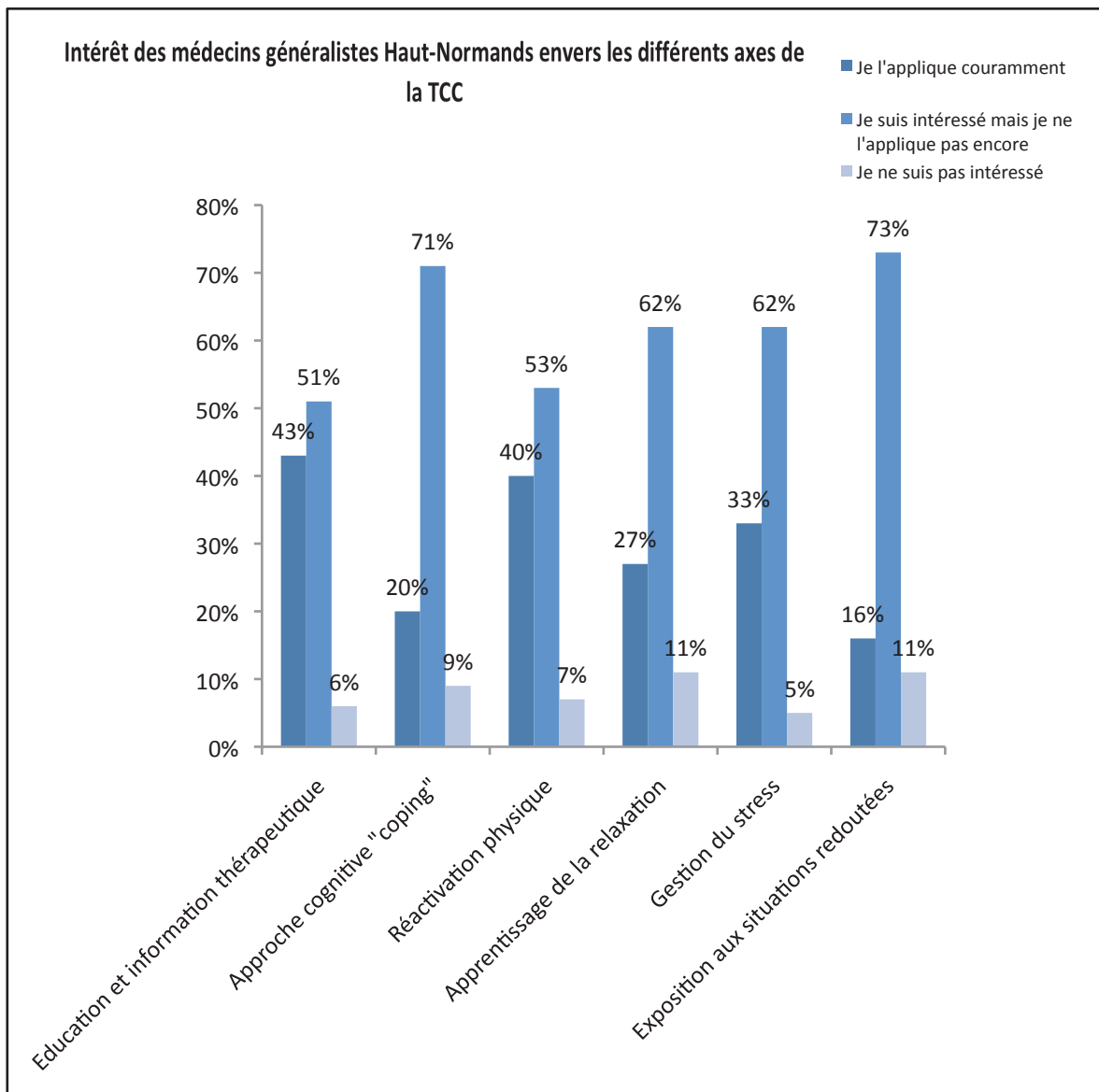
La gestion du stress est également un axe important de la TCC. Apprendre aux patients à dominer leur stress vis-à-vis de la douleur permet aussi de limiter le déconditionnement physique. 62% de notre échantillon explique être sensible à cette démarche mais ne pas encore l'appliquer. 33% des praticiens l'appliquent d'ores et déjà et 5% ne sont pas intéressés.

Enfin, l'exposition progressive graduée aux situations redoutées et évitées est une des étapes de la thérapie cognitivo-comportementale. Il s'agit de proposer aux patients lombalgiques chroniques une liste de tâches cognitives et comportementales à mettre en œuvre dans la vie quotidienne et ce afin de diminuer les peurs, les croyances et les conduites d'évitement vis-à-vis des activités physiques. Cette étape permet également de limiter la désinsertion psychosociale. L'exposition aux situations redoutées intéresse 73% de notre échantillon sans que cela n'ait pu encore être appliqué. 16% des praticiens indiquent déjà l'effectuer en consultation. Enfin, 11% des médecins ne semblent pas être curieux de cette démarche.

Si on analyse les réponses individuelles de chaque médecin de notre échantillon, on remarque qu'environ 4% des médecins (n=4 sur 105) appliquent l'ensemble des étapes de la thérapie cognitivo-comportementale. Or, parmi ces 4 médecins, seul un dit recourir fréquemment à la thérapie cognitivo-comportementale dans sa pratique courante.

De même, ils sont environ un tiers (32%) à appliquer couramment au moins 3 étapes de la TCC et, parmi eux, 70% rapportent ne jamais prescrire de TCC pour leurs patients lombalgiques chroniques.

La grande majorité des médecins de notre population se dit intéressée par la TCC comme stratégie thérapeutique pour les lombalgies chroniques puisque seulement un médecin n'est intéressé par aucune des étapes précédemment décrites.



Graphique 7 : Intérêt des médecins généralistes envers les différents axes de la Thérapie Cognitive Comportementale (Résultats exprimés en %)

b) Limites à la prescription de la TCC

Malgré le grand intérêt que porte les médecins pour la TCC dans les lombalgies chroniques, il semble qu'ils soient confrontés à certaines limites pour mettre en pratique cet outil thérapeutique. La dernière partie de notre enquête consistait à interroger les médecins généralistes hauts-normands sur les limites qu'ils pouvaient rencontrer à la prescription de la thérapie cognitivo-comportementale.

Tableau 3 : Limites rencontrées par les médecins généralistes à la prescription de la TCC en médecine générale (n=105)

	Fréquence	%
Vous ne connaissez pas cette thérapie	63	60
Vous pensez que cette approche n'est pas efficace	10	9
Vous pensez que ces techniques ne sont pas applicables en médecine générale	25	24
Vous manquez de temps pour informer et négocier avec les patients	76	72
Vous ne pouvez pas prescrire la TCC en raison de son coût	62	59
Vous ne savez pas à qui adresser les patients lombalgiques chroniques pour qu'ils puissent bénéficier de cette thérapie	89	85
Vous pensez que le grade de recommandation n'est pas assez élevé	37	35
Vous pensez que votre patientèle sera réticente à la pratique de cette thérapie	41	39
Vous pensez que ce traitement peut aggraver le pronostic du patient lombalgique chronique	0	-

Il semble exister un manque d'information des médecins généralistes vis à vis de cette thérapie puisque 60% des praticiens de notre échantillon ne connaissent pas cette technique.

Si certains d'entre eux considèrent que la thérapie cognitivo comportementale ne peut aggraver le pronostic du patient lombalgique chronique, ils sont néanmoins 9,5% (soit 10 sur 105) à penser que cette approche thérapeutique n'est pas efficace.

La limite la plus importante à la prescription de la TCC en médecine générale semble être liée au réseau de soins. Ils sont, en effet, plus de 80% (89 médecins sur 105) à ne pas savoir à qui adresser les patients qui pourraient bénéficier de cette thérapie.

Pour que cette thérapie soit comprise et acceptée, elle nécessite une phase préalable d'écoute et d'information des patients. Cette phase pourtant indispensable apparaît comme une étape limitante pour un nombre important de praticiens. En effet, 72% des médecins généralistes jugent manquer de temps pour informer et négocier avec les patients pour la mise en place de cette thérapeutique. Ils sont même 39% à penser que leur patientèle sera réticente à la pratique de la TCC.

Si l'intérêt à long terme de cette thérapie a été démontré par plusieurs études, la TCC nécessite un certain temps et un suivi régulier en consultation. Son coût est à lui seul une limite pour 62 praticiens soit 59% de notre population.

Même si la TCC apparaît dans les recommandations de l'ANAES en 2000 comme une thérapeutique validée dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques, environ 35% des médecins considèrent que le grade de recommandation (grade C) n'est pas suffisamment élevé pour pouvoir la prescrire à leurs patients.

Au final, les médecins de notre population sont environ 24% (soit 25 médecins sur 105) à penser que cette thérapie n'est pas applicable en médecine générale.

Nous avons terminé notre questionnaire en laissant la possibilité aux médecins généralistes d'émettre des propositions quant à certaines limites de prescription de la TCC non énoncées auparavant.

Nous avons obtenu dans cette partie 23 réponses de la part des médecins de notre échantillon.

Une fois encore, l'offre de soins et le réseau de soins semblent être une limite récurrente pour les médecins généralistes. Cette problématique du délai et/ou de la disponibilité des praticiens formés, du délai de prise en charge et de l'éloignement des structures d'accueil revient dans 13 réponses.

Un besoin d'information supplémentaire est retrouvé dans au moins 5 réponses de médecins portant un intérêt pour cette thérapeutique.

La problématique du remboursement et de la prise en charge par la sécurité sociale revient dans 3 réponses, notamment pour les médecins prenant en charge une patientèle défavorisée.

Enfin, une limite récurrente est celle des croyances erronées de la part des patients mais aussi des médecins eux-mêmes vis-à-vis de la composante psychique des douleurs et du recours à cette thérapeutique. Nous pouvons citer deux réponses qui illustrent cette problématique: " *Pour le patient l'adresser à un psychiatre pour prendre en charge sa lombalgie c'est remettre en cause la*

véracité de sa douleur", " Les patients sont dans une croyance du bio médical avec demande d'imagerie et d'avis spécialisés". Dans ces réponses, il semble que la composante globale de la douleur, et notamment son aspect psychologique, soit délaissée au profit de sa composante somatique.

C. Facteurs associés à l'intérêt pour la thérapie cognitive comportementale

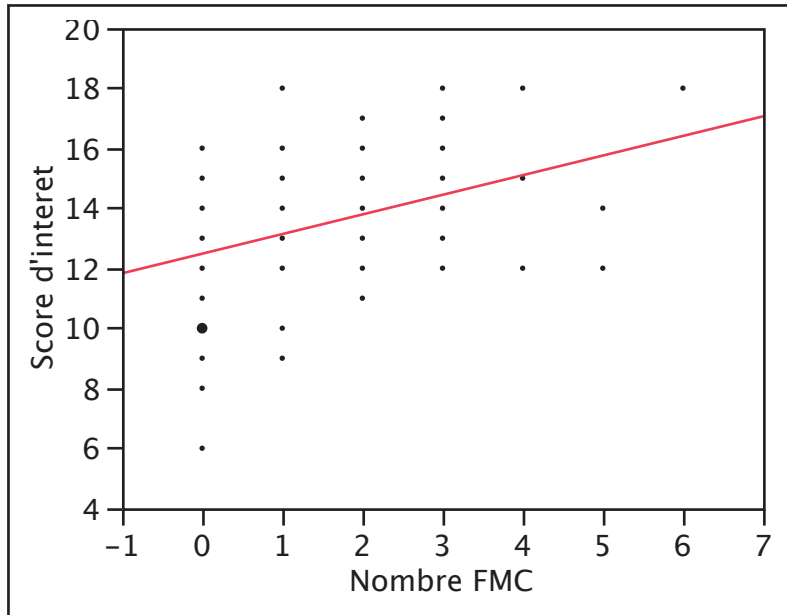
L'objectif secondaire de cette étude était de mettre en évidence des facteurs indépendants associés avec l'intérêt des médecins généralistes pour la TCC dans leur pratique courante pour les patients lombalgiques chroniques. Le score d'intérêt moyen pour la TCC au sein de notre échantillon était de 13,3 (écart type = 2,21).

Le tableau 4 synthétise l'ensemble des résultats.

Tableau 4. Facteurs associés avec à l'intérêt pour la thérapie cognitivo comportementale.

Caractéristiques de notre population (n=105)	Moyenne du score d'intérêt	Ecart type	P Value
Sexe :			
• Féminin (n=37)	13,3	0,36	0,8
• Masculin (n=68)	13,2	0,26	
Age des médecins	13,0	1,1	0,84
Lieu d'exercice libéral :			
• Urbain (n=52)	13,2	0,3	0,79
• Semi Urbain (n=18)	13,6	0,52	
• Rural (n=35)	13,1	0,37	
Années d'expériences professionnelles :			
• 0 – 10 années (n=27)	13,1	0,42	0,87
• 10 – 20 années (n= 34)	13,4	0,38	
• > 20 années (n=44)	13,2	0,33	
Mode d'exercice libéral :			
• Cabinet de groupe / Maison médicale (n=80)	13,3	0,24	0,71
• Seul (n=25)	13,1	0,44	
Nombre de Formation Médicale Continue au cours des 3 dernières années	12,4	0,26	0,0001
Formation médicale diplômante en pathologie en pathologies rhumatismales :			
• Absence	13,2	0,22	0,55
• Présence	13,7	0,78	
Formation spécifique à la Thérapie Cognitivo Comportementale :			
• Absence (n=102)	13,2	0,21	0,28
• Présence (n=3)	14,6	1,2	
Nombre de Consultations mensuelles pour des patients lombalgiques chroniques :			
• < 10 Consultations (Faible) (n=33)	13,2	0,38	0,34
• 10 – 20 Consultations (modéré) (n=50)	13,1	0,31	
• > 20 Consultations (Fréquent) (n=22)	13,9	0,47	

Le nombre de formations médicales continues, en lien avec les maladies rhumatismales, suivies sur les 3 dernières années, est le seul facteur très significativement associé avec l'intérêt pour la TCC dans les lombalgies chroniques (p=0,0001).



Graphique 8. Régression linéaire du score d'intérêt moyen pour la TCC en fonction du nombre de FMC suivies au cours des trois dernières années.

Le score d'intérêt pour la TCC est également plus élevé pour les médecins recevant en consultation plus de 20 patients lombalgiques chroniques par mois mais de façon non significative ($p=0,34$).

De même, il semble exister une tendance pour l'intérêt de la TCC dans le traitement des lombalgies chroniques chez les praticiens ayant bénéficiés d'une formation spécialisée à la TCC ($p=0,28$).

Aucun autre facteur étudié n'apparaît significativement associé à l'intérêt des médecins généralistes pour la TCC.

IV. Discussion

A. A propos de la méthodologie

La principale difficulté des études épidémiologiques descriptives, auprès des médecins généralistes, est d'obtenir un taux de réponse satisfaisant. En effet, ceux-ci sont régulièrement sollicités pour des enquêtes et le travail administratif occupe une part non négligeable de leur temps de travail. Ainsi, le taux de réponse à des questionnaires envoyés « au hasard » aux médecins de la région ne dépasse en général pas 15-20%. Le taux de réponse à notre questionnaire était de 27%, ce qui est plutôt un peu plus élevé au regard de ce type d'étude.

Le questionnaire a été élaboré afin de répondre aux contraintes des médecins généralistes : le temps de remplissage ne devait pas excéder une dizaine de minutes, l'utilisation de questions fermées et le format informatique devaient permettre de faciliter le remplissage. Sous cette forme, notre questionnaire présentait donc certaines limites puisque les questions étaient majoritairement de type fermées. De même, la plupart des facteurs limitants l'utilisation de la TCC étaient déjà proposés, dont certains auxquels les médecins n'auraient pas forcément pensé.

B. A propos de notre échantillon

La sélection de notre échantillon de médecins généralistes Haut Normands appelle à quelques remarques. Devant le rejet de notre demande auprès du conseil régional de l'ordre des médecins de nous fournir une liste exhaustive d'adresses mails des médecins généralistes de la région, nous avons constitué une liste à partir des contacts mails que nous ont communiqué certains médecins généralistes de la région. Il s'agit encore une fois d'une limite importante de ce type d'étude. Un échantillon plus représentatif aurait pu être constitué en effectuant un tirage au sort aléatoire au sein d'une liste exhaustive des praticiens Haut Normands. La constitution de notre échantillon relève donc d'un biais de sélection non négligeable qu'il convient de prendre en compte dans l'analyse des résultats de l'étude.

Cependant, malgré sa faible représentativité, les caractéristiques socio démographiques de notre échantillon sont semblables à celles de médecins de la région. En effet, selon les données démographiques disponibles auprès du conseil de l'ordre des médecins, l'âge moyen des 2439 médecins généralistes exerçant en Haute-Normandie s'élève à 51 ans et celui des praticiens de notre échantillon est de 49 ans. Le pourcentage de femmes, médecins généralistes, pratiquant en Haute-Normandie est de 39% contre 35% pour celui de notre échantillon.

C. Les résultats de notre enquête

1. Consultation mensuelle

Selon 48% des médecins interrogés, 10 à 20 consultations par mois sont dédiées à la prise en charge de patients atteints de lombalgie chronique. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le rapport du Groupe technique national de définition des objectifs de santé publique (GTNDO) ²¹ sur les données relatives à la lombalgie chronique en France en 2003 montrait que 6 millions de consultations en France avaient pour motif une lombalgie, constituant la troisième cause de consultation en médecine générale pour les hommes (avec 7% des consultations totales en médecine) et la sixième cause pour les femmes (6% des consultations).

2. Prise en charge thérapeutique médicamenteuse

Les traitements médicamenteux ont pour objectif de permettre au patient de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer sa fonction et de favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible¹.

Dans cette optique, les antalgiques de pallier I et II sont recommandés pour soulager la douleur. Les antalgiques de niveau II peuvent être proposés, généralement après échec des antalgiques de niveau I ⁴⁸. Dans notre étude, cette recommandation est bien suivie puisque 96% de notre échantillon prescrivent fréquemment des antalgiques de pallier I ou II. Dans une autre enquête française, réalisée par C. Bouton et al. concernant 72 patients⁸ le taux de prescription d'antalgiques de pallier I ou II est comparable puisque relevé à 98,5%.

L'utilisation des antalgiques de niveau III (opioïdes forts) dans la lombalgie chronique peut être envisagée au cas par cas et en respectant les contre-indications. Cette mise en garde semble respectée par notre échantillon qui ne prescrit des antalgiques de niveau III qu'épisodiquement dans 79% des cas. L'étude de C. Bouton et al.⁸ rejoint ici encore nos résultats puisque les antalgiques de palier III étaient fréquemment prescrits pour 12,5% de son échantillon contre 12% pour notre panel de médecins généralistes.

L'emploi des AINS est également recommandé pour soulager la douleur. La plupart des études qui ont étudié l'efficacité des anti-inflammatoires non stéroïdiens portent sur des périodes de trois mois maximum et montrent qu'ils diminuent l'intensité des lombalgies chroniques⁸⁶. A cause de leurs effets secondaires, les AINS ne devraient être utilisés que lors de crises douloureuses ou durant de courtes périodes (trois mois au plus)⁴⁸. Cette précaution d'emploi des AINS se retrouve dans nos résultats puisque ceux-ci sont prescrits fréquemment pour 52% de notre échantillon et parfois pour 47% de notre panel. Ces résultats sont comparables à une autre étude réalisée par S. Hourcade en 2002⁸⁷. Sur les 132 cas de cette étude, 52% des patients avaient reçu une prescription d'AINS émanant de leur médecin généraliste. En revanche, ces résultats contrastent avec une enquête française réalisée par Haumesser et al.⁸⁸. Cette étude rétrospective qui portait sur les assurés sociaux de la caisse primaire d'assurance maladie de Metz ayant bénéficié d'un arrêt de travail de plus de trois mois pour une lombalgie chronique, retrouvait un traitement par AINS chez 85,3% des 95 patients de l'échantillon.

Concernant les myorelaxants non benzodiazépines, les preuves de leur efficacité sont contradictoires quant à leurs efficacités antalgiques et décontracturantes⁸⁹. Dans notre étude, ceux-ci sont fréquemment prescrits par 53% des médecins généralistes et occasionnellement par 38% d'entre-eux. Cette thérapeutique se retrouve également fréquemment prescrite dans l'étude de S. Hourcade⁸⁷ puisque concerne 65% des patients participant à cette étude.

Les antidépresseurs tricycliques ont un effet antalgique modeste chez le lombalgique chronique alors que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine apparaissent sans effet. L'efficacité des antidépresseurs tricycliques a été démontrée dans des essais thérapeutiques prospectifs randomisés⁹⁰. Il existe une différence importante entre le taux de prescription d'antidépresseurs de notre échantillon (80%) et celui de l'étude réalisée C. Bouton et al.⁸ qui s'élève à seulement 25%. On retrouve chez Haumesser et al.⁸⁸ un taux de prescription d'antidépresseurs non négligeable de 31,6%.

Les corticostéroïdes par voie générale ne sont pas recommandés dans le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique¹. Cette recommandation n'est suivie que par 9% des médecins

généralistes de notre échantillon. 59% des praticiens de notre étude les prescrivent occasionnellement et 4% fréquemment. Dans l'étude de C. Bouton et al.⁸ les corticoïdes restent consommés par 14% des patients. Dans l'étude de Haumesser et al.⁸⁸, on note que les corticostéroïdes restent largement utilisés puisque prescrits chez 52,6% des patients.

Les recommandations de prise en charge médicamenteuses des patients lombalgiques chroniques sont donc pour majorité plutôt bien suivies par les médecins de notre échantillon, mais il reste néanmoins des efforts à perpétuer afin de faire prendre conscience aux médecins généralistes que les corticoïdes n'ont pas leur place dans la prise en charge thérapeutique des douleurs liées aux lombalgies chroniques.

3. Prise en charge thérapeutique non médicamenteuse

Il est maintenant admis que le repos strict au lit n'a aucun effet thérapeutique dans la lombalgie. Le conseil de conserver le maximum d'activités tolérables semble accélérer la récupération, réduire les durées d'arrêt de travail et le passage à la chronicité⁹¹. Cette recommandation est actuellement bien appliquée mais il reste 32% des médecins de notre échantillon qui conseille un repos au lit aux patients atteints de lombalgies chroniques. Une autre étude française⁹² portait sur 182 patients vus pendant une semaine par 78 généralistes. Le repos au lit était prescrit dans 30% des lombalgies ce qui est comparable au résultat de notre échantillon. En revanche, une étude néerlandaise, réalisée par M. Van Tulder et al. en 1998, concernant la prise en charge de la lombalgie chronique en médecine de premier recours⁹³, montre que le repos au lit n'est prescrit que pour 5,7% des 524 patients de son échantillon.

Selon les recommandations, le traitement par kinésithérapie ne présente plus de réel intérêt au-delà de 30 séances sur une année⁵⁴. Cette thérapeutique doit avoir pour principal objectif la récupération des propriétés musculaires adaptées à la région lombo-pelvienne. Elle est donc orientée principalement sur la force et la vigilance pour les muscles abdomino-lombaires et l'extensibilité pour les muscles longs sous-pelviens. En tout état de cause, une première prescription de 15 séances réparties sur deux mois doit donner des résultats au moins partiels, le prolongement de ces résultats doit être assuré par un travail personnel quotidien du patient sur la base d'exercices enseignés par le kinésithérapeute¹⁴. Dans notre échantillon de médecins généralistes, 71% attestent prescrire des actes de kinésithérapie fréquemment en présence d'un patient lombalgique chronique. Malheureusement, notre étude ne nous permet pas de conclure quant au nombre de séances

prescrites. Or on sait que parmi les facteurs de risque d'une reprise tardive des activités professionnelles, on retrouve la prescription de nombreux médicaments pour une durée prolongée et un nombre excessif de séances de kinésithérapie⁹⁴. Le recours à la kinésithérapie dans la prise en charge de la lombalgie chronique est également très fréquent dans la littérature. En effet, d'après l'enquête de C. Bouton et al.⁸ 93% des patients inclus dans l'étude avaient eu recours à un kinésithérapeute. Certains de ces patients ont même bénéficié de plus de 100 séances de kinésithérapie avant leur entrée en centre de rééducation fonctionnelle. Ce résultat confirme la place importante de la rééducation dans le parcours de soins des patients lombalgiques, sans pour autant définir si ce recours est lié à une demande des patients, à une conviction des médecins ou à une prise en compte des recommandations. On retrouve chez S. Hourcade et al.⁸⁷ et D. Haumesser et al.⁸⁸ respectivement 56,5% et 93% de prescriptions de kinésithérapie.

L'efficacité du port d'une contention lombaire dans la lombalgie a été relativement peu étudiée et son intérêt reste donc à démontrer. Elle ne doit pas être un traitement de première intention¹. Une revue systématique de la Cochrane Collaboration conclut à la nécessité de réaliser des essais cliniques de bonne qualité pour pouvoir juger de l'efficacité de ces orthèses en insistant sur la prise en compte de l'observance au port de celles-ci⁹⁵. Enfin, un essai thérapeutique récent rapporte des résultats satisfaisants (augmentation du périmètre de marche, diminution de la douleur lors des activités quotidiennes) lors du port d'une orthèse lombaire chez des patients souffrant de canal lombaire étroit⁹⁶. Cette attitude est bien suivie par notre échantillon puisque la contention lombaire est prescrite occasionnellement par 74% des médecins généralistes. Ce chiffre rejoint l'étude de C. Bouton et al.⁸ où l'on retrouve 74% des patients porteurs d'une ceinture lombaire.

L'idée d'un syndrome de déconditionnement à l'effort et d'une rééducation fonctionnelle des patients souffrant de lombalgies chroniques invalidantes a été développée par Tom Mayer et al. à partir de 1985^{97 98}. Le syndrome de déconditionnement survient après 4 à 6 mois d'inactivité⁹⁸ et associe une perte de mobilité rachidienne, une diminution des performances musculaires prédominant sur les extenseurs du rachis à un retentissement psychosocial avec augmentation des scores d'anxiété et de dépression. La philosophie des centres de rééducation fonctionnelle est de restaurer la situation physique, psychosociale et socioéconomique des patients en utilisant une démarche active de ceux-ci. L'organisation d'une réponse multidisciplinaire et la réalisation d'un réentraînement à l'effort sont surtout possible dans des structures hospitalières ou dans le cadre de réseaux de soins. Ces modes de prise en charge ne concernent actuellement qu'une faible proportion des patients lombalgiques chroniques. Il est donc nécessaire de mieux définir des critères d'orientation vers ces structures et de diffuser les pratiques auprès des acteurs de soins primaires eux-mêmes. Néanmoins, d'après notre étude, les médecins généralistes semblent déjà connaître et

utiliser ces centres puisque 73% d'entre- eux adressent, occasionnellement, les patients lombalgiques chroniques auprès de ces structures. Les résultats obtenus, d'après l'enquête de C. Bouton et al. ⁸, permettent de dégager des axes d'amélioration et des pistes d'études ultérieures. La durée de l'arrêt de travail, la répétition des examens complémentaires et des avis spécialisés, la prescription de plus de 30 séances de kinésithérapie sont sans doute des indicateurs de la complexité de la situation biopsychosociale devant inciter à une orientation du patient. Une étude suisse montre l'intérêt d'associer un score de complexité médicale à la durée d'arrêt de travail, pour prédire l'efficacité de la prise en charge ⁹⁹. Il paraîtrait également intéressant de mieux définir la façon dont les médecins généralistes explorent le contexte psycho-socioprofessionnel des lombalgiques et par quels facteurs psychocomportementaux les patients arrivent à faire face ou non à ces difficultés ¹⁰⁰.

Les TCC sont centrées sur la modification des comportements (thérapies comportementales) ou la restructuration des pensées dites « dysfonctionnelles » (thérapies cognitives), ou encore les deux. Elles ont des objectifs et des méthodes variés, mais elles ont cependant en commun : le postulat que les émotions et les comportements de l'individu sont influencés par ses cognitions ; l'utilisation de techniques structurées dans le but d'aider les patients à identifier et modifier des pensées, des émotions et des comportements inadaptés ; un accent mis sur l'apprentissage de compétences que les patients peuvent appliquer dans la gestion de situations difficiles ¹⁰¹. D'après les recommandations ANAES de 2000, les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces sur l'intensité de la douleur en comparaison à un placebo ou à une liste d'attente. Aucune technique n'est supérieure aux autres. D'après une revue de la littérature de programmes de gestion de la douleur chronique¹⁰², il ressort que l'approche médicale traditionnelle (analgésie pharmacologique, neurochirurgie fonctionnelle, etc ...) de la douleur chronique doit, sauf exception, céder la place en faveur d'interventions de nature psychologique (TCC) et sociale. Le maintien de l'approche médicale traditionnelle, conçue et efficace pour traiter la douleur aiguë, peut devenir contre-productive, voire carrément néfaste dans le contexte de la douleur chronique ¹⁰³. Dans notre étude, une large majorité de notre échantillon ne prescrit pas cette thérapie. En effet, ils sont 86% à ne jamais utiliser la thérapie cognitivo-comportementale dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Seul un médecin (soit 1% de notre échantillon) affirme prescrire la TCC de façon fréquente. Cette méconnaissance de la TCC, par les médecins généralistes, dans la prise en charge de la douleur chronique se retrouve dans la littérature. En effet, dans une étude réalisée par Austrian JS et al. ¹⁰⁴ on observe que les médecins généralistes n'utilisent la TCC, dans la prise en charge de la lombalgie chronique, que dans 4% des cas. Cette faible proportion est également vraie dans l'étude de Barry et al. ¹⁰⁵ pour laquelle seulement 3% des médecins de premier recours prescrivent la TCC en cas de lombalgie chronique. Notre étude retrouve un pourcentage encore inférieur ce qui montre bien que

des efforts doivent être faits dans la diffusion du rôle thérapeutique que peuvent jouer les thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Blankenstein a étudié l'efficacité d'une TCC conduite par le médecin généraliste à ses propres patients présentant des plaintes somatiques. Cette étude clinique inclut 162 patients, traités par 20 médecins généralistes dont la moitié avait été formée aux techniques de TCC ¹⁰⁶. L'autre moitié des médecins généralistes a délivré les soins habituels. L'intervention consistait en moyenne en trois consultations de 10 à 30 minutes. L'auteur conclut que, après un suivi de 2 ans, l'intervention de TCC est plus efficace que les soins habituels en termes de consommation médicale, de santé ressentie, d'absentéisme pour maladie, mais non pour la consommation de médicaments. Cette étude illustre bien que la formation des médecins généralistes à l'utilisation des techniques de la TCC est applicable en médecine de ville et surtout utile pour les patients.

4. Prise en charge par des médecines alternatives

Dans notre étude, les médecines dites « alternatives » regroupaient l'ostéopathie, l'acupuncture, l'homéopathie et la mésothérapie.

Les manipulations vertébrales ou ostéopathie peuvent être proposées pour le traitement à visée antalgique de la lombalgie chronique car elles ont un effet antalgique à court terme. Le groupe de travail rappelle qu'il s'agit d'un acte médical qui doit être précédé d'un bilan clinique et paraclinique. Les médecins généralistes de notre échantillon prescrivent parfois des actes d'ostéopathie pour 64% d'entre-eux. Dans l'enquête de C. Bouton et al. ⁸, 34% des patients avaient bénéficiés de manipulations vertébrales ce qui diffère nettement de notre étude. Cependant, les médecines dites « parallèles » sont probablement sous-estimées dans l'étude de C. Bouton et al. En effet, l'étude a été réalisée auprès des généralistes, peu ou pas informés des recours de ce type par leurs patients. Dans une étude franco-canadienne on considère que 50% des personnes utilisant ces médecines le font sans en avertir leur médecin traitant et que 39% des rachialgiques chroniques utilisent des médecines « alternatives » ¹⁰⁷.

L'efficacité de l'acupuncture n'est pas démontrée dans la lombalgie chronique ¹. Or dans notre étude, 55% des médecins adressent occasionnellement leurs patients atteints de lombalgie chronique à un spécialiste de l'acupuncture. Dans l'enquête de C. Bouton ⁸, on remarque que cette recommandation est mieux suivie puisque seulement 3% des médecins ont prescrit des actes d'acupuncture à leurs patients lombalgiques.

Enfin, l'homéopathie et la mésothérapie n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et ne sont actuellement pas recommandées dans la lombalgie chronique. Cette recommandation est majoritairement bien suivie par notre panel puisqu'ils ne les prescrivent jamais pour respectivement 79% et 72% d'entre- eux. La littérature nous montre également que ces médecines dites « parallèles » sont peu prescrites en médecine de ville dans le cadre de la lombalgie chronique. En effet, selon l'étude de C. Bouton et al.⁸ seuls 7% des 72 patients recrutés avaient eu recours à la mésothérapie pour le traitement de leur lombalgie chronique. De même, dans l'étude de MW. Van Tulder et al.⁹³ 5,7% des 524 patients de l'étude s'étaient vus prescrire des médicaments homéopathiques pour soulager leurs douleurs chroniques liées aux lombalgies.

Au terme de cette première partie de l'étude, on note que les médecins généralistes suivent relativement bien les recommandations en lien avec les thérapeutiques médicamenteuses de la lombalgie chronique, hormis l'utilisation des corticoïdes qui reste encore trop élevée. En revanche, la prise en charge non médicamenteuse des lombalgies chroniques apparaît sous estimée. Des thérapeutiques essentielles, telle que la thérapie cognitivo comportementale et les centres de rééducation fonctionnelle, restent nettement sous utilisés dans notre région.

5. Intérêt et limites de la thérapie cognitivo-comportementale pour les médecins généralistes

a) Intérêt des médecins pour la TCC

Parmi les étapes de la TCC précédemment décrites, les recommandations actuelles soulignent clairement l'importance de l'éducation et de l'information du patient quant à l'évolution possible de sa pathologie, quant aux moyens de prévention et au rôle de l'auto prise en charge des lombalgies¹⁰⁸. En effet, la chronicité implique des représentations inadaptées souvent résumées par le terme générique de « catastrophisme »¹⁰⁹. Donner au patient les moyens de gérer seul sa maladie est un objectif crucial dans le cadre des lombalgies chroniques.

Plusieurs stratégies d'information ont déjà été proposées. Par exemple, le simple fait de donner des conseils (comme le fait de rester « actif »)¹¹⁰ est aussi efficace à trois mois sur la douleur et l'incapacité que les thérapies manuelles ou la méthode McKenzie, et devient même significativement plus efficace après un suivi d'un an¹¹¹.

Le temps consacré à informer le patient sur sa pathologie et les choix thérapeutiques à adopter sont primordiaux dans une consultation en vue d'une bonne relation soignant-patient. Dans son étude, Roth et al.¹¹² met en évidence que certains types de patients sont plus insatisfaits que d'autres. Bien que variable en fonction du type de douleur, l'insatisfaction des patients concerne principalement la dimension « cognitive » de la prise en charge, c'est-à-dire les informations fournies durant les consultations entre le médecin et son patient. Ces résultats mettent l'accent sur la nécessité de prendre le temps d'informer et d'éduquer les patients.

Dans notre échantillon de médecins généralistes, on remarque que l'information et l'éducation fournies au patient sont une étape très importante de la consultation puisque 43% semblent l'appliquer couramment et 51% de notre panel se dit intéressé même s'ils ne l'appliquent pas encore. Dans l'étude réalisée par K. Beissner et al.¹¹³ 90% des 152 médecins interrogés attestent promouvoir l'information et l'éducation auprès de leur patient pendant la consultation. Ces résultats montrent que des efforts restent à faire pour que l'information et l'éducation auprès des patients prennent une place plus importante au sein de la consultation.

L'apprentissage des stratégies de coping (« faire avec »), c'est-à-dire la capacité à s'adapter, à s'ajuster, à faire face, fait également partie intégrante de la TCC. De nombreuses recherches ont montré que ces stratégies jouent un rôle important dans l'ajustement des patients à leur pathologie en termes de détresse émotionnelle, de handicap et de qualité de vie^{76 77}. D'après notre étude, on note que cet axe de la TCC est encore peu connu. En effet, seuls 20% des praticiens de notre échantillon mettent l'accent sur le « coping » en consultation mais 71% des médecins sont demandeur d'informations supplémentaires. Ces résultats rejoignent l'étude de K. Beissner et al.¹¹³ dans laquelle 77% des médecins n'utilisaient pas ou presque pas les stratégies de coping.

La réactivation physique d'un patient qui a cessé toute activité en partie à cause de sa douleur paraît efficace dans la plupart des études¹¹⁴. Le rôle revient au médecin généraliste d'inciter le patient lombalgique chronique à reprendre une activité physique progressive¹¹⁵. Concernant notre étude, on note que 40% de médecins de notre échantillon appliquent d'ors et déjà la réactivation physique en consultation et que 53% des praticiens se disent intéressés pour l'employer. Ce résultat est tout à fait comparable à celui de K. Beissner et al.¹¹³ qui retrouve que 39% des médecins attestent recourir fréquemment à la réactivation physique en consultation ce qui est comparable à notre étude. Compte tenu de l'importance de cette étape, un moyen d'application simple pourrait être de faire figurer sur l'ordonnance cette réactivation physique et de détailler son déroulement dans une lettre remise au patient.

La relaxation est une méthode considérée en elle-même comme un traitement antalgique par la décontraction musculaire qu'elle entraîne ¹¹⁵. Il existe une liaison étroite entre la gestion du stress et la relaxation. En effet, le stress est aussi bien un facteur causal qu'un facteur d'aggravation de la douleur chronique. Permettre au patient de gérer son stress et de se relaxer permet de diminuer la douleur.

Tout comme l'apprentissage de la relaxation, la gestion du stress est peu utilisée puisque les médecins de notre échantillon ne sont respectivement que 27% et 33% à la promouvoir en consultation. Ils restent néanmoins 62% à être intéressés par ces deux méthodes. Ces résultats diffèrent de l'étude de K. Beissner et al. ¹¹³ dans laquelle seuls 16% des médecins pratiquent l'apprentissage de la relaxation et 9% enseignent la gestion du stress en consultation.

Enfin, la dernière étape de la TCC est l'exposition aux situations redoutées. Il s'agit d'habituer les patients à s'exposer graduellement aux situations redoutées en observant qu'aucune conséquence grave ne survient à cette occasion. Au fur et à mesure de la reprise de confiance du patient, l'exposition est adaptée aux conditions de vie courante avec augmentation graduée de la durée d'exposition et de la difficulté des situations choisies ¹¹⁶. L'efficacité de ce type d'approche est bien documentée ¹¹⁷. Tout comme l'étude de K. Beissner et al. ¹¹³ cette étape est peu pratiquée par les médecins de notre échantillon (16% dans notre population versus 12%). Néanmoins elle suscite l'intérêt de 73% des praticiens qui seraient prêt à l'appliquer en consultation.

Les résultats de notre étude montrent que 4% des médecins pratiquent l'ensemble des étapes de la TCC en consultation alors qu'un seul praticien affirme recourir fréquemment à ce type d'intervention au cabinet. Ceci nous montre que les praticiens connaissent mal ce type de thérapie non médicamenteuse et qu'ils réalisent certains axes de la TCC en consultation même en méconnaissant le processus complet. De surcroît, on note que 32% des médecins de notre échantillon réalisent au moins 3 étapes de la TCC en soins de premier recours alors que parmi eux, 70% rapportent ne jamais prescrire de TCC.

Ces résultats encourageant soulignent une faible connaissance de la TCC mais un réel intérêt des médecins généralistes et des efforts pourraient être faits pour promouvoir la TCC auprès des médecins généralistes et de leurs patients.

b) Limites à la prescription de la TCC

Comme nous l'avons vu précédemment dans l'étude, seul 1 médecin affirme prescrire la TCC fréquemment et 13% occasionnellement. Pour comprendre ce faible engouement pour la prescription de la TCC, nous avons souhaité connaître les limites ressenties par les médecins généralistes hauts normands à la prescription de la TCC en médecine de ville.

Un rapport rendu par l'HAS en avril 2011¹¹⁸ portait sur le développement de la prescription de thérapies nécessitant une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France. Ce rapport visait à identifier les freins organisationnels, économiques, socioculturels et symboliques qui existent sur le terrain.

- **Efficacité et application en médecine générale**

Un frein rencontré par les médecins généralistes de notre échantillon à la prescription de la TCC en médecine de ville est le sentiment que cette thérapie n'est pas efficace. En effet, 9,5% d'entre-eux le confirment au travers de cette enquête. Dans l'enquête de K. Beissner et al.¹¹³, les médecins remettent moins en cause l'efficacité de la TCC. En effet, les praticiens sont seulement 1% à penser que cette thérapie n'est pas efficace.

Les résultats de la littérature montrent le contraire. Pour exemple, une étude réalisée auprès des mutualistes de la MGEN sur les psychothérapies en France¹¹⁹ montre que 28% des 759 patients avaient eu recours à une psychothérapie pour prendre en charge leurs douleurs. Cette enquête a également montré que 67% des personnes ayant eu recours à une psychothérapie ont ressenti une amélioration durable et que 83,5% de l'échantillon, ayant suivi une psychothérapie, semblaient satisfaits du résultat. De façon similaire, l'étude de Seligman en 1994¹²⁰ auprès de 7000 personnes, montre que plus de la moitié des répondants ont fait appel à un professionnel de la santé mentale au cours des trois années précédant l'étude et que ceux-ci considèrent les psychothérapies comme bénéfiques et que les médecins de famille sont aussi efficaces que les professionnels de la santé mentale dans le court terme, mais ont de moins bons résultats à long terme. Enfin, on trouve dans la littérature de nombreux articles prouvant l'efficacité de la TCC dans de nombreux domaines notamment la douleur chronique. Dans une méta-analyse reprenant 33 articles et 25 essais, Morley et al.⁸¹ a comparé l'efficacité des traitements cognitivo-comportementaux avec des conditions contrôles dans lesquelles les sujets se trouvent sur des listes d'attente ou reçoivent des traitements

alternatifs contre la douleur. Les auteurs concluent que les traitements psychologiques actifs basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces.

Dans notre étude, 24% des médecins ont le sentiment que cette thérapeutique est difficilement applicable en médecine de ville, ce qui est nettement supérieur aux 3% de l'étude de K. Beissner. Ce résultat est surprenant puisque certains articles démontrent que la TCC peut être appliquée en médecine générale.

Le faible taux de prescription de la TCC en médecine générale s'explique également par le fait que certains praticiens pensent que le grade de recommandations, pour ce type de thérapeutique, n'est pas suffisamment élevé. En effet, d'après notre enquête, 35% des médecins généralistes sont convaincus que la TCC n'est pas une thérapeutique validée contrairement aux recommandations de l'ANAES en 2000 ¹. Le rapport de HAS va dans le même sens expliquant que ce manque d'adhésion pourrait s'expliquer par le faible degré de force des recommandations en matière de thérapeutiques non médicamenteuses. L'étude de K. Beissner et al. ¹¹³ retrouve des résultats très différents puisque seul 1% des médecins pense que la TCC ne bénéficie pas d'un grade de recommandation assez élevé.

- **Information médicale et réseau de soins**

Les résultats de notre étude révèle un manque d'information des médecins généralistes vis à vis de la TCC. En effet, 60% des praticiens affirment ignorer cette thérapeutique. Ce chiffre est comparable aux données de l'étude de K. Beissner et al. ¹¹³, dans laquelle 59% des médecins disent méconnaître ce traitement. Le rapport de l'HAS d'avril 2011 ¹¹⁸ explique ce constat du fait que le système actuel de formation est insuffisant pour préparer les médecins aux difficultés que soulèvent les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses. Les enseignements proposés ne suffisent pas à offrir aux étudiants des connaissances solides :

- Sur l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses dans les différents domaines thérapeutiques
- Sur les compétences propres des professionnels de santé et des professionnels spécialisés vers lesquels il est pertinent d'orienter les patients
- Sur les différences qui existent entre les thérapeutiques au sein d'une même catégorie.

L'information à laquelle ont accès les médecins, dans le cadre de leur exercice, semble déséquilibrée : elle est surabondante concernant les médicaments et insuffisante concernant les

thérapeutiques non médicamenteuses. Ce déséquilibre pourrait s'expliquer en partie par le fait que les médecins privilégient les canaux d'information émanant de l'industrie.

La problématique de l'information est encore plus marquante lorsque les médecins souhaitent adresser leur patient à des professionnels spécialisés dans ces thérapeutiques. Ils sont en effet 85% à ne pas savoir vers qui orienter les patients pour qu'ils puissent bénéficier de cette thérapie. Ce problème lié au réseau de soins est souligné par le rapport de l'HAS d'Avril 2011 ¹¹⁸. En effet, les experts ont souligné le manque d'information des médecins sur la disponibilité de professionnels exerçant à proximité de leur cabinet et vers lesquels adresser leurs patients dans le cadre du suivi de ces thérapeutiques. Au delà de l'information sur ces ressources humaines, les experts soulignent le manque de réseaux locaux permettant de favoriser les rapprochements entre médecins, professionnels de santé et professionnels spécialisés. De la même façon que lorsqu'un médecin adresse un patient à un confrère, le médecin engage sa crédibilité quand il donne à son patient les coordonnées d'un professionnel spécialisé. Il est donc nécessaire que des relations de confiance s'installent entre ces différents acteurs.

Par conséquent, le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par une amélioration de l'information médicale sur les modalités de prescription de ces thérapeutiques ainsi que sur la disponibilité de réseau de soins locaux.

- **Compréhension du malade et du médecin**

Le rapport de l'HAS en 2011 souligne que la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, comme la TCC, contrarie le schéma traditionnel du déroulé de la consultation qui s'articule autour de la prescription médicamenteuse. Symboliquement, la prescription médicamenteuse semble légitimer l'état pathologique du patient. Par conséquent, la décision de ne pas prescrire de médicament, au bénéfice, dans certains cas, de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, pourrait être perçue comme une remise en question de l'authenticité de la plainte.

Pour cette raison, 39% de notre échantillon pense que leur patientèle sera réticente à la pratique de cette thérapie non médicamenteuse. Ce résultat apparaît nettement supérieur comparé au 21% rapporté par Beissner et al. ¹¹³.

Cette problématique souligne le rôle indispensable du médecin généraliste, permettant d'expliquer les modalités et l'objectif de ce traitement pour qu'il soit accepté par les patients. Dans son article, C.

Cedraschi⁴¹ explique que les patients atteints de douleur chronique, sont souvent réticents à discuter des aspects psychologiques. Ils tendent à séparer nettement le somatique du psychique et sont sensibles à tout ce qui peut remettre en cause leur douleur comme s'ils craignaient que leur douleur physique ne soit plus prise en compte si on parle de ce qui se passe au niveau psychique.

La prescription de thérapeutiques non médicamenteuse, notamment la TCC, oblige donc à un effort de temps et d'information supplémentaire par rapport à la prescription de traitements médicamenteux. Ce manque de temps représente une importante barrière à la prescription de la TCC en médecine de ville. En effet, 72% des médecins de notre échantillon confirme manquer de temps pour informer et négocier avec les patients. Ce résultat discordance la encore avec l'étude de K. Beissner et al.¹¹³ dans laquelle seuls 27% des médecins jugent manquer de temps en consultation pour introduire la TCC auprès de leur patient. Le rapport de l'HAS d'Avril 2011 signale que le financement et l'organisation actuelle des soins de ville n'incitent pas les médecins à fournir cet effort et tendent au contraire à encourager le déploiement de stratégies qui favorisent le recours à la prescription médicamenteuse.

En plus de cette problématique d'information et de compréhension de la part du patient, la prescription de la TCC implique également un coût supplémentaire pour les patients car elle n'est pas remboursée par l'Assurance maladie. Ce surcoût représente un frein à sa prescription pour les médecins généralistes car ils sont 59% à ne pas promouvoir la TCC en consultation pour ce motif. C'est également le cas dans d'autres pays, et notamment aux États-Unis puisque Beissner (Beissner ref) retrouve cette limite pour 31% des praticiens.

Dans le domaine de la santé mentale, on considère souvent que les interventions psychologiques sont plus coûteuses que d'autres interventions comme la pharmacothérapie par exemple. La réalité est tout autre : la recherche démontre en effet que les interventions psychologiques peuvent être plus économique que les traitements médicamenteux¹²¹. A titre d'exemple, dans le domaine de la dépression Antonuccio et al. démontrent par un modèle complexe¹²² que la psychothérapie a un coût global 30% moins élevé que le traitement médicamenteux. Une autre étude menée par Keller et al. met en évidence une diminution du nombre de journée d'arrêt de travail et de jour d'hospitalisation au cours d'un traitement par psychothérapie¹²³.

6. Facteurs associés à l'intérêt pour la thérapie cognitivo-comportementale

Le score d'intérêt moyen pour la TCC au sein de notre échantillon est de 13,3. Ce résultat nous indique donc que même si les médecins généralistes ont peu de connaissances sur cette thérapeutique et l'appliquent peu en médecine de ville, ils semblent curieux de se former davantage à ce type de psychothérapie.

Concernant les huit variables étudiées, seule la participation, pour les médecins généralistes de notre échantillon, à des séances de formation médicale continue en lien avec les maladies rhumatismales, est un facteur significativement associé avec l'intérêt pour la TCC dans les lombalgies chroniques ($p=0,0001$). Cette donnée prouve que la Formation médicale continue est un dispositif important dans l'éveil des médecins généralistes à de nouvelles thérapeutiques et au suivi des recommandations. D'autres études ont également prouvé que la formation médicale continue améliore la connaissance des médecins sur les recommandations. Une revue de la littérature éditée par G. Bordage et al.¹²⁴ montre que la majorité des études analysées (70%) attestent de l'efficacité de la formation médicale continue dans le suivi des recommandations par les médecins. Une autre étude menée par SS. Marinopoulos et al.¹²⁵ prouve l'efficacité de la formation médicale continue dans le suivi des recommandations, l'acquisition des connaissances, la retenue des connaissances et les résultats en terme de qualité de soins pour les patients.

Dans notre étude, il existe une tendance pour deux variables que sont : l'existence d'une formation spécifique à la TCC et un nombre élevé de consultations mensuelles pour des patients lombalgiques chroniques (> 20cs). En effet, le score d'intérêt des praticiens ayant acquis une formation à la TCC est de 14,6 mais ce résultat est non significatif ($p=0,28$).

De même, le score d'intérêt pour la TCC des médecins généralistes recevant plus de 20 patients lombalgiques chroniques par mois s'élève à 13,9 mais, ici encore, ce résultat n'est pas significatif ($p=0,34$). Ce résultat montre que les praticiens sont curieux de nouvelles pratiques quant à la prise en charge des patients lombalgiques chroniques, ceux-ci étant de plus en plus difficiles à soigner puisque toujours dans une demande insistante d'investigations parfois invasives et de thérapeutiques médicamenteuses. Une enquête réalisée par MJ. Schoen et al.¹²⁶ montre que les praticiens qui suivent en consultation plus de 20 patients atteints d'une même pathologie suivent davantage les recommandations. De même, une enquête produite par EC. Haagen et al.¹²⁷ illustre le fait que les recommandations médicales sont d'autant moins bien suivies que le nombre de consultations pour une même pathologie est faible.

Enfin, les autres variables ne présentent pas de corrélation significative à l'intérêt des médecins généralistes de notre échantillon pour la TCC. Contrairement à notre étude, la littérature retrouve d'autres variables significatives en lien avec le suivi des recommandations médicales. En effet, l'étude de RM. Wolfe et al.¹²⁸ démontre que l'adhésion aux recommandations médicales est d'autant plus faible que les médecins généralistes exercent seuls et de surcroît en milieu rural. Dans notre étude, le mode et le lieu d'exercice ne sont pas des facteurs significatifs associés avec l'intérêt de la TCC et donc le suivi des recommandations. En effet, les scores d'intérêt sont respectivement de 13,1 (p=0,71) et de 13,1 (p=0,79). Une autre étude menée par P. Taba et al.¹²⁹ indique que les médecins ayant plus de 25 ans d'expérience suivent moins les recommandations. Ici encore, notre étude ne reflète pas cette donnée puisque le score d'intérêt pour la TCC des médecins exerçant depuis plus de 20 ans s'élève à 13,2 et est non significatif (p=0,87). En revanche, une revue de la littérature réalisée par G.L.M. Ghisi et al.¹³⁰ révèle qu'il n'existe pas de différence significative concernant le suivi des recommandations médicales selon le sexe. Ce constat est également fait dans notre étude où la variable « sexe » n'est pas une variable significative (p=0,8) de l'intérêt des médecins pour la TCC.

CONCLUSION

Le médecin généraliste tient une place centrale dans la prise en charge des lombalgies chroniques, au sein d'un parcours de soins où interviennent de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux.

A travers cette prise en charge, le médecin généraliste remplit différents rôles :

- Médecine de premier recours : il doit poser un diagnostic précis à l'aide d'un examen clinique complet et d'un usage réfléchi et posé des différents examens complémentaires
- Approche globale du patient : il doit effectivement prendre en compte la dimension biopsychosociale pour adapter sa pratique médicale
- Coordination des soins
- Continuité des soins avec le suivi d'une pathologie chronique
- Acteur de santé publique : il doit optimiser le traitement médicamenteux et non médicamenteux afin d'éviter les récives et le passage à la chronicité.

Afin d'optimiser la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique, le médecin généraliste peut s'aider des recommandations de l'ANAES parues en Décembre 2000.

Dans notre étude portant sur la place de la thérapie cognitivo-comportementale dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques en médecine générale, on a pu remarquer que même si les recommandations en matière de recommandations médicamenteuses étaient plutôt bien suivies, il n'en était pas de même des thérapeutiques non médicamenteuses.

En effet, alors que l'efficacité de la TCC, dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques, est validée depuis plusieurs années dans la littérature^{81 131 132} seuls 14% des médecins généralistes de notre échantillon semblent la prescrire dans cette situation de manière fréquente (1%) ou occasionnelle (13%).

Cependant, même si la thérapie cognitivo-comportementale, est trop peu prescrite par les médecins généralistes de notre échantillon, notre enquête a mis en évidence que les praticiens sont déjà nombreux à pratiquer certains axes de la TCC en consultation. En effet, ils sont environ un tiers (32%) à appliquer couramment au moins 3 étapes de la TCC. De plus, les médecins semblent intéressés à

prescrire cette thérapeutique dans le futur puisque le score d'intérêt global moyen pour la TCC s'élève à 13,3 pour un score maximal de 18.

Des efforts restent néanmoins à faire pour que la TCC soit utilisée de manière plus systématique dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Trop peu de médecins (60%), de notre échantillon, ont des connaissances suffisantes sur cette psychothérapie et 85% se heurtent à un défaut dans l'offre de soins.

Le développement de la prescription de la TCC en médecine générale est conditionné par une amélioration de l'information médicale sur cette thérapeutique à l'initiative et sous le contrôle des institutions publiques. Il est également nécessaire de faire évoluer le contenu de la formation initiale et des dispositifs de développement professionnel continu afin d'améliorer les connaissances des médecins.

Le développement de la prescription de la TCC en médecine générale est conditionné par une plus grande accessibilité en matière de psychothérapie. L'objectif est de rendre possible l'orientation par les médecins de leurs patients vers des professionnels spécialisés dans le suivi des TCC. Une répartition équilibrée de ces professionnels sur le territoire serait donc souhaitable.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. Diagnostic, Prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. *Service des recommandations et références professionnelles* Décembre 2000.
2. Gepner P, Charlot J, Avouac B, Pierron D, Pireault J, Scherding F, et al. [Lumbago. Socioeconomic, epidemiological and medicolegal aspects]. *Rev Rhum Ed Fr* 1994;61(4 Pt 2):5S-7S.
3. Andersson GB, Svensson HO, Oden A. The intensity of work recovery in low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 1983;8(8):880-4.
4. Frymoyer JW, Cats-Baril WL. An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1991;22(2):263-71.
5. Lafuma A, Fagnani F, Vautravers P. Management and cost of care for low back pain in primary care settings in France. *Rev Rhum Engl Ed* 1998;65(2):119-25.
6. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine (Phila Pa 1976)* 1987;12(7 Suppl):S1-59.
7. Rossignol M, Suissa S, Abenhaim L. Working disability due to occupational back pain: three-year follow-up of 2,300 compensated workers in Quebec. *J Occup Med* 1988;30(6):502-5.
8. Bouton C, Roche G, Roquelaure Y, Legrand E, Penneau-Fontbonne D, Dubus V, et al. Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: a retrospective study of 72 patients. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51(8):650-6, 56-62.
9. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 1987;12(7):632-44.
10. Dupeyron A, Ribinik P, Gelis A, Genty M, Claus D, Herisson C, et al. Education in the management of low back pain: literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med* 2011;54(5):319-35.
11. Laroche F, Jammet L. Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme* 2011;78:S83-S86.
12. Cherin P, de Jaeger C. La Lombalgie chronique: actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine et Longévité* 2011; 3:137-49.
13. Valat J-P. Progrès en pathologie rachidienne: L'évolution de la prise en charge des lombalgies communes. *Revue du Rhumatisme* 2007;74(3):73-78.
14. Poiraudeau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Revel M. Low back pain. *EMC - Rhumatologie-Orthopédie* January 2004;1(1):64 - 93.
15. Borenstein D. Low back pain: epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and therapy. *Curr Opin Rheumatol* 1991;3(2):207-17.
16. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoe JL, Ravaud JF, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Readapt Med Phys* 2007;50(8):640-4, 33-9.
17. Papageorgiou AC, Croft PR, Ferry S, Jayson MI, Silman AJ. Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey. *Spine (Phila Pa 1976)* 1995;20(17):1889-94.
18. Stranjalis G, Tsamandouraki K, Sakas DE, Alamanos Y. Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. *Spine (Phila Pa 1976)* 2004;29(12):1355-60; discussion 61.
19. Valat J-P, Rozenberg S, Bellaiche L. Low back pain. Clinical and imaging assessment criteria. *Revue du Rhumatisme monographies* April 2012;77(2):158-66.

20. Veron O, Tcherniatsky E, Fayad F, Revel M, Poiraudeau S. [Chronic low back pain and functional restoring program: applicability of the Patient Acceptable Symptom State]. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51(8):642-9.
21. DGS. Rapport du GTNDO: Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique: Direction Générale de la Santé, 2003:571-78.
22. Cuerq A, Païta M, Ricordeau P, (CNAMTS). Les causes médicales d'invalidité en 2006. *Points de repère* Juillet 2008;N°16.
23. Fassier J. Prévalence, coûts et enjeux de la lombalgie. *Revue du Rhumatisme* 2011;78:S38-S41.
24. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme* Novembre 2012;79 (supplément 1):A27-A31.
25. Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS. What is the prognosis of back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(2):167-79.
26. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudeau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, et al. [Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors]. *Ann Readapt Med Phys* 2004;47(4):179-89.
27. Klenerman L, Slade PD, Stanley IM, Pennie B, Reilly JP, Atchison LE, et al. The prediction of chronicity in patients with an acute attack of low back pain in a general practice setting. *Spine (Phila Pa 1976)* 1995;20(4):478-84.
28. Schiottz-Christensen B, Nielsen GL, Hansen VK, Schodt T, Sorensen HT, Olesen F. Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1-year prospective follow-up study. *Fam Pract* 1999;16(3):223-32.
29. Thorbjornsson CO, Alfredsson L, Fredriksson K, Koster M, Michelsen H, Vingard E, et al. Psychosocial and physical risk factors associated with low back pain: a 24 year follow up among women and men in a broad range of occupations. *Occup Environ Med* 1998;55(2):84-90.
30. Muller CF, Monrad T, Biering-Sorensen F, Darre E, Deis A, Kryger P. The influence of previous low back trouble, general health, and working conditions on future sick-listing because of low back trouble. A 15-year follow-up study of risk indicators for self-reported sick-listing caused by low back trouble. *Spine (Phila Pa 1976)* 1999;24(15):1562-70.
31. Thomas E, Silman AJ, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MI, Macfarlane GJ. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ* 1999;318(7199):1662-7.
32. Valat JP, Goupille P, Rozenberg S, Urbinelli R, Allaert F, Spine group of the Societe F. Acute low back pain: predictive index of chronicity from a cohort of 2487 subjects. Spine Group of the Societe Francaise de Rhumatologie. *Joint Bone Spine* 2000;67(5):456-61.
33. Abenhaim L, Rossignol M, Gobeille D, Bonvalot Y, Fines P, Scott S. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine (Phila Pa 1976)* 1995;20(7):791-5.
34. Volinn E, Van Koevering D, Loeser JD. Back sprain in industry. The role of socioeconomic factors in chronicity. *Spine (Phila Pa 1976)* 1991;16(5):542-8.
35. Atlas SJ, Chang Y, Kammann E, Keller RB, Deyo RA, Singer DE. Long-term disability and return to work among patients who have a herniated lumbar disc: the effect of disability compensation. *J Bone Joint Surg Am* 2000;82(1):4-15.
36. van den Hoogen HJ, Koes BW, Deville W, van Eijk JT, Bouter LM. The prognosis of low back pain in general practice. *Spine (Phila Pa 1976)* 1997;22(13):1515-21.
37. Dixon AN, Gatchel RJ. Gender and Parental status as predictors of chronic low back pain disability : a prospective study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 1999;9(3):195-200.
38. Fransen M, Woodward M, Norton R, Coggan C, Dawe M, Sheridan N. Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002;27(1):92-8.

39. Cherkin DC, Deyo RA, Street JH, Barlow W. Predicting poor outcomes for back pain seen in primary care using patients' own criteria. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996;21(24):2900-7.
40. Macfarlane GJ, Thomas E, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MI, Silman AJ. Predictors of early improvement in low back pain amongst consultants to general practice: the influence of pre-morbid and episode-related factors. *Pain* 1999;80(1-2):113-9.
41. Cedraschi C. Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies? Qu'en est-il de l'anxiété et de la dépression? Quelles peurs et quelles représentations constituent-elles des écueils? *Revue du Rhumatisme* 2011;78(supplément 2):S70-S74.
42. Tunks ER, Crook J, Weir R. Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Can J Psychiatry* 2008;53(4):224-34.
43. Hasenbring M, Marienfeld G, Kuhlendahl D, Soyka D. Risk factors of chronicity in lumbar disc patients. A prospective investigation of biologic, psychologic, and social predictors of therapy outcome. *Spine (Phila Pa 1976)* 1994;19(24):2759-65.
44. Bildt C, Alfredsson L, Punnett L, Vingard E, Torgen M, Ühman A, et al. Occupational and nonoccupational risk indicators for incident and chronic low back pain in a sample of the Swedish general population during 4-year period: An influence of depression? *International Journal of Behavioral Medicine* Dec 2000;7(4):372-92.
45. Gatchel RJ. Psychological disorders and chronic pain: cause and effect relationships. . In: Gatchel RJ, Turk D, editors. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. New York: Guilford Press, 1996:33-52.
46. Waddell G. Low back pain: a twentieth century health care enigma. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996;21(24):2820-5.
47. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52(2):157-68.
48. Henrington Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Roux E, Cedraschi C, et al. Recommandations européennes (COST B13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. *Revue du Rhumatisme* 2006;73(supplément 2):S33-S52.
49. Llorca G. Le traitement actuel des lombalgies chroniques. *Médecine Thérapeutique* Mars-avril 2004;10(Numero 2):75-81.
50. Chou R, Huffman LH, American Pain Society, American College of Physicians. Medications 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* 2007;147(7):505-14.
51. Fishbain D. Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Ann Med* 2000;32(5):305-16.
52. Kroenke K, Krebs EE, Bair MJ. Pharmacotherapy of chronic pain: a synthesis of recommendations from systematic reviews. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(3):206-19.
53. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med* 2003;138(11):871-81.
54. HAS. Prise en charge masso-kinésithérapie dans la lombalgie commune: modalités de prescription, mai 2005.
55. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011;20(1):19-39.
56. Poulain C, Kerneis S, Rozenberg S, Fautrel B, Bourgeois P, Foltz V. Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low-back pain patients: a prospective study. *Eur Spine J* 2010;19(7):1153-61.
57. Laroche F. Place des thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement des lombalgies chroniques. *Rev Prat* 2008;58(3):270.

58. Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25(21):2825-31; discussion 24.
59. INSERM. Psychothérapies: trois approches évaluées. Présentation de l'approche cognitive comportementale, 2004:169-83.
60. Favre C, Cedraschi C. La psychothérapie cognitive dans le traitement de la douleur chronique. *Revue Médicale Suisse* Juin 2003;2443.
61. Cottraux C. *Les thérapies comportementales et cognitives*. 4e ed. Masson Paris, 1998.
62. Blackburn I, Cottraux C. *Thérapie cognitive de la dépression*. 1ere ed. Masson Paris, 1993.
63. Samuel-Lajeunesse B, Mirabel-Sarron C, Vera L, Mehran F. *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. 2e ed: DUNOD, 2004.
64. Bondolfi G, Bizzini L. La formation en psychothérapie cognitive comportementale. *Psychothérapies* 2006;26(4).
65. Cottraux C. Les thérapies cognitives et comportementales sont elles efficaces? *Rev Prat* 2002;52(11):1165-67.
66. Laroche F, Perrot S. Pourquoi utiliser les thérapies comportementales et cognitives en rhumatologie? *La lettre du rhumatologue* 2006;327.
67. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain* 2005;113(3):331-9.
68. Braden JB, Zhang L, Fan MY, Unutzer J, Edlund MJ, Sullivan MD. Mental health service use by older adults: the role of chronic pain. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16(2):156-67.
69. Laroche F. Les mots, les pensées et les comportements pièges des patients et de leurs médecins. *Revue du Rhumatisme* 2009;76:522-28.
70. Calmels P, Bethoux F, Condemine A, Fayolle-Minon I. [Low back pain disability assessment tools]. *Ann Readapt Med Phys* 2005;48(6):288-97.
71. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85(3):317-32.
72. Kori S, Miller R, Todd D. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manag* 1990;3:35-43.
73. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* 1993;55(3):234-47.
74. Boureau F. Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique. *Douleur et analgésie* 1999;12(4):265-72.
75. Radat F, Koleck M. [Pain and depression: cognitive and behavioural mediators of a frequent association]. *Encephale* 2011;37(3):172-9.
76. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain* 1991;47(3):249-83.
77. Boothby J, Thorn B, Stroud M. Coping with pain. In: Gatchel RJ, Turk D, editors. *Psychological factors in pain: critical perspectives*. New York: Guilford Press, 1999:343-59.
78. Irachabal S, Koleck M, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. [Pain coping strategies: French adaptation of the coping strategies questionnaire (CSQ-F)]. *Encephale* 2008;34(1):47-53.
79. Chapelle F, Monié B, Poinot R, Rusinek S, Willard M. Les entretiens de motivation. *L'aide mémoire des thérapies comportementales et cognitives - en 38 notions*: DUNOD, 2011:207.
80. Savigny P, Watson P, Underwood M, Guideline Development G. Early management of persistent non-specific low back pain: summary of NICE guidance. *BMJ* 2009;338:b1805.
81. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80(1-2):1-13.
82. Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svard L, Botvalde M. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2005;21(2):109-19.

83. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, Castelnuovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2010;375(9718):916-23.
84. Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvale A. Efficacy of classification-based cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur J Pain* 2012;17(6):916-28.
85. Sveinsdottir V, Eriksen HR, Reme SE. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *J Pain Res* 2012;5:371-80.
86. van Tulder MW, Scholten RJ, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000396.
87. Hourcade S, Treves R. Computed tomography in low back pain and sciatica. A retrospective study of 132 patients in the Haute-Vienne district of France. *Joint Bone Spine* 2002;69(6):589-96.
88. Haumesser D, Becker P, Grosso-Lebon B, Weill G. Aspects médicaux, sociaux et économiques de la prise en charge des lombalgies chroniques. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35(1):27-35.
89. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM, Cochrane Back Review G. Muscle relaxants for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28(17):1978-92.
90. Ward NG. Tricyclic antidepressants for chronic low-back pain. Mechanisms of action and predictors of response. *Spine (Phila Pa 1976)* 1986;11(7):661-5.
91. Rozenberg S, Delval C, Rezvani Y, Olivieri-Apicella N, Kuntz JL, Legrand E, et al. Bed rest or normal activity for patients with acute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002;27(14):1487-93.
92. Chambonet J, Beausoleil M. Docteur j'ai mal aux reins! Prise en charge des douleurs lombaires en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2000;514:1947-52.
93. van Tulder MW, Koes BW, Metsemakers JF, Bouter LM. Chronic low back pain in primary care: a prospective study on the management and course. *Fam Pract* 1998;15(2):126-32.
94. Nordin M. Lombalgies et Travail: pour une stratégie consensuelle. Bilan des programmes de réhabilitation. *Arch mal prof* 2002;63(1):1-19.
95. Jellema P, van Tulder MW, van Poppel MN, Nachemson AL, Bouter LM. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001;26(4):377-86.
96. Prateepavanich P, Thanapipatsiri S, Santisatisakul P, Somshevita P, Charoensak T. The effectiveness of lumbosacral corset in symptomatic degenerative lumbar spinal stenosis. *J Med Assoc Thai* 2001;84(4):572-6.
97. Mayer TG, Gatchel RJ, Kishino N, Keeley J, Capra P, Mayer H, et al. Objective assessment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and one-year follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)* 1985;10(6):482-93.
98. Mayer TG, Smith SS, Keeley J, Mooney V. Quantification of lumbar function. Part 2: Sagittal plane trunk strength in chronic low-back pain patients. *Spine (Phila Pa 1976)* 1985;10(8):765-72.
99. Scerri M, de Goumoens P, Fritsch C, Van Melle G, Stiefel F, So A. The INTERMED questionnaire for predicting return to work after a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back pain. *Joint Bone Spine* 2006;73(6):736-41.
100. Genet F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D'Apolito AC, Lafaye de Michaux R, et al. [Psychobehavioural assessment for chronic low back pain]. *Ann Readapt Med Phys* 2006;49(5):226-33.
101. Turner JA. Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 1996;21(24):2851-7; discussion 58-9.
102. Deccache A, Doumont D, Berrewaerts J, Deccache C. Education du patient et douleur chronique: une approche sociopsychoséducatrice comme complément des stratégies multidisciplinaires de soins. *Douleur et analgésie* 2011;24:9-17.
103. Plaghki L. Le syndrome de douleur chronique. *Bulletin d'éducation du patient* 2001;20:2-3.

104. Austrian JS, Kerns RD, Reid MC. Perceived barriers to trying self-management approaches for chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(5):856-61.
105. Barry LC, Gill TM, Kerns RD, Reid MC. Identification of pain-reduction strategies used by community-dwelling older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60(12):1569-75.
106. Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, de Vries D, Zaat JO, Andre Knottnerus J, et al. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Educ Couns* 2002;47(3):229-35.
107. Foltz V, St Pierre Y, Rozenberg S, Rossignol M, Bourgeois P, Joseph L, et al. Use of complementary and alternative therapies by patients with self-reported chronic back pain: a nationwide survey in Canada. *Joint Bone Spine* 2005;72(6):571-7.
108. Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, Capra F, Guccione A, Mugnai R, et al. Recommendations cliniques pour la prise en charge des lombalgies chroniques communes en médecine de premiers recours. *Revue du Rhumatisme* 2011;78:557-67.
109. Nagarajan M, Nair MR. Importance of fear-avoidance behavior in chronic non-specific low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2010;23(2):87-95.
110. Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascon-Canovas JJ, Montilla-Herrador J, Valera-Garrido JF, Collins SM. Self-management of chronic neck and low back pain and relevance of information provided during clinical encounters: an observational study. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90(10):1734-9.
111. Paatelma M, Kilpikoski S, Simonen R, Heinonen A, Alen M, Videman T. Orthopaedic manual therapy, McKenzie method or advice only for low back pain in working adults: a randomized controlled trial with one year follow-up. *J Rehabil Med* 2008;40(10):858-63.
112. Roth RS, Horowitz K, Bachman JE. Chronic myofascial pain: knowledge of diagnosis and satisfaction with treatment. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79(8):966-70.
113. Beissner K, Henderson CR, Jr., Papaleontiou M, Olkhovskaya Y, Wigglesworth J, Reid MC. Physical therapists' use of cognitive-behavioral therapy for older adults with chronic pain: a nationwide survey. *Phys Ther* 2009;89(5):456-69.
114. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine (Phila Pa 1976)* 1997;22(18):2128-56.
115. Serra E. Approche comportementale de la douleur en rhumatologie. *Réflexions rhumatologiques* 2011;15(142):10-13.
116. Laroche F. Apport des thérapies comportementales et cognitives - Psychoéducation pour les patients douloureux chroniques. *Revue du Rhumatisme* 2013;80:179-83.
117. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain* 2012;153(6):1144-7.
118. HAS. Développement de la prescription de thérapeutique non médicamenteuses validées. *Service évaluation économique et santé publique* Avril 2011.
119. Kovess V, Sapinho D, Briffault X, Villamaux M. [Psychotherapeutic practices in France: results of a professional-based health insurance participant survey]. *Encephale* 2007;33(1):65-74.
120. Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *Am Psychol* 1995;50(12):965-74.
121. Hunsley J. Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology* 2003;44(1):61-73.
122. Antonuccio D, Thomas M, Danton W. A cost effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine in the treatment of depression. *Behavior Therapy* 1997;28(2):187-210.
123. Zimmermann G, de Roten Y, Despland J. Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie: état de la question. *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie* 2008(3):119-26.
124. Bordage G, Carlin B, Mazmanian PE, American College of Chest Physicians H, Science Policy C. Continuing medical education effect on physician knowledge: effectiveness of continuing

- medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest* 2009;135(3 Suppl):29S-36S.
125. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007(149):1-69.
 126. Schoen MJ, Tipton EF, Houston TK, Funkhouser E, Levine DA, Estrada CA, et al. Characteristics that predict physician participation in a Web-based CME activity: the MI-Plus study. *J Contin Educ Health Prof* 2009;29(4):246-53.
 127. Haagen EC, Nelen WL, Hermens RP, Braat DD, Grol RP, Kremer JA. Barriers to physician adherence to a subfertility guideline. *Hum Reprod* 2005;20(12):3301-6.
 128. Wolfe RM, Sharp LK, Wang RM. Family physicians' opinions and attitudes to three clinical practice guidelines. *J Am Board Fam Pract* 2004;17(2):150-7.
 129. Taba P, Rosenthal M, Habicht J, Tarien H, Mathiesen M, Hill S, et al. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: a cross-sectional survey among physicians in Estonia. *BMC Health Serv Res* 2012;12:455.
 130. Ghisi GL, Polyzotis P, Oh P, Pakosh M, Grace SL. Physician factors affecting cardiac rehabilitation referral and patient enrollment: a systematic review. *Clin Cardiol* 2013;36(6):323-35.
 131. Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(1):CD002014.
 132. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007;26(1):1-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Auto-questionnaire de Dallas (version traduite et validée par le GEL: Groupe d'études des lombalgies)

**Auto-questionnaire de dallas
(Version traduite et validée par le GEL : Groupe d'études des lombalgies)**

Evaluation : Initiale Intermédiaire Finale DATE : _____

Renseignements socio-administratifs :

Nom _____ Prénom _____

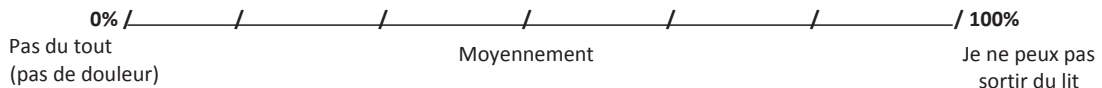
1/ La douleur et son intensité

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?



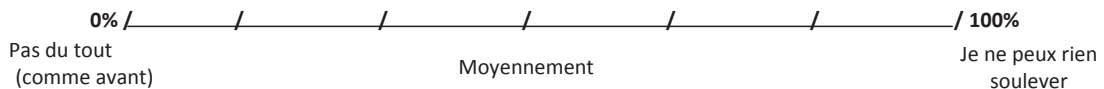
2/ Les gestes de la vie

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?



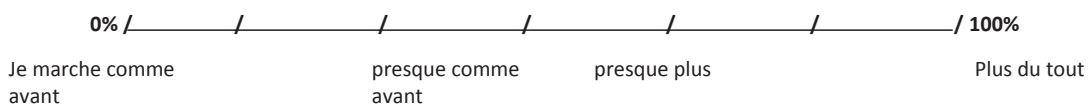
3/ La possibilité de soulever quelque chose

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?



4/ La marche

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?



ANNEXE 2 : Auto-questionnaire EIFEL (version française du Roland Disability Questionnaire)

Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies: EIFEL

Questions	Oui = 1	Non = 0
1-Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos		
2-Je change souvent de position pour soulager mon dos		
3-Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos		
4-A cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison		
5-A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers		
6-A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer		
7-A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil		
8-A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place		
9-A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude		
10-Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos		
11-A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller		
12-A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise		
13-J'ai mal au dos la plupart du temps		
14-A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit		
15-J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos		
16-A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (bas, collants)		
17-Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos		
18-Je dors moins à cause de mon mal de dos		
19-A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller		
20-A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée		
21-A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison		
22-A cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens		
23-A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement les escaliers		
24-A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps		
Total		
Plus le score est élevé, plus le retentissement du mal de dos est important		

Score total :

Ce questionnaire est centré sur les activités physiques, l'habillement, les tâches domestiques mais aussi le sommeil, l'irritabilité, l'appétit, la douleur, le repos et les changements de position pour soulager le dos.

Ce questionnaire permet d'apprécier l'évolution naturelle de la lombalgie au cours du temps, à partir du retentissement fonctionnel de la douleur.

Sa notation s'effectue par addition du nombre d'items retenus avec un score total de 0 (aucune incapacité) à 24 (incapacité sévère).

Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle

(Version française de l'Oswestry Disability Index) ¹

Nom, prénom :

Date : .. / .. / 200 .

"Merci de bien vouloir compléter ce questionnaire.

Il est conçu pour nous donner des informations sur la façon dont votre mal au dos (ou votre douleur dans la jambe) a influencé votre capacité à vous débrouiller dans la vie de tous les jours.

Veillez répondre à **toutes les sections** du questionnaire. Pour chaque section, cochez **une seule case**, celle qui vous décrit le mieux **actuellement**."

1 Intensité de la douleur

- 0 Je n'ai pas mal actuellement.
- 1 La douleur est très légère actuellement.
- 2 La douleur est modérée actuellement.
- 3 La douleur est plutôt intense actuellement.
- 4 La douleur est très intense actuellement.
- 5 La douleur est la pire que l'on puisse imaginer actuellement.

2 Soins personnels (se laver, s'habiller, ...etc)

- 0 Je peux prendre soin de moi normalement, sans augmenter la douleur.
- 1 Je peux prendre soin de moi normalement, mais c'est très douloureux.
- 2 Cela me fait mal de prendre soin de moi, et je le fait lentement et en faisant attention.
- 3 J'ai besoin d'aide, mais dans l'ensemble je parviens à me débrouiller seul.
- 4 J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de ces gestes quotidiens.
- 5 Je ne m'habille pas, me lave avec difficulté et reste au lit.

3 Manutention de charges

- 0 Je peux soulever des charges lourdes sans augmenter mon mal de dos
- 1 Je peux soulever des charges lourdes mais cela augmente ma douleur
- 2 La douleur m'empêche de soulever des charges lourdes à partir du sol mais j'y parviens si la charge est bien placée (par exemple sur une table)
- 3 La douleur m'empêche de soulever des charges lourdes mais je peux déplacer des charges légères ou de poids moyen si elles sont correctement placées
- 4 Je peux seulement soulever des objets très légers
- 5 Je ne peux soulever ni transporter quoi que ce soit

¹ Oswestry Disability Index, version 2.0, Baker D, Pynsent P, Fairbank J 1989

4 Marche à pied

- 0 La douleur ne limite absolument pas mes déplacements
- 1 La douleur m'empêche de marcher plus de 2 km
- 2 La douleur m'empêche de marcher plus de 1 km
- 3 La douleur m'empêche de marcher plus de 500 m
- 4 Je me déplace seulement avec une canne ou des béquilles
- 5 Je reste au lit la plupart du temps et je me traîne seulement jusqu'au WC

5 Position assise

- 0 Je peux rester assis sur un siège aussi longtemps que je veux.
- 1 Je peux rester assis aussi longtemps que je veux mais seulement sur mon siège favori.
- 2 La douleur m'empêche de rester assis plus d'une heure.
- 3 La douleur m'empêche de rester assis plus d'1/2 heure.
- 4 La douleur m'empêche de rester assis plus de 10 minutes.
- 5 La douleur m'empêche de rester assis.

6 Position debout

- 0 Je peux rester debout aussi longtemps que je veux sans augmenter la douleur.
- 1 Je peux rester debout aussi longtemps que je veux mais cela augmente la douleur.
- 2 La douleur m'empêche de rester debout plus d'une heure.
- 3 La douleur m'empêche de rester debout plus d'1/2 heure.
- 4 La douleur m'empêche de rester debout plus de 10 minutes.
- 5 La douleur m'empêche de rester debout.

7 Sommeil

- 0 Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.
- 1 Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur
- 2 A cause de la douleur, je dors moins de 6 heures
- 3 A cause de la douleur, je dors moins de 4 heures
- 4 A cause de la douleur, je dors moins de 2 heures
- 5 La douleur m'empêche complètement de dormir

8 Vie sexuelle

- 0 Ma vie sexuelle n'est pas modifiée et n'augmente pas mon mal de dos
- 1 Ma vie sexuelle n'est pas modifiée, mais elle augmente la douleur
- 2 Ma vie sexuelle est pratiquement normale, mais elle est très douloureuse
- 3 Ma vie sexuelle est fortement limitée par la douleur
- 4 Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause de la douleur
- 5 La douleur m'interdit toute vie sexuelle

9 Vie sociale (sport, cinéma, danse, souper entre amis)

- 0 Ma vie sociale est normale et n'a pas d'effet sur la douleur
- 1 Ma vie sociale est normale, mais elle augmente la douleur
- 2 La douleur n'a pas d'effet sur ma vie sociale, sauf pour des activités demandant plus d'énergie (sport par exemple)
- 3 La douleur a réduit ma vie sociale et je ne sors plus autant qu'auparavant
- 4 La douleur a limité ma vie sociale à ce qui se passe chez moi, à la maison
- 5 Je n'ai plus de vie sociale à cause du mal de dos

10 Déplacements (en voiture ou par les transports en commun)

- 0 Je peux me déplacer n'importe où sans effet sur mon mal de dos
- 1 Je peux me déplacer n'importe où, mais cela augmente la douleur
- 2 La douleur est pénible mais je supporte des trajets de plus de 2 heures
- 3 La douleur me limite à des trajets de moins d'une heure
- 4 La douleur me limite aux courts trajets indispensables, de moins de 30 minutes
- 5 La douleur m'empêche de me déplacer, sauf pour aller voir le docteur ou me rendre à l'hôpital

Score global d'handicap fonctionnel

Total des scores partiels :/..... (sur 50 au maximum)

Résultat en pourcentage (score ODI) :%

Ce questionnaire a pour objet d'indiquer dans quelle mesure le niveau fonctionnel d'un individu donné est restreint par la douleur lombaire. Le terme d'incapacité signifie une baisse du niveau de performance de l'individu, au regard de ce qu'on est en droit d'attendre de lui.

Ce questionnaire comprend dix sections et chaque section comprend 6 situations décrites succinctement correspondant à des niveaux d'incapacité croissants cotés de 0 à 5. Un score total est établi en pourcentage d'incapacité (somme sur 50). Le minimum est de 0%, le maximum de 100%.

0 – 20% : incapacité minimale

20-40% : incapacité modérée

40-60% : incapacité sévère

60-80% : incapacité invalidante

Au delà de 80% : il s'agit soit de sujets grabataires, soit d'une incapacité ressentie excessive qui appelle des évaluations psychologiques ultérieures.

ANNEXE 4 : Hospital anxiety and depression scale (Questionnaire HAD)

Evaluation de l'anxiété et de la dépression HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)

Référence : Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983 ;67 :361-70

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

<p>(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p>	<p>(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p>
<p>(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p>	<p>(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p>
<p>(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p>	<p>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé</p>
<p>(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :</p> <p>0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p>	<p>(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p>
<p>(5-A) Je me fais du souci :</p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p>	<p>(12-D) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :</p> <p>0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais</p>
<p>(6-D) Je suis de bonne humeur :</p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p>	<p>(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p>
<p>(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p>0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p>	<p>(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :</p> <p>0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement</p>

SCORE (à remplir par le médecin)

Somme du sous score A (1+3+5+7+9+11+13)

Somme du sous score D (2+4+6+8+10+12+14)

Somme totale des deux sous scores

--

ANNEXE 5 : Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

Questionnaire :

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats :

Ce questionnaire est un auto-questionnaire d'évaluation de la dépression.

Le score varie de 0 à 39.

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

Au delà de 16: dépression sévère

ANNEXE 6 : Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)

Évaluation individuelle face à la douleur FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Référence : Waddell G, Newton M, Henderson I et al. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear-avoidance belief in chronic low back pain and disability. Pain 1993;52:157-68
Version française : Chaory K, Fayad F, Rannou F et al. Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004;29:908-13

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
FABQ PHYSIQUE							
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 – Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 – Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 – Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)

Le FABQ est un auto-questionnaire permettant de mesurer les peurs et les croyances des patients lombalgiques chroniques vis-à-vis de leur maladie.

Ce questionnaire est constitué de 16 items et divisé en deux échelles, l'une appréciant les notions d'appréhension et d'évitement par rapport aux activités professionnelles avec sept questions (FABQ1 coté sur 42) et l'autre par rapport aux activités physiques avec quatre questions (FABQ2 coté sur 24). Le FABQ total est coté sur 96. Un score élevé est en faveur de peurs et croyances élevées.

ANNEXE 7 : Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK) ou échelle de kinésiophobie

Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encrer le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.		Fortement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Fortement en accord
1.	J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique	1	2	3	4
2.	Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre	1	2	3	4
3.	Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas	1	2	3	4
4.	Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée *	1	2	3	4
5.	Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux	1	2	3	4
6.	Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours	1	2	3	4
7.	La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)	1	2	3	4
8.	Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux *	1	2	3	4
9.	J'ai peur de me blesser accidentellement	1	2	3	4
10.	La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles	1	2	3	4
11.	Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps	1	2	3	4
12.	Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) *	1	2	3	4
13.	La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas	1	2	3	4
14.	Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active	1	2	3	4
15.	Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser	1	2	3	4
16.	Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave *	1	2	3	4
17.	Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur	1	2	3	4

Ce questionnaire est un auto-questionnaire permettant de mesurer la tendance à éprouver une peur excessive, irrationnelle et handicapante du mouvement et de l'activité, en conséquence d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure ou une lésion douloureuse (kinésiophobie).

Ce questionnaire comprend 17 items. Le score total varie de 17 à 68.

Plus le score est élevé plus le niveau de kinésiophobie est élevé.

ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE : SF-12

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE : SF-12

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Médiocre 5 Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...)?
 1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité
- monter plusieurs étages par l'escalier ?
 1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- 1 Pas du tout 2 Un petit peu 3 Moyennement 4 Beaucoup 5 Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

Ce questionnaire est une échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie. Il permet d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie mental et social et un score de qualité de vie physique.

Cet instrument générique de l'état de santé perçu a été conçu dans le but d'évaluer le bénéfice d'interventions thérapeutiques à travers la qualité de vie dans les domaines physiques et psychologiques.

ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE DE THESE

QUESTIONNAIRE RELATIF A LA PRISE EN CHARGE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DU PATIENT LOMBALGIQUE CHRONIQUE

1/ DEMOGRAPHIE DES PRATICIENS

- Sexe :

masculin féminin

- Age du médecin :

- Lieu d'exercice :

rural semi-urbain urbain

- Année d'installation/ début d'exercice :

- Mode d'exercice :

seul cabinet de groupe/maison médicale

- Avez-vous une formation et/ou une qualification spécifique en pathologies rhumatismales ?

Oui Non

• Si oui, de quel type ?

Formation hospitalo-universitaire (DESC, DES, DIU, ...)

Formation médicale organisée par l'hôpital

Formation médicale continue

- En ce qui concerne la FMC en lien avec les maladies rhumatismales :

• Nombre de formations dans les 3 dernières années :

- Formation et/ou exercice à la thérapie cognitivo-comportementale :

Oui Non

2/ PRISE EN CHARGE DU PATIENT LOMBALGIQUE CHRONIQUE

- Par mois, à combien évaluez-vous le nombre de consultations relatives à la prise en charge de patients lombalgiques chroniques (c'est-à-dire évoluant depuis plus de 3 mois) ?

< 10

10-20

20-30

> 30

- Dans quelle proportion prescrivez-vous ces traitements dans la lombalgie chronique ?

Traitement	Fréquemment	Parfois	Jamais
Antalgiques de pallier I ou II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antalgiques opioïdes (III)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myorelaxants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticothérapie orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repos au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contention lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centres de rééducation fonctionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie cognitivo-comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mésothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plusieurs études récentes ont montré l'intérêt de la thérapie cognitivo-comportementale dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques notamment sur la douleur, la capacité physique, le retour au travail et l'humeur. La thérapie cognitivo-comportementale regroupe différents axes. Parmi les différentes composantes de la thérapie cognitivo-comportementale, pourriez-vous m'indiquer leurs intérêts potentiels pour votre pratique quotidienne concernant la lombalgie chronique ?

Une seule réponse par ligne

	Je l'applique couramment	Je suis intéressé mais je ne l'applique pas encore	Je ne suis pas intéressé
L'éducation et l'information à visée thérapeutique (reformulation des croyances et rôle à adopter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Approche cognitive (apprentissage de la stratégie de « coping » ou « faire avec »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réactivation physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprentissage de la relaxation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition aux situations redoutées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A ce stade, j'aimerais connaître les limites que vous rencontrez à la prescription de la thérapie cognitivo-comportementale.

	VRAI	FAUX
Vous ne connaissez pas cette thérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pensez que cette approche n'est pas efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pensez que ces techniques ne sont pas applicables en médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous manquez de temps pour informer et négocier avec les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ne pouvez pas prescrire la TCC en raison de son coût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ne savez pas à qui adresser les patients lombalgiques chroniques pour qu'ils puissent bénéficier de cette thérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pensez que le grade de recommandation de ce traitement n'est pas suffisamment élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pensez que votre patientèle sera réticente à la pratique de cette thérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pensez que ce traitement peut aggraver le pronostic du patient lombalgique chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre proposition concernant les limites que vous pouvez rencontrer à la prescription de la TCC:

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Pour votre information, veuillez trouver ci-joint quelques références bibliographiques attestant de l'efficacité de la TCC dans la prise en charge de la lombalgie chronique :

- **Anaes, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. ANAES 2000.**
- **P. Cherin, C. de Jaeger. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. Médecine et longévité (2011) 3, 137-149.**
- **Van Tulder M, Ostelo RW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2.**

Marie