HAL
open science

Analyse des difficultés de la prise en charge des patients lombalgiques pour les médecins généralistes de Picardie

Marion Roucaute Richard

To cite this version:

Marion Roucaute Richard. Analyse des difficultés de la prise en charge des patients lombalgiques pour les médecins généralistes de Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01510713

HAL Id: dumas-01510713

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01510713v1

Submitted on 19 Apr 2017

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

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

Université de Picardie Jules Verne

Année 2017 *numéro :2*

Analyse des difficultés de la prise en charge des patients lombalgiques chroniques pour les médecins généralistes de Picardie.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE (DIPLOME D'ETAT)
PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 12 JANVIER 2017

PAR

ROUCAUTE Marion épouse RICHARD

Née le 12 MAI 1988

Présidents de jury : Monsieur le Professeur FARDELLONE

Juges : Monsieur le professeur DERAMONT
Monsieur le professeur DOUTRELLOT
Monsieur le professeur TOUSSAINT

Directrice de thèse : Madame le Docteur PAUPIERE Stéphanie

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)
Chef du service de Rhumatologie
Pôle "Autonomie"

Recevez mes sincères remerciements et ma profonde gratitude d'avoir fait l'honneur de présider ce jury

Monsieur le Professeur Hervé DERAMOND
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Radiologie et imagerie médicale)
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Médecine physique et de Réadaptation)
Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique
Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Neurochirurgie)

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

Madame le Docteur Stéphanie PAUPIERE
Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.
Ton dynamisme, ta réactivité, ton accompagnement m'ont été d'une grande aide pour ce travail.
Sois assurée de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

A mon mari qui m'a soutenue durant toutes mes études médicales et qui m'a permis de prendre du temps pour rédiger cette thèse. Je t'aime merci.

A mes enfants qui sont le bonheur de ma vie même si votre but était de vous amuser avec l'ordinateur alors que maman voulait travailler.

A ma maman qui m' soutenue contre vents et marrées pendant toutes mes études, qui m'a fait réviser ma science humaine en P1, puis qui m'a corrigée cette thèse.
Merci beaucoup maman pour tout ce que tu as fait. Je t'aime

A mes amis de la faculté de Marseille avec qui j'ai passé 7 années mémorables même s'il y a eu des moments difficiles (Laétitia, Camille, Sigolène, Arnaud, Marie Amélie, Antoine et tous les autres)

A tous mes co-internes des urgences d'Abbeville, de médecine interne à Saint-Quentin, des urgences pédiatriques d'Amiens,
ainsi qu'à mes co-internes de la réanimation à Beauvais et de gynécologie à Beauvais qui m'ont gentiment laissé des journées off pour pouvoir rédiger cette thèse. Je vous remercie, vous êtes géniaux.

A Nathalie qui m'a soutenue et a permis la bonne impression de ce document.

A toute ma famille, cousins, cousines, oncles et tantes qui m'ont toujours encouragée et admirée.

Ça y est, je suis arrivée au bout.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Liste des abréviations :

DUMGA : département universitaire de médecine Générale d'Amiens

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

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

CRP : C-Reactive Protein

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

TABLE DES MATIERE

I introduction p 10
1. Epidémiologie p 10
2. Coût socio-économique p 10
3. Définition de la lombalgie chronique p 11
4. Physiopathologie de la douleur p 12
a. les voies de la douleur p 12
b. les mécanismes de régulation p 12
5. Traitement p 13
6. Objectif p 13

II Matériel et méthodes p 14
1. méthode qualitative p 14
a. population p 14
b. guide d'entretient p 14
c. choix des axes p 14
2. analyse des données p 15
a. transcription des entretiens p 15
b. analyse de données et triangulation des données p 15

III Résultat p 16
1. Entretiens p 16
2. caractéristique de la population p 16
3. Analyse thématique p 17
a. définition de la lombalgie chronique p 17
b. Motivation de la prise en charge complémentaire p 18
c. Difficulté dans le traitement médicamenteux p 22
d. Difficulté dans l'utilisation des traitements non médicamenteux p 25
e. Conflit avec le patient et/ou avec les confrères p 32
f. Amélioration de la prise en charge p 34
IV Discussion p 35

1. choix de la méthode qualitative p 35
2. choix de l'entretien semi-dirigé p 37
3. Principaux résultats p 37
a. définition de la lombalgie chronique p 37
b. motivations de la prise en charge complémentaire p 38
c. difficultés d'utilisation des traitements médicamenteux p 38
d. difficultés d'utilisation des traitements non médicamenteux p 39
e. objectif secondaire : les pistes d'améliorations de la prise en charge p 40
4. Limites et forces de l'étude p 41
a. Limites p 41
b. forces de l'étude p 42
c. Validité interne et externe p 42
V Conclusion p 43

Annexe 1 p 44
Annexe 2 p 45
Annexe 3 p 46
Annexe 4 p 48
Annexe 5 p 50
Annexe 6 p 52
Annexe 7 p 55
Annexe 8 p 57
Annexe 9 p 59
Annexe 10 p 61
Annexe 11 p 64
Annexe 12 p 65
Annexe 13 p 67
Bibliographie p 68

I.Introduction:

1. Epidémiologie:

En France, il est estimé que, selon les lombalgies, on atteint une prévalence de 70% de la population avec une prévalence annuelle qui atteint 50% de la population générale.
Les lombalgies arrivent au second rang des motifs de consultations chez les médecins généralistes avec 6 millions de consultations en France en 2003 ce qui équivaut à 7% des consultations totales en médecine générale. (1)
L'enquête décennale de santé de 2002-2003 montre que 78% des français âgés de 30 à 64 ans souffrent d'une lombalgie limitante. Elle met en évidence que la prévalence de la maladie se répartit indifféremment entre hommes et femmes, et cela, quelle que soit la tranche d'âge.
Tous ces facteurs soulignent donc l'importance de ce problème de santé.
Par ailleurs, en France, les différents indicateurs concernant les lombalgies ont peu varié au cours de ces dix dernières années et ce quelles que soient les méthodologies et les définitions utilisées.
Pour ce qui est du nombre d'hospitalisations en lien avec cette pathologie, on note actuellement qu'il s'élève à 5% des malades hospitalisés. (2)

2. Coût socio-économique :

Les lombalgies représentent une charge importante pour la société sur le plan économique depuis plus de 20 ans. Des études sur le coût économique des lombalgies chroniques rapportent toutes des coûts importants notamment en 1999 où le coût direct représentait le 3ème poste de dépenses en France.(3,4)
Elles représentent la première cause d'arrêt de travail avec une durée moyenne de 33 jours ce qui représente une perte annuelle de 3 600 000 journées de travail. Qui plus est, la lombalgie est la 3ème cause de demande d'invalidité et chez les personnes de moins de 45 ans elle en est même la première cause.

De plus une étude épidémiologique de 1995 avait montré d'autres conséquences socio-économiques.
40.6% des lombalgiques estiment que leur pathologie a une répercussion sur leur relation avec leurs collègues de travail.
41.7% considèrent que leur vie familiale a été modifiée.
24.6% des patients craignaient une institutionnalisation précoce pour ce problème.
22.6% estimaient que leur pathologie avait un retentissement sur leur budget.
68.9% des patients ont dû arrêter leur activité physique. (4)

L'évaluation du coût global est d'autant plus complexe qu'elle doit prendre en compte les coûts directs (consultations médicales, consommation de médicaments, frais pharmaceutiques, explorations complémentaires) et les coûts indirects (arrêts de travail, perte des cotisations sur les personnes en arrêt de travail).
Et donc, par des diverses méthodes de calculs, on a pu, par extrapolation, estimer à 2,7 milliards d'euros les dépenses de santé dues aux lombalgies chroniques soit environ 1,5% de l'ensemble des dépenses de santé annuelles.

3. Définition de la lombalgie :

La prise en charge de ces pathologies s'avère en plus complexe dans la mesure où elle regroupe une grande diversité de cas.

Il faut déjà différencier les lombalgies communes des lombalgies pathologiques.
Il est à noter par ailleurs que les lombalgies communes, à elles seules, représentent plus de 90% des lombalgies prises en charge par les professionnels de santé. (1)
Les lombalgies pathologiques regroupent les étiologies fracturaires, néoplasiques, inflammatoires et infectieuses. Les lombalgies communes comprennent, elles, deux sous-groupes: les lombalgies aiguës dont le traitement est bien codifié et les lombalgies chroniques pour lesquelles la prise en charge est plus compliqué. Il est à noter par ailleurs que, malgré un traitement optimal, 30 % des lombalgies aiguës évoluent vers une lombalgie chronique.
La lombalgie chronique se définit uniquement comme une douleur habituelle de la région lombaire de plus de trois mois s'accompagnant ou non d'une irradiation dans la fesse, la crête iliaque ou la cuisse et c'est ce qui en rend difficile la prise en charge puisqu'il n'existe pas d'élément organique en lien avec ces douleurs.

4. Physiopathologie de le douleur chronique :

Pour comprendre la physiopathologie de la lombalgie chronique il faut d'abord comprendre la physiologie propre de la douleur à savoir ses voies de transmission et ses mécanismes de régulation.(5)

a. les voies de la douleur :

La douleur correspond à un stimulus codé en potentiel d'action par un récepteur sur une fibre sensitive. Chaque récepteur correspond à une fibre dont la structure et la vitesse correspondent à un certain type de douleur. Cette fibre sensitive trouve un relais médullaire lui aussi différent pour chaque type de fibre.
La dernière étape est l'intégration corticale qui, elle aussi, est différente selon la fibre et donc selon chaque type de douleur.

b. Les mécanismes de régulation :

Les mécanismes de régulation interviennent à deux niveaux différents à savoir celui de la modulation médullaire et celui de la modulation supra spinale.
La modulation médullaire est assurée, elle, par deux mécanismes distincts.
Le premier est le contrôle segmentaire, également appelé théorie du gate controle (proposé par Melzack et Wall en 1965), qui consiste à dire que les grosse fibres entretiennent un tonus inhibiteur sur la corne postérieure de la moelle. Seule une volée de stimuli nociceptifs en quantité importante permet l'ouverture de la porte et donc la transmission des stimuli au niveau de la corne postérieure. Cette théorie a permis d'élaborer deux traitements : la neurostimulation transcutanée qui recrute les grosses fibres et l'injection intrathécale de morphine qui mime le rôle des enképhalines qui sont de puissants inhibiteurs des messages nociceptifs.
Le contrôle des cordons postérieurs est le deuxième mécanisme de modulation médullaire. En effet les grosses fibres ascendantes informent les centres supérieurs qui effectuent ensuite, par les fibres descendantes, un rétrocontrole inibiteur de l'influx nociceptif.
La modulation supra spinale est le deuxième niveau de régulation. Pour la modulation supra spinale, qui est l'autre niveau de régulation de la douleur, il existe, là aussi, deux mécanismes de modulation de la douleur.
Le premier centre de contrôle de la douleur se trouve au niveau du tronc cérébral. En effet, la stimulation de certaines zones du mésencéphale, notamment la substance grise péri-aqueducale (SGPA) et la zone du raphé magnus et giganto-cellulaire, entraînerait des effets antinociceptifs.
La stimulation de la SGPA entraînerait, elle, une production d'endorphine qui activerait les

autres centres bulbaires. L'activation de ces centres produirait, par l'intermédiaire des voies descendantes du faisceau médullaire dorso-latéral, une inhibition des neurones nociceptifs spinaux de la corne postérieure et donc une inhibition directement à la source. Cette voie descendante est à médiation sérotoninergique et noradrénergique ce qui expliquerait l'effet antidouloureux des tricycliques puisqu'ils ont un effet inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.
Le deuxième centre de contrôle serait le contrôle inhibiteur diffus induit par stimulation nociceptive. Son principe de fonctionnement serait un contrôle endogène de la douleur utilisant des structures du tronc cérébral, et en particulier le noyau subnucleus reticularis dorsalis, pour créer un système spino-bulbo-spinal à rétroaction négative. Dans ce système, une stimulation nociceptive entraînerait un puissant effet inhibiteur sur les neurones à convergence hormis ceux dont le champ de récepteurs est concerné par la stimulation nociceptive. Ce mécanisme expliquerait pourquoi une douleur peut en cacher une autre à condition que la nouvelle douleur soit plus intense et concerne un autre métamère. Ce phénomène est exploité par les techniques de contre-irritation.

5. Traitement:

Des recommandations d'experts, rédigées en 2000 et en 2008, évaluent les différentes thérapeutiques possibles, à la fois médicamenteuses et non médicamenteuses, pour permettre une meilleure prise en charge. (6) Elles montrent que, pour la partie médicamenteuse, les infiltrations ont un niveau de preuve B pour ce qui est de la prise en charge de la douleur. Pour ce qui est des techniques non médicamenteuses, les méthodes de manipulation vertébrale, d'ostéopathie ou d'acupuncture montrent des résultats sur l'antalgie à court terme avec un niveau de preuve C. La seule thérapie qui apporte des résultats à long terme sur l'antalgie, et surtout une récupération fonctionnelle, est une prise en charge multidisciplinaire associant une éducation posturale, des exercices physiques ainsi qu'une prise en charge psychologique avec un niveau de preuve de grade B.
De plus, en 2003, le groupe technique national de définition des objectifs de santé publique préconisait, pour les sujets lombalgiques chroniques, la mise en place de programmes multidisciplinaires de réadaptation intensive associés à un conditionnement physique et à une prise en charge psychologique afin d'obtenir une réduction de 20% de la fréquence des lombalgies chroniques.
Malgré toutes ces recommandations, et ce, 7 ans après leur publication, ce qui implique que celles-ci ont eu le temps d'être diffusées, connues et appliquées par les professionnels de santé, la prise en charge des lombalgies chroniques est toujours difficile et non satisfaisante en médecine générale, pour preuve le nombre important de consultations aux urgences pour ce motif. Des thèses, notamment en Languedoc-Roussillon, montrent effectivement la difficulté de la mise en application de ces recommandations en médecine générale. (7)
Ces recommandations n'ont malheureusement pas produit de résultats positifs vraiment significatifs

6. Objectif :

L'ensemble de ces constatations ainsi que ma propre expérience clinique m'ont donc amenée diriger ma recherche et ma réflexion pour identifier quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes picards dans les prises en charges des lombalgies chroniques. L'inventaire de l'ensemble des difficultés rencontrées permettra peut être de faire émerger des solutions nouvelles et efficaces pour l'amélioration de la prise en charge des lombalgies chroniques en médecine générale en Picardie.

II. Matériel et méthodes:

1. Méthode qualitative :

Au vu des objectifs définis précédemment, le recueil de données la réalisation de cette étude est constitué d'une est approche qualitative effectuée grâce à une méthode d'entretien semi-dirigé. Les entretiens ont été réalisés soit de façon physique soit par téléphone l 'intégralité des conversations étant enregistrée avec l'accord des personnes interrogées.

a. Population :

La population concernée par cette étude est constituée de médecins généralistes de Picardie exerçant dans la Somme, dans l'Oise et dans l'Aisne.
L'échantillon n'a pas été réalisé de façon à être le plus représentatif de la population des médecins mais à été constitué de façon à avoir des réponses le plus diversifiée possible.
Les critères de diversité ont été multiples: sexe du praticien, milieu d'exercice rural et urbain, pratique de médecines alternatives, fonction de maître de stage.

Chaque groupe a été formé de façon à peu près proportionnelle. J'ai donc choisi volontairement de recruter 4 praticiens par département avec deux médecins exerçant en milieu urbain et deux médecins exerçant en milieu plutôt rural.
Ces critères ont été choisis pour représenter un large panel de pratiques, de formations et de sensibilités.
Dans la littérature, les études qualitatives réalisées avec une méthode d'entretien semi-dirigé obtiennent une saturation des données entre neuf et vingt entretiens.
Au vu de ce constat, une liste de douze médecins a été établie. Les premiers médecins inscrits ont été choisis dans mon entourage personnel: professeur au sein du département de médecine générale d'Amiens (DUMGA), maître de stage et médecin de famille.
La liste a ensuite été complétée par des praticiens sélectionnés au hasard sur les pages jaunes en fonction de leur lieu d'exercice.
Les médecins ont d'abord été contactés téléphoniquement pour convenir d'un rendez - vous ultérieur. Les médecins ne souhaitant pas répondre ont été remplacés en suivant les mêmes critères.
Une fois le rendez- vous fixé, l'entretien avait lieu soit en face à face dans leur cabinet soit par téléphone en fonction de la volonté des praticiens.

b. Le guide d'entretien :

Les entretiens ont été menés selon un guide semi structuré permettant d'établir une trame lors du déroulement de la séance. Ils se sont déroulés en deux parties.
une première partie composée de questions en vue d' une analyse statistique sur la composition de la population et une deuxième partie constituée de questions ouvertes et neutres permettant une grande liberté de parole du praticien tout en essayant de se concentrer sur les problématiques à aborder.

c. Choix des axes :

Le choix des axes d'entretien à été effectué après lecture des recommandations de l'ANAES et grâce à l'expérience professionnelle de la thésarde acquise lors de ces stages en médecine générale. Une trame d'entretien a ensuite été proposée au directeur de thèse qui a apporté les modifications qui lui semblaient nécessaires. Les axes ont alors été transmis aux enseignants

de DUMGA qui ont vérifié la cohérence avec la réalisation d'une thèse qualitative et lui ont apporté les correctifs nécessaires.
La trame finale a été constituée autour de 6 axes de recherche.

Axe n°1 : la définition des lombalgies chroniques visant à étudier les difficultés de diagnostic rencontrées par les médecins généralistes.

Axe n°2 : les motivations justifiant la réalisation de prises en charge complémentaires tels que les examens complémentaires et les consultations spécialisées.

Axe n°3 : les difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Axe n°4 : les difficultés rencontrées lors de la mise en place de traitements non médicamenteux.

Axe n°5 : les difficultés relationnelles rencontrées lors de la prise en charge aussi bien avec les patients qu'avec d'autres professionnels de santé.

Axe n°6 : les pistes d'amélioration de la prise en charge des lombalgies chroniques.

Les 3 premières questions traitaient des caractéristiques statistiques de notre population de médecins Annexe 1 (script entretien)
Le recueil de données a eu lieu de juin 2016 à septembre 2016.

2. Analyse du contenu :

a. Transcription des entretiens :

Après anonymisation des entretiens, les enregistrements vocaux réalisés ont été intégralement retranscrits mot à mot selon la méthode verbatim sur un document word.
Les aspects non verbaux ont aussi été retranscrits.
Un des entretiens n'a pu être enregistré à cause du refus du médecin. Cet entretien a donc été entièrement écrit sous la dictée en essayant de retranscrire le plus fidèlement possible les expressions du médecin.

b. Analyse de données et triangulation des données :

L'analyse des données à été réalisée à l'aide du logiciel N'Vivo 11. Il a d'abord été réalisé un encodage axial puis un regroupement thématique transversal par niveau de récurrence et de similitude.
L' étape finale d'analyse interprétative a permis d'élaborer des hypothèses en utilisant la méthode d'analyse ancrée. (8)
L'un des entretiens a été codé séparément par la thésarde et par une autre thésarde en médecine générale pour permettre la triangulation des données.

III. Résultats :

1. Les entretiens :

92 médecins répartis sur l'ensemble de la Picardie ont été contactés pour participer à la thèse. Seulement 11 ont accepté de réaliser l'entretien que ce soit par téléphone ou en face à face. Onze entretiens ont donc été nécessaires pour arriver à saturation des données.
J'y ai inclus l'entretien test car il était intéressant au niveau de la population. En effet, le médecin était une femme et apportait des informations importantes. De plus, il n'y a pas eu de modification importante entre le questionnaire du prétest et le questionnaire définitif. Seule une question a été supprimée. Les autres ont juste été reformulées afin d'être plus ouvertes.
Huit entretiens ont été réalisés en tête à tête au cabinet du médecin généraliste interrogé. Les trois autres ont été réalisés par le biais du téléphone les médecins trouvant cette formule moins contraignante pour eux dans la mesure où ils n'avaient pas à bloquer un créneau de consultation et pouvaient profiter d'un "creux" dans leur journée pour effectuer l'entretien.
La durée moyenne des entretiens a été de 9 minutes et 67 secondes avec une durée minimale de 7minutes et 11 secondes et une durée maximale de 16 min et 24 secondes.

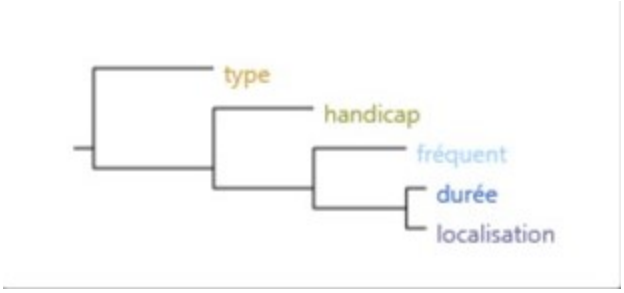
3. Caractéristiques de la population :

L'échantillon de population comprend dix hommes et une femme.
Sur les onze praticiens, sept exercent en milieu semi-rural ou rural et quatre en milieu urbain.
Les 3 départements de la Picardie sont représentés avec, par ordre alphabétique, les villes suivantes : Abbeville, Amiens, Bresles, Choisy au Bac, Compiègne, Crèvecoeur le Grand, Daours, Fouilloy, Origny Sainte Benoite, Queveauvillers.
Quatre praticiens sont maîtres de stage et deux d'entre eux sont enseignants au sein du DMG.
Cinq praticiens possèdent des DU de médecine Manuelle, un d'acupuncture, un de mésothérapie et un d'ostéopathie. Ce qui nous donne 8 praticiens sur onze qui ont des diplômes de médecines alternatives.
Huit praticiens sur les onze interrogés ont par ailleurs des capacités dans des médecines alternatives : un en acupuncture, un autre en mésothérapie, un autre encore en ostéopathie et cinq autres possèdent des DU de médecine manuelle.
Les caractéristiques de la population sont résumées dans l'annexe 2.

3. Analyse thématique des entretiens :

Après analyse et triangulation des données on peut rapporter les résultats suivants pour les différents axes que l'on avait choisi d'étudier.

a. définition de la lombalgie chronique :



La notion de **durée** et de **localisation** est une donnée commune à tous les praticiens.

En ce qui concerne la durée d'une lombalgie chronique on peut observer de grandes différences dans les durées exprimées par les médecins, celles-ci allant de 6 semaines à 6 mois ou exprimant seulement une notion non chiffrable de persistance de symptômes. Ces réponses sont d'autant plus étonnantes que les recommandations de l'ANAES stipulent, quant à elles, qu'une lombalgie est considérée comme chronique à partir de 2 mois.

P1 *« au bout de 2 mois ils ont toujours mal »*

P2 *« qui dure... voire qui se répète. Après, un critère de durée... plus de 6 semaines* "

P3 *« depuis plus de 7 semaines »*

P4 *« plus de 3 mois .....que ce soit sur le long cours »*

P5 *« qui dure dans le temps... on peut parler de lombalgie chronique après 3 à 6 mois de lombalgie »*

P6 *« plus de 2 mois à peu près.....qui peut durer bien plus »*

P7 *« de plus de 3 mois »*

P8 *« qui traîne..... qui traîne un certain temps..... disons au delà de 2 mois »*

P9 *« qui se répète un peu trop souvent.....1 ou 2 fois par mois le patient souffre de ses lombaires. »*

P10 *« persistante, récidivante »*

P11 *« plus de 3 mois. »*

Pour ce qui concerne la localisation, les descriptions sont plus ou moins précises mais n'incluent jamais les radiculalgies alors que, là aussi, ces symptômes sont bien présents dans les recommandations de l'HAS.

P1 *« des gens qui ont eu une lombalgie aiguë »*
P2 *« lombalgie »*
P3 *« toutes douleurs lombaires »*
P4 *« celui qui a mal au dos »*
P5 *« lombalgie »*
P6 *« douleur vertébrale »*
P7 *« douleur du rachis lombaire »*
P8 *« lombalgie »*
P9 *« douleur au niveau lombaire »*
P10 *« douleur lombaire »*
P11 *« qui a mal dans le bas du dos »*

Une autre notion ressort lors de la demande d'une définition à savoir **le type de douleur**. Ceci paraît logique.

P3 *« mécanique »*
P4 *« mécanique..... rythme mécanique*

La notion de **handicap** ressort aussi. Au regard de la lombalgie est, elle aussi, logique même si elle ne fait pas partie de la définition au sens strict.

P1 *« il y en a qui vont avoir réellement une activité limitée, tous n'ont pas d'activité réellement limitée. »*
P5 *« ça reste, n'importe comment, handicapant »*
P10 *« handicapante »*

La dernière notion qui apparaît dans cette étude est la notion de **fréquence.**

P1 *« relativement fréquent »*
P4 *« Ils ont tous mal au dos les gens »*
P6 « *symptomatologie importante »*

b. motivation de la prise en charge complémentaire :

Les arguments principaux motivant une prise en charge complémentaire sont **<u>les diagnostics différentiels</u>** et **<u>l'absence d'amélioration</u>**.

Dans cette question, qui regroupait à la fois motivation de réalisation d'actes complémentaires et l'adressage à un spécialiste, ces deux motivations sont logiques et cohérentes.

P1 *« scanner vraiment s'il y a une association avec une sciatique..... L'IRM si vraiment... si ça évoque un canal lombaire étroit peut-être »*

P3 *« doute sur un phénomène inflammatoire »*

P4 *« pas ceux qui ont des signes inflammatoires... ceux qui ont mal le matin au réveil... faut se méfier des jeunes qui ont mal au dos dès le réveil, qui disent qu'il faut qu'ils se lèvent parce qu'ils ont mal au dos... chez ceux-là, faut chercher la spondylarthrite ankylosante... on a des petits trucs qui tiltent comme ça en médecine générale.....ont un rythme inflammatoire c'est ça qui nous inquiète plus.....les jeunes qui ont mal au dos c'est pas si courant que ça c'est pas si normal d'avoir mal au dos de façon chronique.....ceux qui ont des risques d'ostéoporose »*

P5 *« y a un minimum... c'est de faire un bilan radiographique.....on n'a pas à faire de scanner ou d'IRM.....on fera une biologie de débrouillage pour rechercher une maladie chronique crp HLAB 27, tout ce qui peut rentrer dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire chronique. »*

P6 *« les mécanismes de survenue sont importants si c'est une évolution lente ou progressive ou si c'est survenu d'un seul coup ou si c'est post traumatique... voir le contexte pathologique s'il y a eu une altération de l'état général, s'il y a eu un bilan sanguin récent, s'iln' y a pas des maladies chroniques associées... euh, des cancers..... si c'est plutôt une douleur avec un point localisé particulier..... Scanner si radiculalgie ou si manifestation neurologique associée »*

P7 *« selon l'examen clinique particulier, à savoir s'il y a une douleur d'allure mixte ou inflammatoire »*

P10 *« scanner si radiculalgie »*

P11 *« pas systématiquement... s'il y a des éléments inquiétants : risque de fracture ostéoporotique ou un antécédent de cancer..... Dans un premier temps, au sans strict, je ne fais pas de scanner ou d'IRM si je n'ai pas de sciatalgie, si je n'ai pas, sur*

une radio, quelque chose qui m'oriente après la lombalgie avec des problèmes de marche oui. »

P1 *« si ça traîne de trop..... inefficacité du traitement »*

P2 *« base la radio au-delà 6 semaines »*

P3 *« après 7 semaines d'évolution d'un lumbago automatiquement on fait de l'imagerie »*

P4 *« Ce qui ne s'améliore pas..... les médicaments ne marchaient absolument pas.....quand l'évolution paraît pas normale c'est à dire qu'il n'y a pas d'amélioration »*

P6 *« si ça résiste au soin manuel, alors là, je propose un bilan radiologique. »*

P8 *« radio après 4 à 6 semaines »*

P10 « *la persistance des symptômes »*

P11 *« depuis 3 mois... oui, il va avoir une radio, ça c'est sûr »*

Si l'on analyse spécifiquement l'adressage au spécialiste, on remarque que **l'envoi au rhumatologue ressort comme un dernier recours** car beaucoup ne pensent pas qu'il puisse les aider sauf s'il existe une étiologie rhumatologique. De plus, certains pensent que les rhumatologues ne sont pas compétents ou n'apportent pas plus dans le domaine des lombalgies chroniques.

P5 *« Envoi au spécialiste, c'est plus rare... dans les cas vraiment tenaces on enverra au rhumato »*

P6 *« C'est très rare car toute les lombalgies chroniques sont bien traitées en médecine manuelle en général. C'est rare que j'adresse les patients sauf si je suspecte d'autres problèmes j'ai une arthrose évoluée »*

P8 *«le spécialiste, quand j'ai tout essayé.....je l'envoie, le rhumato rarissime car j'estime qu'ils sont moins bien armés que les médecins du sport ou les médecins rééducateurs..... Les rhumato, je suis pas sûr qu'ils soient les mieux placés pour traiter le dos »*

P9 *« quand je suis dans l'échec.. quand ça cafouille... je passe la main à un rhumato »*

P10 *« l'avis spécialisé c'est en dernier recours »*

P11 *« consultation vers un spécialiste, il faut que j'envisage une pathologie rhumatismale »*

Une autre motivation d'examen complémentaire est **l'identification du diagnostic de lombalgies communes.**

P4 *« il a tous les facteurs de risques pour avoir mal au dos »*
P5 *« comme une arthrose, des fois, c'est simplement des désordres disco-ligamentaires et des problèmes musculaires avec une faiblesse du rachis et des masses para-vertébrales »*
P6 *« difficulté c'est qu'en dehors de l'examen clinique il y a peu de chose sur le plan radiologique... c'est ce qui caractérise la lombalgie chronique »*

P7 *« Pour une lombalgie commune pas d'examen complémentaire pas de consult systématique d'un spécialiste »*

P9 *« lombalgie chronique, c'est systématique... je demande les examens complémentaires »*

Une paraclinique classique non contributive est aussi un motif rapporté par les médecins pour justifier la réalisation d'actes complémentaires.

P3 *« donc radio plus scan? Oui... voir l'IRM »*
P4 *«donc on a fait une radio qui ne montrait rien... donc on a fait un scanner »*

P9 *« scanner facilement et en fonction de tout ça... peut-être une IRM »*

Les deux autres motifs de prescription d'actes complémentaires cités sont : **l'inquiétude et la demande du patient** d'une part et **la recherche d'éléments orientant la prise en charge** d'autre part.

P10 *« beaucoup de demandes d'imagerie qui sont pas toujours justifiées... je veux une radio ou... je veux une IRM... je veux savoir ce que j'ai. »*

P11 *« C'est la tentative de soulager le patient dans l'expectative d'une pathologie grave »*

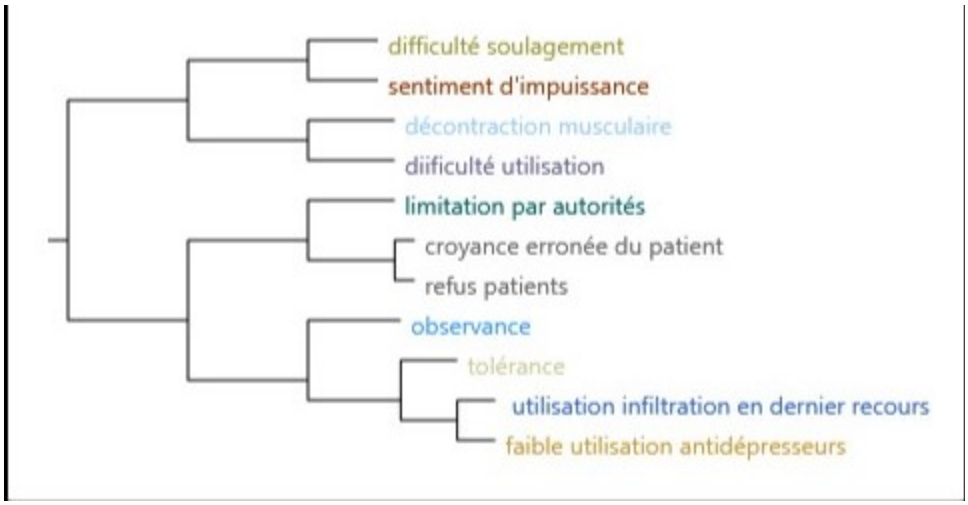
P4 *« Ca nous renseigne pas mal sur l'état des disques, l'état des sacro-illiaques, les risques de tassement pour les angulations, les cambrures, les lordoses, les scolioses, quelquefois l'inégalité de longueur des jambes... quelquefois c'est intéressant de les avoir, ça nous avance. »*

P5 *« il y a aussi les troubles statiques qu'on rencontre souvent mais qui sont idiopathiques... genre les os plats, les hyperlordoses qui donnent plus facilement des lombalgies chronicisées. »*

L'intensité douloureuse est aussi un motif évoqué même s'il n'est cité qu'une seule fois.

P3 *«l'épisode aiguë douloureux a un paroxysme trop important »*

c. difficulté dans le traitement médicamenteux :



La principale difficulté qui ressort pour ce qui est de la prise en charge par traitement médicamenteux est la **tolérance** des médicaments : elle est citée par huit médecins.

P1 *« quand les gens ont souvent des problèmes gastriques je vais peut-être proposer des corticoïdes car j'ai l'impression que ça donne moins de problèmes gastriques »*
P4 *« la tolérance des anti-inflammatoires qui pose problème... c'est toujours la même chose »*
P5 *« et je parle pas des effets indésirables. »*
P7 *« principalement de la tolérance du traitement »*
P8 *« quand les gens ont besoin d'AINS... avec les gens qui les supportent pas et les personnes âgées pour qui c'est contre indiqué .....les antalgiques de palier 2 c'est ce qui est recommandé actuellement par l'HAS avec toutes les problématiques de la tolérance des paliers 2 dont nausée, sédation, vomissement, constipation .....laroxyl qui est systématiquement, 9 fois sur 10, pas toléré »*
P9 *« les effets secondaires des anti-inflammatoires, sinon le fait que les antalgiques type codéine tramadol soient mal tolérés »*
P10 *« la mauvaise tolérance des paliers II »*
P11 *« gérer les contre-indications »*

La deuxième difficulté citée par les praticiens est **l'observance du patient.** Là aussi, ce n'est pas choquant et c'est même plutôt normal car c'est ce qui ressort à chaque étude sur une prise en charge médicamenteuse.

P2 *« après y a le problème de l'adhérence au traitement »*

P8 *« les gens le prennent une nuit, 2 nuits et ils l'envoient à la poubelle »*
P9 *« j'ai pas l'impression qu'il y ait de difficulté particulière dans l'observance des patients car, quand les gens ont mal, ils prennent leurs médicaments »*

P10 *« les patients sont pas toujours observant... souvent les patients prennent un jour ou 2 puis arrêtent »*

La troisième difficulté évoquée est plus atypique : il s'agit de **la limitation par les autorités.**

P2 *« la partie contracture... aujourd'hui on n'a plus de vrai décontracturant »*
P4 *« ils nous limitent... on en a donné pendant des années largué à main nue puis là, ah non, c'est très dangereux.....les médicaments c'est très difficile à gérer »*
P5 *« y a pas 36 traitements..... le problème c'est que tous les protecteurs cartilagineux genre chondrosulf piasclédine et compagnie ont été déremboursés ..... alors maintenant c'est plus remboursé, donc c'est embêtant »*

Les autres difficultés rencontrées sont moins techniques mais plus cliniques : on retrouve d'abord **la difficulté à obtenir une décontraction musculaire.**

P4 *« les décontracter musculairement ça les aide »*
P7 *« qu'on retrouve quelque chose de sous-jacent comme des contractures musculaires très importantes »*
P8 *« anxiolytiques en tant que décontractants peuvent avoir toute leur place »*

Puis **la difficulté à obtenir un soulagement du patient**.

P2 *« en fait à part les antalgiques et les anti-inflammatoires, mais qui agissent par leur effet antalgique, onn'a pas grand-chose d'autre »*
P3 *« soulager nos patients.....les thérapeutiques que l'on a à notre disposition ne sont pas toujours efficaces »*

Un seul praticien a mis en avant **le refus du patient**, alors que cela en concerne certainement plusieurs.

P5 *« des anti-inflammatoires par cure de courte durée qui sont pas toujours acceptés par les gens.....difficulté, en particulier lorsqu'on peut donner des produits genre cymbalta (mais je suis pas folle, docteur !)…Difficulté de prise en charge lorsqu'on veut faire des infiltrations parce qu'ils ont peur. »*

De même un praticien met en avant **des croyances erronées** sur les médicaments qui conduisent le patient à être inobservant.

P5 *« oui, mais c'est toxique pour le foie... non, aux doses normales c'est pas toxique chez un individu normal. »*

La dernière difficulté évoquée par les praticiens est **le sentiment d'impuissance.**

P3 *« ça nous oblige.....on est quand même relativement démuni »*

Cette étude fait ressortir 2 autres prescriptions pour lesquelles les praticiens n'évoquent pas de difficultés mais que, de leur propre aveu, ils n'utilisent pas. Il s'agit de **l'utilisation des infiltrations (en dernier recours)** et **de la faible l'utilisation des antidépresseurs .**

P1 *« Parfois les antidépresseurs anxiolytiques, ça dépend d'abord s'il prend des anxiolytiques ou pas »*

P2 *« antidép exceptionnellement sauf si symptomatique d'un état dépressif sous-jacent sinon pas d'antidépresseurs dans la lombalgie. »*

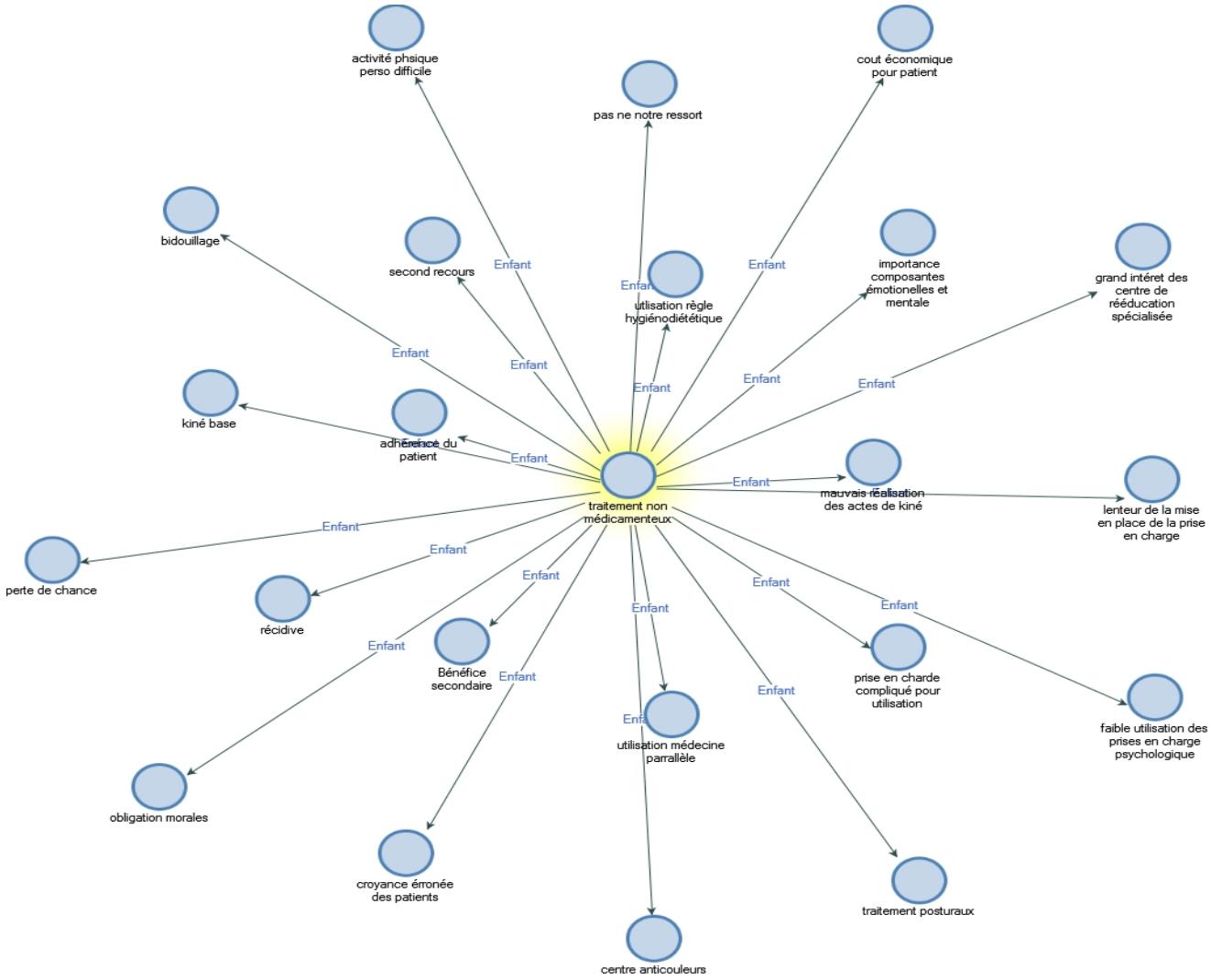
P3 *« antidépresseurs ? Oui ça m'arrive »*
P4 *« antidépresseurs notamment le cymbalta qui est le grand truc à la mode ou l'effexor quelquefois on y arrive, on les soulage.....donc quelquefois on l'utilise »*
P5 *« Si j'ai un doute... J'aime bien le cymbalta »*
P6 *« Antidép ou tricyclique c'est quand on a une évolution de la maladie: c'est plus de la lombalgie chronique, on est dans les conséquence de la maladie, il peut y avoir une dépression associée à la lombalgie, une invalidité »*
P7 *« antidépresseurs pas trop trop spécialement de manière spécifique.....Si on arrive aux antidépresseurs je pense que je demanderais plus son avis à un médecin de la douleur ou chose comme ça. »*
P8 *« on peut être amené à utiliser les ISRS dans certain cas »*
P9 *« quasi plus maintenant... avant, ouais, j'avais le réflexe laroxyl mais j'y crois très moyennement sur l'intérêt des soit-disant adjuvants. »*
P11 *« pas spécialement, non, quand y a une pathologique psychologique évidente..... que cette personne reconnaît que cette pathologie n'arrange pas les choses je leur propose parfois un traitement antidépresseur d'essai en disant que ça peut agir sur leurs douleurs et voilà directement non. »*

On note aussi une **utilisation des infiltration en derniers recours** alors que, dans les recommandations, c'est un haut niveau de preuve.

P1 *« infiltration oui quand ça traîne beaucoup »*

P2 *« Infiltration dans lombalgie très algique souvent quand y a une composante radiculaire »*
P3 *« j'en fais parfois en paralombaire ça m'arrive »*
P4 *« c'est les infiltrations sous scan, là ici y a un radiologue qui fait ça super bien donc il va aller infiltrer les interapophysaires postérieures et ça marche pas mal on a vraiment des bons résultats c'est en désespoir de cause »*
P5*« infiltrations il faut qu'il y ait une discopathie si on parle de lombalgie chronique isolée. Oui on le fait dans l'arthrose, oui, effectivement, mais on fait plus souvent des infiltrations sur des lombosciatalgies.*
P7 *« ne fais pas d'infiltrations »*
P 8 *« médecins radio interventionnels pour faire des infiltrations »*
P9 *« Non,surtout pas, je laisse ce soin au rhumato en général ..... ça passe d'abord par l'étape neurochir quand on en est là, et c'est le neurochir qui propose l'infiltration sous guidage écho. »*
P10 *« ne fais pas d'infiltrations. »*
P11 *« Non,je fais pas d'infiltrations car j'estime qu'il faut faire les infiltrations sous guidage échographique au moins voir scanner »*

d. difficulté dans l'utilisation des traitements non médicamenteux :



La difficulté qui ressort le plus est **l'adhérence du patient** au traitement : elle est cité par huit médecins sur onze.

P1 *« psy difficile car les patients sont réticents »*

P2 *« donc ils n'y adhèrent pas…….Adhésion du patient, y a un certain nombre de patients qui ont pas envie de se bouger qui attendent une solution miracle qui fasse qu'ils aient plus mal au dos or, la lombalgie, c'est d'abord un apprentissage à vivre et à revivre malgré un dos douloureux hein que ils vont pas faire le travail…….....beaucoup de mal à ce que les gens adhèrent à la prise en charge. »*
P3 *« les envoyer loin c'est de mesurer leur motivation »*
P5 *« la kiné ils y vont assez facilement……....faut du temps donc il faut un arrêt de travail ils ont peur de problèmes avec la sécu……..les patients on les fait pas toujours faire ce qu'on voudrait »*
P6 *« l'appréhension des patients s'ils ne connaissent pas la médecine manuelle ou l'ostéopathie ».*
P8 *« j'ai l'impression que les gens, de plus en plus, maintenant, sont d'accord pour aller voir un psychologue…….Les gens n'ont pas de problème avec la kiné…… ……les ostéopathes, les gens y vont assez facilement……un psychologue, y a tout ce qui mais il faut que les gens acceptent d'aller voir le psychologue c'est souvent proposé régulièrement mais moi j'ai beaucoup de refus de ce côté-là »*
P9 *« kiné, j'ai l'impression que les gens adhèrent bien en général…….c'est très rare que quelqu'un adhère à quelque chose qui ne va pas de soi parce que ça va pas de soi de raconter sa vie à quelqu'un qu'on ne connaît ni d'Eve ni d'Adam partir de douleur il faut vraiment que ce soit pris dans un malaise existentiel beaucoup plus compliqué »*

La deuxième difficulté exprimée le plus souvent par les praticiens interrogés est celle concernant **les croyances erronées des patients :** on retrouve ce motif cité six fois.

P2 *« la plupart viennent pour un traitement miracle et quand on leur prescrit des antalgiques on s'aperçoit qu'en fait ils ne les prennent souvent pas, ils attendent autre chose donc il y a un décalage entre ce que les gens attendent et ce que l'on propose »*
P3 *« faire prendre conscience de l'utilité de ces prises en charge …….. la difficulté de pouvoir faire prendre conscience au patient que c'est une prise en charge à long terme lombalgie chronique c'est pas connu dans le grand public »*
P4 *« y a la mauvaise idée que mettre une ceinture c'est horrible après ils auront un dos en compote, qui tiendra plus, sans muscles... en fait c'est pas vrai, s'ils la mettent pour travailler puisqu'ils l'enlèvent après y a pas de problème »*
P5 *« donc difficulté de prise en charge, oui, je vous dis, les gens cherchent le traitement miracle. »*
P6 *« Les gens ont l'impression que, quand ils ont mal au dos, ça y est, c'est foutu, y a une sorte de préjudice moral, la lombalgie chronique c'est un genre de fardeau de la vie, ils s'imaginent le pire à chaque fois qu'ils ont mal au dos, ils sont persuadés que c'est irréversible... alors que non !»*
P10 *« les gens veulent être guéris tout de suite et ils sont dans la non-acceptation de la douleur. »*

Il ressort ensuite **la notion de prise en charge compliquée** car difficile à mettre en place par le généraliste ou à cause de l'éloignement des lieux de prise en charge par rapport au patient.

P1 *« l'école du dos ça m'arrive mais peut-être 4 fois par an parce que difficile d'accès en général »*
P3 *« mais ils connaissent peut-être pas ça les gens donc ils vont peut-être pas jusque là »*
P4 *« je l'ai envoyé à Berck et à Berck ils ont dit si l'école du dos serait bon pour elle; y a une très bonne équipe à Berck, ils font du bon travail, mais la sécu refuse la prise en charge »*
P5 *« l'école du dos c'est plus difficile »*
P11 *« école du dos, non, on n'a pas ça, faut aller sur Paris ou sur Amiens mais on est à 60km de Paris et Amiens 80km donc non je fais pas appel à l'école du dos. »*

Un autre problème important soulevé par les praticiens est la **lenteur de la prise en charge.**

P1 *« sur le délai des gens qui se plaignent tout le temps »*
P5 *« pour avoir des places dans ces centres c'est pas toujours facile. »*
P6 *« on a la possibilité d'avoir un avis de médecin de la douleur mais les rendez-vous sont entre 4 et 6 mois …….le problème ici c'est principalement les délais ici pour écoles du dos c'est calots à Berk mais là aussi les délais de rendez-vous sont entre 3 et 6 mois ……les délais sont très très très importants on a des psychologues cliniciennes sur Abbeville où les délais sont de 1 mois »*
P8 *« besoin d'un psychologue remboursé c'est le CMP et à ce moment-là on a un délai monstrueux ……..Les consultations pour la douleur à l'hôpital c'est 6 mois voire un an……Les centres de rééducation y en a pas beaucoup, y en a un à Berck et les rendez-vous sont très longs à obtenir……..pareil venant de la médecine générale c'est long……qu'au bout de 2 mois où un patient n'a pas travaillé euh aura beaucoup de mal à reprendre le boulot. La difficulté elle est là, c'est souvent le problème de la prise en charge du soin……c'est fait pour ça, mais c'est 6mois de délai dans la consultation de la douleur »*
P10 *« écoles du dos sont non disponibles……prise en charge en centre antidouleur à Amiens c'est bien mais les délais sont de 6-9 mois donc presque quand les gens viennent à la première consultation il faudrait prendre rendez-vous…….Le centre de rééducation à Corbie oui c'est possible mais les délais de rendez-vous sont de 6 à 9 mois »*

Un autre problème ressort : c'est que les médecins généralistes, du fait du traitement médicamenteux réduit, pensent que **le traitement n'est pas de leur ressort** mais plutôt multidisciplinaire voire paramédical.

P1 *« ils vont être pris en charge souvent par une équipe »*
P2 *« pouvoir adresser au neuro radio ou au rhumato pour discuter d'une infiltration »*
P3 *« avoir une prise multidisciplinaire ……..une prise en charge multidisciplinaire »*
P4 *« Alors on fait à notre échelle……C'est plus du para du paramédical que du médical pur. »*
P9 *« École du dos non ça c'est en haut lieu que ça se décide »*

La kiné est utilisée comme base du traitement non médicamenteux par une majorité de médecins.

P1 *« la kiné classique avec éventuellement physiothérapie à visée décontractante technique de Mézières »*
P4 *« Le traitement de base des lombalgies chroniques c'est la kiné…….si, la kiné c'est la base »*
P5 *« la kiné ils y vont assez facilement, »*
P6 *« kiné, c'est plutôt pour des rachis lombaires raides avec des raideurs du rachis avec des complications musculaires c'est surtout pour traiter les raideurs »*
P8 *« La kiné ça c'est pas un problème »*
P9 *« Kiné, j'ai le réflexe facile de prescription de kiné »*
P11 *« Le kiné, non, y a pas de soucis on en trouve facilement pour prise en charge musculaire avec manipulation parfois et pour une relaxation on est bien loti en kiné chez nous »*

Cependant, la kiné pose le problème de **la mauvaise réalisation des actes.**

P1 *« le kiné fait un peu mais peut-être pas suffisamment »*
P2 *« Le deuxième élément, c'est les kinés eux-mêmes qui, pour certains, vont faire un travail gainage étirement conscientisation posture et économie rachidienne et pour un certain nombre, vont faire un petit peu de massage, un peu de mise sur machine, un peu de chaleur et au revoir messieurs-dames »*
P9 *« mon idée, la tendance actuelle étant la rentabilité, comme dans beaucoup de domaines, on les colle un peu trop vite sur un vélo ou à faire je sais pas quoi; les gens le disent : il y a des kinés qui sont, voilà, attentifs impliqués mais y aussi des kinés.... »*
P10 *« les kinés c'est souvent insuffisant: on a l'impression que les kinés c'est surtout du business... on fait des papouilles par-ci par-là et puis voilà »*

Une autre des difficultés retrouvées est la sensation de **bidouillage** pour arriver à soulager le patient notamment là où les spécialistes n'ont plus de solution.

P2 *« moi ma stratégie »*
P4 *« faut quand même trouver une solution (rire) l'hôpital, il les renvoie en disant vous verrez votre médecin... débrouillez-vous... mais nous, faut qu'on les porte une solution …….faut trouver des idées »*
P7 *« On essaye de prendre en charge les patients par nous-mêmes »*

Dans les messages de santé publique, l'activité personnelle est mise en avant mais dans le cas des lombalgies chroniques **l'activité personnelle apparaît comme difficile à mettre en place**.

P2 *« or y a besoin d'un travail d'étirement et de gainage qui soit entretenu régulièrement »*
P4 *« La piscine par eux-mêmes c'est une catastrophe: il vont nager la brasse et ils se font un mal de dos de chien parce qu'ils sont en hyperlordose ……..c'est pas*

évident, je trouve l'activité physique pour le dos c'est pas si évident que ça pour les gens... alors y en a qui font du vélo, sincèrement c'est pas si évident que ça »
P6 *« l'autogym on peut proposer au patient de l'autogym donc ça aide beaucoup. »*

Un grand classique des difficultés de prise en charge en santé c'est **le coût économique pour le patient** et il ressort effectivement aussi dans cette étude.

P7 *« effectivement la population d'Abbeville a du mal à payer ce genre d'actes paramédicaux donc il faut que ce soit remboursé »*
P8 *« on a beaucoup de mal à le mettre en place car ça coûte extrêmement cher …… ……. la difficulté c'est le coût de la manœuvre »*
P5 *« c'est plus remboursé, donc c'est embêtant, donc on fait soi-disant des produits analogues, j'ai pas bien regardé les dosages en pharmacie, beaucoup moins chers ».*

Comme dans toutes les maladies chroniques, **la récidive** est une difficulté de la prise en charge.

P3 *« que l'efficacité de la kiné ou autre n'est pas perçue…….. c'est une prise en charge à long terme »*
P5 *« traitement itératif et faut les faire venir régulièrement quand même, juste pour quelques piquouses de mésothérapie »*

Avec le développement et le remboursement par les mutuelles de certaines médecines parallèles, entre autres l'ostéopathie, il apparaît pour les médecins généralistes une nouvelle difficulté celle d'arriver en **second recours aux soins** alors que les généraliste ne sont pas des spécialistes.

P3 *« les gens vont butiner un peu ailleurs pour trouver la solution à leur problème... y en a pas toujours »*
P4 *« avant nous ils iront voir l'ostéopathe avant nous on les voit souvent après l'ostéo ça devient un peu récurrent. …….Les ostéos, ouh ça y va les ostéos, mais y a pas besoin de nous, malheureusement, y en a beaucoup »*
P11 *« honnêtement, beaucoup de gens sont déjà allés chez l'ostéopathe avant de venir me voir »*

Les médecins traitants font ressortir une autre difficulté celle de leurs **obligations morales,** notamment en ce qui concerne les arrêts de travail.

P4 *« si un jour il veut pas travailler je peux pas, je peux que l'arrêter »*
P8 *« c'est une problématique de la médecine générale, on a la possibilité de faire durer ces arrêts de travail »*

Une autre difficulté relevée concerne la notion de **bénéfice secondaire** associé à la pathologie. C'est, là encore, une difficulté bien connue en santé bien que dans cette étude elle n'apparaisse qu'une seule fois.

P2 *« qu'il a un bénéfice secondaire à sa lombalgie »*

La dernière difficulté, qui serait plutôt une conséquence, c'est la notion **de perte de chance** du patient du fait d'une prise en charge optimale impossible.

P7 *« c'est au détriment hélas »*

Certaines conclusions reviennent souvent dans les entretiens sans être réellement considérées comme des difficultés par les praticiens bien qu'elles aient une importance prépondérante. C'est ainsi qu'on peut noter l'existence **de composantes émotionnelles et mentales importantes** dans la lombalgie chronique.

P1 *« éventuellement les psys qui vont utiliser d'autres techniques »*
P2 *« si y a un facteur psychologique sous-jacent on va le prendre en charge sur la psycho somatisation la lombalgie peut être de fait une pathologie qui être de traduction de souffrances psychologiques »*
P4 *« les gens comme ça on fait pas vraiment les psychothérapies mais on utilise des traitements des centres de la douleur……notre difficulté c'est de les porter les gens, faut quand même qu'on les porte, les gens, d'un bout à l'autre …….. c'est un psychiatre qui m'a appris ça: tu sais, ta parole est déjà thérapeutique et ça, c'est important... et c'est vrai que des fois, rien que de les écouter, d'être à l'écoute de ce qu'ils disent, de dire tiens ça peut être finalement. Faut savoir écouter mais c'est pas du blabla ou du vent pour eux c'est important, ils déposent leur fardeau, y a vraiment un côté... je pense que c'est important, voilà. »*
P5 *« parce que c'est psychosomatique, y a un grosse partie psychosomatique »*
P7 *« psychologue clinicienne et de manière systématique toute personne qui va au centre anti douleur a une prise en charge psychologique. »*
P8 « la lombalgie c'est pas n'importe quelle pathologie, c'est souvent très très très très intriqué avec les problèmes psycho; on peut pas enlever la lombalgie chronique avec le monsieur qui est derrière qui a un cerveau qui pense et généralement la lombalgie c'est quelqu'un qui a des problèmes dans la vie et l'expression populaire qui dit "j'en ai plein le dos" ça dit bien ce que ça veut dire... ça veut dire que c'est quelqu'un qui va utiliser son dos plus ou moins comme manière de s'exprimer ……. ……..L'abord psychologique est très important…….. la problématique c'est la prise en charge psy, psychologique……..c'est rôle du psychisme +++, rôle du psychisme +++ …….y a un profil du mal de dos: souvent on voit des patients qui ont quand même un intérêt à avoir mal dans le dos sur le plan professionnel, qui ont des problèmes de reconnaissance …….dans les compagnies d'assurances, en fonction que tu rentres tout seul dans un arbre ou qu'on t'envoie dans un arbre... d'un côté, c'est 3 semaine d'arrêt, de l'autre, c'est 6 semaines d'arrêt... donc, ce qui prouve que le psychisme, même si les gens disent que non,y a une grande grande part de psychisme dans ce type de maladie. »
P9 *« on peut penser qu'il y a une part bien subjective dans le mal de dos »*
P11 *« la radio sert pas à grand-chose mais on sait que de faire une radio rapidement ça soulage, enfin, y a une charge émotionnelle pour les gens qui ont mal au dos qui se lève. »*

Malgré cet argument de poids sur l'étiologie de la lombalgie, l'utilisation d'une prise en charge psychologique reste sous-utilisée pour diverses raisons : faible intérêt thérapeutique, refus du patient, coût économique, entre autres.

P2 *« donc je vais prendre en charge la lombalgie dans la répétition et à l'occasion de la répétition des consultations et ça va être l'occasion pour progressivement venir aborder la souffrance qui peut être sous-jacente d'une part, la dépister, et d'une autre part la traiter »*
P3 *« Psychothérapie... si, j'envoie au psychiatre des fois. »*
P4 *« La psychothérapie... pourquoi? quel intérêt ?……on fait pas de psychothérapies »*
P5 *« psychothérapie... très peu »*
P7 *« Psychothérapie...j'en prescris sur demande; en effet, on va creuser avec le patient s'il y a autre chose à travailler »*
P9 *« comme ça, directement, mal au dos égale psy... sûrement pas. »*
P10 *« psy... je vois pas d'intérêt »*

Si l'on regarde les traitements utilisés, tous les praticiens qui possèdent des compétences dans des **<u>médecines parallèles</u>** utilisent leurs compétences.

P1 *« je les fais faire... parfois la méso……L'ostéo, plus souvent que acu, fréquemment »*
P3 *« j'utilise aussi la mésothérapie ……il y a la médecine étiopathique »*
P4 *« je fais beaucoup de mésothérapie; j'en fais beaucoup là-dessus…….ça les soulage bon ça recommence mais ça marche pas mal »*
P5 *« ça pourrait être des traitements tels que la mésothérapie »*
P9 *« Ostéopathie? bein, si c'est de la lombalgie chronique, bof, je veux bien, sur un truc un peu aiguë, enfin, oui, quand c'est un coup de temps en temps, pourquoi pas, je suis pas absolument sûr sûr, mais oui, je fais, je propose »*
P11 *« Je ne fais pas ostéopathie car j'ai pas la dextérité manuelle; j'ai appris mais ça marche pas donc j'adresse, je conseille quand y a des phénomènes de contractures évidents répétitifs ça marche pas trop mal »*

On note un **<u>grand intérêt pour les centres de rééducation spécifique</u>** malgré leur faible utilisation.

P3 *« Berk, régulièrement …….c'est des gens hyperspécialisés là-dedans »*
P4 *« école du dos, y en a…….j'en ai fait faire, j'en ai fait faire, euh... si, on fait pas assez ces choses-là »*
P5 *« une prise en charge multidisciplinaire à l'institut Calot peut tout de même apporter des solutions »*
P8 *« Berk y a un service qui est pas mal, ça marche pas mal le service de Berck pour ça »*

Les autres mesures utilisées sans difficulté font appel aux **<u>règles hygiéno-diététiques</u>**

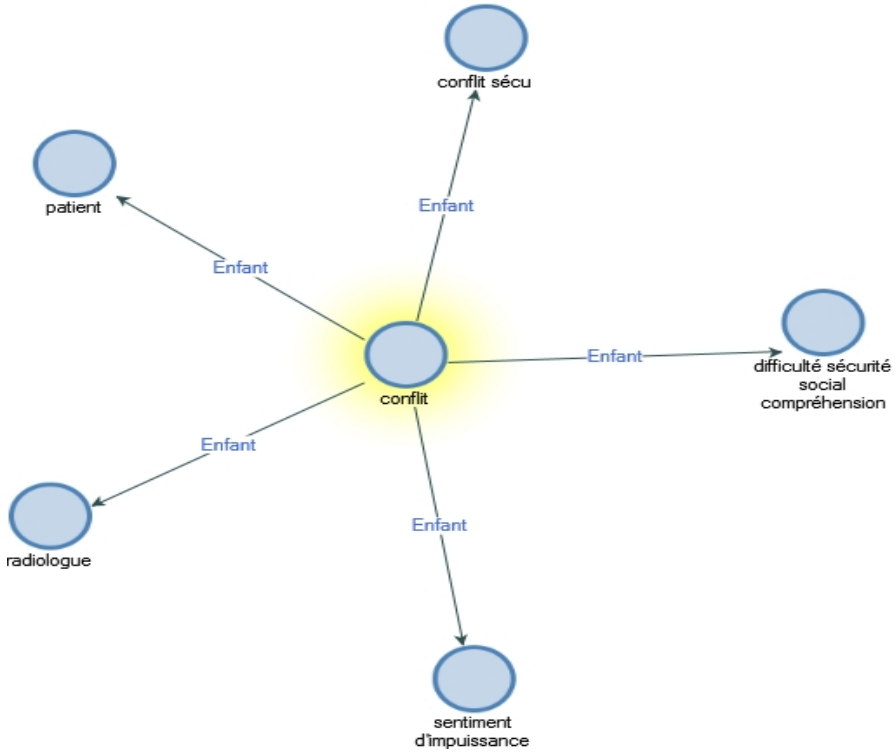
P1 *« je parle de la marche, de marcher, de se reposer quand ils ont mal, mais de pas être tout le temps figé »*
P2 *« ils vont pas faire le travail de kiné chez eux or y a besoin d'un travail d'étirement et de gainage qui soit entretenu régulièrement. »*

P3 *« c'est les règles hygièno-diététiques »*
P5 *« des conseil hygiéno-diététiques tels la façon de s'assoir, la façon de se lever, la façon de porter des charges lourdes, apprendre à plier les genoux plutôt que le rachis... donc on enverra au kiné pour qu'il donne des notions de schéma corporel, pour que les personnes se tiennent mieux par la suite. »*
P8 *« il faut tout de suite, rapidement, leur expliquer que le fait de bouger c'est ce qui va les sauver.. .moi je sais que je leur dis dès la première fois, mon message c'est dès la première fois où je les vois »*

Et aux **traitement posturaux** .

P3 *« J'utilise aussi les prises en charge avec corset, avec immobilisation pendant 2 mois »*
P4 *« je lui ai dit "dès que tu vas faire un bricolage, tu mets une ceinture" »*

e. Conflits avec les patients et/ou les confrères



Le principal conflit retrouvé est celui avec **la sécurité sociale,** ce qui est logique vu que les arrêts maladie prolongés représentent la plus grosse dépense dans la prise en charge des lombalgies chroniques.

P2 *« médecin conseil? le problème va se poser chez le lombalgique chronique invalidé dans son travail »*
P3 *« Oui c'est toujours difficile car les médecins du travail... »*
P4 *« avec les médecins de la sécu, oui, ah... sur le mal de dos, c'est infernal »*

P5 *« donc là on a des problèmes relationnels avec les médecins de caisse. Vous savez que l'arthrose, d'une façon générale, tant qu'il n'y a pas de rhumatisme inflammatoire, vous avez pas le droit à l'ALD. Vous avez des gens qui ont des dos complètement tordus, des tassements dans tous les coins, des colonnes vertébrales en accent circonflexe, y a pas d'ALD or ils ont besoin de cures d'anti- inflammatoires, éventuellement de kinésithérapie, d'infiltrations, pata-ti patata... voilà les difficultés qu'on peut avoir. »*
P8 *« la sécu a tranché dans le vif et, tant pis, j'ai tort, mais voilà je vais pas prendre parti »*
P9 *« ils embêtent pas plus le monde pour les histoires de lombalgie que pour les autres histoires notamment que les histoires psy……ça me gonfle un peu quelque chose d'aussi rigide, ouais, y a un ordre d'idée »*

On relève par ailleurs un autre conflit, celui avec **<u>les patients</u>**

P4 *« conflit avec patients : « bein... j'ai mal... j'ai des douleurs »*
P5 *« les patients on leur fait pas toujours faire ce qu'on voudrait: il faudrait claquer des doigts et c'est terminé! là, c'est un problème de prise en charge, faut être persuasif »*
P7 *« ça arrive toujours. C'est la difficulté d'une douleur chronique, pas que les lombalgies sur tout patient chronique »*
P10 *« les patients ? quelquefois, car, quand ils sont pas soulagés suffisamment rapidement, on est des bons à rien. »*

Il ressort également des conflits dus à une **<u>difficulté de compréhension du concept</u>** de lombalgie chronique.

P2 *« le médecin du travail va dire "y a pas motif à arrêt de travail" et on peut pas mettre le patient au boulot parce que, au travail, y a peut-être pas de motif à arrêt de travail mais y a un motif en général à ce qu'il ne fasse pas le boulot qu'il fait... les lombalgiques, y a quand même beaucoup de travailleurs de force qui ont des lombalgies chroniques »*
P3 *« difficultés à concevoir ce concept de lombalgie chronique, pour eux, c'est toujours des patients qui tirent au flanc, en fait »*

Il est aussi apparu des **<u>difficultés avec les radiologues,</u>** pas dans le sens de difficulté à avoir un examen, mais que le radiologue veut faire d'autres examens supplémentaires.

P2 *« difficulté majeure avec les radiologues qui, quand vous leur mettez un lombalgique entre les mains, veulent lui faire au moins un scanner quand c'est pas une IRM…… c'est le radiologue qui veut faire marcher sa boutique... euh »*

Il est ressorti, par le biais de cette question, une notion qui n'est pas en soi un conflit mais qui peut en être la cause Il s'agit du **<u>sentiment d'impuissance des médecins</u>** vis-à-vis des patients lombalgiques.

P4 *« on a pas de solution pour les guérir …….ces gens qui font des boulots très durs, le mal de dos c'est une vacherie, une vraie vacherie ……C'est un sujet un peu déprimant"*

P7 *« la chronicité, tout le monde en a un petit peu marre; au bout d'un moment, on aimerait passer …… on se sent un peu démunis »*
P8 *« Oui, je rencontre des problèmes avec les patients, mais pas au sens relationnel, ce sont des patients compliqués à gérer, ça fait partie des patients compliqués à gérer, ça fait partie des patients très compliqués »*

f. Amélioration de la prise en charge

La nécessité d'**<u>une prise en charge multidisciplinaire</u>** est l'amélioration qui a été le plus souvent évoquée avec 5 citations.

P1 *« prise en charge pluridisciplinaire ? avec généraliste rhumatologue, plusieurs intervenants, avec les psys et des art thérapeutes »*
P3 *« facilité prise en charge multidisciplinaire ? Ouais, mais comme j'ai l'école du dos, ça c'est bien »*
P5 « *une prise en charge multifactorielle psycho, rhumato, relaxation etc... »*
P7 *« ça serait bien de faire des prisse en charge spécifiques du dos »*
P8 *« consultation pluridisciplinaire? c'est consultation pour la douleur »*

La seconde proposition est d'**<u>adapter le travail,</u>** autant par une prise en compte de l'ergonomie au travail, que par une réelle préparation musculaire ou la prise en compte d'autres facteurs spécifiques.

P1 *« moins de pression au niveau du travail, moins de burnout »*
P4 *« surtout! comment ils appellent ça, là... de l'ergonomie, de l'ergonomie dans les entreprises, ils le font beaucoup maintenant ……. Leur faire changer de métier, quelquefois ça marche, on est surpris c'est pas ce qu'on leur proposait mais quelquefois ils le font, puis progressivement, puis voilà »*

P7 *« dans les travaux comme les usines et ou les métiers manuels, qu'on fasse comme les chinois, qu'on puisse s'entraîner un petit peu et éviter les difficultés qu'il peut y avoir de troubles musculosquelettiques……..d'échauffement et d'élongations du dos ça c'est un autre problème qui est hors médical »*
P9 *« changer les conditions de travail des gens, c'est quand même ça le gros pourvoyeur des lombalgies chroniques: tu te casses le dos dans le BTP ou certains boulots … …… faudrait une préparation au travail, mais c'est une vue de l'esprit, si on peut avoir une action à ce niveau-là »*

Un autre axe d'amélioration a été évoqué et c'est en fait "le nerf de la guerre" et dans tous les secteurs, je veux parler du **manque de moyens.**

P5 *« Plus de places et plus de centres pour une prise en charge multifactorielle »*
P7 *«former plus de médecins de la douleur avec ouverture de plus de centres de la douleur et d'écoles du dos ……c'est pas la médecine du travail qui pourrait mettre ça »*
P9 *« les médecins du travail n'ont pas les moyens pour faire ces actions-là. »*

Un autre axe d'amélioration encore serait **l'information du grand public** comme cela se fait déjà pour d'autres maladies chroniques où des campagnes publicitaires ont été menées.

P3 *« un passage dans les médias, une information dans les medias du grand public ça serait bénéfique pour bien faire différencier de la population la lombalgie aiguë et la lombalgie chronique: c'est complètement différent; ça permettrait de faire prendre conscience aux gens que la lombalgie ça peut se guérir en 7 semaines et pas en 3 jours ! »*
P7 *« qu'il y a une grosse part de non-écoute de la part du patronat et tout ça, des usines »*
P8 *« rapidement leur expliquer que, le fait de bouger c'est ce qui va les sauver.Moi je sais que je leur dis dès la première rencontre, mon message c'est dès la première fois où je les vois je leur dis dès la première consultation "vous allez être coincé pendant 1 semaine 2 semaines 3semaines, 6mois mais vous ne deviendrez pas pas paralysé euh... et que de toute façon, le dos est fait pour bouger et que plus on bouge mieux on se porte... donc je les incite tout de suite à bouger, pas plus d'une journée de repos et puis kiné le plus vite possible et reprise du travail le plus vite possible. »*

La proposition de **réduire les délais d'attente** est une des propositions faites qui semble plutôt une conséquence du manque de moyens.

P7 *« pouvoir les avoir ici les kinés... on a pas mal d'attente »*
P10 *« Diminuer les délais d'attente en centre de rééducation et en centre antidouleur. »*

La possibilité d'**éviter un passage à la chronicité** est aussi une des solutions envisagée.

P7 *« préconisation pour les patients assez rapidement on va dire, j'attends même pas 3mois »*
P8 *« en évitant qu'ils deviennent chroniques…… c'est the, c'est je pense que la réponse à ta question y a pas de doute c'est ça. ça veut dire que c'est des gens qu'il faut prendre quand ils sont dans l'aigu……..La difficulté de les remettre sur les rails après 2 mois le tout pour pas être embêté c'est d'intervenir avant 2 mois. »*

L'amélioration, voire le contrôle de **la bonne prise en charge par les kinés,** est aussi un axe

cité par les praticiens.

P2 *« la certitude d'une cohérence dans la prise en charge et notamment qu'on soit sûr que la kiné soit une kiné type école avec apprentissage du vivre avec, apprentissage du caissonnage et du travail d'étirement donc ce qui va être dans le remettre dans la vie »*
P9 *« qu'il faudrait qu'il y ait de la kinésithérapie qui soit bien menée »*

La dernière proposition évoquée est une **prise en charge en ALD** à 100% pour ne plus avoir les problèmes du coût de certains traitements comme la psychothérapie ou autres.

P5 *« prise en charge en ALD ce qui laisserait les coudées plus franches au médecin. »*

IV discussion :

1. choix de la méthode qualitative :

Le but initial de notre recherche est de répondre à la question « pourquoi les médecins généralistes n'appliquent-ils pas stricto sensu les recommandations ? »
Si l'on voulait avoir des réponses holistiques et globales, il me semblait indispensable de faire un questionnaire à questions ouvertes pour que les personnes interrogées puissent avoir une latitude maximale dans leurs réponses, sans être bloquées par les préjugés de l'investigateur.

Pour toutes ces raisons, la méthode qualitative a donc été la plus adaptée à répondre à cette question.
Il existe déjà une thèse étudiant ce sujet de manière quantitative réalisée en Languedoc-Roussillon. (7)

De plus, mon expérience personnelle en stage, que ce soit en tant qu'externe ou en tant qu'interne chez des praticiens, m'a fait prendre conscience que la confiance du patient envers son médecin généraliste est primordiale dans toute prise en charge quelle que soit la pathologie. On se rend alors compte que les choix médicaux faits par les médecins généralistes sont bien souvent modulés par beaucoup d'autres facteurs et pas par l'application stricto sensu des connaissances de la science.

Il me paraissait donc très réducteur et peu informatif de borner ma recherche à une thèse quantitative où l'on évaluerait seulement si les médecins généralistes appliquent les recommandations ou non.
Je trouvais beaucoup plus intéressant de connaître les raisons profondes des comportements et des motivations des médecins pour ensuite, forte de ces connaissances, apporter des réponses adaptées permettant une modification des comportements et donc une amélioration des prises en charge thérapeutiques.

La méthodologie qualitative a d'abord été utilisée en sciences humaines par des anthropologues pour étudier des comportements humains dans leur environnement. (9)

Elle a ensuite été utilisée en marketing pour connaître les raisons poussant à un comportement d'achats par le consommateur. (10,11)

Ce n'est que récemment qu'elle commence être utilisée par les chercheurs en santé.
Elle s'inscrit dans une vision holistique et globale du contexte étudié.
Elle permet donc une démarche intégrée dans les modèles culturels et la culture du vécu.

Les méthodes qualitatives et quantitative ne sont pas en opposition, elles sont plutôt complémentaires car elles explorent le même sujet mais selon 2 approches différentes ce qui permet l'exploration de champs de la connaissance différents. (12)
L'étude qualitative va s'intéresser à l'étude des phénomènes sociaux et tenter une compréhension du contexte grâce à l'étude des sujets dans leur environnement.
Elle s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements et permet entre autre d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles.
Ces notions sont prépondérantes dans la relation médecin-malade en médecine générale comme le confirme encore une thèse réalisée récemment sur les raisons des changements de médecin traitant. (13)

2. Choix de l'entretien semi-dirigé :

J'ai choisi l'entretien semi-dirigé car il me semblait le mieux adapté à la population étudiée au vu de la méthode choisie.
En effet, dans la méthode qualitative, le recueil de données peut se faire soit en focus groupe soit en entretien semi-dirigé. Les focus groupe sont des réunions de plusieurs participants autour de la même table pour répondre ensemble aux mêmes questions. Cette technique a l'avantage de permettre une stimulation réciproque entre les participants où chacun peut réagir à l'idée précédente.
Elle a le désavantage de se dérouler en un lieu fixé à l'avance avec des horaires, eux aussi, fixés . Elle est donc peu compatible avec les impératifs des professionnels de santé notamment les libéraux.
Une étude dans le Poitou Charente avait même dû changer son mode de recueil de données pour ces raisons. (14)

Au vu de la population choisie pour l'étude, à savoir des médecins généralistes, il nous a paru plus raisonnable de fonctionner par entretien semi dirigés afin d'avoir un meilleur recrutement.

Le choix de ce mode de recueil de données a été renforcé par la difficulté à recruter des praticiens. En effet beaucoup ont répondu négativement en mettant en avant qu'il n'avaient pas le temps.

Le guide d'entretien a été construit avec des questions brise-glace s'intéressant aux caractéristiques des patients suivies de questions simples faisant entrer progressivement le praticien dans le sujet.

3. Principaux résultats :

a. Définition de la lombalgie chronique:

La définition de la lombalgie commune chronique selon les recommandations de l'ANAES est " une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois. 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." Si l'on regarde les résultats de notre étude, on voit déjà que la notion de durée est très variable entre chaque clinicien, ce qui montre que ces recommandations, bien que datant de l'année 2000, ne sont toujours pas connues par les principaux intéressés. De plus, la deuxième partie de la définition est systématiquement un critère d'exclusion du diagnostic pour les médecins généralistes de notre étude ce qui pose un problème puisque, de ce fait, l'étude en est réduite à la lombalgie commune décrite par les médecins généralistes et ne correspond plus à la définition ci-dessus.

Ce problème de diffusion des recommandations n'est pas propre à la lombalgie. En effet, il y a deux ans, a été rédigée une thèse portant sur l'application des recommandations de prise en charge de l'anémie ferriprive. (15)

Si l'on regarde chaque item cité, on s'aperçoit que l'item durée est très différent en fonction de chaque praticien et qu'ils sont bien souvent embêtés pour donner une durée chiffrée : beaucoup parlent plutôt en nombre de reconsultation.

L'autre résultat discordant sur l'axe définition est la notion de handicap. En effet, la définition

ne précise pas s'il existe une invalidité pourtant cela paraît primordial pour les médecins généralistes pour la suite de la prise en charge puisque les patients non invalidés ne font pas partie des lombalgies communes pour certains médecins.

Si cette distinction n'est pas effectuée pour la définition dans les recommandations, la notion d'incapacité au travail est clairement spécifiée dans l'indication d'un centre de rééducation spécialisé du type école du dos.

b. Motivation de la prise en charge complémentaire

La notion de réalisation d'examens complémentaires en fonction de l'intensité douloureuse pourrait être une bonne notion. Malheureusement, de nombreuses études ont montré que l'intensité douloureuse n'était pas lié à la durée d'évolution d'une lombalgie chronique, de même que cela n'influençait pas la durée de l'arrêt de travail dans le cas où il y en avait un. (16,17)

Il est classique de retrouver comme motif de réalisation d'examen complémentaire la recherche d'un diagnostic différentiel ou la confirmation d'un diagnostic, les examens complémentaires ayant pour objectif d'aider au diagnostic lorsque la clinique ne suffit pas. Une notion fréquente est la réalisation d'examen complémentaire non justifié. Si l'on regarde cette étude, on voit que beaucoup de médecins disent s'arrêter à la radiographie simple, la réalisation d'un scanner étant le plus souvent conditionnée par l'existence d'une radiculalgie. C'est dans ce contexte que le problème de la définition prend une place importante car les médecins sont persuadés de ne pas demander trop d'examens complémentaires car ils se limitent à la radiographie en l'absence de radiculalgie. Le problème est que la définition de la lombalgie commune comprend une éventuelle radiculalgie et ne justifie pas la réalisation d'examens plus poussés. Cette différence entre définition des recommandations et définition donnée par les praticiens explique les différences de points de vue sur la justification des réalisations d'examens complémentaires.

Dans notre étude, il ressort que l'adressage à un spécialiste est un dernier recours. Sur ce point on est similaire au résultat de la thèse réalisée sur l'applicabilité des recommandations qui retrouvait que 67% des médecins adressaient leur patient au spécialiste en dernier recours. (7)

La prescription d'examen clinique à la demande du patient, pour le rassurer, est une raison classique que l'on retrouve là aussi. L'utilisation de la paraclinique dans ce contexte est compliquée car il est prouvé que ce sont plutôt les appréhensions des patients qui sont un facteur à l'origine d'une incapacité. La réalisation d'examens complémentaires non justifiés peut toutefois mettre en évidence des lésions non significatives médicalement mais qui vont prendre des proportions trop importantes chez les patients et donc être finalement contre-productive.

c. Difficultés d'utilisation des traitement médicamenteux

Les principales difficultés du traitement médicamenteux sont la tolérance des traitements et l'observance des patients : ce sont des causes connues et reconnues dans la littérature.

Le sentiment d'impuissance des médecins est justifié dans une revue de la littérature concernant les différentes solutions pharmacologiques qui montrent qu'il existe peu de thérapeutiques efficaces dans la prise en charge de la lombalgie chronique.(18) En effet le doliprane semble avoir une action bénéfique mais les AINS, le tramadol et les myorelaxants sont peu efficaces. Ils peuvent être efficaces sur la douleur mais sont inefficaces sur le plan fonctionnel. La conclusion de l'article révèle que les thérapeutiques efficaces sont les antidépresseurs et les infiltrations rachidiennes.

Dans notre étude on ne note pas de difficultés particulières lors de l'utilisation des antidépresseurs mais plutôt une non utilisation de ces thérapeutiques. Les raisons invoquées pour leur non utilisation sont la non adhérence au traitement de la part du patient et les doutes des médecins quant à l'efficacité de ces traitements. Dans cette article de méta analyse des traitements pharmacologiques disponibles, les antidépresseurs, notamment les ISRS, influencent positivement la douleur avec un effet fonctionnel réel et ce, en dehors de tout effet sur la thymie. L'action serait due à l'activité sur la noradrénaline et la recapture de la sérotonine.(18)

Les praticiens interrogés ne l'utilisaient que dans le cas où il y avait un trouble thymique associé à la lombalgie. Il serait donc bien de diffuser auprès des médecins généralistes ces dernières évolutions pharmacologiques pour qu'ils puissent expliquer aux patients les bienfaits du traitement et ainsi obtenir une meilleure adhérence.

Les infiltrations montrent aussi un soulagement efficace dans cette méta analyse. Mais de même que les antidépresseurs, les infiltrations sont utilisées dans notre étude en dernier recours par les praticiens. Pour expliquer cela, plusieurs raisons sont invoquées : ceux-ci ne savent pas les faire et ne veulent pas les faire ou pensent que leur indication est limitée aux sciatalgies. (7)

On peut donc déplorer que les traitements reconnus comme efficaces sur les lombalgies soient ceux qui sont les moins utilisés par les médecins généralistes.

d. Difficultés d'utilisation des traitements non médicamenteux

Notre étude fait ressortir que la difficulté principale, en ce qui concerne les traitements non médicamenteux, est l'importance des composantes émotionnelle et mentale. Cependant, lorsqu'on demande aux patients s'ils utilisent des prises en charge psychologiques, la plupart disent que non, pour des raisons diverses : refus du patient qui dit ne pas être fou, impossibilité de payer une thérapeutique qui n'est pas remboursée, délais de prise en charge trop longs, idée que cela ne sera pas bénéfique pour lui.

Pourtant de nombreuses études, (7,16) montrent que, dans la lombalgie chronique, comme dans toutes les douleurs chroniques d'ailleurs, l'aspect psychologique est essentiel. Pour preuve, dans les centres antidouleur, la prise en charge inclut systématiquement un rendez-vous avec un psychologue. De même, dans les prises en charge multidisciplinaires en centre de rééducation spécialisé incluent systématiquement une prise en charge psychologique. Des études montrent que les facteurs psychologiques et sociaux sont des facteurs de vulnérabilité, de modulation ou de maintien des symptômes douloureux.

De plus, dans notre étude, on voit que les médecins généralistes ne traitent

pharmacologiquement ou psychologiquement que les patients pour lesquels il est identifié un vrai syndrome dépressif associé. Pourtant, une revue de la littérature montre que, dans les douleurs chroniques, les syndromes dépressifs sont sous-estimés car ils prennent des formes atypiques telles que: irritabilité, troubles du sommeil et de la libido, asthénie et réduction des centres d'intérêt. Ces symptômes sont mis, par le patient, sur le compte du syndrome douloureux alors qu'ils devraient être considérés comme de véritables syndromes dépressifs associés à la douleur chronique. (16)

L'autre difficulté citée est l'adhérence des patients : c'est une difficulté qui se retrouve en fait pour toutes les maladies chroniques et semble être la clé de voûte de la prise en charge des lombalgies chroniques vu le peu d'efficacité des traitements médicamenteux.

Ainsi, dans l'article sur les facteurs psychosociaux, il est dit : "le rôle du thérapeute est essentiel pour encourager le devenir de stratégies personnelles chez le patient pour faire face à la douleur". Ce même article incite à ce que "la rencontre entre le patient et le thérapeute offre le lieu d'une négociation des attentes et des possibilités de chacun et doit permettre la prise de décisions partagées tenant compte à la fois du savoir scientifique et des représentations des patients" (16)

Une autre des difficultés rencontrées est la difficulté de réalisation d'une activité physique personnelle adaptée. Cette difficulté est connue puisque une étude qualitative a été réalisée auprès des patients ayant pour sujet les freins à une activité physique régulière. Il est retrouvé que les barrières sont de plusieurs types : physique, psychologique, socio-professionnelle et comportementale. Si l'on regarde de manière plus approfondie, on voit que l'on retrouve la peur de la douleur, la douleur elle-même, le manque de motivation, la dépression, l'anxiété et l'appréhension d'aggraver la douleur. (19)

Une autre difficulté identifiée est celle du coût économique de certaines thérapeutiques non remboursées, en particulier la psychothérapie. Ce motif de refus de prise en charge à cause des coûts engendrés est bien connu. Les études s'étant intéressées au sujet relèvent une iniquité horizontale de la consommation de soins, c'est-à-dire des différences de consommation de soins, à besoin égal, selon le revenu ou la catégorie sociale. De plus, cette même étude révèle qu'au moins 15% de la population déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières voire même 32% en l'absence de souscription à une complémentaire santé. (20)

Dans le cadre des lombalgies chroniques, une prise en charge complémentaire est souvent souhaitable mais celle-ci nécessite de nombreuses consultations qui ne sont pas remboursées et donc engendre un coût important pour le patient et potentiellement un refus de cette prise en charge surtout si le patient la trouve peu nécessaire.(21)

Un autre résultat retrouvé est une lenteur de prise en charge avec des délais pour accéder aux spécialistes ou à certaines thérapeutiques allant de 3 à 6 mois. Cette difficulté a aussi été retrouvée dans la thèse concernant l'applicabilité des recommandations de l'ANAES (7). Cette difficulté n'est pas propre aux lombalgies chroniques et concerne toutes les prises en charge spécialisées.

La difficulté liée à des prises en charges compliquées comme la difficulté d'adressage au médecin de centre de rééducation est aussi ressortie dans l'étude sur l'applicabilité. (7)

Encore un résultat obtenu dans notre étude, qui, lui, n'est pas une difficulté mais une constatation, c'est le grand intérêt des prises en charge en centre spécialisé de rééducation. En effet, l'évaluation de ce type de programme avait montré des améliorations sur les capacités fonctionnelles ainsi que sur la qualité de vie dans certains sous-groupes. (22,23)

e. Objectif secondaire : les pistes d'améliorations de la prise en charge

Comme nous l'avons vu plus haut, la prise en charge multidisciplinaire est indispensable dans le traitement des lombalgies chroniques. Il est donc normal que les médecins généralistes veuillent des points de rencontre multidisciplinaires pour faciliter ces prises en charge, que ce soit en terme de gain de temps ou de facilité d'organisation. Ainsi, les prises en charge globales ont montré une efficacité sur le taux de retour au travail celui-ci oscillant entre 65 et 72% selon les études. (21)

La deuxième notion qui ressort est la volonté de pouvoir adapter le travail. Cette notion revient aussi dans une étude qui associait programme de rééducation fonctionnelle et action ergonomique sur le travail montrant que ce type d'action favorise le maintien de l'emploi et diminue de 75% la durée des arrêts de travail. (24).

On retrouve dans notre étude une grande importance des médecines alternatives dont la réalisation est davantage liée aux compétences personnelles du médecin généraliste qu'aux indications réelles. (25,26) En effet, dans une étude de revues de littérature, il existe une efficacité thérapeutique de ces médecines même si les méthodologies peuvent être discutées et que le nombre d'études valables est faible.

L'information du grand public sur la lombalgie chronique est aussi une piste de réflexion pour améliorer cette prise en charge au vu de l'importance des facteurs psychologique et émotionnel sur l'incapacité fonctionnelle et au vu des nombreuses croyances erronées de la part des patients. Elle est préconisée dans les études s'intéressant à l'étude des facteurs psychosociaux (16)

4. Limites et force de l'étude

a. Limites

En analysant les limites de cette étude on peut estimer qu'il existe un potentiel biais de sélection puisque les médecins répondant à l'étude étaient volontaires. On peut penser que ceux qui ont accepté de répondre à cette enquête sont des praticiens intéressés par le sujet et donc plus enclins à connaître les dernières avancées dans ce domaine.

On remarque aussi que la population concernée comporte beaucoup de praticiens formés à des médecines parallèles très utilisées dans le traitement des lombalgies chroniques.

Les médecins participant au panel de cette étude sont, par ailleurs, assez âgés donc peut-être peu représentatifs de la population réelle.

On peut aussi considérer qu'il existe un biais d'échantillonnage car peu de médecins exerçant

dans l'Aisne sont présents.

Cependant, le but d'un échantillon en méthode qualitative n'est pas qu'il soit représentatif mais le plus diversifié possible et sur ce point on voit tout de même de nombreux profils différents.

On peut aussi considérer qu'il existe un biais lié à l'investigateur. En effet, lors d'entretiens semi-dirigés, la compétence et l'aisance de l'investigateur dans ce domaine sont des facteurs importants car celui-ci doit être à même de recentrer la conversation afin d'approfondir le sujet sans orienter les réponses. Ce bais est minimisé lors d'entretiens en focus groupe puisque c'est l'orateur précédent qui va induire de nouvelles idées. Lors de l'analyse, on se rend compte que, pour certaines thérapeutiques non utilisées, on n'a pas réussi à mettre en évidence les difficultés du fait de leur non utilisation. Peut-être qu'un investigateur plus aguerri à cette pratique qu'un étudiant réalisant sa première étude, et qui plus est tout seul, aurait permis de faire ressortir davantage d'idées sur ces sujets-là.

b. Forces de l'étude

On peut noter, comme première force, l'originalité de l'étude. La lombalgie chronique est en effet une pathologie importante en santé publique et en nombre de consultations en médecine générale. Cela étant, peu d'études sont consacrées à cet aspect. La plupart des études se contentent d'évaluer les prises en charge spécifiques. Or, la lombalgie chronique nécessite une prise en charge multidisciplinaire dans laquelle le médecin généraliste a un rôle de pivot. Il est donc important de comprendre les motivations qui poussent ce dernier à effectuer les différentes prises en charge.

La deuxième force est la méthodologie utilisée. En effet, la recherche qualitative permet de connaître les raisons d'un comportement, en l'occurrence, les raisons de l'organisation d'une prise en charge. Elle est donc essentielle pour identifier les points de blocage qui permettraient une amélioration des pratiques.

c. Validité interne et externe

La validité interne à été obtenue par la méthode de triangulation des données.

Même si on note un nombre d'entretiens peu important, celui-ci reste suffisant pour obtenir une saturation des données.

La validité externe peut être affirmée grâce à la concordance des résultats de cette étude avec les résultats obtenus dans la littérature. En effet, les résultats sont concordants avec ceux d'une autre étude sur le sujet dans une autre région ainsi qu'avec les résultats d'études plus globales.

V. Conclusion

La lombalgie chronique est une pathologie très fréquente dont la prise en charge médicale est vécue comme compliquée par les médecins généralistes.

S'il est vrai que les traitements médicamenteux ne sont pas très efficaces et qu'ils posent souvent un problème de tolérance, il faut tout de même les essayer et se convaincre du réel potentiel d'amélioration de ces thérapeutiques.

Certaines thérapeutiques, quant à elles avérées efficaces, sont peu ou sous-utilisées pour des raisons diverses. Il faut peut-être, notamment pour les infiltrations, les proposer plus rapidement plutôt que de les garder comme dernier recours. De même, il faut expliquer au patient que les antidépresseurs ont une activité propre sur la douleur en plus de leur activité thymique et que prendre un antidépresseur ne signifie pas être fou.

De plus, une prise en charge précoce des peurs et des doutes des patients pourrait permettre de s'affranchir des refus de ces derniers et de leurs croyances erronées.

En ce qui concerne les prises en charge non médicamenteuses, qui restent, elles, compliquées, il faut garder à l'esprit que les prises en charge multidisciplinaires sont réellement efficaces même si, actuellement, elles sont difficiles à mettre en place.

Des possibilités d'amélioration existent pour faciliter l'accès aux prises en charge multidisciplinaires réunion collégiale. La prise en charge multidisciplinaire pourrait, par exemple, être faite en consultation en ville si les prises en charges par les kinés étaient bien codifiées et si les soins psychologiques étaient remboursés dans pour certaines indications précises.

Si l'on veut réduire les coûts de prise en charge le coût global de la prise en charge des lombalgies, il faut favoriser le retour au travail. Pour cela, des actions sur mesures concernant l'ergonomie au travail sont nécessaires. Elles pourraient éventuellement être du ressort des médecins du travail. Cela suppose, par ailleurs, la mise en place de moyens pour finaliser ces actions, moyens qui seraient ensuite amortis par la diminution des arrêts de travail, et donc, cela nécessite une volonté politique forte d'améliorer le système de soins.

Dans le même ordre d'idées, une campagne d'information du grand public, comme celles réalisées pour l'obésité ou le diabète, pourrait permettre de casser certaines fausses croyances et de rendre la consultation chez le médecin traitant plus fluide et moins compliquée.

Notre travail Si notre travail permet d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, il pourrait être aussi de mettre en place des solutions simples en évaluant leur efficacité sur les au regard des difficultés rencontrées par les médecins et sur de l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Annexe 1 : Script entretien

Présentation : Je suis interne en médecine générale et je prépare ma thèse sur la prise en charge des lombalgies chroniques en médecine générale.
Cet entretien sera anonymisé et enregistré si vous l'acceptez.

Description de population

4. quel est votre âge, votre sexe ?
5. Selon vous vous exercez en milieu rural, semi-rural ou urbain ?
6. Avez-vous des capacités ou avez-vous été formé à des techniques particulières ? (DU, FMC, ou autre)

Questions d'études :

7. Quelle définition donneriez-vous pour une lombalgie chronique ?
8. Quelles sont les motivations qui vous incite à proposer une prise en charge plus approfondi ?

- Motivations des examens complémentaires,
- Motivations d'une consultation chez un rhumatologue

9. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors du traitement médicamenteux des patients lombalgiques chroniques ?
10. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de la mise en place de traitement non médicamenteux ?

- kinésithérapie, école du dos, acupuncture, ostéopathie
-Psychothérapie TCC

11. Quelles difficultés relationnelles rencontrez-vous avec les patients ou avec vos confrères lors de votre prise en charge ?

- avec les patients
- avec les rhumatologues

12. D'après vous, comment pourrait-on améliorer la prise en charge des patients lombalgiques chroniques ?

Annexe 2 : tableau caractéristiques de la population

	p1	p2	p3	p4	P5
age	61	57	58	56	60
lieu d'exercice	rural	urbain	rural	semi rural	urbain
formation	acupuncture ostéopathie	maitre de stage	maitre de stage médecin permis conduire médecin agrée médecin agricole	maitre de stage médecine manuelle	expeertise médicale mésothérapie capacité de gériatrie

P6	P7	P8	P9	P10	P11
47	39	57	59	61	57
semi rural	urbain	rural	urbain	semi rural	semi rural
DIU médecine manuelle ostéopathie	DIU douleur DIU soins palliatif	DU médecine manuelle	aucun	FMC lombalgie	maitre de stage

Annexe 3 : entretien P1

1. 61 ans
2. milieu rural semi-rural
3. je fais un peu d'acu, l'ostéo m'intéresse je la pratique très peu et voilà maitre de stage *rire*

4. relativement fréquent on va dire en fait y a des lombalgies vraies, y a des lombalgies nombreuse partie qui ont des problèmes secondaire on a mal mais si les choses aller mieux ailleurs sa rire en pourcentage, le nombre par semaine ? *Euh* 10% oui 10%

La définition lombalgie chronique *bein* des gens qui ont eu une lombalgie aiguë en général et au bout de 2 mois ils ont toujours mal, ils se plaigne toujours y en a qui vont avoir réellement une activité limitée , tous n'ont pas d'activité réellement limité.

5. -radio face profil cliche de Sèze

-bilan bio éventuellement pas systématiquement si ça traîne de trop si notion de rythme inflammatoire vrai je vais demander un bilan biologique mais si c'est un rythme mécanique non
-scanner vraiment si y a une association avec une sciatique
-L'irm si vraiment si ça évoque un canal lombaire étroit peut être.
bein une inefficacité du traitement ou pas assez d'efficacité du traitement rire
basé sur le délais des gens qui se plaignent tous le temps qui semblent ne pas être soulagés
bein éventuellement pour qu'ils fassent des infiltrations.
Accessibilité aux rhumatologues se fait mais très long pour avoir des rendez-vous

6. -*bein* antalgique pallier 1 et pallier 2

-les myorelaxants
- infiltration oui quand ça traîne beaucoup je les fais faire parfois la méso
- corticoïde dans certaine condition oui ça m'arrive quand les gens ont souvent des problèmes gastriques je vais peut être proposé des corticoïdes car j'ai l'impression que sa donne moins de problèmes gastrique *euh* si y semble y avoir un problème inflammatoire important ouais et plutôt en seconde intention.
-Parfois les antidépresseurs anxiolytiques sa dépend de blanc si il prend des anxiolytique ou pas type tricyclique sa dépend de la cause je peux mettre aussi des ISRS.

7. -*bein* la kiné classique avec éventuellement physiothérapie à visé décontractante technique de Mézières

-L'ostéo plus souvent que acu fréquemment envoyé soit des connaissances soit des correspondants que j'ai déjà eu, soit s'ils connaissent quelqu'un ils vont voir qui ils veulent si leur copine ou sœur du machin ont été soulagé.
-la piscine
-puis donc éventuellement l'acupuncture
- l'école du dos ça m'arrive mais peut-être 4 fois par an parce que difficile d'accès en général et puis c'est puis c'est parce que les gens continue indéfiniment à ce plaindre et que je me dis que l'école du dos ils vont être pris en charge souvent par une équipe éventuellement psy qui vont utiliser d'autre technique puis y va y avoir le répétition d'une autre éducation, éducation des gestes de la vie que le kiné fais un peu mais peut-être pas suffisamment.
-Psy difficile car les patients sont réticent, et puis en fait des fois ça m'arrive de les envoyer chez le psy c'est toujours délicat. A l'école du dos ils vont voir le psy (rire).
-L'hypnose puisque j'ai un confrère dans mon cabinet.
-Exercice physique je parle de la marche de marcher de se reposer quand ils ont mal mais de pas être tous le temps figé. Je leur conseille parfois des petits mouvements et de pas rester

affalés devant la télé.

8.
9. amélioration plus d'école du dos.

en fait il faudrait de l'emploi pour tous *rire*

moins de pression au niveau du travail moins de burnout

j' aimerais une prise en charge pluridisciplinaire avec généraliste rhumatologue plusieurs intervenant avec les psy et des arts thérapeutes car je pense qu'il faut euh déplacé *euh* l'intérêt des gens.

Annexe 4 : entretien P2

1. 57 ans
2. urbain
3. maître de stage

4. c'est une lombalgie qui dure rire voir que ce répète, après un critère de durée plus de 6 semaines.

5. examen complémentaire de base la radio au-delà 6 semaines peut être avant chez la personne âgée pas d'autre examen si examen clinique normal.

6. C'est en fait à part les antalgiques et les anti-inflammatoires mais qui agissent par leur effet antalgique on pas grand-chose d'autre. Que la partie contracture aujourd'hui on a plus de vrai décontracturant. Euh après y a le problème de l'adhérence au traitement car la plupart viennent pour un traitement miracle et quand on leur prescrit des antalgiques on s'aperçoit qu'en fait ils ne les prennent souvent pas ils attendent autre chose donc il y a un décalage entre ce que les gens attendent et ce que l'on propose donc il n'y adhère pas.
   Antidep exceptionnellement sauf si symptomatique d'un état dépressif sous-jacent sinon pas d'antidépresseur dans la lombalgie.
   Infiltration dans lombalgie très algique souvent. Quand y une composante radiculaire ou je vais pouvoir adressé au neuro radio ou au rhumato pour discuter d'une infiltration.

13. Adhésion du patient y a un certain nombre de patients qui ont pas envie de ce bouger qu'ils attendent une solution miracle qui fasse qu'il est plus mal au dos. Hors la lombalgie c'est d'abord un apprentissage à vivre et à revivre malgré un dos douloureux. hein que ils vont pas faire le travail de kiné chez eux hors y a besoin d'un travail d'étirement et de gainage qui soit entretenu régulièrement. Donc sur le lombalgique s'il est pas hyper lombalgique ou qu'il a un bénéfice secondaire à sa lombalgie ce qui est assez fréquent on va avoir beaucoup de mal à ce que les gens adhère à la prise en charge. Le deuxième élément c'est les kinés eux même qui pour certains vont faire un travail de gainage, d'étirement, de conscientisation de posture et d'économie rachidienne. Et un certains nombres qui vont faire un petit peu de massage, un peu de mise sur machine, un peu de chaleur et au revoir monsieur dame.

Si y un facteur psychologique sous-jacent on va le prendre en charge. Sur la psycho somatisation, la lombalgie peut être de fait une pathologie qui être la traduction de souffrance psychologique. Moi ma stratégie c'est d'éviter de dire aux gens vous avez mal au dos parce que c'est dans la tête que ça se passe. En général c'est mal vécu et pas très pas très très efficace comme stratégie donc je vais prendre en charge la lombalgie dans la répétition et à l'occasion de la répétition des consultations etc, va être l'occasion pour progressivement venir aborder la souffrance qui peut être sous-jacente d'une part de la dépister et d'une autre part de la traiter. Donc c'est vous qui la faite ? oui oui

Ecole du dos pour les lombalgies sévères très chroniques invalidantes on va passer par l'école du dos en fait je vais bosser la plupart du temps avec des kinés dont je sais qui vont avoir de prise en charge un peu globale et complète. Mais parfois y a des lombalgies rebelles avec lesquelles on peut utiliser des méthodes d'école du dos.

14. Aucun avec les confrères sauf difficulté majeure avec les radiologues qui quand vous leurs mettaient un lombalgique entre les mains ils veulent lui faire au moins un

scanner quand c'est pas une irm. Alors que dans les recommandations il est très clair que l'examen radiologique suffit sauf orientation spécifique. ça c'est le plus grande difficulté c'est le radiologue qui veut faire marcher sa boutique euh.
Médecin conseil le problème va se poser chez le lombalgique chronique invalidé dans son travail parce que là on se retrouve avec le problème des arrêts de travail car le médecin du travail va dire y a pas motif à arrêt de travail et on peut pas mettre le patient au boulot parce que au travail y a peut-être pas de motif à arrêt de travail mais y a un motif en général a ce qu'ils ne fasse pas le boulot qu'il fait. Les lombalgiques y a quand même beaucoup de travailleur de force qui ont des lombalgies chroniques mais à un moment donnée ou à un autre y a conflit avec le médecin conseil.

15. Euh qu'on est la certitude d'une cohérence dans la prise en charge et notamment qu'on soit su que la kiné soit une kiné type école avec apprentissage du vivre avec, apprentissage du caissonnage, et du travail d'étirement donc ce qui va être dans le remettre dans la vie. Je pense que la principale prise en charge de la lombalgie chronique va être médicale enfin le kiné et le médecin généraliste.

Annexe 5 : entretien P3

1. 58 ans
2. rural
3. maître de stage, médecin de la commission médicale du permis de conduire, médecin agrée, diplômé de de la médecine agricole de la fac de tour.

4. Toute douleur lombaire mécanique qui dure depuis plus de 7 semaines.

5. Quand il y a un doute sur un phénomène inflammatoire ou quand l'épisode aiguë douloureux ont un paroxysme trop important pour la consultation spécialisé.

Les radios systématiques ? Oui surtout après 7 semaines d'évolution d'un lumbago.
Automatiquement on fait de l'imagerie. Donc radio plus scan? oui voir l'irm.
La difficulté c'est d'arrivée à soulager nos patients parce que les thérapeutiques que l'on a à notre disposition ne sont pas toujours efficace dans la lombalgie chronique, et ça nous oblige à avoir une prise multidisciplinaire kiné, ostéopathie, rhumatologie, diététicienne, j'en passe et autre.
Les infiltrations ? Si j'en fais parfois en para lombaire ça m'arrive.
Utilisation des antidépresseurs ? Oui sa m'arrive.

6. C'est de faire euh de faire euh de faire prendre consciente de l'utilité de ses prises en charge. Quand les gens ont eu de multiples douleurs lombaires et que l'efficacité de la kiné ou autre n'est pas perçus par le patient, c'est ça la difficulté de pouvoir faire prendre conscience au patient que c'est une prise en charge long terme lombalgie chronique c'est pas connu dans le grand public. La lombalgie aiguë c'est très connu mais la lombalgie chronique c'est pas connu.

École du dos ? Oui j'envoie, pas de soucis avec les délais ? Non j'envoie Berk régulièrement non à berk on a rendez-vous dans les 2 mois facilement. Moi j'envoie à berk à l'école du dos pas de problème mais ils connaissent peut-être pas sa les gens donc ils vont peut-être pas jusque-là. Je propose systématiquement c'est très intéressant l'école du dos et surtout de les envoyées loin c'est de mesurée leur motivation ce prendre en charge, de mesurée le contexte fonctionnel du contexte organique donc pour moi c'est hyper intéressant. C'est des gens hyperspécialisés la dedans et puis la aussi c'est une prise en charge multidisciplinaire. J'utilise aussi la mésothérapie. Psychothérapie si j'envoie au psychiatre des fois.

7. J'en ai pas. Avec la médecine du travail ? Oui c'est toujours difficile car les médecins du travail ont toujours des difficultés à concevoir ce concept de lombalgie chronique pour eux c'est toujours des patients qui tirent au flanc en fait. J'ai encore eu un cas récemment où là je me suis un peu fâché.

8. Je pense que si euhm si si y avait un passage dans les médias, une information dans les media du grand public ça serait bénéfique pour bien faire différencier à la population la lombalgie aiguë et la lombalgie chronique c'est complètement différent. Ca permettrai de faire prendre conscience aux gens que la lombalgie c'est peut se guérir en 7 semaines et pas en 3 jours comme quand c'est aiguë, et que a côté de sa il y a des lombalgies chroniques qui dureront toute la vie. Facilité prise en charge multidisciplinaire ? Ouais mais comme j'ai l'école du dos ça c'est bien. les cures thermales faut savoirs y penser.

Après on est quand même relativement démuni.
Il y a la médecine étiopathie, les gens vont chercher c'est comme dans toute les pathologies chroniques en médecine les gens vont butiner un peu ailleurs pour trouver la solution à leur

problème y en a pas toujours. J'utilise aussi les prises en charge avec corset avec immobilisation pendant 2 mois.

Annexe 6 : entretien P4

1. 56ans
2. Semi rural
3. un peu ostéopathie enfin de médecine manuelle mais formation courte 2-3 weekend, maître de stage

4. olala celui qui a mal au dos depuis plus de 3 mois, ça vous va je sais pas. Après sur le mode mécanique pas ceux qui ont des signes inflammatoires ceux qui ont mal le matin au réveil faut se méfier des jeunes qui ont mal au dos dès le réveil qui disent qu'il faut qu'ils se lèvent parce qu'ils ont mal au dos. Chez cela faut chercher la spondylarthrite ankylosante. On a des petits trucs qui tilt comme sa en médecine général. Tous ce qui est à rythme mécanique, il a mal au dos comme le marocain tout l'heure mais en fait il a mal au dos tout le temps bon il fait des boulot dur mais il faut que ceux soit un rythme mécanique et puis que ce soit sur le long cours. Ils ont tous mal au dos les gens.

5. Ce qui ne s'améliore pas, ce qui ont un rythme inflammatoire. C'est ça qui nous inquiète plus, les jeunes qui ont mal au dos c'est pas si courant que sa c'est pas si normal d'avoir mal au dos de façon chroniques, ceux qui ont des risques d'ostéoporose on va aller chercher les tassements puis dès que ça traîne un peu on finit par le faire. Le dernier que j'ai, ce monsieur a mal au dos il m'a été amené par sa femme qui est infirmière, il est commercial en voiture il fait des milliers de kilomètres par mois il a tous les facteurs de risques pour avoir mal au dos sauf que les médicaments ne marcher absolument pas du tout donc on a fait une radio qui ne montrait rien donc on a fait un scanner et en fait il a une lipome énorme de la taille d'une ballon de rugby énorme qui étire les reins, étire la rate un truc invraisemblable il va être opérer à Lille . Donc des fois ça vaut le coup quand même alors ce monsieur il pouvait avoir une lombalgie chronique et banale mais qui a de bonnes raisons de faire mal. Donc les bonnes raisons de faire des radios c'est quand l'évolution paraît pas normale c'est à dire qu'il a pas d'amélioration quand il a pas d'amélioration entre les crises cela faut leur faire des examens. Ca nous renseigne pas mal sur l'état des disques, l'état des sacro-iliaques, les risques de tassement, pour les angulations, les cambrures, les lordoses, les scolioses quelque fois, l'inégalité des longueurs de jambes. quelque fois c'est intéressant de les avoirs ça nous avance un peu puis avant nous ils iront voir l'ostéopathe avant nous on les voit souvent après l'ostéo ça devient un peu récurrent.

4. Infiltration si on fait souvent. Alors on fait a notre échelle on donne des antalgiques banaux pour les gens un peu âgées, les anti-inflammatoires en aiguë il faut faire des anti-inflammatoires en aiguë mais c'est la tolérance des anti-inflammatoires qui pose problème c'est toujours la même chose. les décontractant musculaire on en utilise pas assez, mais ils nous limitent on en a donné pendant des années largué à main nu puis là, à non c'est très dangereux. Maintenant les médicaments c'est très difficile à gérer. Les anti-inflammatoires faut toujours faire des cures courtes d'anti-inflammatoire mais c'est pas le traitement de bases des lombalgies chroniques. Le traitement de base des lombalgies chroniques c'est la kiné, c'est les règles hygièno-diététique, c'est tout ça en fait. C'est plus du para du paramédical que du médical pur.

5. Psycho non. Ecole du dos y en a, je pense a un fille elle a 30 ans elle est aide-soignante elle a un mal de dos de chien son médecin traitant est partie en retraite donc je la récupère elle est classé fibromyalgique mais elle est incapable de travailler donc

là, la sécu refuse elle est en arrêt depuis 1 an et la sécu dit non vous reprenais le boulot car y a rien donc je l'ai envoyé à Berck et à Berck ils ont dit si l'école du dos serait bon pour elle. Y a une très bonne équipe à Berck ils font du bon travail mais la sécu refuse la prise en charge donc elle a repris le travail d'aide-soignante un boulot très dur quand même et en y allant très très mollo bon elle a l'air de reprendre.
Donc l'école du dos j'en ai fait faire j'en ai fait faire. Euh si on fait pas assez ces choses-là. La kiné si si la kiné c'est la base la kiné en piscine qui travaille bien des fois quand la kiné ne marche pas faut faire de la kiné en piscine on a vraiment des surprises. La piscine par eux même c'est une catastrophe ils vont nager la brasse et ils se font un mal de dos de chien parce que ils sont en hyperlordose. Le sport par eux même c'est pas évident je trouve l'activité physique pour le dos c'est pas si évident que ça pour les gens alors y en a qui font du vélo, sincèrement c'est pas si évident que ça.
Les otéos où, ça y a les ostéo mais y a pas besoin de nous malheureusement y en a beaucoup.
Qu'est ce qui a d'autre. Acupuncteur c'est rare.
La psychothérapie pourquoi qu'elle intérêt alors les gens comme ça on fait pas vraiment les psychothérapies. Mais on utilise des traitements des centres de la douleur c'est à dire on leur met des antidépresseurs notamment le cymbalta qui est le grand truc à la mode ou l'effexor. Quelques fois on y arrive on les soulage le fait de les décontracter musculairement ça les aide quand même mais c'est que font tous les centres antidouleurs on utilise ces médicaments pour autre chose aussi. Donc quelque fois on le utilise mais on fait pas de psychothérapies.
Alors si je fais un truc je fais beaucoup de mésothérapie. J'en fait beaucoup là-dessus sur les problèmes de dos et ça les soulage bon ça recommence mais ça marche pas mal faut quand même trouver une solution *rire.* l'hôpital il les renvoie en disant vous verrez votre médecin débrouiller vous mais nous faut qu'on les porte, une solution notre difficulté c'est de les porter les gens faut quand même qu'on les portent les gens d'un bout l'autre donc faut trouver des idées j'en ai vu un ce matin qui a mal au dos, il a un dos complètement casser par son bricolage donc là je lui ai dit dès que tu vas faire un bricolage tu mets une ceinture mais y a la mauvaise idée que mettre une ceinture c'est horrible après il auront un dos en compote, qui tiendra plus, sans muscles en fait c'est pas vrai s'il le mette pour travailler puis il l'enlève après y a pas de problème. Les gens ils sont à l'écoute de solutions mais qui sont des solutions non médicamenteuses. Y a les jets d'eau, la piscine, etc

6. conflit avec patient : « bein j'ai mal j'ai des douleurs » alors c'est un psychiatre qui m'a appris ça, tu sais ta parole et déjà thérapeutique et ça c'est important et c'est vrai que des fois rien que de les écouter d'être à l'écoute de ce qu'ils disent de dire tient ça peut être finalement. faut savoir écouter mais c'est pas du blabla ou du vent pour eux c'est important il dépose leur fardeau y a vraiment un coté je pense que c'est important, voilà.
   Conflit médecins sécu :avec les médecins de la sécu oui a sur le mal de dos c'est infernal parce que un maçon qui a mal au dos, un euh celui de tout, l'heure il est mécanicien chez Nissan il porte des boites de vitesse et des trucs lourds il a mal au dos tout le temps donc il veut continuer à travailler donc il travaille mais si un jour il veut pas travailler je peux pas, je peux que l'arrêter et on a pas de solution pour les guérir. Donc ces gens qui font des boulots très dur le mal de de dos c'est une vacherie, une vrai vacherie. On a la chance de pas faire des métiers trop dur physiquement. Donc voilà.

7. c'est un vaste sujet un vaste sujet je sais pas moi bein c'est surtout comment il appelle ça là de l'ergonomie de l'ergonomie dans les entreprises. Ils le font beaucoup maintenant il essaie de le faire c'est important mais j'ai des gens pas forcement de lombalgies les douleurs cervicales dorsales si des lombalgies y a des gens qui sont casser par leur métier alors qu'est-ce que vous voulez faire.
   Un maçon si vous lui dit qu'il faut qu'il prenne plus une pelle c'est quand même vachement dur. Alors ça arrive mais y en a il sont vraiment casser rien à faire. Leur faire changer de métier quelque fois sa marche on est surpris c'est pas ce qu'on leur proposé mais quelque fois ils le font puis progressivement puis voilà ils arrivent à trouver un autre métier mais c'est pas facile. C'est un sujet un peu déprimant pourquoi vous avez choisis ça ?

Un truc qui marche qu'on fait beaucoup maintenant même dans les lombalgies chroniques pas que dans les sciatiques c'est les infiltrions sous scan là ici y a un radiologue qui fait ça super bien donc il va aller infiltrer les inter-apophysaires postérieures et ça marche pas mal ont a vraiment des bons résultats c'est en désespoir de cause.

Annexe 7 : entretien P5

1. 60ans
2. urbain
3. capacité expertise médicale, formation à la mésothérapie, capacité gériatrie

4. ah lombalgie qui dure dans le temps, on peut parler de lombalgie chronique après 3 à 6 mois de lombalgie qui s'installe. Alors chronique elle peuvent être chronique avec un étiologie quelconque comme une arthrose, des fois c'est simplement des désordres disco-ligamentaire et des problèmes musculaires avec une faiblesse du rachis et des masses para-vertébrales ça reste n'importe comment handicapant. Je pense qu'on peut pas parler de lombalgie chronique avant 6 mois tous dépend de l'âge bien sûr. La lombalgie chronique elle a souvent peu ou pas d'étiologie à part l'arthrose et ce que je viens de vous dire les problèmes disco ligamentaires, les problèmes musculaires les masse musculaires para-squelettique en particulier les personnes jeunes. on voit des femmes jeunes qui ne sont pas musclées du tout et il y a aussi les troubles statiques qu'on rencontre souvent mais qui sont idiopathique genre les os plat, les hyperlordoses qui donne plus facilement des lombalgies chronicisés.

5. Avant de parler de lombalgies chronique y a un minimum c'est de faire un bilan radiographique pour voir si y a pas une étiologie évidente. On parle bien de lombalgies pas de lombosciatalgies dans ce cas-là au s'arrête au bilan radiologique et on a pas a faire de scanner ou d'IRM donc au bout de 3-4 mois on fait un bilan radiographique on laisse pas courir les gens comme ça en disant bein y a rien.

Envoie au spécialiste c'est plus rare.
On verra facilement au kiné avec des conseils hygiéno-diététiques, tels la façon de s'asseoir, la façon de se lever, la façon de porter des charge lourde, apprendre à plié les genou plutôt que le rachis donc on enverra au kiné pour qu'il donne des notions de schéma corporel pour que les personnes se tiennent mieux par la suite. Dans les cas vraiment tenace on enverra au rhumato.
Dans l'histoire j'ai oublié de dire qu'on fera une biologie de débrouillage pour rechercher une maladie chronique crp, HLAB 27, tout ce qui peut rentrer dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire chronique.

6. La première difficulté c'est qu'il y a pas 36 traitements alors sa pourrait être des anti inflmmatoires par cure de courte durée qui sont pas toujours accepter par les gens, ça pourrait être des traitements tels que la mésothérapie mais c'est des traitements itératifs et faut les faire venir régulièrement quand même juste pour quelque picouse de mésothérapie. euh sur le plan médicamenteux le problème c'est que tout les protecteurs cartillagineux genre chondrosulf piasclédine et compagnie ont été déremboursé c'était pas des traitements miraculeux mais on voyait qu'au long court les gens prenaient moins de doliprane. d'un seul coup bien sur le traitement privilégié c'est le doliprane bein on voyait que les gens à force de prendre de la piaclédine ou du chondrosulf bein espaçaient leur dose de doliprane bon alors maintenant c'est plus remboursé donc c'est embêtant, donc on fait soit disant des produit analogues j'ai pas bien regarder les dosages en pharmacie beaucoup moins cher.

Donc en premier pour ce résumé c'est kiné doliprane AINS par cure de courte durée et chondro-protecteur.
Si j'ai un doute J'aime bien le cymbalta

Les infiltrations il faut qu'il y est une discopathie si on parle de lombalgie chroniques isolée. Oui on le fait dans l'arthrose oui effectivement mais on fait plus souvent des infiltration sur des lombosciatalgies.
De toute façon moi je dis au patient tant que vous prenais pas vos 3 dolipranes par jour je veux pas en entendre parler. Alors ils disent mais je vais pas prendre sa toute ma vie docteur non d'abord tout le reste de votre vie on commence par le traitement le plus simple et le plus anodin oui mais c'est toxiques pour le foie non au dose normale c'est pas toxique chez un individu normal. Vous prenez pas vos 3 doliprane donc foutait moi la paix avec ça.

7. la kiné ils y vont assez facilement, l'école du dos c'est plus difficile mais quand ils ont vraiment mal on les envoie assez facilement à Berk c'est plus difficile tout un contexte car il faut du temps donc il faut un arrêt de travail ils ont peur de problèmes avec la sécu. Mais une prise en charge multidisciplinaire à l'institut calot peu tout de même apporter des solutions bien que souvent ce soit pour des lombo-cruralgies moi je suis pas du tout hostile à ça. Par contre je suis hostile au cures disons le tout de suite je vais reprendre la phrase de Napoléon III les cures ont fait plus de cocu que de guéri.

Acupuncture et psychothérapie très peu.

8. avec les patients ont les fait pas toujours faire ce qu'on voudrait il faudrait claquer de doigt et c'est terminé. là c'est un problème de prise en charge faut être persuasif. on peut avoir des problèmes lorsqu'on leur dit qu'il faut aller voir un psychiatre parce que c'est psychosomatique y a un grosse partie psychosomatique et on a des difficultés en particuliers lorsqu'on peut donner des produits genre cymbalta mais je suis pas folle docteur. bon lyrica j'en donne peut car c'est plus pour les neuropathies et puis personnellement je trouve que ça marche mal j'ai eu plus d'échec qu'autre chose et je parle pas des effets indésirables.

Donc difficulté de prise en charge oui je vous dis les gens cherchent le traitement miracle. Difficulté de prise en charge lorsqu'on veut faire des infiltrations parce qu'ils ont peur.
La kiné passe bien ils aiment bien ils sont souvent améliorer mais il faut en faire en faire donc là on a des problèmes relationnel avec les médecins de caisse. Vous savez que l'arthrose d'une façon générale tant qu'il y a pas de rhumatisme inflammatoire vous avez pas le droit à l'ALD. Vous avez des gens qui ont des dos complètement tordu, des tassements dans tous les coins, des colonnes vertébrales en accent circonflexe y a pas d'ALD hors ils ont besoin de cure d'anti- inflammatoire éventuellement de kinésithérapie, d'infiltration, patati patata voilà les difficultés qu'on peut avoir.

9. En acceptant un prise en charge en ALD ce qui laisserait les coudés plus franche au médecin.

Plus de place et plus de centre pour une prise en charge multifactoriel psycho, rhumato, relaxation etc car pour avoir des places dans ces centres c'est pas toujours facile.

Annexe 8 : entretien P6

1. 47ans
2. semi rural
3. DIU médecine manuelle et ostéopathie pas maître de stage

4. euh définition euh médicale de la lombalgie chronique je dirais une douleur vertébrale de plus de 2 mois a peu près euh qui peut durer bien plus hein qui en général sur le plan médical c'est une symptomatologie important mais sur le plan enfin l'examen rachidien est anormal mais sur le bilan radiologique on peut ou pas trouver des lésions est souvent y en a pas. Donc la lombalgie chronique c'est sa la difficulté c'est qu'en dehors de l'examen clinique il y a peu de chose sur le plan radiologique c'est ce qui caractérise la lombalgie chronique est pas les arthroses lombaires ou autres toutes les causes de maladie du dos.

5. Bien sur sa se base sur l'examen clinique une enquête sa se base d'abord sur l'interrogatoire, les mécanisme de survenue sont important si c'est une évolution lente ou progressive ou si c'est survenu d'un seul coup ou si c'est post traumatique voir le contexte pathologique si y a eu une altération de l'état général si y a eu un bilan sanguin récent si y a pas des maladie chronique associée euh des cancers euh donc après sa si on retrouve absolument rien si c'est une douleur avec un syndrome rachidien plutôt avec un dérangement intervertébral je propose pas systématiquement une radio par que si c'est plutôt une douleur avec un point localisé particulier euh sa répond et si y a pas de facteur de risque associée moi je propose des manipulation ou des soins manuel a ce moment si sa résiste au soin manuel alors la je propose un bilan radiologique.

Scanner si radiculalgie ou si manifestation neurologique associée.
Consult rhumato ? C'est très rare car toutes les lombalgies chroniques sont bien traité en médecine manuelle en général.

6. En fait la lombalgie chroniques si on prend la définition que j'ai donnée sans lésion apparentes il s'agit d'un dérangement douloureux intervertébral qui est mineur et qui est réversible au manipulation donc pas besoin de traité avec des antalgique ou des anti-inflammatoire c'est pour sa qu 'en médecine générale la médecine manuelle est importante car les lombalgie y en a beaucoup et sa évite bien souvent de traité par AINS tout ou plus on peut mettre des antalgiques pendant quelque jours après les manipulations.

Antidep ou tricyclique c'est quand on a une évolution de la maladie c'est plus de la lombalgie chroniques on est dans les conséquences de la maladie il peut y avoir une dépression associée à la lombalgie une invalidité même si sur le plan radiologique y a pas grand-chose.

7. Les gens ont l'impression que quand il ont mal au dos sa y est c'est foutu y a une sorte de préjudice moral la lombalgie chronique c'est un genre de fardeau de la vie il s'imagine le pire a chaque fois qu'il ont mal au dos il sont persuadées que c'est irréversible alors que non bien souvent les maladies du dos y a des soins qui sont vraiment très prometteur s'il sont bien fait.

aucune a part l'appréhension des patients s'ils ne connaissent pas la médecine manuelle ou l'ostéopathie parce que en 2 séances maximum on traite les ¾ des lombalgies chroniques enfin des pathologies du dos facilement.
La kiné c'est plutôt pour des rachis lombaire raide avec des raideurs du rachis avec des complications musculaires c'est surtout pour traiter les raideurs en plus de l'auto gym on peut

proposer au patient de l'autogym donc ça aide beaucoup.

8. Pas de problème car les gens quand il ont mal au dos ils viennent plutôt vers moi car sur le canton c'est plutôt moi qui soigne le dos c'est rare que j'adresse les patient sauf si je suspecte d'autre problème j'ai une arthrose évoluée avec des radiculalgies qui nécessite des infiltrations ou hernie donc là on fait un bilan plus poussée avec un scanner j'envoie au radiologue puis au neurochir ou à l'orthopédiste en général c'est une petite proportion des lombalgies chroniques quand même.

9. Déjà mieux faire connaître la pathologie c'est une pathologie bien souvent bénigne qui est réversible si les soins sont pris à temps que les patients n'est pas peur de consulté un médecin ostéopathe je dis bien médecin ostéopathe car ils ont des qualifications sur le rachis lombaire donc il ont été éduqués pour soigner ces problèmes-là.
   Euh améliorée la formation en médecine manuelle chez les jeunes médecins.
   Y a aussi la posturologie au travail mieux encadrée le poste de travail diminuée les cadences de travail y a des gros problèmes de lombalgies chroniques associées au travail.
   Donc la faudrait que y ai un poids plus important de la médecine du travail en entreprise parce que là c'est plutôt l'inverse c'est plutôt ont une difficulté à faire passer des messages sur le port de charge lourde, sur les positions, sur l'aspect statique au travail devant des écrans la position du cou. Y a beaucoup de choses qu'il faudrait améliorer encore.

Annexe 9 : entretien P7

1. 39 ans
2. Urbain
3. DIU douleur et DUI soins palliatif

4. euh, douleur du rachis lombaire de plus de 3 mois.

5. selon l'examen clinique particulier. A savoir s'il y a une douleur d'allure mixte ou inflammatoire, savoir s'il y a lieu de faire une biologie, s'il y a de la température sa dépend principalement de l'examen clinique, s'il y a un syndrome de la queue de cheval ou d'autre troubles au niveau des réflexes, ou chose comme ça. Ca m'inciteras à faire une biologie ou une radiographie voir scanner ou IRM en fonction. Diagnostic différentiel avec une lombalgie commune. Pour lombalgie commune pas d'examen complémentaire. Pas consult systématique d'un spécialiste.

6. les difficultés qui vont être principalement de la tolérance du traitement, de voir avec le patient ce qui est possible de mettre en place, des anti-inflammatoires, des antidouleurs, avec la conduite automobile ou de son travail du travail qu'il fait ou de chose comme ça, de son environnement et de ces antécédents personnel bien sur.

Utilise antidépresseur pas trop trop spécialement, de manière spécifique. Si antidép, si trouve absolument rien on va dire lombalgie commune, on a fait quelque examen on retrouve rien de particulier et qu'on retrouve quelque chose de sous-jacents comme des contractures musculaires très importante à ce moment-là on arrivera aux antidép.
Sur lombalgie commune ce sera plus les anti-inflammatoires simples, les paliers 1 2 3 sans soucis plus ou moins myorolaxant, kinésithérapie. Si on arrive aux antidépresseurs je pense que je demanderais plus son avis à un médecin de la douleurs ou chose comme ça. Sinon avis spécialisé. Consult spé, sur Abbeville plus de rhumatologue. Donc pour avoir un avis spécialisé pour avoir rendez avec un rhumatologue c'est l'enfer. il faut que toutes les personne aillent sur Berck ou sur Amiens. et on a la possibilité d'avoir un avis de médecin de la douleur mais les rendez-vous sont entre 4 et 6 mois. On essaye de prendre en charge les patients par nous-même c'est au détriment hélas pour le patient mais on fait comme on peut.

7. C'est de pouvoir les avoirs ici les kinés on a pas mal d'attente, moi je les mets assez rapidement en place avec préconisation pour les patient assez rapidement, on va dire j'attends même pas 3mois. Mais Le problème ici c'est principalement les délais. ici pour écoles du dos c'est calots à Berk mais là aussi les délais de rendez-vous sont entre 3 et 6 mois.

On a pas de médecin acupuncture. Ne fait pas d'infiltration. Pas de diplôme d'ostéopathie. J'utilise pas ça, le mieux que je pourrais prescrire c'est un tense si y a une radiculalgie intense *Psychothérapie* en prescrit sur demande en effet on va creuser avec le patient s'il y a autre chose à travailler on va voir avec lui on a la chance d'avoir un CMP donc les consultations sont d'accès libre mais les délais sont très très très importants on a des psychologues cliniciennes sur Abbeville où les délais sont de 1 mois mais effectivement la population d'Abbeville a du mal payés ce genres de actes paramédicaux. donc il faut que ce soit remboursé. Après on a la chance avec la consultation douleurs d'avoir une psychologue clinicienne et de manière systématique toute personne qui va au centre anti douleur a un prise en charge psychologique.

8. Ça arrive toujours C'est la difficulté d'une douleur chronique, pas que les lombalgies. surtout un patient chronique on va dire avec la chronicité tout le monde en a un petit

peu marre au bout d'un moment on aimerais passer autre chose. aussi bien le patient que nous c'est vrai que quand on voit le patient pour la 20ème fois le pauvre on a beau savoir qu'il souffre nous aussi au bout on se sent un peu démunis mais on essaie de rester zen, on essaie de passer la main. si on se sent épuisé par rapport à ça c'est tout l'intérêt des écoles du dos, des consultations antidouleurs et des choses comme ça.

9. former plus de médecins de la douleur avec ouverture plus de centre de la douleur et d'école du dos. et dans les travaux comme les usines et ou les métiers manuels qu'on fasse comme les chinois qu'on puisse s'entraîner un petit peu et éviter les difficultés qu'il peut y avoir de troubles musculosquelettiques. beaucoup dans les usines et chose comme ça. Il a souvent des problèmes à la reprise du travail alors d'ordre aussi bien physique que psychologique et je pense qu'il y a une grosse part de non écoute de la part de patronats. et tout ça des usines et ça serait bien de faire des prise en charges spécifique du dos et tout ça. d'échauffement et d'élongation du dos ça c'est un autre problème qui hors médical c'est pas la médecine du travail qui pourrait mettre ça. Ça serait plutôt les usines qui pourraient mettre ça en place au coup par coup.

Annexe 10 : entretien P8

1. Age 57 ans
2. exerce en rural bien que cela est changé
3. de la médecine manuelle

4. def : euh, lombalgie qui traîne au delà de, je sais pas trop quoi, qui traîne un certain temps euh euh, disons au delà de 2 mois car selon des papiers au delà de 2 mois cela devient compliqué. Mais c'est certainement avant, mais je vais dire 2 mois.

5. A priori radio après 4 à 6 semaines selon les recommandations de l'HAS. radio scanner pas avant 4 à 6 semaines. Le spécialiste quand j'ai tout essayé de mon coté c'est un peu truqué dans le sens où ayant une formation de médecine manuelle je me sent assez l'aise pour prendre en charge les lombalgiques. donc je l'envoie soit le rhumato rarissime, car j'estime qu'ils sont moins bien armée que les médecin du sport ou les médecins rééducateurs que les rhumatos. Les rhumatos je suis pas sur qu'ils soient le mieux placé pour traiter le dos l'hôpital ils vont faire des infiltrations. Moi mon truc à moi globalement quand ça traîne, soit c'est souvent des médecins rééducateurs médecins du sport et éventuellement des médecins radio interventionnel pour faire des infiltrations, sauf hors cas de la lombalgie commune, les spondylarthrites sont des pathologies de rhumato.

6. euh euh, les AINS quand les gens ont besoin d'AINS avec les gens qui les supportent pas et les personnes âgées pour qui s'est contre indiqué. Les antalgiques de pallier 1 pas de problème. les antalgiques de pallier 2 c'est ce qui est recommandé actuellement par l'HAS avec toute les problématiques de la tolérance des paliers 2 donc nausées, sédation, vomissement, constipation.
Autre pallier 3 j'utilise le laroxyl on peut rentrer dans les tricyclique classiquement c'est le laroxyl qui est systématiquement, 9 fois sur 10 pas tolérée donc les gens le prennent une nuit 2 nuits et il l'envoie à la poubelle moi j'utilise en sachant que je commence par de toute petite dose 4 gouttes 5 gouttes 6 gouttes et en montant tout doucement tout doucement. car si tu mets la dose efficace d'emblée les gens le prennent pas. éventuellement on peut être amené à utiliser les isrs dans certain cas. Souvent, parce que je sais pas si c'est une question qui va venir après, la lombalgie c'est pas n'importe quelle pathologie c'est souvent très très très très intriqué avec les problèmes psychos on peut pas enlever la lombalgie chronique avec le monsieur qui est derrière qui a un cerveau qui pense. et généralement la lombalgie c'est quelqu'un qui a des problèmes dans la vie, et qui l'expression populaire qui dit j'en ai plein le dos ça dit bien ce que ça veut dire. Ca veut que dire que s'est quelqu'un qui va utiliser son dos plus ou moins comme manière de s'exprimer et donc c'est la ou les isrs peuvent avoir un effet. Et les anxiolytique en tant que décontractant peuvent avoir toute leur place voilà. Tricyclique laroxyl classiquement oui. si t'as des neuropathie, lyrica.
Les pallier 3 ça peut arriver mais rarement j'ai quelque patient sous pallier 3 c'est rare.

7. L'abord psychologique est très important mais on a beaucoup de mal à le mettre en place car ça coûte extrêmement cher. donc j'ai l'impression que les gens de plus en plus maintenant sont d'accord pour aller voir un psychologue la difficulté c'est le coût de la manœuvre en tous cas à la compagne. nous dans le cabinet on a 3 psychologues et ils rament quoi c'est difficile car c'est pas, quand on a besoin d'un psychologue remboursé c'est le CMP et à ce moment-là on a un délais monstrueux. Les consultations pour la douleur à l'hôpital c'est 6 mois voire un an et c'est très complexe globalement il font pas mieux que nous parce que les patients à la sortie auront soit

enfin auront un IRSR soit du laroxyl et là où il font mieux que nous c'est qu'éventuellement ils mettent un stimulateur, mais bon c'est pas pratique à utiliser.
La kiné ça c'est pas un problème ça passe tout de suite mais il faut la mettre le plus vite possible en route. Les gens n'ont pas de problème avec la kiné.
Les ostéopathes les gens y vont assez facilement.
Ma problématiques c'est plutôt la problématique, c'est la prise en charge psy, psychologique. Les centres de rééducation y en a pas beaucoup y en a un à Berck et les rendez-vous sont très long à obtenir je les utilise un petit peu, y en a également à Corbie mais ça passe par des collègues, mais c'est pareil venant de la médecine générale c'est long c'est vraiment les chroniques chroniques chroniques il faut qu'on est passé toutes les étapes avant. Oui mais je suis pour.

8. j'ai pas compris la question.
Avec les confères non puisque j'adresse les patients à des gens que j'aime bien. Donc à priori on travaille en équipe, donc y a pas de soucis.
Avec les patients non plus. Oui je rencontre des problèmes avec les, mais pas au sens relationnel, ce sont des patients compliqués gérer, ça fait partie des patients compliqués à gérer, ça fait partie des patients très compliqué, parce qu'encore une fois on ne traite pas qu'une douleur on traite un patient, on traite euh et ce sont des patients on sait qu'au bout de 2 mois où un patient n'a pas travaillé euh aura beaucoup de mal reprendre le boulot. La difficulté elle est là c'est souvent le problème de la prise en charge du soin. Moi pour moi ce sont des patients difficiles car on est sur plusieurs niveaux au même moment. Et on est en plus tiraillé par la sécu qui nous impose des....j'ai encore eu le cas y a pas longtemps la sécu a tranché dans le vif et tant pis j'ai tord mais voilà je vais pas prendre parti.

9. en évitant qu'ils deviennent chroniques c'est the, c'est je pense que la réponse à ta question. y a pas de doute c'est ça. Ça veut dire que c'est des gens qu'il faut prendre quand ils sont dans l'aiguë, il faut tout de suite rapidement leur expliquer que le fait de bouger c'est que ce qui va les sauver. Moi je sais que je leur dire dès la première, mon message c'est dès la première fois où je les vois je leur dit dès la première consultation vous aller être coincé pendant 1 semaine 2 semaines, 3semaines, 6mois mais vous ne deviendrait pas paralysé. Euh et que de tout façon le dos est fait pour bouger et que plus on bouge mieux on se porte. Donc je les incite tout de suite à bouger, pas plus d'une journée de repos et puis kiné le plus vite possible et reprise du travail le plus vite possible.
Voilà donc après il nous faut à tout prix ne pas arriver à cette barre des 2 mois parce qu'une fois qu'on atteint la barre des 2 mois on rentre dans des problématiques compliquées. Notamment l'arrêt du travail alors Berk y un service qui sont pas mal ça marche pas mal le service de Berck pour ça.
Qu'est-ce que je peux dire d'autre là-dessus c'est vrai c'est c'est rôle du psychisme +++, rôle du psychisme +++le psychologique y a pas forcement que ça mais quelqu'un qui a, je dis pas que y a un profil du mal de dos, souvent on voit de patients qui ont quand même un intérêt à avoir mal dans le dos sur le plan professionnel, qui ont des problème de reconnaissance. Y a un super article dans la revue du praticien de médecine générale de y a un mois sur la lombalgie chronique que je te conseille de lire l'article est très bien fait parce que pour une fois j'étais très content, je voyais quelqu'un qui disait que justement il fallait bouger, que justement le psychisme a une part très importante et c'est la première fois où je vois un article bien fait.
La difficulté de les remettre sur les rails après 2 mois le tout c'est le meilleur de pas être embêter c'est d'intervenir avant 2 mois.
Pas d'intérêt à une prise en charge coordonnée
Consultation pluridisciplinaire c'est consultation pour la douleur c'est fait pour ça mais c'est

6mois de délais. Dans consultation de la douleur y a un psychologue y a tout ce qui... mais il faut que les gens accepte d'aller voir le psychologue c'est souvent proposé régulièrement quand ils sont dans un mur à Berck ils sont dans une structure. Mais moi j'ai beaucoup de refus de ce côté-là ? C'est un manque de moyen ? Je vais raconter ce qu'on m'a dit en cours dans le système américain le patient et a mal au dos bon ok je vais t'arrêter, au bout de X jours le patients revient et a encore mal au dos bein si t'a mal au dos tu travail t'as mal au dos tu travail pas t'as mal au dos donc vaux mieux travailler puisque t'a mal au dos dans les 2 sens . Nous avec la sécu donc je crois que quelque part dans ce domaine comme dans d'autre domaine et c'est une problématique de la médecine générale on a la possibilité de faire durer ces arrêt de travail ça interfère aussi par rapport à d'autres pays qui n'ont pas de couverture sociale qui reprenne beaucoup plus vite. C'est ce qui a été dit en cours mais je pense que c'est vrai je le pense réellement. Éventuellement je pense qu'il faudrait la collaboration avec les médecins de la sécu. Y a une méconnaissance des droits notamment dans l'administration, notamment entre les congés maladie, les congés longues durées c'est dur de si retrouver ça mériterait peut être une meilleure formation.
Dans les compagnies d'assurance en fonction que tu rentres tout seul dans un arbre ou qu'on t'envoie dans un arbre d'un côté c'est 3 semaines d'arrêt de l'autre c'est 6 semaines d'arrêt donc ce qui prouve que le psychisme même si les disent que non. Y a une grande grande part du psychisme dans ce type de maladie.

Annexe 11: entretien P 9

1. 59 ans
2. urbain
3. non

4. douleur au niveau lombaire qui se répète un peu trop souvent. Après la fréquence je saurais pas dire. enfin voilà enfin je dirais une ou 2 fois par mois le patient souffre de ses lombaires.

5. Euh déjà quand c'est lombalgie chronique c'est systématique je demande les examens complémentaires. sur une aiguë on va pas forcément demander un bilan, une radio mais pour une chronique c'est systématique, radio scanner facilement et en fonction de tout ça peut être une IRM après selon ce qu'il y a sur le scanner ou l'IRM je demande l'avis au neurochir. et en dernière instance quand je suis dans l'échec quand ça cafouille je passe la main à un rhumato.

6. C'est d'abord les effets secondaires des anti inflammatoires, sinon le fait que les antalgiques type codéine, tramadol soit mal toléré sinon non j'ai pas l'impression qu'il y est de difficulté particulière dans l'observance des patients car quand les gens ont mal ils prennent leur médicament. Les infiltrations ? Non surtout pas je laisse ce soin au rhumato en général.

Ça passe d'abord par l'étape neurochir quand on en est là. Et c'est le neurochir qui propose l'infiltration sous guidage écho.
Antidépresseur quasi plus maintenant, avant ouais j'avais le réflexe laroxyl mais j'y crois très moyennement sur l'intérêt des soit disant adjuvant.

7. Kiné j'ai le réflexe facile de prescription de kiné j'ai l'impression que les gens adhère bien en général. Ostéopathie bein si c'est de la lombalgie chronique bof je veux bien sur un truc un peu aiguë enfin oui quand c'est un coup de temps en temps pourquoi pas je suis pas absolument sur sur mais oui je fais je propose. École du dos non ça c'est en haut lieu que ça ce décide. Psychothérapie non alors que je suis tout à fait pour d'abord. dans ce cas je suis pour la psychanalyse et pas la psychothérapie c'est pas du tout la même chose et c'est très rare que quelqu'un adhère à quelque chose qui ne va pas de soi. Parce que ça va pas de soi de raconter sa vie à quelqu'un qu'on ne connaît ni d'Eve ni d'Adam partir de douleur. Il faut vraiment que ce soit pris dans un malaise existentiel beaucoup plus compliqué, pour que évidement on peut penser qu'il y a une part bien subjective dans le mal de dos mais comme ça directement mal au dos égale psy sûrement pas.

8. Euh écoute ils embêtent pas plus le monde pour les histoires de lombalgies que pour les autres histoires notamment que les histoires psy. On les voit régulièrement avec leur petite grille une lombalgie c'est temps de jours, chose que je m'empresse immédiatement d'oublier de tout façon je les retiens pas parce que ça me gonfle un peu quelque chose d'aussi rigide. Ouais y a un ordre idée. Y a les problèmes des arrêts de travail ça c'est vrai. 'est entre moi et le patient même si la sécu m'a déjà fait remarquer que je suis largement au-dessus des nombres de jours d'arrêt de travail dans la Somme mais je suis pas sûr que ce soit à causes des lombalgies.

9. Alors la euhm. euh moi j'aurais tendance à penser c'est qu'il faudrait qu'il y est de kinésithérapie qui soit bien mené parce que mon idée la tendance actuelle étant la

rentabilité comme beaucoup de domaine on les colle un peu trop vite sur un vélo et débrouille ou à faire je sais pas quoi. Les gens le disent il y a des kinés qui sont voilà attentif impliqué mais y aussi des kinés.....

Après je vois pas trop il faudrait changer les conditions de travail des gens c'est quand même ça le gros pourvoyeur des lombalgies chroniques. Tu te casse le dos dans le BTP ou certains boulots. Oui il faudrait une préparation au travail mais c'est une vue de l'esprit si on peut avoir une action à ce niveau-là c'est sûr que fondamentalement c'est de là que ça vient. Les médecins du travail non pas les moyens pour faire ces actions-là.

Annexe 12 : entretien P10

1. 61ans
2. semi rural
3. FMC sur la lombalgie

4. euh c'est une question difficile je dirais douleur lombaire persistante, récidivante et handicapante ça va.

5. Prescription radio la persistance des symptômes. le scanner si radiculalgie.

L'avis spécialisé c'est en dernier recours

6. Le problème c'est la mauvaise tolérance des paliers II, soit des AINS. Les patient sont pas toujours observant souvent les patients prennent un jours ou 2 puis arrêtent.

on voit ne fait pas d'infiltration.

7. La prise en charge par les kinés est souvent insuffisant on a l'impression que les kinés c'est surtout du business on fait des papouilles par ci par là et puis voilà.

La difficulté c'est que les gens veulent être guérit tout de suite et ils sont dans la non acceptation de la douleur

Les écoles du dos sont non disponibles, les psy je vois pas d'intérêt

La prise en charge en centre antidouleurs à Amiens c'est bien mais les délais sont de 6-9 mois donc presque quand les gens viennent à la première consultation il faudrait prendre rendez-vous.

Le centre de rééducation à Corbie oui c'est possible mais les délais de rendez-vous sont de 6 à 9 mois donc c'est pareil

8. pas de problème avec mes confères car je les ai sélectionnés

avec les patients quelque fois car quand ils sont pas soulagé suffisamment rapidement on est des bon à rien.

Il y a aussi de la part des patients beaucoup de demande d'imagerie qui sont pas toujours justifié je veux une radio ou je veux un IRM je veux savoir ce que j'ai.

9. Diminué les délais d'attente en centre de rééducation et en centre antidouleurs.

Augmenté les places en hospitalisation de jours où ils font l'ensemble de la prise en charge.

Annexe 13 : entretien P11

1. 57 ans
2. urbain
3. maître de stage

4. euh je sais pas. Lombalgie chronique je dirais que c'est quelqu'un qui a mal dans le bas du dos depuis plus de 3 mois.

5. C'est la tentative de soulagé le patient dans l'expectative d'une pathologie grave.

Non pas systématiquement si y a des éléments inquiétants : risque de fracture ostéoporotique ou un antécédent de cancer.
Si quelqu'un a mal au dos depuis 3 mois oui il va avoir une radio ça c'est sur
IRM sur un lombalgie non pas d'IRM. dans un premier temps au sens strict je ne fais pas de scanner ou d'IRM si je n'ai pas de sciatalgie si je n'ai pas sur une radio quelque chose qui m'oriente. Après lombalgie avec des problèmes de marche oui.
alors consultation vers un spécialiste il faut que j'envisage un pathologie rhumatismale

6. Je dirais gérer les contre-indications comme ils sont chronique je les voit assez régulièrement mais habituellement on va de chemin en chemin les examens et les traitements et je rencontre pas spécialement de difficulté car à chaque étapes je lui explique le pourquoi des choses.

Non je fais pas d'infiltration car j'estime qu'il faut faire les infiltrations sous guidage échographique au moins, voir scanner.
Antidepresseur pas spécialement non. Quand y a une pathologie psychologique évidente et que cette personne reconnaît que cette pathologie n'arrange pas les choses je leur propose parfois un traitement antidépresseur d'essai en disant que ça peut agir sur vos douleur et voilà directement non.

7. Le kiné non y a pas de soucis on en trouve facilement pour prise en charge musculaire avec manipulation parfois et pour une relaxation on est bien lotit en kiné chez nous

école du dos non on a pas ça. Faut aller sur Paris ou sur Amiens mais on est à 60km de Paris et Amiens 80km donc non je fais pas appel l'école du dos.
Je ne fais pas ostéopathie car j'ai pas la dextérité manuelle j'ai appris mais ça marche pas donc j'adresse, je conseille quand y a des phénomène de contracture évident répétitif ça marche pas trop mal c'est pas pour toute les lombalgies honnêtement beaucoup de gens sont déjà aller chez l'ostéopathe avant de venir me voir

8. pas de patient agressif qui revenait me voir concernant des thérapeutiques ou des diagnostics et le contraire aussi. Y a un petit peu de temps plus sur effet d'un traitement type lyrica. Je fais de toute petite dose j'augmente très lentement et je fais très attention aux effets secondaires je leur dit bien que la codéine ça va les constiper de façon terrible. De mon souvenir pas de problème

9. euh je sais pas non je sais pas c'est bien codifié on sait que la radio sert pas a grand-chose. mais on sait que de faire une radio rapidement ça soulage, enfin y a une charge émotionnelle pour les gens qui ont mal au dos qui se lève.

Bibliographie

1. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. Médecine Longévité. sept 2011;3(3):137-49.

2. Fassier J-B. prévalence, coût et enjeux sociétaux de la lombagie. Rev Rhum. mars 2011;78(S2):p 38-41.

3. D. VUILLAUME. La lombalgie commune : données épidémiologiques et questions de santé publique. Ann Kinésithérapie. 1999;26(4):154-64.

4. Bazin T, Allaert FA, Fuseiller A, Perles P. Etude du retentissement socio-économique de la lombalgie chronique en pratique quotidienne de médecine générale. rhumatologie. 1998;50(3):95-101.

5. sol jean christophe, Chaynes patrick, Lazorthes Y. douleurs: bases anatomiques, physiologiques et psychologiques. Université Paul sabatier Faculté de médecine Toulouse-Rangueil; 2009.

6. diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. agence nationnale d'accréditation et d'évaluation santé; 2000.

7. Mohsen M. Applicabilité des recommandations HAS pour la prise en charge de la lombalgie chronique commune de l'adulte selon le modèle bio psycho social au cabinet de médecine générale: évaluation sur un échantillon de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.

8. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1 juill 1995;311(6996):42-5.

9. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

10. Vernette É. Les études qualitatives à la recherche du sens perdu [Internet]. JSTOR; 2004 [cité 22 déc 2016]. 7–9 p. Disponible sur: http://www.jstor.org/stable/40592996

11. Andreani J-C, Conchon F. Les techniques d'enquêtes expérientielles: vers une nouvelle génération de méthodologies qualitatives. Rev Fr Mark. avril/mai 2002;(5):1809-190.

12. INED. quantitatif et qualitatif.

13. Purvin J. Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant ?: étude qualitative sur les patients de la région Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie;

14. Bazile M. responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers: leressenti des professionnels paramédicaux [thèse de docteur en médecine]. [poitiers]: Poitiers; 2015.

15. Lerche V (1984-), Lavalard J-F, Verne U de PJ. Evaluation du diagnostic et de la prise en charge de l'anémie ferriprive chez l'adulte par les médecins généralistes libéraux en Picardie(Texte imprimé):à partir de cas pratiques /Vanessa Lerche;[sous la direction du]

Docteur Jean-François Lavalard [Thèse d'exercice]. [Amiens]: université de Picardie jules verne; 2014.

16. Cedraschic C. Quels facteurs sychologique faut-ils identifier dans la pise en charge des patients souffrant de lombalgie? Qu'en est-il de l'anxiété et de la dépression? Quelles peurs et quelles représentations constituent-elles des éceuils? Rev Rhum. mars 2011;78(s2):p 70-74.

17. F Genêt, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D'Apolito A-C, Lafaye de Michaux R, et al. Evaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique. Ann Réadapt Médecine Phys. 2006;(49):226-33.

18. Bannwarth B. lombalgies communes: quels moyens pharmacologiques, pour quel résultat? Rev Rhum. mars 2011;78(S2):p 75-78.

19. Coudeyre E, Richard E, Eschalier B, Dupeyron A. Étude qualitative des freins à la pratique d'une activité physique régulière pour les patients lombalgiques chroniques. /data/revues/18770657/v56sS1/S1877065713009354/. 9 nov 2013;56(S1):308-9.

20. Jusot F, Wittwer jerome. L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective. Regards Croisés Sur Léconomie. 2009;1(5):102-4.

21. Donskoff C. Place de la prise en charge globale dans la lombalgie chronique. Rev Rhum. mars 2011;78(S2):p 79-82.

22. Bagot E. Evaluation de la qualité de vie chez le lombalgique chronique après un programme multidisciplinaire de réentraînement à l'effort pratiqué au Centre de Réadaptation Fonctionnelle Clémenceau. [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université Louis Pasteur; 2006.

23. Courtillon A, Nys A, Heuleu J-N. Essai contrôlé des rééducations lombaires dans la lombalgie chronique. Méthodologie, résultats immédiats et à moyen terme. Ann Réadapt Médecine Phys. 1987;30(1):1-20.

24. Bontoux L, Roquelaure Y, Billabert C, Dubus V, Sancho PO, Colin D, et al. Étude du devenir à un an de lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. Ann Réadapt Médecine Phys. oct 2004;47(8):563-72.

25. Cognacq L. exploration des pratiques des ostéopathes dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques [thèse de docteur en médecine]. [angers]: Angers; 2016.

26. Charlot S. méthodes conventionelles et non conventionelles dans le traitement de la lombalgie chronique de l'adulte en médecine générale- revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [toulouse]: Toulouse III- Paul Sabatier; 2013.

Résumé

Introduction : La lombalgie chronique est un problème de santé publique par son coût et sa prévalence. Sa prise en charge est multidisciplinaire par essence. Malgré les recommandations, elle reste une prise en charge compliquée avec de nombreux échecs. L'objectif est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes picards afin de faire émerger des solutions efficaces pour l'amélioration de la prise en charge.
Méthodes : Étude qualitative par entretien semi-directif auprès de médecins généralistes picards.
Résultats : 11 entretiens ont été réalisés. Les difficultés rencontrées par les médecins ont porté sur 3 thèmes principaux : l'utilisation des traitements médicamenteux et non médicamenteux ainsi que les conflits avec les patients et les confrères. Les principales difficultés observées furent la tolérance des médicaments et leur observance, les délais d'attente trop importants, le refus du patient, les prises en charge compliquées à mettre en place, la sous médicalisation du versant psychologique, la mauvaise réalisation des actes de kiné et un sentiment d'impuissance.
Discussion: Cette étude a montré des résultats similaires à ceux d'une étude réalisée sur le même sujet en Languedoc-Roussillon. Beaucoup de résultats avaient déjà été démontrés dans la littérature.
Conclusion : Il existe de nombreuses difficultés mais des améliorations sont possibles tant en terme d'organisation du parcours de soins qu'en terme de connaissance des avancées médicales par les médecins, ainsi qu'en terme d'information grand public.