



HAL
open science

Prise en charge de la lombalgie commune et intérêt de l'ostéopathie : analyse de la pratique des médecins généralistes en Seine-Maritime

Paola Lecointe

► To cite this version:

Paola Lecointe. Prise en charge de la lombalgie commune et intérêt de l'ostéopathie : analyse de la pratique des médecins généralistes en Seine-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02073789

HAL Id: dumas-02073789

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02073789>

Submitted on 20 Mar 2019

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

LECOINTE Paola

Née le 11 juin 1990 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 28 février 2019

PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE COMMUNE ET INTERET DE
L'OSTEOPATHIE :

ANALYSE DE LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES EN SEINE-
MARITIME

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Paola Vanhaecke

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Olivier Vittecoq
Madame le Maitre de conférence Laëtitia Rollin

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile

Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive

Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie

Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ - Saint Julien Rouen

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,

Vous avez œuvré pour la qualité de l'enseignement durant ces trois années d'internat de médecine générale. Vous avez su aider chacun d'entre nous et personnaliser les parcours en cas de besoin.

Vous m'avez fait l'honneur d'être le président de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Olivier Vittecoq,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury avec une grande disponibilité. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Madame le Maître de conférence Laëtitia Rollin,

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de ce jury et de juger cette thèse. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères pour votre précieux temps accordé.

A Madame le Docteur Paola Vanhaecke, Directrice de thèse et amie :

Un grand merci pour ta grande disponibilité, ta rapidité et ta bonne humeur. Ce fut un grand plaisir de travailler avec toi. Je me rends bien compte de la chance que j'ai eu de t'avoir en tant que directrice de thèse.

Mais surtout, place aux bons moments maintenant, et rendez-vous sous le soleil.

Et bien sûr, on ne remerciera jamais assez Yvonne...

Aux médecins ayant participé aux entretiens :

Vous avez bien voulu partager votre expérience avec sincérité et je vous en remercie.

A Maman,

Merci d'avoir répondu à tous ces coup-de fils catastrophes pendant ces longues années d'études. Tu as toujours su me redonner confiance et je te remercie profondément de toute ta disponibilité mais surtout de ton amour.

A Papa,

Merci de m'avoir transmis ta joie de vivre et ton sens de l'humour...

Aux Frangins,

Vous avez toujours su tenir votre rôle de grands frères à merveille. Je sais que je pourrai compter sur vous à n'importe quel moment. MERCI.

A Marine,

Tu sais comme j'adore écrire et faire des déclarations publiques... Alors voilà les idées en vrac : les week-ends à travailler nos thèses, les photos d'orteografe, ta manie de tout stabiloter, cette fameuse histoire de chevreuil...

Aux amis de la faculté,

Mathilde, Violette, Julie, Justine, Vincent, Stan, Pénélope.... Pour tous ces bons moments, ces week-ends, ces voyages et ces fous rires !

A Fuego,

Le bonheur sans toi n'existerait plus. Merci d'être entré dans ma vie. Nos futurs projets nous promettent un superbe avenir. J'espère sincèrement pouvoir te rendre heureux, tout autant que tu le fais à mon égard.

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	17
INTRODUCTION.....	18
1. La lombalgie commune.....	18
1.1 Définition	18
1.2 Anatomie du rachis lombaire	18
1.3 Épidémiologie	20
1.4 Démarche clinique face à une lombalgie	21
1.5 Étiologies de la lombalgie commune.....	24
2. Prise en charge médicale de la lombalgie commune	28
2.1 La place des examens complémentaires.....	28
2.2 Prise en charge thérapeutique	28
2.3 Prise en charge complémentaire.....	30
2.4 Prise en charge préventive	32
3. L'ostéopathie	41
3.1 Les fondements	41
3.2 La formation	42
3.3 Lombalgie et ostéopathie	42
3.4 Les manipulations rachidiennes	43
3.5 Indications et contre-indications de l'ostéopathie.....	43
3.6 Les données actuelles.....	45
3.7 L'accès à l'ostéopathie.....	45
MATERIELS ET METHODES.....	46
1. Objectifs	46
2. Type d'étude.....	46
3. Population étudiée.....	46
4. Le questionnaire.....	47
5. Méthode de recueil des données	48
6. Analyse des données	49
7. La recherche bibliographique.....	49

RESULTATS.....	50
1. Analyse de l'échantillon de médecins généralistes	50
1.1 Généralités	50
1.2 Données épidémiologiques.....	50
2. Analyse des entretiens semi-dirigés	52
2.1 La lombalgie aiguë commune	52
○ La définition	52
○ Existe-t-il un profil de patient lombalgique ?	53
○ La démarche face à un premier épisode	55
➤ Démarche diagnostique.....	55
➤ Démarche thérapeutique	57
➤ Démarche complémentaire	60
➤ Le suivi du patient lombalgique	62
➤ En seconde intention	62
2.2 La lombalgie chronique commune.....	63
○ La définition	63
○ La démarche face à une lombalgie chronique commune	65
2.3 L'ostéopathie.....	65
○ Orienter ou ne pas orienter vers un ostéopathe ?	66
○ Un médecin ostéopathe ? un kinésithérapeute ostéopathe ? un ostéopathe pur ?	66
○ Contexte de prise en charge ostéopathique	68
○ La place de l'imagerie en cas de prise en charge ostéopathique.....	69
○ Prescription de kinésithérapie et/ou d'ostéopathie ?	69
○ L'avis des patients, selon le médecin généraliste	70
○ L'avis du médecin généraliste	71
DISCUSSION	72
1. Forces, limites et hypothèses de l'étude.....	72
2. La lombalgie aiguë commune, une démarche avant, pendant et après les symptômes	74
3. Les défis de la lombalgie chronique commune.....	76
4. Un constat : l'attrait de l'ostéopathie.....	80
CONCLUSION	84
BIBLIOGRAPHIE.....	85
ANNEXES	89

PREAMBULE

«Mal au dos », « tour de reins », « en avoir plein le dos »... Tant d'expressions pour évoquer une lombalgie.

« Ce mal du siècle », si fréquent, paraît être inévitable.

Quelles sont les causes d'une lombalgie ? Quelle attitude adoptent les médecins généralistes face à ce symptôme si fréquent, pourtant peu étudié dans le cursus universitaire ?

Ces questions étaient les raisons essentielles motivant ce projet.

Tout au long de mes études de médecine, beaucoup de patients, ainsi que des membres de mon entourage, m'ont posé la question de l'ostéopathie lors de leurs épisodes de lombalgie.

Seulement, ma vision de l'ostéopathie était bien vague. J'avais cette envie de pouvoir maîtriser le sujet au mieux et de savoir quoi faire en pratique.

En parallèle des recherches dans la littérature, il m'a semblé pertinent d'aller à la rencontre des médecins généralistes et de leur poser directement ces questions.

L'objectif principal de ce travail était d'analyser les principes de prise en charge de la lombalgie commune de médecins généralistes en Seine-Maritime.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'intérêt porté par les médecins généralistes à l'ostéopathie dans la prise en charge des lombalgies communes.

INTRODUCTION

1. La lombalgie commune

1.1 Définition

La lombalgie est caractérisée par une douleur entre la charnière dorso-lombaire et la charnière lombo-sacrée . Une irradiation de la douleur est possible au membre inférieur, sans dépasser le genou. (1) Au-delà, on parle de lombosciatique.

1.2 Anatomie du rachis lombaire

Le segment lombaire est une partie du rachis. Il est constitué de 5 vertèbres.

Le rachis se compose, de haut en bas, de 7 vertèbres cervicales, de 12 vertèbres dorsales ou thoraciques, du segment lombaire, et du segment pelvien formés de 5 vertèbres sacrées pour le sacrum et de 4 vertèbres coccygiennes pour le coccyx. L'ensemble est composé de 33 pièces osseuses superposées.

Les vertèbres cervicales et lombaires forment physiologiquement une convexité antérieure : il s'agit de la lordose. Les vertèbres thoraciques et sacro-coccygiennes forment une convexité postérieure : il s'agit de la cyphose.

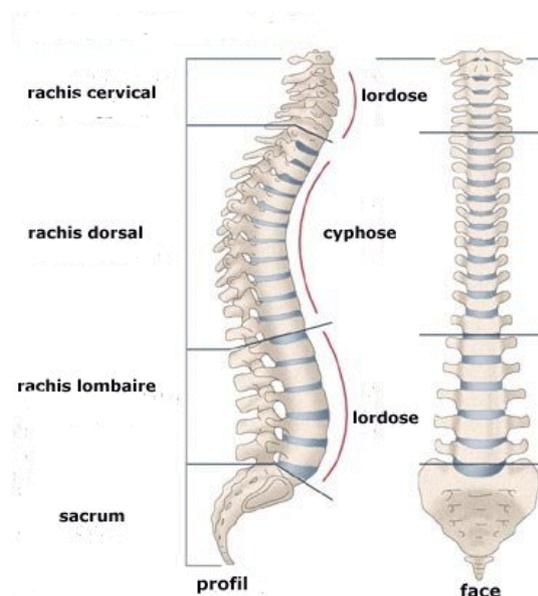


Figure 1 : Rachis de profil et de face

La résistance du rachis est renforcée par ces courbures physiologiques et par l'augmentation de taille des corps vertébraux, allant de la partie supérieure à la partie inférieure du rachis.

Les vertèbres, du segment cervical au segment lombaire, sont composées d'un corps vertébral en antérieur, de processus transverses et épineux en postérieur.

Entre chaque vertèbre, se situe un disque intervertébral, permettant d'absorber les mouvements.

Ce disque est constitué d'un anneau fibreux et d'un noyau central appelé nucleus pulposus. Le disque est protégé de chaque vertèbre par un plateau cartilagineux en supérieur et en inférieur. (2)

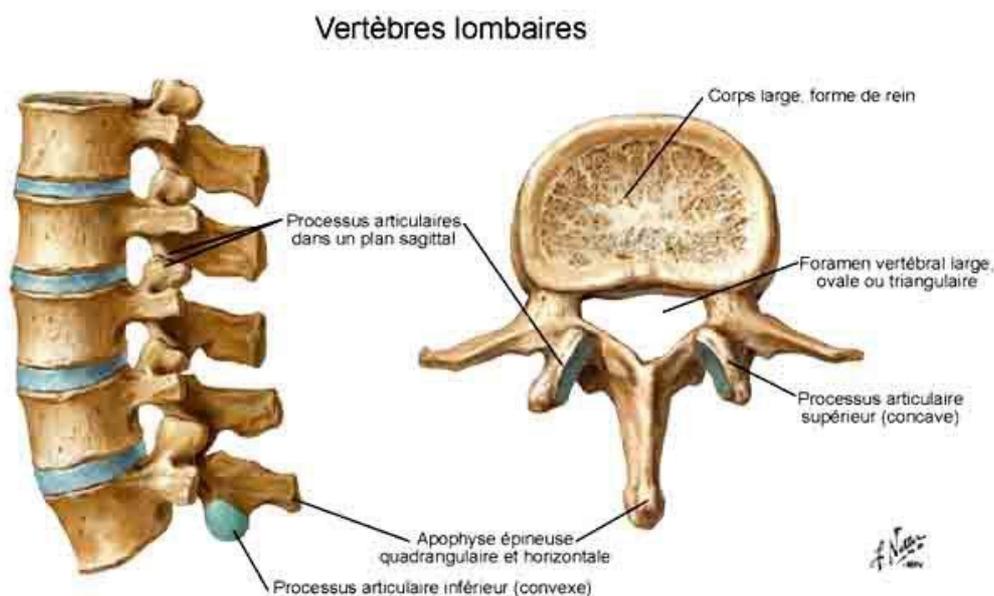


Figure 2 : Segment lombaire de profil et vertèbre lombaire en vue supérieure

Le rachis, grâce aux disques intervertébraux et sa structure, est douée de multiples fonctions : flexion, extension, rotation, inclinaison. Il permet au corps de se mouvoir dans tous les plans de l'espace, et protège la moelle épinière qui se situe dans le foramen vertébral.

Le ligament jaune, ferme en arrière le foramen vertébral sur tout le long du rachis.

Le disque qui sépare la cinquième vertèbre lombaire de la première vertèbre sacrée est le plus fragile. Cette fragilité peut s'aggraver avec un travail à fortes contraintes physiques, l'âge et la sédentarité.

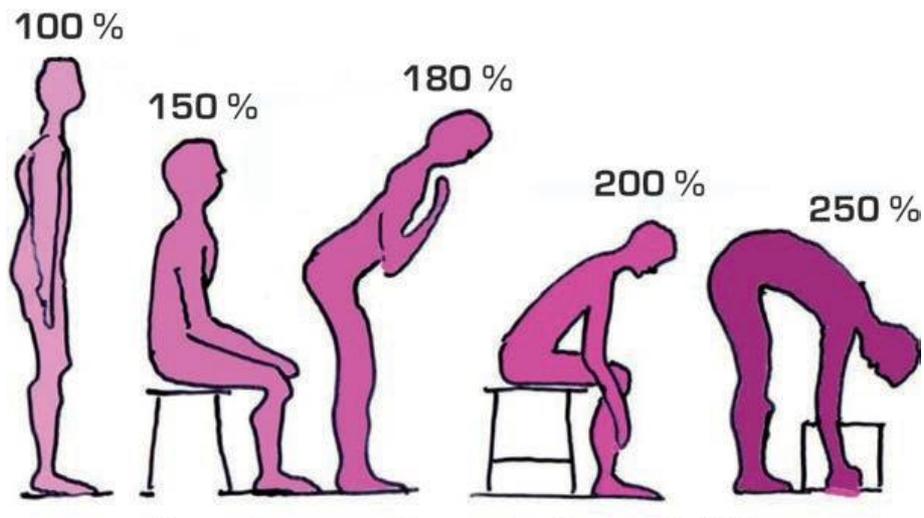


Figure 3 : Pression exercée sur le disque L5-S1 en fonction des postures

1.3 Épidémiologie

80% des personnes en France ont eu, ont, ou auront mal au dos. Parmi ces personnes, 10% développeront des douleurs chroniques. (3)

Le pic de lombalgie se situe chez les 40-69 ans. La prévalence de ce mal ne cesse d'augmenter depuis plusieurs années.

Selon l'observatoire de la médecine générale, la lombalgie est classée au 8ème rang des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale, et passe au 4ème rang chez les 40-49 ans, après les consultations pour examens systématiques, les états fébriles et l'hypertension artérielle. (4)

Deux types de populations sont classés à haut risque de lombalgie commune: les patients sédentaires et les patients exposés à de fortes contraintes physiques notamment au travail. (5)

La lombalgie est un symptôme et non une maladie. Ce symptôme peut être à l'origine de plusieurs étiologies, qu'il est important de savoir différencier. (1) (6) (7).

1.4 Démarche clinique face à une lombalgie

Deux grands types de lombalgies s'opposent. Les lombalgies symptomatiques, concernant moins de 5% des lombalgies vues en médecine générale, et les lombalgies communes bien plus fréquentes. (7)

Les causes extra-rachidiennes, telle la pyélonéphrite, peuvent mimer un tableau de lombalgie, et doivent être écartées lors de la consultation.

- La lombalgie symptomatique

La lombalgie symptomatique doit être recherchée systématiquement. Elle peut être secondaire à des causes :

- Tumorales : myélome, cancers primitifs, métastases
- Infectieuses : spondylodiscite
- Inflammatoires : spondylarthropathies
- Déminéralisantes : ostéoporose, ostéomalacie
- Traumatiques

Pour s'orienter vers l'origine de la lombalgie, le groupe des recommandations européennes COST B13 a rassemblé des signes d'alerte à rechercher immédiatement à l'interrogatoire et à l'examen clinique.

Ces signes d'alerte, appelés « alertes rouges » ou « red flags », permettent de s'orienter vers une origine symptomatique: (1) (8)

Terrain	Antécédents	Symptômes / Signes cliniques
Immunosuppression : - Toxicomanie intraveineuse - VIH - Corticothérapie prolongée	Traumatisme récent	1 ^{er} épisode avant 20ans ou après 55 ans.
	Tumeur maligne	Douleur d'horaire inflammatoire : nocturne, non soulagée par le repos
	Ostéoporose	Douleur thoracique
		Altération de l'état général, perte de poids inexpliquée
		Syndrome neurologique étendu (ex : syndrome de la queue de cheval)
		Fièvre inexpliquée > 38°
		Persistance des douleurs sous traitements, après 4 à 6 semaines.

Tableau 1 : Les signes d'alerte rouge

La présence d'au moins un de ces signes impose des explorations complémentaires.

En l'absence de signe d'alerte rouge, et en cas de persistance des douleurs, la haute autorité de santé (HAS) préconise de revoir régulièrement le patient pour suivre l'évolution, et ne pas méconnaître une origine symptomatique. (9)

- La lombalgie commune

Le diagnostic de lombalgie commune est un diagnostic d'élimination.

A l'interrogatoire plusieurs signes permettent de s'orienter :

- Des antécédents d'épisodes de lombalgie commune.
- Le mode d'apparition : généralement brutal après un faux mouvement ou le port d'une charge lourde.
- Une douleur d'horaire mécanique, qui apparaît plus volontiers dans la journée et augmente à l'effort. Elle est soulagée par le repos. Cette douleur est plutôt faible la nuit et ne perturbe pas le sommeil en dehors des changements de position.

A l'examen physique, l'examineur recherche :

- Un trouble de la statique rachidienne : une hypo ou une hyperlordose lombaire dans le plan sagittal, une attitude scoliotique dans le plan frontal.
- Une raideur des mobilités du rachis lombaire. La diminution de la flexion lombaire est mesurée à l'aide de l'indice de Schober (figure 4).
- Une douleur à la mobilité des processus vertébraux transverses et épineux.
- Une contracture musculaire para-vertébrale.
- Un syndrome cellulo-téno-myalgique avec la technique du palpé-roulé.
- Des signes de souffrance radiculaire, parfois présents.

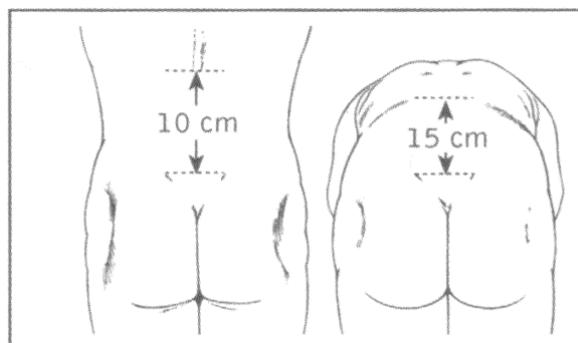


Figure 4 : Test de Schober.

Marquer l'épineuse en regard de L5 et tracer une autre marque 10cm au-dessus. Lors de la flexion du tronc, jambe tendu, l'écart entre les deux lignes doit être au moins supérieur à 4 cm.

L'examen clinique de la lombalgie commune est peu spécifique. Il est difficile de mettre en évidence une lésion anatomique en lien avec la lombalgie. (10)

De plus, il existe plusieurs causes de lombalgies communes, et celles-ci peuvent être intriquées. (10)

1.5 Étiologies de la lombalgie commune

Dans la lombalgie commune trois stades peuvent se succéder.

Le stade aigu, allant jusqu'à 6 semaines de symptômes, le stade chronique, au-delà de 12 semaines, et le stade subaigu entre 6 et 12 semaines d'évolution. (1)

90% des lombalgies aiguës communes guérissent spontanément en moins de 4 semaines. (11)

Plusieurs classifications des lombalgies communes existent dans la littérature. Nous avons choisi de citer, sans classer, les principales causes de lombalgie commune retrouvées :

- Le lumbago : tableau le plus fréquent.

Il est caractérisé par une apparition brutale en relation avec un faux mouvement ou un effort de soulèvement.

Une sensation de blocage avec impotence fonctionnelle majeure, une douleur à la pression des processus épineux ou de l'espace inter-épineux, et une contracture para-vertébrale sont des signes fréquents. (6)

Il est parfois constaté une attitude antalgique avec une inclinaison latérale et une disparition de la lordose lombaire. Les efforts de toux et de défécation sont souvent à l'origine de paroxysme douloureux.

- Les discopathies, dues à la déshydratation du disque et aux microtraumatismes répétés de l'anneau fibreux, peuvent entraîner des pincements, allant de la protrusion aux hernies discales.

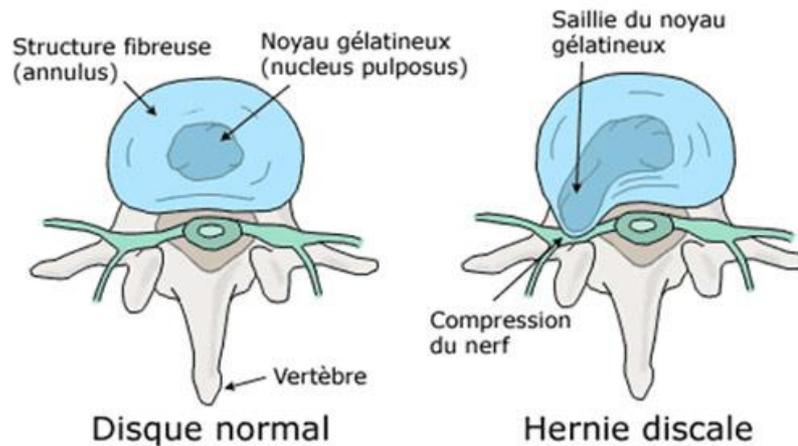


Figure 5 : Disque intervertébral et hernie.

Lorsque la hernie discale provoque un syndrome neurologique de compression médullaire, on ne parle plus de lombalgie commune, mais de lombalgie symptomatique. L'examen neurologique doit être systématique, à la recherche de signes d'urgence comme le syndrome de la queue de cheval. (8)

- Les discopathies inflammatoires, de type MODIC stade 1, ont été découvertes en 1988 par le radiologue américain Michael Modic. Les douleurs sont induites par la réaction inflammatoire de l'os sous chondral. Cette réaction inflammatoire est provoquée par la dégénérescence du disque intervertébral et crée une perte de fonction mécanique de celui-ci. Les douleurs sont d'horaires inflammatoires, mais la cause étant mécanique, ces discopathies font parties des lombalgies communes. C'est l'imagerie par résonance magnétique qui permet d'en faire le diagnostic.
- Le syndrome de Maigne : du nom du rhumatologue Robert Maigne, encore appelé le syndrome jonctionnel, ou dérangement intervertébral mineur (DIM), est une douleur projetée, à distance de l'étage vertébral en cause. Cette douleur est focalisée dans un métamère, mimant une douleur pseudo-viscérale.

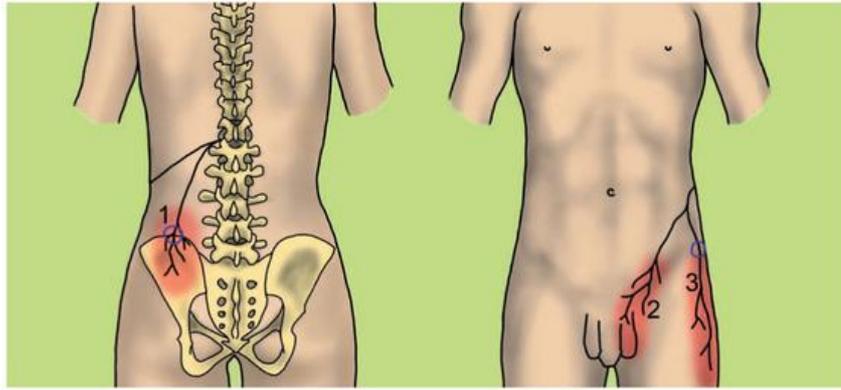


Figure 6 : Douleur projetée, syndrome de Maigne

Un problème de posture (mouvements répétés ou posture maintenue) est souvent à l'origine.

A la clinique, on retrouve un syndrome rachidien, une diminution de mobilité de la vertèbre, et une myocellulalgie au palpé-roulé dans le territoire radiculaire provoquée par l'irritation du rameau postérieur du nerf rachidien en cause.

- Le syndrome facettaire ou syndrome des articulaires postérieures. L'évolution est chronique. Ce syndrome est fréquemment en lien avec un excès pondéral, une hypercyphose dorsale et une hyperlordose lombaire. Ces phénomènes provoquent une augmentation des contraintes du rachis postérieur pouvant amener jusqu'à l'arthrose. (8) L'arthrose est d'apparition très progressive, évoluant par poussées douloureuses de rythme inflammatoire.
- Le canal lombaire rétréci (CLE). Le canal où passe la moelle épinière, le foramen vertébral, peut se rétrécir pour plusieurs raisons :
 une protrusion du disque intervertébral,
 une hypertrophie osseuse des articulations inter-apophysaires postérieures,
 un épaissement du ligament jaune (par dégénérescence des articulations).

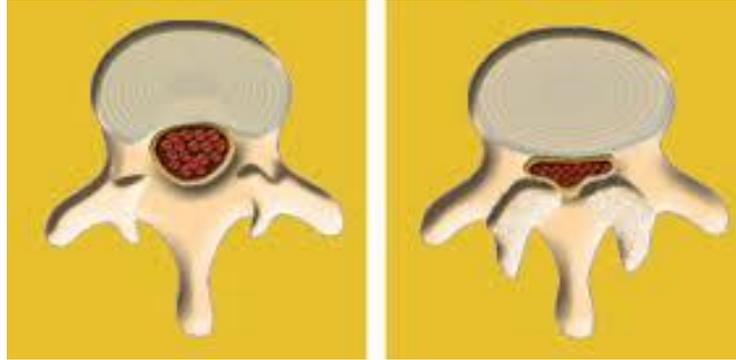


Figure 7 : Canal lombaire rétréci (CLE)

Ce phénomène induit des souffrances des éléments nerveux.

Les signes fonctionnels les plus fréquents sont une lombalgie mécanique, une radiculalgie des membres inférieurs et une claudication intermittente radiculaire.

Les symptômes sont améliorés par la position penchée en avant, c'est le signe du caddie. Cette pathologie est plus fréquente après l'âge de 50 ans. (12)

- Les lombalgies d'origine fonctionnelle : aucune lésion anatomique ou cause évidente n'est retrouvée. Pour les rééducateurs, comme les kinésithérapeutes, les raideurs, les dérangements articulaires et musculaires, les troubles posturaux, entrent dans la définition de la lombalgie fonctionnelle. (13)

Les discopathies MODIC stade 1 et les poussées d'arthrose sont deux causes de douleurs d'horaire inflammatoire dans la lombalgie commune.

2. Prise en charge médicale de la lombalgie commune

2.1 La place des examens complémentaires

En l'absence de signe « d'alerte rouge », L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) a publié en 2000 des recommandations sur la prise en charge de la lombalgie commune. (14)

Il y est conseillé de ne pas faire d'imagerie avant 7 semaines d'évolution, sauf s'il est envisagé de faire des manipulations ou des infiltrations. Dans ce cas, le délai peut être diminué.

De même, la répétition des examens, sans évolution de l'examen clinique, n'est pas recommandée.

La radiographie est l'examen d'imagerie de première intention, (8) notamment avec le cliché dorso-lombo-sacré-pelvi-fémoral de face, dit de De Sèze et le cliché de profil centré sur la charnière dorso-lombaire.

Bien souvent, il n'existe aucune corrélation entre les lésions de l'imagerie et la symptomatologie du patient dans les cas de lombalgie commune (14) (15).

Le but de l'imagerie est surtout d'éliminer les diagnostics différentiels (8).

La biologie, le scanner et/ ou l'imagerie par résonance magnétique sont surtout utiles lorsqu'il faut éliminer une cause symptomatique de lombalgie.

2.2 Prise en charge thérapeutique

- Les antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens

La douleur est un élément essentiel à prendre en compte et rapidement.

Les antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont des atouts de premier recours pour la soulager. Les posologies et les durées des traitements ne sont pas précisées dans les recommandations standard de la HAS (Haute Autorité de Santé) de 2000. Elles sont à adapter au cas par cas. (14)

- Les myorelaxants

Lors d'une contracture musculaire para-vertébrale, les myorelaxants sont souvent prescrits en France et recommandés par la HAS. (14) Pourtant, peu d'étude fiable ont été réalisées sur leur efficacité. (1)

Toujours selon les dernières recommandations de l'an 2000 : « ils peuvent être prescrits pendant une période qui ne devrait pas dépasser 2 semaines (accord professionnel). (9)

En 2016, la direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique de la HAS, a jugé insuffisant le service médical rendu (SMR) par le Thiocolchicoside (16). Il n'a plus lieu d'être prescrit dans la lombalgie aiguë commune.

- Les antidépresseurs

Une composante neuropathique peut s'ajouter à la douleur de la lombalgie. Elle est définie par une douleur associant une perte de sensation habituelle, entraînant des dysesthésies comme les paresthésies. Elle est plus souvent retrouvée dans les lombosciatiques ou cruralgies, mais peut également se rencontrer dans les lombalgies communes.

Face à ce type de douleur, certaines classes d'antidépresseurs sont prescrites. Ce sont les tricycliques ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Ils peuvent être prescrits en complément des traitements classiques, lorsque la douleur est devenue chronique.

De plus, la dépression n'est pas rare chez les patients souffrant du dos depuis des mois, voire des années. Ainsi, ils ont un double rôle lors de la prescription.

- Les antiépileptiques

Les antiépileptiques sont également connus pour avoir cette seconde propriété de calmer les douleurs neuropathiques chroniques. Ils sont souvent utilisés en pratique, mais ne sont pas cités dans les recommandations HAS (10), et non recommandés dans les recommandations européennes du groupe COST B13. (17)

- Les infiltrations

Les infiltrations de corticoïdes n'ont pas prouvé leur efficacité. Malgré l'absence de preuve scientifique, les recommandations françaises permettent d'utiliser cette technique dans la lombalgie commune aiguë résistante au traitement de première intention. (14)

2.3 Prise en charge complémentaire

- L'activité

La douleur doit être soulagée, pour favoriser le mouvement et éviter la pérennisation des symptômes.

Elle est génératrice de kinésiophobie, créant un cercle vicieux pour le patient.

Selon les recommandations de l'ANAES, et les recommandations européennes, le repos strict est contre-indiqué. (14) (17) Il provoque fonte musculaire, diminution des performances cardiaques et respiratoires, et atteintes psychologiques et sociales.

Le patient doit reprendre ses activités dès que possible.

C'est une erreur de croire que l'effort qui déclenche une douleur, annonce une aggravation. Il est de mise de poursuivre ses activités, en adaptant à sa douleur.

Le professionnel de santé a ainsi pour rôle de diminuer les peurs et croyances du patient face à sa douleur. Le patient doit être incité à bouger. (11)

Depuis novembre 2017, l'assurance maladie renforce cette idée au travers de nombreuses campagnes de prévention (18). Leur message clef est : « Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement. »

- Les exercices

Dans cette même optique du mouvement, Foltz et Al, ont étudié l'effet de l'éducation des patients. Après l'analyse de 25 revues de la littérature, ils concluent que de

proposer aux patients des exercices à refaire au domicile est efficace. Le type d'exercice n'a pas d'importance (15). Le but est de maintenir une activité régulière.

- L'information

Le patient doit être acteur de sa prise en charge. Pour cela, il doit recevoir une bonne information. (10) (19)

Il doit comprendre les enjeux : la désocialisation, le risque de licenciement pour inaptitude, la mise en longue maladie, la mise en invalidité. (20)

L'information peut être délivrée oralement ou via un média, comme un site internet, une vidéo, un livret...

Le guide du dos est un exemple de média qui a fait sa preuve sur les diminutions du risque de lombalgie chronique. (21)

- Kinésithérapie

Le kinésithérapeute joue un rôle à part entière. Il intervient dans les phases difficiles, et a un statut d'éducateur.

Le patient apprend des exercices à refaire à domicile, pour maintenir une musculature suffisante et reprend confiance en ses possibilités de mouvements.

Le résultat attendu est de renforcer le dos et de limiter les récives.

Les recommandations HAS de 2005 conseillent de ne pas prescrire trop précocement des séances de kinésithérapie. La rééducation peut être commencée après 4 semaines d'évolution. (22)

Aucune étude n'a vraiment prouvé l'efficacité de la kinésithérapie lors des phases aiguës, du fait d'une guérison spontanée en moins de 6 semaines dans 90% des cas. De la kinésithérapie active trop précoce génère une surmédicalisation impactant dans les coûts financiers directs. (22)

Dans certains cas, la kinésithérapie avant 4 semaines d'évolution, peut être prescrite à visée antalgique avec les massages.

- Les thérapies cognitivo-comportementales / Écoles du dos

Dans les cas de récurrences fréquentes ou de lombalgie commune chronique, les thérapies cognitivo-comportementales et les écoles du dos se sont développées pour améliorer le vécu du patient sur sa lombalgie.

D'après les recommandations européennes, elles nécessitent d'être davantage étudiées sur leur efficacité et leur intérêt est donc controversé. (17)

- Les programmes de réadaptation

Contrairement aux thérapies cognitivo-comportementales et aux écoles du dos, les programmes de restauration fonctionnelle du rachis sont reconnus dans la littérature (23). Le critère principal de réussite de ces programmes, est le retour au travail. La plupart des études rapportent un taux de retour au travail aux environs de 70% après ces programmes.

Ce type d'intervention, convient aux patients lombalgiques chroniques, déconditionnés, avec un retentissement socio-professionnel élevé et pour lesquels les différents traitements ont semblé insuffisants.

- L'ostéopathie

Selon les recommandations de l'ANAES en 2000, les manipulations rachidiennes, telle que l'ostéopathie, ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. (24) L'ostéopathie est une méthode complémentaire qui sera développée ultérieurement.

2.4 Prise en charge préventive

- Le modèle biopsychosocial

L'origine de la lombalgie commune est multifactorielle, et la prise en charge peut être complexe.

Dans l'épisode aigu, le modèle biomécanique permet de donner une partie de la réponse quant à l'origine des douleurs. Il se base sur un concept lésionnel.

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), la biomécanique est l'ensemble des réactions du corps en réponse à une sollicitation externe. (25) Par exemple, lors du port de charge, le corps émet une contrainte musculaire, ce qui peut engendrer des contractures musculaires.

En revanche, dans les épisodes subaigus et chroniques d'autres signes, plus subjectifs, sont considérés comme facteurs de risque de pérennisation des douleurs et de l'incapacité fonctionnelle. Il convient de commencer à les rechercher dès l'épisode aigu, et d'approfondir la démarche lors des consultations ultérieures. (19)

Lors d'une conférence d'actualité en rhumatologie, Rozenberg et Al. ont fait part de ces signes qui s'intègrent dans le modèle biopsychosocial (20) .

En référence aux alertes rouges à éliminer dans le stade aigu, ce système inclue plusieurs types d'alertes.

- Les « alertes jaunes » qui recherchent un **problème psychopathologique** :

Pensées	Sentiments	Comportement
Catastrophisme	Inquiétude, détresse, anxiété	Description de symptômes extrêmes
Fausse croyances sur l'état, la douleur, la nocivité	Dépression	Stratégie de coping* passive coping* : façon de s'adapter aux situations difficiles
Attentes négatives du futur	Kinésiophobie	Inefficacité répétée des traitements

Tableau 2 : Alertes jaunes

- Les « alertes bleues », sur la **sphère professionnelle** :

- Charge physique de travail élevé
- Incapacité de modifier le travail
- Stress au travail
- Manque de support social
- Insatisfaction au travail, monotonie
- Faible espoir de retour au travail
- Crainte d'une nouvelle blessure

Tableau 3 : Alertes bleues

- Et les « alertes noires », sur le **contexte social et professionnel** :

- Incompréhension entre les divers acteurs (patient, employeur, médecin)
- Compensation financière
- Croyances de l'entourage
- Isolement social
- Politique de l'entreprise inadaptée, faible soutien de la hiérarchie
- Retard dans les processus

Tableau 4 : Alertes noires

Ce système biopsychosociale permet d'expliquer et de prévenir la chronicisation des symptômes. Les éléments psycho-socio-professionnels viennent s'intriquer dans le concept de biomécanique.

La meilleure façon de prendre en charge la lombalgie commune est de la prendre en compte rapidement, en incluant les principes de ces deux modèles, pour éviter de verrouiller tous les mécanismes d'entretien de la douleur. (3)

La prise en charge de l'épisode subaigu est primordial dans le risque de chronicisation. (7) C'est en particulier à ce moment, que le professionnel de santé doit être vigilant. Il doit refaire l'examen clinique, s'assurer de l'absence de cause symptomatique, et approfondir l'interrogatoire en s'aidant des « alertes jaunes », « bleues » et « noires ».

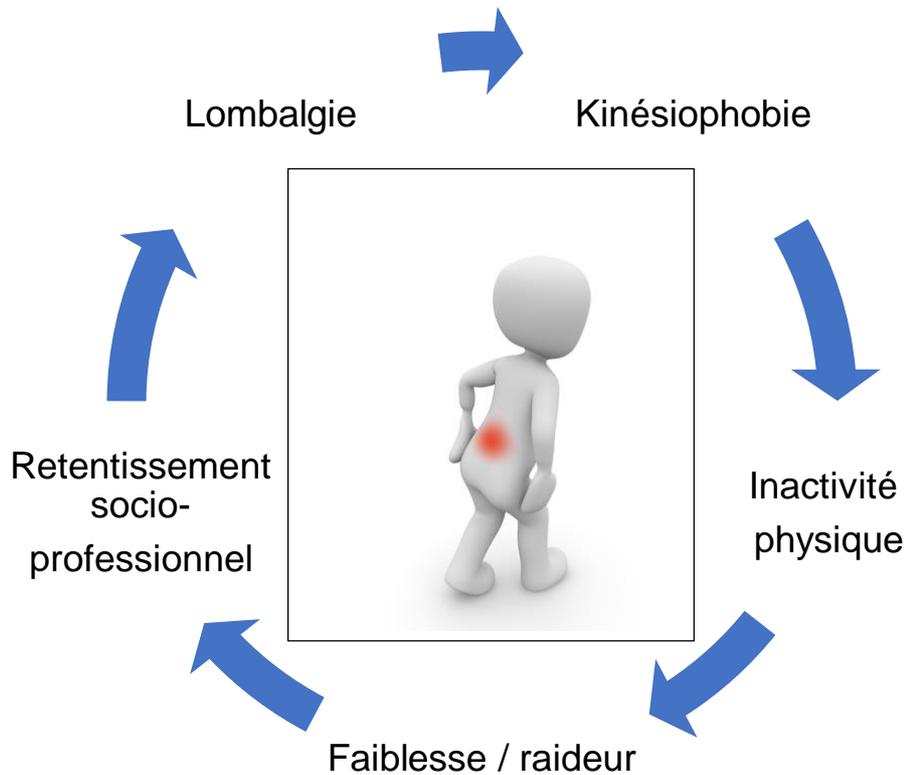


Figure 8 : Le modèle biopsychosocial

Le médecin généraliste occupe une place privilégiée dans cette prise en charge, puisqu'il connaît bien souvent le patient depuis plusieurs années, et a pu appréhender la personnalité et les sphères socio-professionnelles qui l'entourent. (1)

- La place du médecin du travail :

Le médecin du travail au même titre que le médecin généraliste a un rôle d'information et d'éducation auprès des patients lombalgiques ou à risque.

Il joue un rôle de prévention des risques professionnels. Il vise à maintenir la bonne santé des salariés en communiquant avec l'employeur pour améliorer les conditions de travail.

Le médecin généraliste et le médecin du travail ont des rôles complémentaires. Pourtant, la littérature révèle que les échanges entre eux sont insuffisants.

Une bonne coordination permet de renforcer la prise en charge du patient souffrant de lombalgie commune. (1) Il est difficile de mener à bien cette communication sur un plan pratique, tant du côté du médecin généraliste que du côté du médecin du travail. (14)

- Les facteurs prédictifs de lombalgie commune :

En plus des moyens biopsychosociaux et de la communication avec le médecin du travail, il existe des tests physiques de prédiction d'apparition de lombalgie commune. Ce sont les tests de Sorensen et de Shirado.

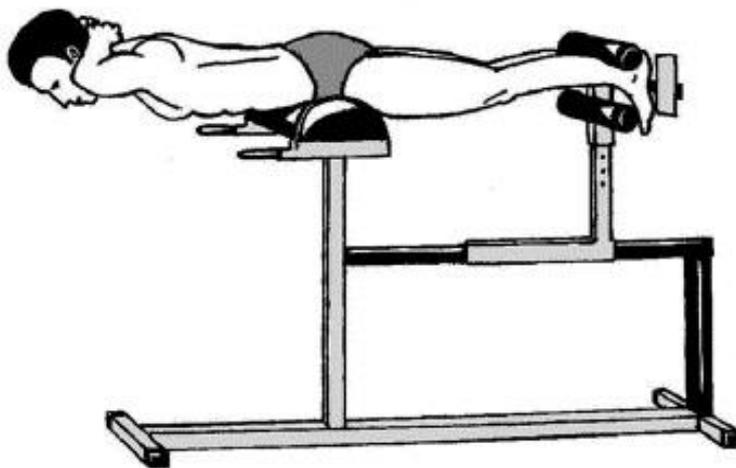


Figure 9 : Test de Sorensen

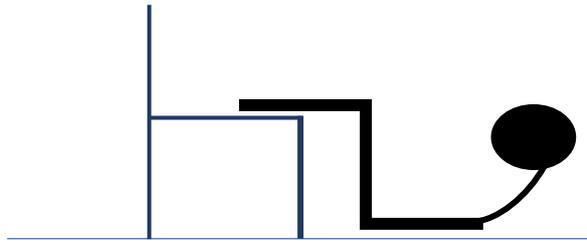


Figure 10 : Test de Shirado

Ces tests, souvent effectués par les rééducateurs, consistent à évaluer l'endurance des muscles extenseurs lombaires pour le test de Sorensen, et l'endurance des muscles abdominaux pour le test de Shirado.

Un bon gainage de ces muscles est marqué par un test maintenu plus de 120 secondes pour chacun des tests.

Pour le test de Sorensen, il a été démontré qu'un maintien de posture inférieur à 58 secondes, expose à 3 fois plus de risque de développer une lombalgie. (26)

- Les facteurs de risque de lombalgie

Selon l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), (27) plusieurs facteurs de risque de lombalgie sont reconnus ; au travail et hors travail.

FACTEURS DE RISQUE	LOMBALGIE AIGUE	LOMBALGIE CHRONIQUE
<u>Au travail</u>	Manutentions manuelles. Chutes. Exposition aux vibrations corps entier. Postures pénibles sous contrainte. Travail physique dur. Traumatismes. Efforts importants	Conditions de travail. Insatisfaction au travail. Travail physique dur. Stress. Contraintes psychosociales. Absence d'actions de prévention dans l'entreprise.
<u>Hors travail</u>	Antécédents de lombalgie. Troubles vasculaires. Corpulence. Anomalies radiologiques graves. Grossesses. + les mêmes facteurs de risque physiques qu'au travail (chutes, efforts importants...).	Durée de l'arrêt pour lombalgie. Gravité de l'atteinte. Intensité de la douleur. Mode de prise en charge. Gêne fonctionnelle. Baisse d'activité. Tabac.

Tableau 5 : Facteurs de risque de lombalgie selon l'INRS.

- Les risques de passage à la chronicité

Des facteurs de risque de chronicisation de la lombalgie commune ont été clairement identifiés dans un traité de médecine datant de 2010. (10)

Ce sont :

- l'âge élevé
- le faible niveau d'éducation

- les antécédents de lombalgie
- l'incapacité initiale élevée
- la douleur intense persistante
- et les facteurs présents dans le modèle biopsychosocial

D'autres critères interviennent dans le risque de passage à la chronicité.

D'après l'étude de Nguyen et al, la surmédicalisation et une prescription d'imagerie inappropriée favorisent le catastrophisme (28). Il a été montré, dans une autre étude, qu'un diagnostic de lésion vertébrale ou discale dans les sept premiers jours d'évolution de la lombalgie, augmente près de 5 fois le risque de passage à la chronicité. (7)

Dans l'étude de Nguyen et al, il est suggéré que : « le moyen le plus sûr de prévenir le passage à la chronicité reste l'éducation et l'information du patient. » (28)

- Le coût

L'évolution défavorable des symptômes, engendre un effet psychologique néfaste pour le patient, impactant sur les domaines privés et professionnels. Le patient est alors à risque d'isolement.

S'ajoutent à ces phénomènes, des coûts pour la société. Des coûts directs, mais aussi indirects.

80% des coûts de la lombalgie, sont causés par les 10% de patients étant au stade chronique. (10) (15)

- Les coûts directs

Les consultations médicales, les frais liés aux hospitalisations, les médicaments, les examens complémentaires, les séances de kinésithérapie, de réadaptation sont les coûts directs.

Ces coûts varient selon les pays, s'expliquant par les différents principes de prise en charge d'un pays à l'autre. (29)

- Les coûts indirects

L'absentéisme au travail, et donc la perte de productivité à court et long terme, entre dans les coûts indirects.

Plus la période d'arrêt de travail est longue, plus les possibilités de reprendre le travail diminuent. Après 2 ans d'absence, la probabilité de réintégrer son poste de travail est à peu près nulle. (30)

La lombalgie commune, avant l'âge de 45 ans, est la seconde cause d'invalidité au travail, après les maladies cardio-vasculaires. (1) (23)

C'est la première cause d'accident du travail avec arrêts maladie. La durée des arrêts de travail a quasiment doublé en 20ans, passant de 35 jours à 55 jours en moyenne . (29)

Depuis 1999, certaines pathologies chroniques du rachis lombaires, liées à l'exposition professionnelle, comme les vibrations ou la manutention de charges lourdes, sont reconnues en maladies professionnelles (tableaux n° 97 et 98 des maladies professionnelles), occasionnant également des dépenses par le système de santé. (1) (29)

3. L'ostéopathie

3.1 Les fondements

L'ostéopathie a été fondée par l'américain Andrew Taylor Still en 1874, après une épidémie de méningite. Cet autodidacte avait fondé la pensée que le corps était capable d'auto-guérison. Les maladies sont dues à l'incapacité totale ou partielle des nerfs de diffuser le fluide vital. Pour se soigner, il faut équilibrer les différentes parties du corps qui se trouvent mal alignées afin de permettre une circulation harmonieuse des fluides. (31)

L'ostéopathie arrive en France en 1932 par le Dr Robert Laverazzi. Très rapidement, l'ostéopathie s'étend en rhumatologie à travers le Dr Robert Maigne, rhumatologue (1927-2012), en ne conservant que l'aspect ostéo-articulaire. Au fil de ses travaux, le Dr Maigne développe considérablement l'ostéopathie et devient l'inventeur de la médecine manuelle « moderne ». (32)

En 2018, en France, on compte près de 18000 ostéopathes, plus de 9000 kinésithérapeutes ostéopathes et un peu plus de 1500 médecins ostéopathes. (33)

L'ostéopathie fait partie des médecines complémentaires et alternatives. Dans le cas de la lombalgie, elle peut être pratiquée par des ostéopathes, des médecins ostéopathes et des kinésithérapeutes ostéopathes.

Évaluer cette pratique est difficile. Deux raisons peuvent l'expliquer. De nombreux mécanismes d'action sont encore imprécis et dépendants du manipulateur. De plus, les résultats obtenus sont irréguliers. (34)

La profession tend vers une standardisation des pratiques depuis la loi Kouchner en 2002, loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé. L'ostéopathie exercée par les ostéopathes a été reconnue légalement. Cela implique que les écoles d'ostéopathie sont soumises à l'agrégation du ministère de la santé. (35)

En 2007, un décret stipule que les ostéopathes peuvent manipuler uniquement en cas d'absence d'organicité qui nécessiterait des examens complémentaires. En d'autres

termes, les ostéopathes peuvent manipuler sans avoir eu de bilan d'imagerie en systématique. (36)

Un second décret oblige les ostéopathes à réaliser un minimum de 2660 heures d'enseignement théorique et pratique. (36)

En 2016, un autre décret intègre les ostéopathes dans la liste des professionnels de soins. Ils sont alors habilités à échanger et partager des informations nécessaires à la prise en charge des patients. (33)

Le code de déontologie en ostéopathie existe depuis 2005. (37)

3.2 La formation

Les ostéopathes peuvent intégrer une école privée d'ostéopathie, agréée par le ministère de la santé (Loi Kouchner 2002), après le baccalauréat. Les études durent 5 ans.

Pour les médecins, la formation est universitaire, il s'agit d'un diplôme universitaire de médecine manuelle ostéopathique d'une durée de 2 à 3 ans.

3.3 Lombalgie et ostéopathie

Selon l'association américaine de l'ostéopathie, à travers une méta-analyse de 2016, il a été prouvé que les manipulations ostéopathiques réduisaient les douleurs chez les patients lombalgiques comparé aux effets placebos. (38)

Mêmes résultats dans une méta-analyse de 2017 de Slattengren et al. (39)

Les recommandations HAS ainsi que d'autres études de la littérature indiquent que l'ostéopathie a de bons résultats sur le court terme (24). En revanche, sur le long terme, aucune étude n'a prouvé qu'il y avait une efficacité sur les douleurs lombaires. (6) (40)

3.4 Les manipulations rachidiennes

Selon Robert Maigne, « la manipulation est une mobilisation passive qui tente d'entraîner les éléments d'une articulation ou d'un ensemble d'articulations plus loin que leur jeu habituel, et jusqu'à la limite du jeu anatomique normal. C'est une impulsion brève, sèche et unique qui doit être exécutée à la fin d'un jeu passif normal. Ce mouvement s'accompagne habituellement d'un bruit de craquement ou de claquement. ».

La Société Française de Médecine Manuelle orthopédique et ostéopathique (SOFMMO), ajoute que « les vertèbres manipulées bougent légèrement l'une par rapport à l'autre mais elles reviennent immédiatement à leur position de départ. Il n'y a donc aucune "remise en place". En revanche, l'étirement très sec des muscles périvertébraux, du disque et des articulations intervertébrales est bénéfique. Ces structures anatomiques interviennent dans la douleur. Il peut résulter de leur étirement une détente musculaire et une meilleure mobilité de la colonne, donc une amélioration des douleurs. » (41)

3.5 Indications et contre-indications de l'ostéopathie

La différence entre lombalgie symptomatique et commune est primordiale. Les lombalgies symptomatiques nécessitent une prise en charge complémentaire et spécifique. L'ostéopathie est contre indiquée pour ces étiologies.

La manipulation vertébrale ne peut-être suggérée que pour des souffrances mécaniques bénignes. (41)

Les indications de l'ostéopathie sont variables d'une école à l'autre.

Le site du Syndicat Français des Ostéopathes relève de très larges indications citées dans le Tableau suivant.

LES ARTICULATIONS ET LES MUSCLES

- Lombalgie : lumbagos, sciatiques, etc.
- Dorsalgies, cervicalgies : torticolis, coup du lapin, côtes ou « vertèbres déplacées » ou bloquées, etc.
- Certaines formes d'entorses : cheville, genou, poignet, etc.
- Certaines tendinopathies : tennis-elbow, golf-elbow, périarthrite, etc.
- Traumatologie du sport.
- Certaines perturbations de l'articulé dentaire.

LE SYSTÈME NERVEUX ET VASCULAIRE

- Céphalées, migraines et certaines formes de vertiges.
- État d'hyper-nervosité, d'anxiété, de troubles du sommeil, de stress, de fatigue, d'irritabilité, etc.
- Névralgies : cruralgies, sciatiques, névralgies cervico-brachiales, d'Arnold, ou intercostales.

LE SYSTÈME DIGESTIF ET VISCÉRAL

- Troubles de la digestion : constipation, diarrhées chroniques, ballonnements, brûlures d'estomac, nausées, colites spasmodiques, difficultés de digestion
- Troubles génito-urinaires : suivi ostéopathique de la grossesse, congestion, règles irrégulières, douloureuses, douleurs lors des rapports sexuels, prostatiques, certaines incontinences, etc.

LES SÉQUELLES DE TRAUMATISME

- Accidents de la voie publique.
- Conséquences de chutes et de chocs : coccyx, épaule, crâne, etc. • Travail post chirurgical après cicatrisation.

Tableau 6 : Indications apparaissant sur le site du Syndicat Français des Ostéopathes.

Une revue de Carnes et Al de 2010, sur les effets secondaires des thérapies manuelles a montré que le risque d'effets secondaires graves est faible, et que des effets secondaires transitoires considérés comme mineurs à modérés étaient ressentis par la moitié des patients. (42) Les risques d'effets secondaires étaient classés en grave, modéré et faible, selon la persistance de la douleur et son intensité, après les manipulations.

Dans une étude qualitative de Rajendren et al en 2012, 3 focus groupe ont été étudiés pour analyser les effets indésirables des manipulations ostéopathiques (43). Il a été révélé que la définition des effets indésirables n'est pas perçue de la même manière par les patients et par les praticiens. L'autre point est que les patients pouvaient accepter plus facilement les effets secondaires des manipulations, s'ils avaient, avant le traitement, une vision positive de l'ostéopathie et de leurs attentes.

3.6 Les données actuelles

Dans l'épisode aigu de la lombalgie commune, l'ostéopathie a prouvé son intérêt dans la réduction des douleurs ; mais selon une méta-analyse de R. Zegarra-Parodi et al, cette thérapie manipulative n'a pas fait la preuve de sa supériorité par rapport aux traitements standards. (34)

L'association américaine d'ostéopathie, conclue en 2016, qu'il est nécessaire de réaliser plus de recherche sur les principes de prise en charge des manipulations ostéopathiques pour en comprendre les mécanismes. De même, peu d'études ont été réalisées sur les effets à courts et longs termes de ces techniques. (38)

3.7 L'accès à l'ostéopathie

Les ostéopathes peuvent être consultés par les patients en première ligne de soins. Aucune ordonnance ou courrier du médecin traitant n'est nécessaire.

C'est pourquoi, dans le cas des lombalgies communes, nous avons voulu appréhender les connaissances et l'intérêt que portaient les médecins généralistes de Seine-Maritime à l'ostéopathie. Nous avons voulu analyser leurs principes de prise en charge et leur ressenti concernant cette pratique complémentaire.

MATERIELS ET METHODES

1. Objectifs

Le principal objectif de cette étude, était d'analyser la pratique des médecins généralistes de Seine-Maritime dans la prise en charge de la lombalgie commune, aiguë et chronique.

L'objectif secondaire était de découvrir l'intérêt thérapeutique que portent ces praticiens envers l'ostéopathie.

2. Type d'étude

La méthode qualitative, à partir de la théorie ancrée (construction de la théorie, à partir des données recueillies), semblait adaptée pour analyser les pratiques des médecins généralistes.

Par son approche compréhensive, elle permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ». (44) (45)

3. Population étudiée

Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes de Seine-Maritime.

Pour la validité externe de l'étude, nous avons tenté d'obtenir un échantillon raisonné, pour une meilleure diversité des réponses. Les données épidémiologiques de ce panel ont été rassemblées dans la partie résultats.

Les coordonnées ont été collectées auprès de ma directrice de thèse, selon mes connaissances personnelles, ou encore par effet boule de neige à partir de médecins qui connaissaient d'autres médecins susceptibles d'être de bons participants à l'enquête.

Ils étaient contactés soit par téléphone soit par mail. (Annexe 1)

L'inclusion des médecins généralistes s'est faite au fur et à mesure des entretiens pour assurer la diversité de l'échantillon.

Au total, douze médecins généralistes ont fait parti du projet.

De façon volontaire, étaient recherchés des praticiens sans formation ostéopathique et ceux pratiquant la médecine manuelle ostéopathique. Cela semblait plus adapté à nos objectifs.

La saturation des données a été obtenue au bout du onzième entretien. La douzième interview a permis de valider ces résultats.

Sur l'ensemble des médecins généralistes contactés, quatre n'ont pas donné suite après plusieurs relances par mail, malgré un accord téléphonique au préalable. Un médecin a dû annuler notre entretien le jour du rendez-vous et n'a pas souhaité en reprogrammer un.

4. Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide de ma directrice de thèse, après étude de la bibliographie.

Il a été choisi de le structurer en quatre parties distinctes (Annexe 2) :

- Les données personnelles et professionnelles de chaque médecin, regroupant l'année de thèse, les conditions d'exercice, le type de patientèle et les formations complémentaires obtenues.
- La lombalgie aiguë commune : la définition de ce terme selon chaque interviewé, l'existence ou non d'un profil de patient lombalgique, leur démarche thérapeutique face à un premier épisode, la place de l'imagerie, et enfin le suivi du patient.
- La lombalgie chronique commune : la définition et la prise en charge.
- L'ostéopathie : les conditions d'orientation, la différence entre ostéopathe, médecin ostéopathe et kinésithérapeute ostéopathe, l'avis des patients sur cette technique et enfin l'avis des médecins généralistes interrogés.

L'information donnée aux médecins généralistes avant l'entretien était que l'étude portait sur la prise en charge des lombalgies communes.

Volontairement, le thème de l'ostéopathie n'a pas été évoqué lors de la prise de contact, pour ne pas influencer les réponses et garder une certaine spontanéité au fil des entretiens.

De plus, les entretiens n'étaient pas figés d'un échange à l'autre, et pouvaient évoluer et rebondir sur de nouvelles idées, principe même de la démarche qualitative.

5. Méthode de recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés se sont déroulés, utilisant des questions ouvertes, et peu de questions fermées. Des temps d'écoute et de pause ont été respectés, permettant la réflexion des intervenants. Il a été parfois nécessaire de relancer, ou de formuler différemment la question, pour plus de précision.

J'ai été la seule à interviewer les praticiens. Les thèmes pouvaient être abordés dans le désordre. Mon rôle était de garantir que le guide d'entretien soit complet, tout en gardant une discussion fluide.

Chaque médecin généraliste avait donné son accord pour l'enregistrement des échanges.

Selon la revue *Exercer*, « l'enregistrement permet de dépasser les impressions laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de preuve de l'analyse de l'entretien. » (44)

Les discussions étaient ensuite retranscrites mot à mot sous Microsoft Office Word sous forme de verbatim.

Dans ce corpus de données, les hésitations, les rires et les signes de communication non verbale, étaient intégrés entre parenthèses. Cela permet la bonne compréhension et la bonne interprétation des idées décrites.

De même, tous les entretiens ont été anonymisés, pour que le médecin se sente libre de s'exprimer. Nous avons ainsi utilisé la lettre M suivie d'un chiffre différent pour masquer les identités dans les verbatims. Les enregistrements étaient ensuite détruits.

6. Analyse des données

Le recueil des données s'est effectué entre juillet 2018 et décembre 2018.

Ce travail d'analyse du contenu a été effectué séparément par ma directrice de thèse et moi-même, après lecture et relecture des entretiens. Les éléments extraits ont été rassemblés, confrontés et discutés, afin de créer des catégories et de s'assurer de leur pertinence.

Ce double codage, réalisé manuellement dans ce travail, permet d'éviter le biais d'interprétation.

7. La recherche bibliographique

La recherche dans la littérature, s'est effectuée à partir des sites Pubmed, Cismef, la banque de données BCSSA (bibliothèque centrale du service de santé des armées) de ma directrice de thèse, Google, Google Scholar, et dans des livres de la bibliothèque universitaire ou dans les livres d'ostéopathie prêtés par certains médecins.

La création de notre bibliographie a pu se faire à l'aide du logiciel Zotéro.

RESULTATS

1. Analyse de l'échantillon de médecins généralistes

1.1 Généralités

Nous avons réalisé 12 entretiens. En moyenne, les échanges ont duré 18 minutes et 55 secondes. L'entretien le plus court était de 13,39 minutes et le plus long de 30,14 minutes.

1.2 Données épidémiologiques

	Sexe	Année de thèse	Milieu d'exercice	Conditions d'exercice	Type de patientèle	Formation(s) complémentaire(s)
M1	F	2015	Urbain	Cabinets de groupe	Peu de pédiatrie	Capacité d'urgences, DIU MMO
M2	H	1984	Urbain	15 ans en libéral puis médecin militaire	18-60 ans. Patients militaires	Aucune
M3	F	2005	Rural	Maison pluridisciplinaire de santé	Jeune. Niveau socio-économique élevé	Aucune
M4	H	2008	Semi-rural	Cabinet de groupe	Hétérogène	Capacité de médecine du sport, capacité douleurs, DU NRBC
M5	H	2015	Urbain	Cabinet de groupe	>10ans Sportifs.	DESC médecine du sport, DIU MMO, DIU mésothérapie, DIU échographie ostéo-articulaire, DIU échographie interventionnelle rhumatologique, DIU traumatologie du sport.

M6	H	1978	Urbain	Cabinet de groupe	>10ans, Sportifs	CES de médecine du sport, DU de podologie du sport, DIU MMO
M7	H	1992	Semi-rural	Cabinet de groupe	Jeunes Varié	Aucune
M8	H	1981	Urbain	Pôle de santé libéral	Varié Sportif	CES de médecine et biologie du sport, DU de podologie, DU de traumatologie du sport, DU MMO, DU pathologie du rachis, DU sport santé, médecin expertise.
M9	F	2012	Urbain	Cabinet de groupe	Gynéco-pédiatrique	DU de gynécologie, DU de pédiatrie préventive, DU de développement normal de l'enfant.
M10	F	2015	Semi-rural	Cabinet de groupe	Jeune Gynéco-pédiatrique	DU de gynécologie, DU de mésothérapie
M11	H	1985	Urbain	Cabinet de groupe	Surtout gériatrie	DU gériatrie
M12	H	1995	Urbain	Cabinet de groupe	Tout venant	DU ostéopathie

Tableau 1 : démographie des médecins interrogés. M : médecins F : femme H : homme.

Quatre femmes et huit hommes ont été interrogés. Parmi eux, cinq avaient acquis une formation complémentaire de médecine manuelle ostéopathique : M1, M5, M6, M8 et M12. Huit travaillaient en milieu urbain, trois en milieu semi-rural et un en milieu rural. La moitié des praticiens était thésée depuis plus de 10 ans.

2. Analyse des entretiens semi-dirigés

2.1 La lombalgie aiguë commune

- La définition

Plusieurs notions se détachaient lorsque la question de la définition de la lombalgie aiguë commune se posait.

A propos du phénomène on/off, M4 décrivait « une apparition soudaine », M8 et M9 évoquaient la survenue « de façon brutale ».

La notion de facteur déclenchant était retrouvée chez M1 « souvent sur un effort de charges lourdes, des postures qui sont mauvaises », ainsi que chez M9 « suite à un facteur déclenchant ». Tandis que M8 évoquait la possibilité d'une survenue « avec ou sans facteur déclenchant », de même pour M10 : « suite à un évènement particulier ou pas ».

La douleur restait localisée pour M1 : « commune je crois que c'est sans sciatique », de même pour M9 : « apparition brutale, en barre, suite à un facteur déclenchant, sans irradiation », ainsi que pour M12 : « il n'y a pas de sciatique ».

Cela restait une pathologie bénigne, « pas quelque chose de catastrophique » selon M3, ni « une pathologie dû à un cancer ou des métastases (...) c'est vraiment une maladie sans les signes red flag » pour M1. Selon M5, c'était « tout ce qui n'est pas inflammatoire, tout ce qui n'est pas organique (...) en gros, c'est un fourre-tout pour dire on a mal au dos et y'a rien à la radio, rien à l'IRM ». Pour M6, c'était uniquement « une surcharge des articulaires postérieures », et enfin, selon M8 « il y a des lombalgies d'origine musculaire, d'origine articulaire postérieure, et puis celles qui sont d'origine discale, et celles-là, elles vont trainer beaucoup plus. Et puis il y a aussi des lombalgies aiguës qui sont d'origine totalement inconnue. Ce n'est jamais pareil quoi. »

Les notions de durée différaient en revanche, en fonction des entretiens. M8 disait que cela « persiste au-delà de 24heures » et qu'il y avait « des lombalgies d'origine musculaire, d'origine articulaire postérieure, et puis celles qui sont d'origine discale, et

celles-là, elles vont trainer beaucoup plus. Et puis il y a aussi des lombalgies aiguës qui sont d'origine totalement inconnue. Ce n'est jamais pareil quoi. »

M10 disait que cela « dure, en général, une semaine », pour M3 : « j'associerais ça à quelque chose qui revient une fois de temps en temps » et enfin M7 parlait même de « douleur de dos chronique ».

Et puis, ce sentiment souvent perçu lors des entretiens, qu'il existait une altération de la vie quotidienne ; pour M3 : « une douleur qui est là quand même quoi, qui est suffisamment là pour être gênante », ainsi que pour M4, où : « il y a un retentissement sur la fonction (...) avec une forme d'impotence fonctionnelle ».

- Existe-t-il un profil de patient lombalgique ?

Concernant M3, la réponse était d'emblée positive : « euh oui certainement ».

- avec des arguments professionnels mis en avant : « alors déjà, des gens qui ont un métier un peu statique, type secrétaire (...) bureaux tout ça, et pareil, inversement, des gens qui ont des ports de charges ».

- des arguments sur l'activité sportive : « des gens qui ne prennent pas forcément le temps dans le cas de ports de charge, ou les sédentaires, de faire un minimum de sport. »

M11, rejoignait l'idée : « plutôt des gens sédentaires ».

Contrairement à M3 et M11, dans les autres entretiens, les réactions étaient parfois plus hésitantes, avec une impression globale de diversité, notamment chez M1, M2, M7, M9, M10 et M12.

M1 : « ça peut toucher un peu n'importe qui ».

M2 : « il existerait peut-être plusieurs profils ».

M7 : « ça arrive un peu à tout le monde ».

M9 : « j'ai l'impression que ça touche tout le monde ».

M10 : « ça touche quand même tout le monde ».

M12 : « c'est tellement fréquent que ça touche un peu tout le monde ».

Plusieurs profils de patient lombalgique se dégagent parmi les réponses. Même si M3 et M11 étaient seuls à répondre par l'affirmative à cette interrogation ; les résultats obtenus à cette question se regroupaient et permettaient de mettre en avant plusieurs causes selon les médecins généralistes interrogés.

D'abord, tout comme M3, les acteurs M1, M4 et M7 parlaient de facteurs favorisant, notamment lorsqu'il s'agissait de la profession. M1 : « s'ils ont un travail où ils restent assis sur une chaise, eh bien c'est encore pire que tout en fait. » M4 : « il y a des professions favorisantes, mais euh moi je n'ai pas identifié, dans mes patients, un profil type ». M7 : « tous les gens qui ont des travaux de force ou des travaux répétés comme la caissière (...) ça peut aussi être le poste de travail un peu mal adapté, on le voit aussi chez les secrétaires ».

Ensuite, la notion du manque d'activité intervenait également.

M7 : « chez les gens qui ont peu d'activité physique ou sportive ».

Pour M8, la réponse était donnée par la négative, c'est-à-dire : « je vais répondre à l'inverse, il existe un profil de patient non lombalgique (...) autrement dit, ce ne sont pas les plus sédentaires qui ont le moins mal au dos ».

Ce qui était rejoint par l'interview de M10 : « après il y a des patients plus sujets que d'autres, je dirais quand même les patients obèses, ceux qui font pas de sport, enfin ceux qui disent qui sont quand même plus sédentaires quoi, donc on en voit quand même beaucoup moins chez les jeunes sportifs quoi. »

La composante psychologique était un autre aspect qui se détachait des entretiens.

M3 : « et puis je vais être méchante, mais je pense qu'il y a des gens qui s'écoutent plus que d'autres ».

Pour M5 : « il n'y a pas de patient type, si ce n'est que les étiologies quand on n'en retrouve pas, c'est probablement plus des patients type fibromyalgiques, avec des syndromes anxio-dépressifs ».

Pour M6 : « c'est souvent ramené à leur profil psychologique, donc euh ce sont des patients qui vont être plutôt dans la plainte. » Ce phénomène de plainte était aussi constaté par M7 : « après on voit bien qu'il y a des profils aussi de comportements qui vont se plaindre plus, mais je pense que tout le monde a des problèmes de dos ». Et

M8 insistait sur « une thymie très constante » pour le profil des patients non lombalgiques.

Au total, le type d'activité professionnelle, l'activité physique, la sédentarité et l'aspect psychologique permettaient d'émettre l'hypothèse qu'il y avait sûrement plusieurs facteurs favorisant dans la lombalgie commune.

- La démarche face à un premier épisode
 - Démarche diagnostique
 - L'examen clinique

Nous avons décidé de ne pas évoquer la partie diagnostique clinique lors de l'élaboration de notre questionnaire, car nous voulions nous concentrer sur le côté prise en charge globale du patient lombalgique qui nous paraissait déjà assez conséquent à analyser. Mais certains médecins interrogés nous ont spontanément parlé de l'examen clinique.

Les facteurs favorisants, les irradiations, les signes de gravité ont été naturellement abordés :

M1 : « je vais déjà tout le temps chercher les facteurs favorisants, pour voir s'ils ont fait des erreurs ». M2 nous a aussi évoqué sa démarche : « je fais un examen classique, un interrogatoire, examen neurologique, palpation, et l'interrogatoire sur le mode de vie, les circonstances, voilà. »

M3 vérifiait « qu'on n'ait pas de sciatique ou tout ça et qu'on est bien sur une lombalgie ». Et M6 : « je les examine d'abord, donc distance mains-sol et cætera ».

M12 apportait la notion de confiance : « c'est déjà thérapeutique d'examiner le patient (...) Le simple fait de les avoir bien examinés, ils ont confiance en toi et ils sont capables d'accepter de bouger alors qu'ils ont très mal »

M5 et M8, tous deux diplômés en médecine manuelle ostéopathe, évoquaient la souffrance discale comme point important : M5 : « déjà moi c'est la clinique, c'est

l'intensité de la douleur initiale, c'est le mécanisme, qu'est-ce qui s'est passé de particulier, en gros, est-ce qu'il y a une souffrance discale aiguë dans un premier temps, si oui, j'y touche pas (...) et si par contre la clinique est rassurante, moi je manipule d'emblée ». M8 : « si la pathologie est discale, pas de manipulation ».

-L'imagerie

La place de l'imagerie dans l'épisode aigu faisait partie des sujets abordés dans notre questionnaire.

Nous avons retrouvé des similitudes dans cette démarche de prescription.

Plusieurs médecins ne réalisaient pas d'emblée une imagerie, voire « jamais. On ne devrait pas prescrire d'imagerie » pour M8, qui argumentait : « parce qu'on a tous des pathologies discales avec l'âge, c'est tellement fréquent (...) et si par ailleurs on fait de l'imagerie, et qu'en plus on voit une discopathie (...) alors là on est mal barré », sous-entendu dans le discours du médecin que le patient s'inquiétait outre mesure.

Ou alors la notion de signes d'alerte, ou même de délai pour prescrire la radiographie, étaient donnés : M1 : « s'il n'y a pas les signes red flags, l'âge, une douleur, euh une hyperalgie, des choses comme ça, là je ne fais pas du tout l'imagerie et j'attends les trois semaines qu'il faut attendre, enfin normalement ».

Pour M2 ce n'était « pas systématiquement, faut quand même quelques récives ou quelques signes plus inquiétant à l'examen clinique, pour que je la fasse », en ajoutant avec une pointe d'humour : « l'imagerie n'étant pas thérapeutique, elle n'est pas systématique ». De même pour M3 : « pas d'emblée, surtout s'il n'y a aucune sciatique ou quoique ce soit ».

M4 et M5 rejoignaient également cette notion de ne pas prescrire d'imagerie initialement s'il n'y avait pas de signes cliniques inquiétants.

Seul M7 avait une autre attitude : « ça dépend de la demande, c'est comme tout, ça se négocie. Mais en général, l'imagerie n'est pas immédiate ».

- Démarche thérapeutique
 - Les antalgiques

La question de la démarche thérapeutique était posée de manière très ouverte.

M12, médecin ostéopathe a d'emblée évoqué que : « la thérapeutique c'est de maintenir (insistance sur le mot) l'activité physique les quinze premiers jours. »

M11, non ostéopathe avait pour idée « de calmer vite la douleur pour qu'ils se remettent en mouvement (...) c'est pour ça que moi la campagne le traitement c'est le mouvement, elle me va très bien. »

Les antalgiques arrivaient souvent au premier plan dans la prise en charge thérapeutique.

Les paliers 1 et 2 étaient majoritairement prescrits dans notre échantillon de médecins généralistes, mais certains se sont démarqués, comme M2 qui prescrivait « le moins possible d'antalgiques, parfois des anti-inflammatoires, parfois rien du tout », ou comme M6 qui « ne prescrit jamais rien. Je ne prescrit pas, ou alors je prescrit de la mésothérapie ». M5, lui n'évoquait que très peu les antalgiques lors de l'entretien, et on va le voir un peu plus bas, mais il disait que « si je retrouve des lésions ostéopathiques, moi je manipule d'emblée et généralement ça suffit. »

M8 a été le seul à avoir un avis négatif sur le paracétamol concernant la lombalgie commune : « entre nous, toutes les recommandations qu'on nous donne avec le doliprane, autant rien donner. 98% des gens ils ne vont pas être soulagés par le doliprane ». Mais il poursuivait en disant : « j'hésite pas à taper avec tramadol et compagnie, toujours dans l'idée qu'il faut que ça bouge ; diminuer un peu la douleur pour permettre le mouvement, ça c'est important ». Il était également le seul à « prescrire des cannes anglaises des fois à des gens qui ne tiennent pas debout pour se déplacer (...) » dans l'idée qu'il faut bouger le plus possible malgré la douleur.

Il avait également son avis sur les anti-inflammatoires : « les anti-inflammatoires ça marche pas, sauf chez vingt pour cent des gens, et je ne sais pas pourquoi ».

Sur cette classe, M5 était du même avis pour les anti-inflammatoires, mais pas pour le paracétamol, où il disait que : « c'est antalgique commun, pas d'anti-inflammatoire

particulièrement parce que ça n'a jamais prouvé sa supériorité par rapport au paracétamol. »

M1, M3, M4, M7, M9, M10 et M12 utilisaient des anti-inflammatoires, contrairement à M5 et M8 comme on vient de le voir.

Pour M10, la particularité c'était de dire : « de mettre du chaud aussi, des anti-inflammatoires locaux en massage... » De même pour M12. C'était les seuls à avoir évoqué la voie locale.

La durée de prescription des anti-inflammatoires était quasiment similaires entre les médecins généralistes, variant de cinq à sept jours pour ceux qui ont donné une durée.

Les décontractants musculaires ont aussi été cités par certains.

M3 : « souvent j'utilise des décontractants musculaires, associés à un palier un ou un palier deux si vraiment c'est très très douloureux, mais souvent un palier un plus un décontractant, déjà c'est pas mal. »

M4 : « éventuellement, s'il y a une grosse contracture musculaire, je vais rajouter un décontractant musculaire ».

M9 mettait en systématique : « et bien je mets cinq jours d'AINS, cinq jours de décontractant musculaire ».

Et enfin, M10 : « alors souvent c'est antalgique, décontractant musculaire ».

Alors que M1 utilisait plutôt : « moi c'est valium le soir, cinq ou dix ça dépend du gabarit, et par contre je n'utilise pas du tout le thiocolchicoside, parce que je trouve que ça sert à rien ».

-L'éducation thérapeutique

Pour beaucoup des médecins interrogés, les bonnes postures et une bonne hygiène du dos ont été des domaines largement cités dans l'éducation thérapeutique.

M1 : « je leur dis de faire gaffe à toutes les postures ». M3 expliquait à ses patients « que souvent c'est associé à une musculature pas terrible (...) en fait, l'idée c'est que les gens se prennent en charge eux même (...) avec une notion d'éducation thérapeutique en fait. »

Encore une fois, M4 et M5 insistaient sur cette hygiène : M4 : « je leur rappelle les règles hygiéniques du dos par rapport aux mouvements » tout comme M5 : « attention aux règles d'hygiène, les règles standard toutes bêtes, attention à votre descente, la position pour dormir, etc... »

Certains d'entre eux montraient directement les exercices lors de la consultation, comme M1 : « je leur montre les postures, les exercices d'étirement ». De même pour M6 : « je leur montre les exercices (...) ils repartent toujours d'ici avec deux ou trois devoirs du soir, et ils bossent. »

C'était également le cas pour M9 qui « montre comment se relever du canapé, du lit, pour pas se faire mal au dos », ainsi que pour M10 : « je leur montre un peu (...) comment descendre, pas se plier en deux, comment se retourner dans le lit pour se redresser etc... »

En plus de ces notions de posture et d'hygiène du dos, M7 a ajouté qu'il revoyait avec ses patients : « le poste de travail avec le médecin du travail, si possible, ou parfois une correction des problèmes alimentaires avec un surpoids ou une trop grande maigreur ». C'était le seul à avoir suggéré ce lien avec le médecin du travail et la notion d'hygiène alimentaire.

Il a été également constaté que M1, médecin ostéopathe, donnait « une feuille d'étirements qui a été faite par le GREMMO, et je la donne à tous les lombalgiques que je croise », et que M7 avait aussi cette même démarche : « j'ai des fiches que je donne. Avec les fiches Prescrire que je propose, ou des fiches qu'on fait les internes, donc sur lequel j'ai donné mon accord et que je propose. »

Néanmoins, M8, médecin ostéopathe, ne donnait pas de conseil de posture à la première consultation « parce que la première, je vous dis, avec l'extrême variabilité de survenue, les multiples causes de lombalgies aiguës... », voulant sous-entendre que les étiologies étaient trop vastes pour donner des conseils ciblés à une première consultation.

Dans cette même dynamique globale de bonnes postures et de conseils de mesures hygiéno-diététiques, les avis sur la pratique d'une activité physique, voire une activité sportive étaient recommandés par les médecins généralistes interrogés.

M3 : « quand c'est des gens qui ne font pas du tout de sport, je leur conseille tout ce qui est vélo elliptique et rameur, mais une fois que l'épisode aigu est passé bien-sûr. » Pour M6, c'était un peu la même idée : « je vais leur demander par exemple de faire du vélo d'appartement, je vais leur demander d'aller marcher avec des bâtons etc. Faut se reconditionner quoi. » Également pour M9 qui conseillait : « de la piscine, et j'essaye de leur dire fitness, yoga, Pilate... ».

M7 et M10 utilisaient le même terme : M10 : « natation, vélo, tous les sports portés en fait », M7 : « oui, il y a des sports qu'on favorise, la natation, le vélo, le sport porté entre guillemets ».

Selon notre échantillon, il y avait aussi des sports à éviter comme « les sports en rotation, les sports à contrainte, pas de tennis par exemple » pour M2, et « peut-être que dans les débuts, la course à pied c'est sûrement pas très valable, le tennis, les choses comme ça » selon M7. De même que le jogging n'était « pas ce qu'il y a de mieux parce qu'au niveau de la colonne vertébrale, en effet, c'est pas terrible » d'après M3.

M9 et M10 rejoignait cette idée : M9 : « je leur dis : pas de course à pied ». M10 : « ceux qui ont des maux de dos et qui ne font pas de sport, c'est pas ce que je leur dis de faire dès le début. Mais je ne la contre indique pas ».

- Démarche complémentaire
 - Arrêts de travail

La question des arrêts de travail s'est posée. Plusieurs éléments ont donc été constatés.

Principalement, que les arrêts de travail étaient surtout prescrits en fonction de l'intensité de la douleur, et que chaque médecin avait sa propre notion de durée :

M3 : « si vraiment ça me semble vraiment très douloureux, je l'arrête deux-trois jours ».

M4 : « ça va dépendre de l'intensité de la douleur et du type d'activité (...) je prescris un arrêt de travail qui n'excède pas une semaine ».

M5 : « quasiment jamais d'arrêt de travail, sauf si vraiment il est plié en deux etc. »

M9 : « je fais souvent un arrêt de travail de trois jours. »

M10 : « souvent je fais un arrêt de travail (...) quelques jours quand même, je trouve que ça fait du bien. »

M11 : « ça dépend du boulot », de même pour M12.

M6, médecin ostéopathe, avait la démarche un peu inverse de dire à ses patients qui sont déjà en arrêt de travail : « il va falloir reprendre ». Il a appuyé son argument avec l'exemple d'une patiente : « elle est en arrêt depuis juin 2017, et quand je lui ai dit que si elle ne se bougeait pas, elle allait se retrouver en invalidité (...) Mais les patients si on ne leur dit pas, ils ne prennent pas conscience ».

-La kinésithérapie

Dans la prise en charge complémentaire de la lombalgie aiguë commune, on pouvait également s'attendre à l'orientation du patient vers un kinésithérapeute. Quatre idées différentes arrivaient à se détacher.

Premièrement, M8 trouvait qu'il n'y avait : « aucun intérêt dans l'aigu ».

Contrairement à M1 : « en fait à la première consultation je leur prescris dès le départ le kiné, pour revoir les postures, apprendre le gainage... »

Ensuite, M3, M7, M9, M10 et M12 avaient le même avis sur le fait de ne pas prescrire de la kinésithérapie lors d'une première consultation pour lombalgie aiguë commune.

M3 : « j'explique que si au bout de quelques jours ça passe pas, il pourrait être intéressant de se faire prendre en charge par le kiné »

M7 disait : « quand je les revois. C'est pas à la première consultation, mais ça peut-être sur le premier épisode d'une lombalgie qui traîne un petit peu depuis dix-quinze jours. », M9 disait clairement « non » sans justifier quand on lui demandait si elle en prescrivait en première consultation, et M10 : « pas d'emblée non. S'ils reviennent

plusieurs fois pour ça, là oui, et si vraiment ils ont de grosses contractures pourquoi pas ».

Enfin, M4, non ostéopathe, préférerait attendre que l'algie s'estompe : « dans les lombalgies communes je prescris de la kiné, souvent dans un deuxième temps, pas forcément pour un premier épisode (...) et je la prescris un peu à distance de l'épisode douloureux (...) pour que la kiné soit efficace et profitable. »

➤ Le suivi du patient lombalgique

-Les récurrences :

La plupart des médecins interrogés ne constataient pas de récurrence après un premier épisode de lombalgie aiguë commune. Ce qui était le cas pour M1, M3, M5, M6 et M7.

Pour M9, la réponse n'était pas tranchée pour le oui ou le non : « je ne pense pas que ce soit une pathologie qui donne souvent des récurrences, je pense que c'est plutôt une population qui est à risque. (...) ça dépend du profil. »

A contrario, M2, M4, M8 et M10, M11 et M12 avaient l'impression de voir souvent des récurrences.

➤ En seconde intention

Nous avons demandé aux différents médecins généralistes, quelle était leur démarche face à une récurrence, ou en cas de non guérison d'un premier épisode de lombalgie aiguë commune.

Trois grands thèmes ont pu être identifiés : la recherche d'une bonne observance de ce qui a été prescrit auparavant, prévoir cette fois-ci l'imagerie et enfin la prise en charge complémentaire par d'autres techniques.

Il y avait M1 et M3 qui essayaient « d'abord de voir s'ils ont bien fait la kiné, s'ils ont bien pris les médicaments, en fait s'ils sont observants quoi. » (M1), « donc si finalement ils ont bien fait ce qu'on leur avait demandé » (M3), tout en refaisant l'examen clinique pour M4 et M5, en s'assurant qu'il n'y ait pas de modification et pour « voir si ça a été efficace ou pas, si ça a soulagé le patient ou pas » (M4) et « est-ce que ça a amélioré ce qu'on a fait avant ou pas » (M5).

C'est donc plutôt en cas de récurrence, ou de prolongation de cet épisode aigu, que les médecins généralistes interrogés prescrivaient l'imagerie.

« Sinon après je suis un peu obligée de faire une radio, de passer aux examens complémentaires, si l'examen clinique n'a pas changé. Et dans un premier temps c'est toujours une radio » pour M1 ; et pour M2 : « c'est sûr que là je complète un peu l'icographie (...) radio, IRM ». De même pour M5 : « c'est là qu'on peut aller plus loin en imagerie mais pas forcément » ou encore « si la douleur est plus intense je prescris l'imagerie » pour M9. Même idée pour M10 : « plus de deux mois, là je fais quand même une imagerie ».

En dehors de l'observance, d'un nouvel examen clinique et de l'imagerie, certains interviewés proposaient autre chose.

C'était le cas de M4 : « là je propose plus facilement de la kiné pour justement éviter au maximum le nombre de récurrences et la durée trop importante des épisodes douloureux ». Pour rappel, M4 n'en proposait pas lors d'un premier épisode.

Pour M7 : « c'est plutôt de la prescription de méthode manuelle cette fois-ci. Ou ostéo ou euh voilà ». Un peu comme pour M9 : « en fonction du pouvoir d'achat de mes patients, soit ils ont de l'argent et je les envoie chez l'ostéo, et s'ils n'ont pas d'argent et qu'il y a une contracture associée, je leur mets de la kiné en cas de récurrence ».

2.2 La lombalgie chronique commune

- La définition

A cette question de chronicité, la notion de temps apparaissait.

M4, M5, M7, M10 et M11 étaient du même avis sur le fait que la lombalgie chronique commune excède trois mois de douleurs.

M1 seulement parlait d'un temps plus court : « je pense qu'en un mois un épisode aigu ça doit être réglé, ou six semaines quoi. Après faut trouver pourquoi ça s'est chronicisé ».

Enfin, M8 n'aimait pas parler de délai : « c'est pas une question de durée (...) c'est plus le retentissement sur la vie fonctionnelle du quotidien, qui fait la définition de la lombalgie chronique ».

Cette idée d'altération de la vie quotidienne était également enregistrée par M2 : « des conséquences sur l'activité quoi, avec un handicap partiel, mais permanent », ainsi que par M6 : « c'est une invalidité, c'est une douleur qui bouffe la tête (...) c'est un déconditionnement complet (...) et ces patients passent par les mêmes étapes de reconditionnement que les aigus. »

Comme pour la définition de la lombalgie aiguë commune, ce sentiment d'altération de la vie quotidienne ressortait nettement.

Il existait encore deux notions pour finir sur cette description de chronicité. Le fait d'avoir un fond douloureux permanent, ou le phénomène de récurrence.

Pour M1 et M2 les deux étaient compatibles. M1 : « y'a deux trucs pour moi, c'est si quelqu'un a déjà fait plein d'épisodes, avec un retour à peu près normal ; et ceux qui ont mal un peu tout le temps, et qui en plus font des crises ».

M2 : « c'est un patient qui vient plusieurs fois par an pour les mêmes types de douleurs, ou bien un fond douloureux ».

En revanche, pour M4, M9 et M10, c'était uniquement expliqué par une douleur permanente.

M4 : « notion de fond douloureux, une crise qui continue ».

M9 : « une douleur permanente, avec parfois des crises paroxystiques, enfin des poussées, mais sur un fond douloureux ».

M10 : « il y a des épisodes plus ou moins, mais il reste un fond ».

Seul M3 avait : « tendance à dire quatre-cinq épisodes par an », la lombalgie chronique commune étant uniquement des récurrences d'épisodes.

- La démarche face à une lombalgie chronique commune

L'incitation à l'activité sportive et la poursuite des séances de kinésithérapie se retrouvaient à nouveau chez M1, M4, M8, M9, M10 et M11.

Mais trois nouvelles idées étaient mises en avant.

Comme M5 qui « propose de la mésothérapie qui marche très bien aussi là-dessus ».

Puis, M8 et M10 utilisaient « des moyens mécaniques comme les ceintures lombaires, le corset ou les cannes anglaises (...) et progressivement retirer les aides » (M8), « la ceinture lombaire aussi » (M10).

Et enfin, M4 et M7 s'intéressaient au milieu de vie du patient. M4 : « je vais commencer à essayer de voir un peu plus sur l'environnement, tout ce qui va être déclenchant ou favorisant, que ce soit au niveau professionnel, mais aussi au niveau familial ou social, qui peuvent être des facteurs aussi du coup de chronicisation. »

M7 : « voir du côté de la façon dont il gère sa vie d'une façon plus générale (...), comment il vit sa vie de famille, sa vie de travail, son environnement, alors du coup il peut se retrouver avec des antidépresseurs en fonction de ce qu'on trouve bien sûr, mais plutôt sur une recherche de problème global sur sa vie. »

2.3 L'ostéopathie

Pour rappel, M1, M5, M6, M8 et M12 ont une formation complémentaire en médecine manuelle ostéopathique.

Seul M12 « ne pratique plus du tout l'ostéopathie (...) je me sentais pas à l'aise ».

Il nous a semblé intéressant d'analyser les résultats en faisant la distinction entre les médecins généralistes ostéopathes et les médecins généralistes non ostéopathes.

- Orienter ou ne pas orienter vers un ostéopathe ?

Les médecins non ostéopathes ont tous répondu qu'ils orientaient leurs patients vers des ostéopathes dans les cas de lombalgies communes, sous certaines conditions.

M2, M3, M7, M9 et M11 insistaient sur le besoin de confiance et de connaître les pratiques de l'ostéopathe conseillé. Pour M3 : « c'est le sérieux de la personne, si je le connais ou pas ». De même pour M7 : c'est une question de confiance (...) je leur demande avant dans quelles écoles ils sont allés. »

Concernant les médecins généralistes ostéopathes interrogés, ils pratiquaient souvent eux-mêmes l'ostéopathie lors de leurs consultations. Cela leur arrivait de passer la main, lorsqu'ils n'avaient « souvent pas trop le temps » pour M1, ou lorsque le patient souhaitait une autre technique comme par exemple pour M5 : « essentiellement c'est moi. Ça m'est arrivé une fois parce que le patient voulait plutôt du fonctionnel, chose que je ne fais pas, moi c'est plutôt structurel ».

Enfin, la question de la finance a été soulevée chez M5 : « ce qui m'embête aussi tout bêtement, c'est la base du remboursement », en parlant des ostéopathes purs.

- Un médecin ostéopathe ? un kinésithérapeute ostéopathe ? un ostéopathe pur ?

Chez les médecins généralistes sans formation complémentaire en médecine manuelle, les réponses étaient variées.

Pour M2 et M3, il n'y avait pas de différence de pratique entre ces intervenants, encore une fois, en fonction de la confiance qu'ils ont en eux. M2 : « si c'est honnête, (...) je le vois surtout aux retours. » M3 : « après je pense qu'un kiné ostéopathe sérieux me va aussi bien qu'un ostéopathe sérieux, et un médecin ostéopathe euh rigolo, ça ne me va pas ».

M4 et M11 avaient tendance à orienter vers un ostéopathe pur : « si j'avais le choix total, je pourrais orienter mon patient plutôt vers un ostéopathe articulaire, mais pas

forcément un médecin (...) dans mon cabinet on a un ostéopathe là où j'exerce, donc je le connais et donc j'adresse mes patients. C'est un ostéopathe pur. »

M11 : « j'ai tendance à travailler avec des ostéopathes purs (...) quand j'adresse à un ostéo, il y a une lettre, une ébauche de diagnostic, et euh tout ce qui doit les rassurer pour qu'il n'y ait pas une errance diagnostic. »

Les tendances étaient différentes pour M7, M9 et M10.

M7 : « Plutôt pratiquée par nos confrères, ou des gens que je connais quoi. » M9 : « mon orientation première, c'est quand même le médecin ostéopathe (...) l'ostéo-ostéo, ou le kiné ostéo, il est bien content d'avoir un nouveau patient à faire casquer, alors que le médecin ostéo, il a déjà assez de travail, donc il va faire que si c'est nécessaire. » Et M10 était catégorique : « un kiné ostéopathe ou un médecin ostéopathe, je ne leur dis pas d'aller voir un qu'un ostéopathe. »

Parmi les médecins ostéopathes interviewés, deux idées se détachaient.

D'abord, M6 et M8 n'orientaient jamais chez les ostéopathes purs : « moi je ne travaille pas avec les ostéopathes ni-ni, après j'ai des kinés ostéo dans mon réseau, auxquels je fais confiance » (M6). Et pour M8 : « on a trois métiers différents. J'ai aucune confiance dans les ostéopathes non professionnels de santé, parce qu'ils leur manquent le diagnostic médical. Par contre, je connais plus de très bons kinés ostéopathes, que de très bon médecins ostéopathes ».

Et enfin, M1 : « je vois même des ostéo simples des fois même juste pour moi, ils savent la limite ». L'idée était rejointe par M5 : « j'aurais pas d'inconvénient à envoyer vers un ostéopathe pur si j'en faisais pas (...) et euh kiné, s'ils ont un temps dédié qui est vraiment large, je ne vois pas d'inconvénient (...) et si c'est moi qui l'oriente, encore moins, parce que j'aurais justement éliminé toutes les pathologies graves à ne pas manipuler. »

Finalement, ces idées de confiance et de connaissance étaient décrites pas tous les médecins interrogés, ostéopathes ou non.

- Contexte de prise en charge ostéopathique

Pour l'indication de l'ostéopathie sur la lombalgie commune, seuls les médecins généralistes ayant la formation d'ostéopathe ont répondu qu'ils pratiquaient cette technique lors d'un épisode aigu. Ils en ont parlé spontanément, dès la question de la prise en charge de la lombalgie aiguë commune, au début du questionnaire.

M1 : « en étant ostéo, (...), je vais proposer une manipulation. Les critères c'est vraiment le temps, le délai, ben depuis quand il a mal en fait, parce qu'en fait après quand ils ont mal depuis trop longtemps, ils sont raides, trop douloureux, en fait ça sert à rien. »

M8 : « si c'est musculaire, et notamment il y a souvent des contractures du psoas iliaque associé aux carrés des lombes, là c'est typiquement un traitement manuel qui les aidera le plus, et le plus rapidement possible ».

Pour les médecins généralistes non formés à l'ostéopathie, on retenait plutôt l'idée, de ne pas orienter en aigu, à l'inverse de ce qui a été évoqué précédemment.

M7 : « c'est très rare quand je prescris dans l'aigu. Disons dans les deux-trois jours, quasiment jamais ».

M10 : « pas forcément tout de suite, mais d'ici une semaine ou deux, quand les douleurs seront un peu plus calmes, là ça peut valoir le coup ».

Enfin, l'idée générale qui rassemblait les médecins généralistes interrogés, ostéopathes ou non, était qu'en cas d'atteinte discale voire de radiculalgie, ils s'abstenaient de technique manuelle.

M2 : « s'il n'y a pas de radiculalgie et si c'est uniquement postural, je pense que ça peut avoir un intérêt une fois ou deux ».

M5 : « en gros, est-ce qu'il y a une souffrance discale aiguë dans un premier temps, si oui j'y touche pas ».

- La place de l'imagerie en cas de prise en charge ostéopathique

Les résultats à cette interrogation étaient variés.

M3 : « quand je me dis que ça va être intéressant pour l'ostéopathie, le kiné ou le médecin, je me dis que l'imagerie va sûrement être un peu plus précoce » (...) ça me gêne toujours les manipulations sans radio ».

Contrairement à M4 qui disait : « pour la lombalgie commune j'ai pas de raison de pas prescrire d'ostéopathie, et je ne prescris pas de radio si l'épisode est classique. »

Ou encore M10 : « il faudrait faire une radio, mais je le fais pas forcément... »

Finalement, nous ne retrouvons pas de pratiques communes entre les différents médecins interrogés.

- Prescription de kinésithérapie et/ou d'ostéopathie ?

Cette question n'était pas initialement dans le questionnaire. Elle s'est posée au fil des entretiens, devant l'impression de ne plus comprendre à quel moment les médecins interviewés portaient l'indication de la kinésithérapie et/ou de l'ostéopathie.

Étaient-elles des techniques complémentaires, ou distinctes ?

Pour les médecins généralistes non ostéopathes interrogés, deux idées bien opposées étaient présentes.

M4 et M7 se rejoignaient dans le fait que l'ostéopathie était indiquée pour les contractures, et que la kinésithérapie était plutôt pour les récurrences, mais que les deux méthodes se complétaient. M4 : « si en effet je trouve que j'ai une douleur avec un peu plus de contracture musculaire, j'aurais tendance à adresser chez l'ostéopathe, justement à visée antalgique. Alors que justement, si j'ai quelque chose d'un peu plus subaiguë ou chronique, j'aurais tendance après plutôt à prescrire chez le kiné, à visée préventive voilà. (...) je trouve que l'ostéopathie, je considère que c'est plutôt à visée antalgique, alors que la kiné je trouve que l'objectif est plutôt de limiter les récurrences et d'éviter le passage à la chronicité et de maintenir la fonction. »

Et M7 ajoutait : « peut-être qu'avec l'ostéopathie, il y a le sentiment de quelque chose de plus aigu (...) quand on a l'impression d'avoir un problème de statique aussi (...) »

kiné peut-être sur des gens qui ont plusieurs récurrences, qui ne font pas beaucoup de sport. (...) mais ça m'arrive de mélanger les deux. »

Et puis M7 a également introduit la notion de : « c'est quelque chose de très subjectif, et ça dépend peut-être de mon humeur du moment. »

M9 et M10, pensaient différemment :

M9 : « quand il y a une grosse contracture, je pense que le kiné doit d'abord la lever, pour que l'ostéo puisse travailler derrière »

M10 : « kiné c'est vraiment la contracture (...) et quand c'est plutôt autre chose, plutôt mécanique, là plutôt ostéo ouais. »

Finalement, la complémentarité des techniques était retenue, mais l'indication de chaque technique pouvait varier.

La question n'avait pas été posée aux médecins généralistes ostéopathes. La question de la kinésithérapie avait été abordée à un autre moment de l'entretien.

Les discours rapportaient qu'ils pratiquaient directement l'ostéopathie lors de la consultation s'ils jugeaient cela nécessaire.

- L'avis des patients, selon le médecin généraliste

Le sentiment des patients concernant l'ostéopathie dans le cas des lombalgies communes, était en grande partie favorable à cette technique.

M9 : « Il n'y en a pas beaucoup quand même globalement » En parlant des mauvais retours.

M3, M5, M7, M11 ont aussi répondu positivement.

Et M10 qui répondait dans le même sens : « j'ai pas forcément de retour par rapport à ça. Après, ça fait pas longtemps que je suis là (...) après je me dis que s'ils ne reviennent pas, c'est que ça va... »

- L'avis du médecin généraliste

Pour finaliser la partie ostéopathie, au fil des entretiens, nous cherchions à savoir ce que le médecin généraliste lui-même ressentait concernant cette technique.

Là encore, comme pour les patients, les réponses étaient généralement positives.

M1, M3, M4, M5, M6, M8, M9, M10 et M11 étaient convaincus par cette méthode manuelle.

M3 : « oh oui, oui moi y'a pas de souci ».

M10 : « oui, oui, c'est un vrai plus ».

M2 et M7, non ostéopathes également, étaient en revanche moins certains des bénéfices quand on leur demandait s'ils étaient convaincus. M2 : « Bah je suis convaincu dans certaines indications, purement musculaires (...) j'ai tellement vu de malhonnêtes (...) on n'a qu'une connaissance très limitée, on travaille un peu dans le brouillard ».

M7 : « oui et non. C'est une technique supplémentaire. De la même façon, que je ne suis pas complètement convaincu par des antalgiques. (...) Mais euh, je suis plutôt convaincu par l'ostéopathie, c'est un outil. »

DISCUSSION

1. Forces, limites et hypothèses de l'étude

- Forces

Un certain nombre de critères méthodologiques permettent de donner du poids à ce projet :

- La variété de l'échantillon : le nombre d'années d'expérience, le milieu d'exercice des médecins, leur type de patientèle ou encore sur le fait d'avoir ou non un diplôme universitaire en médecine manuelle ostéopathique.
- Les guides d'entretien ont pu évoluer au fil des interviews, pour explorer au mieux nos hypothèses.
- Le fait de ne pas mentionner l'ostéopathie lors des demandes d'interviews, a permis de maintenir une spontanéité lors des discussions.
- L'inclusion des médecins généralistes s'est arrêtée lors de la saturation des données, ce qui accentue la validité externe.
- La validation interne a été renforcée par deux phénomènes. Le fait que je sois la seule à effectuer les entretiens a permis d'éviter les déductions à la simple lecture des verbatims. Les enquêtés ont pu valider secondairement leur propre verbatim et accorder l'analyse de ceux-ci.
- La triangulation de l'analyse a pu être réalisée par ma directrice de thèse et moi-même.

- Limites

- Le biais de recrutement : par définition, la représentativité de l'échantillon n'est pas recherchée dans la méthode qualitative. L'échantillonnage de notre étude était varié mais n'a pas été établi aléatoirement.
- On peut également s'interroger sur la patientèle des médecins généralistes pratiquant l'ostéopathie. Celle-ci est probablement influencée par cette approche.

- Le biais de déclaration ou d'induction : il est difficile d'être neutre en tant qu'enquêteur. Le fait de ne pas couper la parole ou d'influencer les réponses au travers de l'intonation de voix et des gestes de communication non verbale paraît inévitable. J'ai tenté de minimiser au mieux ce biais, qui semble être moins présent au fil des entretiens.
- Le biais d'investigation : mon manque d'expérience en tant qu'enquêteur, a peut-être été un biais pour le déroulement des entretiens.
- Les entretiens ont duré en moyenne 18 minutes et 55 secondes. Ce temps est relativement court pour les entretiens, mais c'était une limite posée dès le départ pour que les médecins puissent s'organiser. De ce fait, la fin des entretiens a pu être limitée en terme de relance. Après analyse des résultats, cette donnée temporelle ne semble pas avoir entraver la bonne compréhension et l'interprétation des discours.

- Hypothèses

Ce travail a fait émerger plusieurs hypothèses :

- La lombalgie est un symptôme qui peut toucher tout le monde, mais certains facteurs peuvent être favorisants.
- La douleur est à prendre en compte rapidement pour éviter un cercle vicieux.
- La prise en charge du patient passe par son éducation thérapeutique et la transmission de bonnes informations .
- La lombalgie chronique commune comporte deux défis : savoir la prévenir, et savoir la combattre en cas d'installation.
- L'ostéopathie peut être d'une grande aide dans la lombalgie commune, à condition de poser les bonnes indications.

Nous avons décidé de ne pas discuter l'ensemble des résultats obtenus, mais de sélectionner les informations répondant au mieux à nos objectifs.

2. La lombalgie aiguë commune, une démarche avant, pendant et après les symptômes

- Avant

D'après l'expérience des médecins généralistes de notre échantillon, la lombalgie aiguë commune est très fréquente et peut toucher tout le monde. Cette notion est confirmée par les chiffres de 2017 de l'assurance maladie : « 4 personnes sur 5 souffriront de la lombalgie au cours de leur vie. » (11)

Contrairement à ce que je pensais avant le début de ce projet, il n'existe pas de profil type pour les médecins interrogés. La lombalgie peut atteindre n'importe qui.

En revanche, nos enquêtés ont déclaré avoir repéré quelques facteurs favorisant l'apparition de la lombalgie aiguë commune. Ce sont le type d'activité professionnelle, la sédentarité et les troubles psychosomatiques. Ces liens sont également retrouvés dans la littérature. (19)

L'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), (27) a d'ailleurs reconnu plusieurs facteurs de risque de lombalgie aiguë et chronique ; au travail et hors travail. (Tableau 5).

- Pendant

Lorsqu'un épisode de lombalgie aiguë commune survient, la douleur est naturellement le fardeau essentiel du patient.

Lors des interviews, la prise en charge thérapeutique initiale utilisait les antalgiques, comme attendu.

Étaient cités le Paracétamol, les anti-inflammatoires et les myorelaxants.

Selon leurs expériences, les médecins interrogés avaient leurs habitudes de prescription et préféraient parfois une molécule par rapport à l'autre.

La HAS (24) conseille ces molécules comme moyen de prescription, sans préciser la durée.

Cependant, ce qui ne figure pas dans ces recommandations, ce sont les techniques locales de chaleur ou de gels anti-inflammatoires parfois utilisés en ville.

Depuis 2016 (16), le service médical rendu par les myorelaxants, comme le Thiocolchicoside, a été jugé inefficace et a incité son déremboursement. Toutefois, certains médecins de notre étude y voient encore un bénéfice à le prescrire dans les cas de lombalgie commune aiguë.

Quels que soient les traitements utilisés, l'antalgie était l'objectif des médecins généralistes interrogés.

L'idée principale est que la douleur empêche de bouger.

Depuis de nombreuses années, les études ont prouvé que le repos ne faisait qu'aggraver la situation (14) (17). Mais les habitudes et les fausses croyances sont encore très présentes.

C'est pourquoi, le message de maintien de l'activité était largement exprimé par les médecins généralistes interviewés. Certains ajoutaient des conseils sur des exercices à réaliser à domicile.

Les campagnes de prévention de 2017 de l'assurance maladie sont une aide supplémentaire d'après nos enquêtes. C'est un appui pour expliquer aux patients qu'il faut absolument continuer l'activité. (18)

En abordant la question du sport, nous nous sommes rendus compte que les avis de nos praticiens divergeaient. Ils favorisaient tous la pratique des sports en général, mais certains contre-indiquaient des sports en particulier. Ils étaient défavorables à ce que le patient, en période de crise, pratique un nouveau sport. L'exemple de la course à pied a été citée.

Dans la littérature, aucun sport n'est contre indiqué. Les études qui analysent un sport type (46), ne prouvent aucun lien avec la lombalgie.

Dans l'étude de Lee et al de 2018, il a même été prouvé une amélioration des contractures para-vertébrales après un mini programme de footing durant 4 semaines. (47)

- Après

Lorsque la lombalgie aiguë commune perdure, la kinésithérapie est une aide supplémentaire. Elle a pour but le renforcement musculaire.

Le rééducateur a aussi ce rôle d'informateur. Il renforce le discours sur le mouvement, et aide le patient à retrouver ses mobilités.

Aucune étude n'a pu prouver l'efficacité de séances actives de kinésithérapie avant 4 semaines d'évolution de la lombalgie aiguë commune, du fait d'une guérison spontanée dans la majeure partie des cas.

Les médecins généralistes de notre étude orientaient volontiers vers le kinésithérapeute.

Chacun avait sa façon de pratiquer selon son expérience. Certains orientaient dès le début de l'épisode douloureux.

Avec du recul, je n'ai pas assez précisé le type de prescription de kinésithérapie fait par les médecins, lors des entretiens :

- Était-ce pour des séances passives, type massage à visée antalgique, qui peuvent être dans certains cas conseillées ?
- Ou des séances actives qui n'ont pas prouvé leur efficacité ?

Les avis étaient à priori partagés sur les indications de la kinésithérapie.

3. Les défis de la lombalgie chronique commune

- La prévention

Tout l'enjeu de la lombalgie aiguë commune, hormis l'antalgie, est de prévenir les risques de récurrence et de chronicisation.

Les informations données pour l'épisode aigu doivent être maintenues: poursuivre l'activité physique, surveiller ses postures et gestes de la vie quotidienne, ne pas avoir peur de se faire mal... Les médecins interrogés ont cité beaucoup d'exemples. L'éducation thérapeutique est un temps obligatoire à accorder au patient.

Le stade subaigu de la lombalgie commune est un stade particulièrement critique. Lorsque la lombalgie commune persiste et devient chronique, la prise en charge en devient plus complexe.

Ce n'est plus uniquement la douleur qui gêne, mais chaque sphère de la vie du patient qui devient fragile.

Progressivement, des changements de comportement, des représentations catastrophiques et des conduites d'évitement favorisent la chronicisation et l'entrée dans la désocialisation.

Cela fait référence au modèle biopsychosocial. (19)

Depuis l'an 2000, ce constat est largement fait. L'HAS cite : « parmi les éléments d'évolution vers la chronicité, les facteurs psychologiques et socio-professionnels sont retrouvés de façon fréquente ». (14)

Peu de médecins de notre étude ont parlé spontanément des sphères professionnelles, privées et psychologiques des patients dans la prise en charge. Deux raisons peuvent l'expliquer :

- Peut-être ai-je donné le sentiment qu'on ne s'intéressait qu'à des « techniques physiques » de prise en charge dans notre projet ?
- Ou le fait d'être médecin traitant habituel, et donc de connaître la profession et toutes les sphères de vie du patient, paraissait implicite de s'en préoccuper au fil des consultations ?

Quoi qu'il en soit, pour ce qui concerne la sphère professionnelle, la lombalgie commune est à l'origine de multiples arrêts de travail.

Les médecins généralistes interrogés ont montré que leur durée d'arrêt de travail était fonction de l'intensité de la douleur et du type de profession.

Il a été montré que les arrêts de travail pour lombalgie étaient de plus en plus longs au fil des années. (29) Ce qui semble paradoxal au vu des efforts de maintien de l'activité.

Des questions peuvent émaner de ce constat :

- Les professions actuelles sont-elles de plus en plus sédentaires, allant à l'encontre du principe du mouvement ?
- Ou au contraire, les métiers à fortes contraintes physiques sont-ils plus nombreux ?

La caisse primaire d'assurance maladie a créé des référentiels de durée d'arrêt de travail pour aider les professionnels de santé.

Sur la lombalgie commune, peu importe le stade, le référentiel de 2017 indique qu'il n'y a aucun jour d'arrêt de travail à accorder au patient, et ce sans faire de différence entre les types d'emplois. Il y est précisé qu'en cas de douleurs intenses, 5 jours peuvent être prescrits puis une réévaluation doit être faite. (48)

Dans ce document, trois messages sont également ajoutés :

- Donner une information rassurante pour la reprise des activités sans appréhension.
- Le patient doit être encouragé à adopter une attitude positive et active.
- La reprise de l'emploi doit être abordée dès le début de l'arrêt pour prévenir la désinsertion professionnelle.

Sur la question de la reprise de l'emploi, le référentiel fait appel au médecin du travail : « une consultation précoce avec celui-ci peut favoriser la reprise du travail dans de meilleures conditions. » (48)

Cette notion de communication avec le médecin du travail a été très discrète dans nos entretiens, mais en lien avec la littérature.

Dans la revue *Exercer* de 2018, l'article de Bouton et al (1) justifie ce manque de communication entre médecin généraliste et médecin du travail par des problèmes de logistique.

Nous pouvons tout à fait imaginer que lors d'une consultation, le fait de trouver le nom du médecin du travail, de trouver ses coordonnées peut-être un frein à cette coopération.

D'autant plus que le patient lui-même peut être acteur de sa prise en charge, en prenant rendez-vous avec son médecin du travail.

La prévention de la lombalgie chronique commune demande nécessairement une prise en charge globale, voire pluridisciplinaire qui peut être complexe.

- Lutter contre la chronicité

L'éducation thérapeutique doit être poursuivie, en insistant sur la réassurance anatomique comme les travaux de Foltz et al l'ont montré (15): « l'enjeu est de ne pas laisser le patient s'enfermer dans un diagnostic lésionnel » pour ne pas induire de fausses croyances.

Au travers de plusieurs études, les écoles du dos et les thérapies cognitivo-comportementales n'ont pas démontré leur efficacité sur le long terme. (17) D'ailleurs les médecins généralistes interviewés ne les ont que peu évoquées comme moyen de prise en charge.

La lombalgie chronique commune nécessite d'être prise en charge de façon globale en étudiant chaque facteur du modèle biopsychosocial en cause chez le patient.

C'est pourquoi, des programmes de réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire intensive semblent efficaces. Ils se font à partir d'un programme personnalisé, selon les besoins de chaque patient.

M12 en fait d'ailleurs « l'éloge » lors de notre discussion.

La plupart des études sur les programmes de réadaptation, rapportent un taux de retour au travail aux alentours de 70% après ces expériences. (23)

Dans l'article de Foltz et al, (15) ces stratégies de prise en charge semblent limiter les conséquences de la lombalgie en termes de consommation de soins et de répercussions psychosociales.

4. Un constat : l'attrait de l'ostéopathie

- Vers qui orienter ?

Selon le sondage opinionway de 2014 (49) concernant l'ostéopathie en France, réalisé pour le Syndicat Français Des Ostéopathes (SFDO), un français sur deux affirme avoir déjà consulté un ostéopathe. Environ 78% de ces patients ont consulté en première intention, c'est-à-dire sans avoir vu de médecin auparavant.

Pourtant, en 2006, en complément du communiqué de mars 2004 relatif aux applications de la loi du 4 mars 2004 (article 75), l'Académie Nationale de Médecine rappelle que : « Les manipulations vertébrales exigent un diagnostic médical préalable. » (40)

C'est également l'idée qui ressort de nos entretiens. Orienter vers l'ostéopathe était fréquent pour nos médecins généralistes, mais certaines conditions étaient nécessaires pour eux.

Les médecins interrogés ressentaient le besoin d'avoir confiance en la personne, de connaître ses pratiques et sa formation.

Les médecins généralistes de notre étude, ostéopathes ou non, étaient plutôt rassurés d'avoir vu le patient avant d'orienter vers l'ostéopathe. Ils pouvaient alors éliminer eux-mêmes les contre-indications absolues.

L'indication de l'ostéopathie se fait alors avec sécurité.

Quand la question d'orienter plutôt vers un médecin ostéopathe, un kinésithérapeute ostéopathe ou un ostéopathe s'est posée, les réponses étaient très variées parmi notre échantillon.

Là encore, la notion de confiance était très présente, et ce chez les médecins généralistes ostéopathes ou non.

Peu de preuves scientifiques existent dans la littérature pour affirmer avec certitude les indications de l'ostéopathie. Il semble y avoir un intérêt certain dans les épisodes aigus, mais rien n'est prouvé pour les épisodes récidivants voire chroniques.

La HAS ajoute dans ses recommandations (24) que : « Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. »

Face à ce manque de données scientifiques, les médecins de notre échantillon se référaient à leur expérience.

- Les indications et contre-indications

La plupart de nos enquêtés étaient d'accord sur le fait de ne pas manipuler s'il existait une atteinte discale et/ou une radiculalgie. Ce qui suit effectivement les recommandations HAS (24).

Concernant les indications de l'ostéopathie, les avis n'étaient pas univoques.

Les médecins généralistes ostéopathes de notre étude utilisaient l'ostéopathie dès l'épisode aigu de lombalgie commune. Ils pouvaient manipuler spontanément à la première consultation, parfois même en même temps que leur examen clinique.

Les médecins généralistes non ostéopathes, ne pratiquaient pas toujours de la même manière.

Certains orientaient également vers l'ostéopathe dès l'épisode aigu, mais d'autres ne le faisaient jamais en aigu, plutôt dans des épisodes subaigus.

Ces différences de perspectives peuvent s'expliquer par le manque de formation des étudiants en médecine.

Les types de lombalgies communes et les indications de l'ostéopathie ne sont que peu évoqués. Le peu de données scientifiques et d'études quantitatives sur le sujet en sont probablement les raisons.

La thèse de 2016 de madame Mignon Le Vaillant de l'université de Toulouse, qui porte sur l'intérêt de l'ostéopathie dans la lombalgie commune des internes de médecine générale, indique que les internes aimeraient un cours dédié à ce chapitre. (50)

Quoi qu'il en soit, chez nos médecins ostéopathes ou non, l'ostéopathie fait partie intégrante de la prise en charge des lombalgies communes. Le fait de savoir éliminer les contre-indications, est déjà une indication en soi et renforce la sécurisation de la pratique.

- Ostéopathie versus kinésithérapie

Là encore, nous avons pu constater des divergences de pratique. Un sentiment d'imprécision ressortait en analysant de façon globale toutes les réponses.

Si certains utilisaient le kinésithérapeute pour les contractures musculaires, d'autres utilisaient plutôt l'ostéopathe.

Au final, l'impression générale était que les deux techniques se complétaient.

Dans son article, Marc Messina, kinésithérapeute, parle du fait que : « les bases fondamentales anatomiques, physiologiques et pathomécaniques sont les mêmes que l'on se place du point de vue kinésithérapique ou ostéopathique » (40)

A notre connaissance, aucune étude n'indique dans quel contexte orienter plutôt vers l'ostéopathe ou le kinésithérapeute.

Mais deux faits de la littérature peuvent nous guider :

- La kinésithérapie n'a pas prouvé son efficacité dans les épisodes aigus de lombalgie commune (22), du fait d'une guérison bien souvent spontanée.
- L'ostéopathie semble améliorer les douleurs de la lombalgie commune à court terme, (34) mais aucune étude n'a pu prouver son efficacité sur le long terme (38).

- Le ressenti des médecins généralistes concernant l'ostéopathie

Malgré le manque de preuve scientifique de l'intérêt de l'ostéopathie, force est de constater que les médecins généralistes l'ont intégrée au parcours de soins du patient lombalgique, par leur expérience et les bons retours des patients .

Constituer un échantillon de médecins généralistes ostéopathes et non ostéopathes était volontaire pour pouvoir analyser les différentes pratiques. L'homogénéité des réponses concernant l'indication de l'ostéopathie dans les cas de lombalgie commune, n'était pas à ce point attendu. Tous pouvaient être amenés à orienter leurs patients vers cette technique complémentaire.

Cette étude étant qualitative, il nous est impossible d'extrapoler les hypothèses et les résultats émis à la population de médecins généralistes de France.

Il serait intéressant de réaliser une étude cette fois quantitative, sur le recours à l'ostéopathie par les médecins généralistes de France dans la prise en charge de la lombalgie commune.

CONCLUSION

La lombalgie commune est un motif de consultation fréquent rencontré par tous les médecins généralistes.

Son diagnostic et sa prise en charge peuvent être complexes. Le patient mérite d'être connu sur les plans professionnels, sociaux et privés pour optimiser son parcours de soins. Le modèle biopsychosocial est un atout majeur dans la prise en charge globale du patient lombalgique, et est à développer dans nos pratiques.

Ce travail, par une approche qualitative, a permis de rencontrer des médecins généralistes en Seine-Maritime, de pouvoir discuter avec eux et comprendre leurs démarches et ressentis face aux lombalgies communes.

Le médecin traitant est le professionnel de santé le mieux placé pour une prise en charge selon un modèle biopsychosocial.

Les traitements utilisés par nos interviewés sont semblables. L'éducation thérapeutique est largement expliquée. Mais les indications des prises en charges complémentaires, comme la kinésithérapie et l'ostéopathie ne font pas l'unanimité.

Ces pratiques sont le reflet de la littérature. Les études ne permettent pas à l'heure actuelle de pouvoir standardiser les prises en charges complémentaires.

L'expérience professionnelle domine.

Quoi qu'il en soit, selon certaines conditions, les médecins généralistes interrogés utilisent volontiers l'ostéopathie, sont convaincus de son intérêt, et l'ont intégré au parcours de soins du patient lombalgique.

La pratique de l'ostéopathie dans la lombalgie commune, orientée par un médecin généraliste, sécurise la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bouton C, Bègue C, Petit A, Fouquet N, Py T, Huez J-F, et al. Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale. *Exerc Rev Francoph Médecine Générale*. 2018;(139):28-37.
2. Netter FH. Dos et moelle spinale. In: *Atlas d'anatomie humaine*. 3^è édition. Elsevier Masson; p. 146-50.
3. Volckmann P, Le Blay G, Ebermeyer E, D'astorg H, Szadkowski M, Fiere V. La lombalgie récurrente ou lombalgie chronique ? *Douleurs Éval - Diagn - Trait*. 2018;19(3):121-32.
4. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
5. Fouquet B, Jacquot A, Nardoux J. Rééducation de la lombalgie commune. *Rev Rhum Monogr*. 2017;84(1):29-38.
6. Poiraudeau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies. *EMC - Rhumatol-Orthopédie*. 2004;1(4):295-319.
7. Valat J-P, Rozenberg S, Bellaïche L. Lombalgie. Critères cliniques et d'imagerie. *Rev Rhum Monogr*. 2010;77(2):158-66.
8. Rachialgies. In: *Rhumatologie*. 5^è édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2015. p. 20-8.
9. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgies chroniques. [Internet]. HAS; 2000 [cité 29 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272083/fr/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-des-lombalgies-et-lombosciatiques-communes-de-moins-de-trois-mois-d-evolution
10. Marty M. Prise en charge de la lombalgie chronique. *Wwwem-Premiumcomdatatraitestmtm-39658* [Internet]. 2010 [cité 23 déc 2018]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/260684/resultatrecherche/5>
11. Quelques éléments d'information destinés aux professionnels de santé concernant le patient adulte atteint de lombalgie commune. Après avis de la HAS [Internet]. 2017 [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/346618/document/lombalgie-professionnels-de-sante_assurance-maladie.pdf
12. Radiculalgie et syndrome canalair. In: *Rhumatologie*. 4^è édition. Elsevier Masson; 2011. p. 319-31.
13. Loubiere M. Lombalgie et thérapie manuelle : une approche étiologique. *Kinésithérapie Rev*. 2014;14(148):37-8.

14. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution [Internet]. ANAES; 2000 [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombal.pdf>
15. Foltz V, Laroche F, Dupeyron A. Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. Rev Rhum Monogr. 2013;80(3):174-8.
16. Haute Autorité de la Santé, Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de Santé Publique. Thiocolchicoside [Internet]. 2016 [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14460_COLTRAMYL_PIC_REEV_RI_Avis2_CT13761&14460.pdf
17. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006;15(Suppl 2):s192-300.
18. Ameli. Lombalgie : lancement de la campagne « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement » [Internet]. 2017 [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pedicure-podologue/actualites/lombalgie-lancement-de-la-campagne-mal-de-dos-le-bon-traitement-cest-le-mouvement>
19. Arabi H, Khalfaoui S, Mouhadi K, Ghouzlani I, Niamane R. Le modèle biopsychosocial dans la lombalgie commune chronique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. 2018 [cité 28 août 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718301069>
20. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. Rev Rhum. 2012;79:A27-31.
21. Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. Effect of a Simple Information Booklet on Pain Persistence after an Acute Episode of Low Back Pain: A Non-Randomized Trial in a Primary Care Setting. PLoS ONE [Internet]. 2007 [cité 23 déc 2018];2(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1939729/>
22. Haute Autorité de la Santé, Service ALD et accords conventionnels. Prise en charge Masso-kinésithérapeutique dans la lombalgie commune: modalités de prescriptions. [Internet]. 2005 [cité 22 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf
23. Donskoff C. Place de la prise en charge globale dans la lombalgie chronique. Rev Rhum. 2011;78:S79-82.
24. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution: texte des recommandations [Internet]. ANAES; 2000 [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombreco.pdf>
25. Derriennic F. Facteurs de risque biomécaniques et physiologiques des lombalgies en relation avec les conditions de travail [Internet]. INSERM; 2000 [cité 15 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/186/?sequence=7>
26. Institut de la Recherche du Bien-être de la Médecine et du Sport. Comment évaluer et tester son gainage abdominal ? [Internet]. IRBMS. 2015 [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/comment-evaluer-et-tester-son-gainage-abdominal/>

27. Institut National de Recherche et de Sécurité. Lomalgie. Facteurs de risques [Internet]. Santé et sécurité au travail. 2018 [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lomalgies/facteurs-risques.html>
28. Nguyen C, Poiraud S, Revel M, Papelard A. Lomalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Rev Rhum. 2009;76(6):537-42.
29. Fassier J-B. Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lomalgie. Rev Rhum. 2011;78:S38-41.
30. Poiraud S, Rannou F, Revel M. Lomalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences socioéconomiques. EMC - Rhumatol-Orthopédie. 2004;1(4):320-7.
31. Bontoux D, Couturier, Daniel, Menkès C-J. Thérapies complémentaires -acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2013 mars [cité 20 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Thérapies-complémentaires1.pdf>
32. Vautravers P, Goussard J-C. Robert Maigne (1923–2012). Wwwem-Premiumcomdatarevues18770657v55i7S1877065712012687. 2012;55(7):451.
33. Godefrin H, Peris M. Etude statistique du métier d'ostéopathe en 2018 - (EMOst 2018) [Internet]. Union pour la Recherche Clinique en Ostéopathie (URCO). 2018 [cité 24 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.lejournal.osteopathie-recherche.fr/index.php/statistiques-sondages/emost-2018-etude-du-metier-d-osteopathe-en-2018>
34. Zegarra-Parodi R, Dey M, Krief G. Traitement ostéopathique de patients souffrant de lomalgies chroniques communes. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 2012;13(1):17-24.
35. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 75 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&idArticle=LEGIARTI000006697464&dateTexte=&categorieLien=cid>
36. Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000462001>
37. Fédération française de l'ostéopathie. Code de déontologie de l'ostéopathie [Internet]. 2005 [cité 1 janv 2019]. Disponible sur: https://www.isosteo.fr/wp-content/uploads/2016/04/Infos_Pratiques_Le_Code_de_déontologie.pdf
38. Task Force on the Low Back Pain Clinical Practice Guidelines. American Osteopathic Association Guidelines for Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) for Patients With Low Back Pain. J Am Osteopath Assoc. 2016;116(8):536-49.
39. Slattengren AH, Nissly T, Blustin J, Bader A, Westfall E. Best uses of osteopathic manipulation. J Fam Pract. 2017;66(12):743-7.
40. Messina M. Kinési « thérapie manuelle » versus ostéopathie: Vers une nouvelle fracture thérapeutique ? Kinésithérapie Rev. 2010;10(100):50-2.

41. SOFMMOO - La Société Française de Médecine Manuelle - The French Society of Manual Medicine [Internet]. [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: https://www.sofmmoo.org/information_aux_patients.htm
42. Carnes D, Mars TS, Mullinger B, Froud R, Underwood M. Adverse events and manual therapy: a systematic review. *Man Ther.* 2010;15(4):355-63.
43. Rajendran D, Bright P, Bettles S, Carnes D, Mullinger B. What puts the adverse in 'adverse events'? Patients' perceptions of post-treatment experiences in osteopathy – A qualitative study using focus groups. *Man Ther.* août 2012;17(4):305-11.
44. Letrilliard L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Rev Exerc.* 2009;87:74-9.
45. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. In Armand Colin; 2005. p. 125.
46. Smith JA, Hawkins A, Grant-Beuttler M, Beuttler R, Lee S-P. Risk Factors Associated With Low Back Pain in Golfers: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Health.* 2018;10(6):538-46.
47. Lee S-P, Bailey JP, Smith JA, Barton S, Brown D, Joyce T. Adaptations of lumbar biomechanics after four weeks of running training with minimalist footwear and technique guidance: Implications for running-related lower back pain. *Phys Ther Sport Off J Assoc Chart Physiother Sports Med.* 2018;29:101-7.
48. Haute Autorité de la Santé. Arrêt de travail: lombalgie commune [Internet]. 2017 [cité 20févr2019].Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/347659/document/2017398_fiche_repere_at_lombalgie_v2_bd_0.pdf
49. Dubois T, Berthiller J, Nourry J, Landurier G, Briere F, Chardigny S. L'ostéopathie plébiscitée par les Français. 2014 [cité 21 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.osteopathe-syndicat.fr/medias/document/1417-communique-de-presse-sondage-opinion-way-sfdo.pdf>
50. Mignon Le Vaillant C. Ostéopathie et lombalgie aiguë commune : connaissances et intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Toulouse; 2016 [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1242/>

ANNEXES

Tableau 1 : Les signes d'alerte rouge

Tableau 2 : Alertes jaunes

Tableau 3 : Alertes bleues

Tableau 4 : Alertes noires

Tableau 5 : Facteurs de risque de lombalgie selon l'INRS

Tableau 6 : Indications apparaissant sur le site du Syndicat Français des Ostéopathes

Figure 1 : Rachis de profil et de face

Figure 2 : Segment lombaire de profil et vertèbre lombaire en vue supérieure

Figure 3 : Pression exercée sur le disque L5-S1 en fonction des postures

Figure 4 : Test de Schober

Figure 5 : Disque intervertébral et hernie

Figure 6 : Douleur projetée, syndrome de Maigne

Figure 7 : Canal lombaire rétréci (CLE)

Figure 8 : Le modèle biopsychosocial

Figure 9 : Test de Sorensen

Figure 10 : Test de Shirado

Annexe 1 : Mail envoyé aux médecins généralistes :

Chères consœurs, chers confrères,

Je suis actuellement dans la préparation de ma thèse d'exercice en médecine générale, et je me permets de vous solliciter pour y participer.

Le thème général porte sur la prise en charge des lombalgies.

Pour cela, je souhaiterais vous rencontrer à l'endroit et à l'heure de votre choix, pour un entretien anonyme de 15 à 20 minutes maximum. Le but de cette discussion est de pouvoir échanger librement sur votre ressenti concernant les patients atteints de douleurs lombaires aiguës ou chroniques.

Le résultat de notre conversation paraîtra de façon anonyme dans la thèse.

Vous remerciant à l'avance de l'intérêt que vous voudrez bien me porter,

Confraternellement,

Paola Lecointe

Interne en médecine générale à Rouen, 5^e semestre.

Annexe 2 : questionnaire élaboré pour les entretiens.

I. Données personnelles :

1/ Année de thèse :

2/ Conditions d'exercice (hôpital, cabinet de groupe...):

3/Type de patientèle :

4/Diplômes (DU ostéo, DU sport...) :

II. La lombalgie :

1/ Qu'est-ce que la lombalgie commune pour vous?

2/ Selon vous, existe-t-il un profil de patient lombalgique?

Quelle est votre démarche thérapeutique face à un 1^{er} épisode ? :

Réponses libres puis...

Antalgiques ? AINS ?

Kinésithérapie ?

Repos ? Activité physique ?

Arrêt de travail ?

Conseils posture ?/démonstration ?/fiches d'exercice ?

Mesures hygiéno-diététiques ?

Quelle place pour l'imagerie ?

Le suivi :

Constatez-vous fréquemment des récurrences chez vos patients ?

Que faites-vous à la 2^e consultation si échec de la prise en charge initiale ?

Le patient chronique :

Qu'est-ce que la lombalgie chronique selon vous?

Quelle prise en charge ?

III. Concernant l'ostéopathie :

Orientez-vous vers les techniques d'ostéopathie ?

Si non : pourquoi ?

Si oui : dans quelles conditions ? et qui : médecin ostéo ? ostéo pur ? kiné ostéo ?

Quel retour avez-vous auprès de vos patients ?

Êtes-vous convaincus par l'ostéopathie ?

RESUME

Prise en charge de la lombalgie commune et intérêt de l'ostéopathie : analyse de la pratique des médecins généralistes en Seine-Maritime.

Introduction : La prévalence de la lombalgie commune ne cesse d'augmenter en France. Lorsque le patient atteint le stade chronique, la prise en charge devient plus complexe, et le modèle biopsychosocial permet de répondre à certaines hypothèses. Pour les patients, cela n'est pas toujours suffisant. Le besoin de thérapies alternatives se fait ressentir. L'augmentation du recours à l'ostéopathie pour les pathologies ostéo-articulaires, amène à considérer l'ostéopathie comme inhérente au système de santé primaire. **Objectifs** : Analyser les principes de prise en charge de la lombalgie commune des médecins généralistes en Seine-Maritime. Rechercher l'existence d'un intérêt thérapeutique à l'orientation vers l'ostéopathie, à travers le ressenti et l'expérience de ces praticiens. **Méthode** : Analyse qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes de Seine-Maritime, qui se sont déroulés entre juillet et décembre 2018. Certains médecins généralistes recrutés détenaient le diplôme de médecine manuelle ostéopathique. Les discussions obtenues ont été anonymisées et retranscrites sous forme de verbatim, puis analysées avec un double codage. **Résultats** : La lombalgie commune pouvait toucher n'importe qui. Il n'existait pas de profil type de patients. Des facteurs favorisants ont pu être regroupés par les médecins interrogés. Ces facteurs ne se rapportaient pas qu'à la composante musculaire. Les domaines de la vie professionnelle, sociale et privée pouvaient également être en lien avec la lombalgie. Les thérapeutiques utilisées étaient très semblables d'un praticien à l'autre. La nécessité du maintien de l'activité physique était largement diffusée auprès des patients. L'ostéopathie était une des alternatives qui semblait faire partie intégrante du parcours de soin des médecins généralistes interviewés. **Discussion** : Le modèle biopsychosocial est une notion essentielle à développer pour une prise en charge optimale du patient lombalgique. C'est l'un des seuls modèles de prise en charge reconnu à ce jour.

Les médecins de notre étude prenaient en charge les patients de façon globale. Les démarches complémentaires, kinésithérapie et ostéopathie, étaient en revanche propre à chaque praticien.

Face au manque de données scientifiques sur l'ostéopathie, les médecins de notre échantillon se référaient surtout à leur expérience et aux retours de leurs patients.

Le fait de consulter son médecin traitant en première ligne, qu'il ait acquis ou non le diplôme inter-universitaire d'ostéopathie, sécurise l'orientation vers cette technique alternative.

Mots clefs :

Lombalgie, Médecin généraliste, Ostéopathie.

Low back-pain, Family physician, Osteopathy.