



**HAL**  
open science

**Intérêt d'un protocole d'harmonisation des pratiques au  
sujet de la lombalgie aiguë commune, dans un pôle de  
santé interprofessionnel à Saint-Martin-d'Hères :  
enquête par entretiens semi-dirigés auprès de médecins  
généralistes**

Auria Lelong

► **To cite this version:**

Auria Lelong. Intérêt d'un protocole d'harmonisation des pratiques au sujet de la lombalgie aiguë commune, dans un pôle de santé interprofessionnel à Saint-Martin-d'Hères : enquête par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02533134

**HAL Id: dumas-02533134**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02533134v1>**

Submitted on 7 Apr 2020

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

Année : 2020

**INTERET D'UN PROTOCOLE D'HARMONISATION DES PRATIQUES AU SUJET  
DE LA LOMBALGIE AIGUE COMMUNE, DANS UN PÔLE DE SANTE  
INTERPROFESSIONNEL A SAINT-MARTIN-D'HERES : ENQUÊTE PAR  
ENTRETIENS SEMI-DIRIGES AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES.**

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
DIPLOME D'ÉTAT

Auria LELONG

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE

Le : 24/03/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Professeur Philippe GAUDIN

M. le Professeur Vincent BONNETERRE

M. le Professeur Yannick CARRILLO (directeur de thèse)

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

**ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoit	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**PU-PH** : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers  
**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale  
**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale  
**PR Ass.MG** : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale  
**MCF Ass.MG** : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

## TABLE DES MATIERES

Remerciements .....	9
Liste des abréviations .....	13
Résumé .....	14
Abstract .....	15
I. Introduction.....	16
II. Matériel et méthode.....	20
II.1. Choix de la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés.....	20
II.2. Constitution de l'échantillon .....	20
II.3. Guide d'entretien semi-structuré et cadre légal .....	20
II.4. Recueil des données.....	21
II.5. Analyse des données.....	22
II.6. Critères de qualité de l'étude .....	22
III. Résultats .....	23
III.1. Description des participants.....	23
III.2. Analyse de la représentations des médecins généralistes du Pôle au sujet de la Lombalgie aiguë commune .....	25
1. Définition de la lombalgie aiguë commune selon les enquêtés.....	25
2. Prise en charge de la lombalgie aiguë commune selon les enquêtés.....	28
III.3. Leur recours variable aux éléments du protocole .....	29
1. Recherche des drapeaux rouges.....	29
2. Recherche des drapeaux jaunes .....	30
3. Réalisation des questionnaires Start Back et FABQ .....	31
4. Délivrance des messages clés .....	34
5. Limitation de la prescription d'imageries.....	36
6. Prescription d'un arrêt de travail de courte durée en première intention .....	37
7. Prescription de kinésithérapie active courte type McKenzie.....	38

8.	Non-utilisation du formulaire de recueil de données.....	47
III.4.	Les freins à l'appropriation du protocole .....	48
1.	Un manque de connaissance du protocole.....	48
2.	La présentation de deux protocoles (aigu et chronique) au départ .....	49
3.	Un manque de communication et de suivi au cours du temps.....	50
4.	Un manque de disponibilité des praticiens et une surcharge de projets au sein du Pôle 51	
III.5.	Les intérêts du protocole interprofessionnel énoncés par les praticiens.....	52
1.	Une base référencée de prise en charge interprofessionnelle .....	52
2.	Un impact positif sur leurs pratiques .....	54
3.	Une impression d'effet bénéfique sur la prise en charge du patient.....	55
III.6.	Les limites du protocole énoncées par les praticiens.....	56
1.	L'évaluation du protocole nécessaire .....	56
2.	Ne fonctionne pas chez tous les patients .....	57
3.	Les freins à son utilisation .....	58
III.7.	Les pistes d'amélioration proposées.....	58
1.	Echanges autour du protocole.....	58
2.	Recueil de données et développement informatique .....	59
IV.	Discussion .....	61
IV.1.	Discussion de la méthode .....	61
1.	Intérêt de la méthode .....	61
2.	Limites de la méthode.....	62
IV.2.	Discussion des résultats en comparaison avec la littérature .....	63
1.	Intérêts d'un protocole pluriprofessionnel au sujet de la lombalgie, en soins primaires .....	63
2.	Freins à l'élaboration, la mise en place et au recours du protocole.....	66
3.	Limites du protocole.....	69
V.	Conclusion.....	71

VI.	Références bibliographiques .....	73
VII.	Annexes .....	76
VII.1.	Annexe 1 : Les questionnaires StarT Back et FABQ .....	76
VII.2.	Annexe 2 : Le protocole Lombalgie .....	78
VII.3.	Annexe 3 : Les Guides d'entretien .....	81
VII.4.	Annexe 4 : La fiche d'information participant et Recueil du consentement .....	85
VII.5.	Annexe 5 : L'arbre Thématique.....	88
VII.6.	Annexe 6 : La grille COREQ .....	95
VIII.	Conclusion signée.....	97
IX.	Verbatims des entretiens semi-dirigés.....	99
IX.1.	Entretien 1 : E1 .....	99
IX.2.	Entretien 2 : E2 .....	107
IX.3.	Entretien 3 : E3 .....	115
IX.4.	Entretien 4 : E5 .....	125
IX.5.	Entretien 5 : E6 .....	146
IX.6.	Entretien 6 : E7 .....	160
IX.7.	Entretien 7 : E8 .....	170
IX.8.	Entretien 8 : E9 .....	188
IX.9.	Entretien 9 : E10 .....	212
IX.10.	Entretien 10 : E11 .....	226

## Remerciements

### **A M. le Professeur Patrick IMBERT**

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et pour votre bienveillance tout au long de mon parcours d'internat. Recevez ici toute ma considération et l'expression de mon plus profond respect.

### **A M. le Professeur Philippe GAUDIN**

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury et pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

### **A M. le Professeur Vincent BONNETERRE**

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury et pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

### **A M. le Professeur Yannick CARRILLO (directeur de thèse)**

Merci de m'avoir soutenue et guidée tout au long de mon parcours d'internat. De m'avoir accompagnée dans mon travail de mémoire et de thèse. Pour ta patience, ta disponibilité et tes précieux conseils tout au long de ces travaux. Reçoit l'expression de mes respectueux remerciements.

### **Aux médecins du Pôle de Saint Martin D'Hères, ayant participé à l'enquête,**

Merci de m'avoir reçue et accordée votre temps précieux lors de ces entretiens, sans vous ce travail n'aurait pu aboutir. Sachez que ces rencontres m'ont beaucoup apportées.

Merci également aux concepteurs de ce projet interprofessionnel et au coordinateur du Pôle de m'avoir accordée leur temps précieux pour mettre en place l'étude.

A Dominique LAGABRIELLE, que j'ai eu la chance d'avoir en maître de stage, entre autres à l'origine de ce projet d'étude, qui est parti un peu trop tôt, que je n'oublierai jamais.

A Yoann GABOREAU pour ton aide dans la déclaration de l'étude à la CNIL.

A Christine, pour ton aide dans la retranscription de certains entretiens.

A Laure, pour la traduction du résumé en anglais et ton soutien.

A l'ensemble des médecins qui ont croisé mon parcours universitaire et qui ont participé à ma formation via la transmission de leur savoir.

A tous mes maîtres de stage, pour leur patience et tout ce qu'ils m'ont transmis. En particulier à Michel, Suzanne, Claire, Gilbert, Bérénice, Romain, Richard et Éric.

A tous mes co-internes, d'avoir fait de ces longs et parfois lourds moments plus légers.

**A ma famille, pour votre soutien dans ce long parcours et ce jusqu'au bout.**

**A mes grands-parents,**

A mon grand-père, Jean, je t'ai peu connu, mais ton humanité et ton vécu m'ont probablement mené jusqu'ici. A Monique, pour tout ce que tu nous as donné. Du haut de tes 98 ans, tu gardes une perspicacité presque déroutante.

A Yvan et Louise, pour votre chaleureuse présence dans toutes ces épreuves.

**A mes parents,**

A toi Papa, d'avoir toujours tout fait pour nous manquions de rien, de nous avoir offert tous ces voyages et le goût de l'aventure.

A toi Maman, pour le dévouement que tu nous as porté tout au long de ces années. Pour tout ce que tu nous as apporté, la liste est très longue. Sans oublier tes précieuses relectures et corrections orthographiques pour le mémoire et la thèse.

**A mes frères et sœur,**

A Hadrien, tu as toujours veillé à remplir ton rôle de grand frère, malgré la distance de ton Brésil et ton travail si prenant.

A David, mon premier petit frère, toujours présent pour les bons et mauvais moments de la vie.

A Baptiste, petit frère toujours attentionné et bienveillant. Merci pour ton soutien indispensable dans la gestion de Word.

A Alicia, ma petite sœur chérie, petit bijou de femme, merci d'être là et d'être ce que tu es.

**A ma grande famille,**

A mes cousins et cousines, oncles et tantes, et famille plus éloignées, pour votre bienveillance. Plus spécialement, à Françoise et Gilles, Pierre et Hélène, pour nos riches échanges, vos paroles rassurantes et tous ces excellents moments passés ensemble à la préparation du rallye. A Dom et Nab pour tout ce que vous m'inspirez.

A futures mes belles-sœurs, Claire et Mélissa, pour votre bienveillance.

A ma marraine Pascale, pour ta bienveillance et ta présence depuis mon enfance, pour ton soutien tout au long de ces études.

**A ma belle-famille,**

A Brigitte, Patrick, Sophie, Grégoire, petit Gaspard et Mamie Yvette, pour votre soutien, pour ces délicieux repas et moments partagés.

**A tous mes ami(e)s, d'enfance et d'études,**

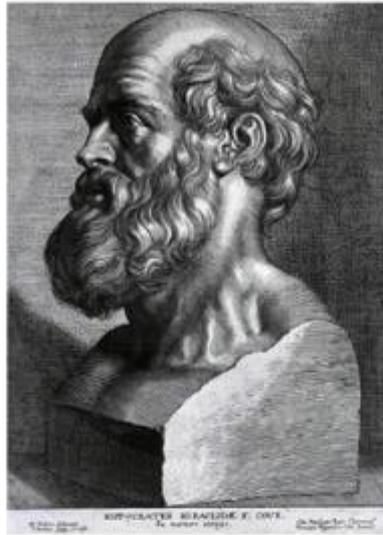
Et spécialement à Maïlys, Virginie, Béatrice, Claire So, Léa, Elise, Marion, Inès pour notre amitié qui ne se défile pas malgré nos vies bien remplies.

A la team Coloc', Charlotte et Gilou, Caro et Seb, Charlotte et Clément, Julie, Thomas, Cécilie et Éric, Isa et Nico, pour tout ce que vous m'avez apporté ces quatre dernières années et à nos folles soirées.

A la team Yoga, Isabelle pour ton soutien par ton enseignement si riche et précieux, à Gaspard et Estelle pour votre soutien et les très bons moments partagés ensemble.

Aux copains de Nevers, de très belles rencontres et pleins de chouettes moments à partager encore.

**A toi Benoît**, que la providence a mis sur mon chemin. Merci pour ton soutien sans faille et sans fin, pour ta patience presque héroïque, pour ton essence même et pour ce qu'on partage chaque jour. Pour tout ce qui nous attend.



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## Liste des abréviations

APMSL : Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FABQ : Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HSPT : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MDT : Mechanical Diagnosis and Therapy

PPSPR : Protocole Pluriprofessionnel de Soins de Premier Recours

PSIP-SMH : Pôle de Santé Interprofessionnel de Saint-Martin-d'Hères

RGPD : Règlement Général sur la protection des données

SFMG : Société Française de Médecine Générale

## Résumé

### INTERET D'UN PROTOCOLE D'HARMONISATION DES PRATIQUES AU SUJET DE LA LOMBALGIE AIGUE COMMUNE, DANS UN PÔLE DE SANTE INTERPROFESSIONNEL A SAINT-MARTIN-D'HERES : ENQUÊTE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES.

**Contexte:** La prévalence des lombalgies aiguës et chroniques en soins premiers est importante avec des répercussions humaines et socioéconomiques majeures. Devant cette problématique, un pôle de santé développe, début 2018, un protocole interprofessionnel d'harmonisation des pratiques dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du patient.

**Objectifs :** Etudier l'utilisation du « protocole lombalgie » par les médecins généralistes du Pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères et chercher les freins à son utilisation. **Méthode:** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Dix médecins généralistes ont été interviewés, d'octobre à décembre 2019. **Résultats:** Malgré le recours variable au protocole, tous ont intégré les recommandations de bonnes pratiques. Le protocole a conforté les pratiques de certains et aidé d'autres dans leur démarche diagnostique et thérapeutique. La communication interprofessionnelle, la coordination des soins, l'harmonisation des pratiques et le discours commun ont été retenus par tous les praticiens. Une mauvaise connaissance du protocole a constitué un des principaux freins à son appropriation et à son utilisation. La complexité initiale du protocole, le manque de temps, son manque de médiatisation et la présence de nombreux projets au sein du pôle de santé ont également été identifiés. **Conclusion:** Malgré des difficultés de mise en œuvre, on peut suggérer que les intérêts de ce protocole révélés unanimement par les médecins généralistes, soient transposables dans l'élaboration de protocoles interprofessionnels futurs, indépendamment de leurs objets. Il serait intéressant, par ailleurs, de connaître l'impact de son utilisation du côté des patients.

**MOTS CLÉS :** Soins primaires, Pôle de santé, Lombalgie commune, Médecine générale, Pratiques professionnelles, Adhésion aux directives, Recherche qualitative, Protocole interprofessionnel.

**FILIÈRE :** Médecine Générale

## Abstract

### BENEFITS OF AN INTERPROFESSIONAL STANDARDIZATION PROTOCOL REGARDING ACUTE LOW BACK PAIN, IN COMMUNITY HEALTH CENTER IN SAINT-MARTIN-D'HERES : SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS OF GENERAL PRACTITIONERS.

**Background:** Acute and chronic low back pain have a large prevalence in primary care, with major human and socio-economic consequences. Confronted with this problem, a community health center created and set up, in 2018, an interprofessional protocol whose objective was to facilitate the harmonization of practices and improve the case management of each patient.

**Objective:** The main objective of this study was to assess the use of the « low back pain protocol » by General Practitioners (GPs). The second objective was to understand and explore the different obstacles impeding the use of the protocol by certain GPs. **Method:** Qualitative study by semi-structured interviews of ten GPs, between October and December 2019.

**Results:** Despite variable usage, all of the GPs assimilated the practice guidelines. The protocol enabled some GPs to confirm their practice. It allowed others to improve their diagnosis and therapeutic process. Globally, the protocol helped attune interprofessional communication, coordinate the care of patients, harmonize the practice of GPs and standardize the exchange between the GPs, the physiotherapists, and the patients. The main obstacle to the assimilation and use of the protocol, was the GPs' lack of detailed knowledge of the protocol. Also, the initial complexity of the protocol, the lack of time, the lack of coverage and the many projects in the health center, were identified as obstacles.

**Conclusion :** Despite the difficulties encountered during the interprofessional protocol's implementation, all GPs mentioned its overarching qualities. One could suggest that these qualities may be transposed to other protocols, regardless of their subject.

Furthermore, it would be interesting to study the perception of the patients regarding the effect of the protocol.

Key words: Primary care, Community health centers, Low back pain, General practitioners, Guideline Adherence, Interprofessional protocol, Qualitative analysis.

## I. Introduction

La prévalence des lombalgies communes aiguës et chroniques en soins premiers est importante avec des répercussions humaines et socioéconomiques majeures.

La lombalgie commune se définit par une douleur localisée entre la 12<sup>ème</sup> vertèbre thoracique et le pli fessier inférieur, sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse (1). Autrement dit, l'absence de signes d'alerte ou de « drapeaux rouges » mène à son diagnostic (2).

La lombalgie aiguë commune touche plus de la moitié des Français âgés de 30 à 54 ans chaque année (3). Elle évolue favorablement en moins de 4 à 6 semaines, dans 90 % des cas. Cependant, elle peut induire une incapacité fonctionnelle, des difficultés psychosociales, et avoir un lourd impact sur le travail et la qualité de vie du patient (4). Ces difficultés sont majorées si la lombalgie survient de façon répétée ou se chronicise. La chronicisation, traditionnellement définit comme une lombalgie commune évoluant plus de trois mois, s'observe dans 6 à 8 % des cas (5).

Les objectifs de la prise en charge d'une lombalgie aiguë commune sont donc de soulager la douleur, d'améliorer les capacités fonctionnelles et de prévenir la récurrence et le passage à la chronicité.

En 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise d'identifier les facteurs de risques de chronicisation afin d'adapter au mieux la prise en charge du patient atteint de lombalgie aiguë commune. Nommés également « drapeaux jaunes », ces indicateurs sont les problèmes émotionnels (dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales), les attitudes et représentations du mal de dos inappropriées. Ainsi que, les comportements douloureux inappropriés et les problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile ou problèmes liés à l'indemnisation) (2).

Pour aider à stratifier ce risque, la HAS propose entre autres les questionnaires *STarT Back screening tool* et *FABQ (Fear Avoidance Beliefs Questionnaire)*. Le questionnaire *STarT Back screening tool* est un auto-questionnaire rapide d'utilisation (9 items) qui permet de classer le patient lombalgique à faible, moyen ou fort risque de chronicisation. Le *FABQ*

évalue le niveau de peurs, d'appréhensions et évitements du patient liés à sa lombalgie (2). Ils sont consultables en annexe 1.

Les patients à risque de chronicité doivent être identifiés précocement, afin de réaliser de la kinésithérapie avec participation active du patient.

Aussi, la HAS recommande une prise en charge selon le modèle « bio-psycho-sociale », autrement dit, prendre en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique et socio-professionnelle). Elle insiste par ailleurs sur l'importance de délivrer une information rassurante au patient (2).

L'applicabilité de ces recommandations de bonnes pratiques par les médecins généralistes reste une difficulté décrite dans plusieurs travaux de recherche (6), (7).

En parallèle, l'exercice des soins de premier recours en Maisons et Pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) connaît depuis quelques années un développement croissant. Ces modalités d'exercice sont présentées comme une solution aux défis que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'accentuation des inégalités sociales de santé et l'irrésistible croissance des dépenses de santé (8).

Le pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères est un exemple de ce type de structure de soins primaires. Juridiquement, il est défini par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) (9).

Un Pôle de Santé Ambulatoire pluri Professionnel (PSAP) est un regroupement de professionnels de santé avec différents modes d'exercices sur plusieurs sites, autour d'un projet de santé commun, dans un territoire donné. Il assure des activités de soins de premier recours (sans hébergement) et participe à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'il élabore (9).

Un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR), selon la HAS en 2011, est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques (10).

Dans ce contexte et devant ces problématiques de prise en charge de la lombalgie commune, un médecin généraliste et un kinésithérapeute ont développé au sein du Pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères, un protocole interprofessionnel d'harmonisation des pratiques. Ils l'ont proposé début 2018 aux membres du pôle lors d'une plénière (réunion mensuelle des membres du Pôle). Le protocole concernait quinze médecins généralistes, douze kinésithérapeutes et six pharmaciens, avec pour objectif de prendre en charge le patient de façon globale et pluriprofessionnelle, selon le modèle « biopsychosocial ». Pour cela, leurs préconisations ont été d'essayer d'harmoniser les pratiques et le discours délivré au patient, selon les recommandations de la HAS de 2001 et 2005. Ainsi que de prescrire, en aigu, de la kinésithérapie de type McKenzie, en cas d'arrêt du travail du patient. Il est consultable en annexe 2. Un rappel des éléments du protocole aux professionnels concernés, avec la présentation de la méthode McKenzie, a eu lieu quelques mois après la première présentation, lors d'une « soirée lombalgie » prévue à cet effet.

Le protocole préconise l'utilisation de messages clés standardisés, afin de faciliter l'harmonisation du discours délivré au patient. Ceux-ci peuvent être extraits du « *Back Book* », ou du livret mis à disposition par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) « Je souffre de lombalgie : de quoi s'agit-il et que faire ? ». Ces deux supports référencés contiennent des informations pour rassurer le patient et prévenir son mal de dos (11).

Le recours à la méthode McKenzie, connue également sous le nom de *Mechanical Diagnosis and Therapy*, ou Diagnostic et Thérapie Mécanique (MDT), est préconisé, en aigu, en cas d'arrêt de travail du patient. La stratégie de cette méthode consiste à évaluer les mouvements qui centralisent la douleur, pour pouvoir être ensuite répétés par le patient. L'éducation thérapeutique du patient permet ainsi son autonomisation par l'auto-rééducation. Initialement, ce traitement était réservé aux rachialgies avec atteinte radiculaire mais a été étendu aux rachialgies communes (12).

Dans la littérature, plusieurs études ont mis en évidence l'intérêt de cette méthode. Elle semble pertinente dans l'amélioration de l'incapacité fonctionnelle de patients lombalgiques (13). Cependant son efficacité par rapport à d'autres thérapies reste à prouver (14), (15).

Au moment de la conception du protocole, cette préconisation en aigu, n'était pas spécifiquement recommandée par les autorités de santé en France, elle a été accordée par le médecin conseil de la sécurité sociale.

Ce protocole interprofessionnel d'harmonisation des pratiques, au sujet de la lombalgie aigue commune, peut constituer une piste d'amélioration de l'applicabilité des recommandations et de la prise en charge du patient. Aucune évaluation de celui-ci n'avait été mise en place à ce jour.

Ceci nous a mené à nous demander ce qu'il en était de l'adhésion des médecins généralistes du Pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères, à son sujet.

L'objectif de notre étude était ainsi de connaître le recours des médecins généralistes au « protocole lombalgie » et de chercher les freins à son utilisation.

Pour répondre à cette problématique, une méthode qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés individuels auprès des médecins généralistes nous paraissait la plus appropriée.

## **II. Matériel et méthode**

### **II.1. Choix de la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés**

La méthode qualitative, par une approche phénoménologique permet une compréhension de l'expérience des gens et des phénomènes. Les entretiens semi-dirigés, qui constituent les données, sont faits de questions ouvertes, permettant de faire sortir les idées du groupe étudié. L'analyse inductive des données offre la formulation d'hypothèses.

Par ailleurs, le choix des entretiens individuels était de favoriser la libre expression des médecins et d'empêcher les influences inter-individuelles (16) .

### **II.2. Constitution de l'échantillon**

L'échantillonnage était homogène et de convenance. Autrement dit, il concernait un groupe d'individus qui avait partagé une même expérience et s'était fait par les médecins qui étaient disponibles. Les médecins généralistes ayant intégré le Pôle de Santé Interprofessionnel de Saint-Martin-d'Hères (PSIP-SMH) après la diffusion du protocole, étaient exclus.

La première prise de contact était par courriel. Le coordinateur du PSIP-SMH avait communiqué au chercheur les adresses Mails.

Dix médecins généralistes sur les douze inclus, ont accepté bénévolement de participer à l'étude. Les refus étaient liés à un manque de temps ou à un long congé. L'objectif n'était pas d'atteindre un seuil de saturation mais plutôt une exhaustivité dans la représentation des données.

### **II.3. Guide d'entretien semi-structuré et cadre légal**

Le guide d'entretien préparé en amont était constitué de questions ouvertes et d'une liste de thèmes que l'enquêtrice souhaitait aborder pendant l'entretien. La faisabilité de l'entretien a été testée lors des trois premiers entretiens. Ce premier canevas a été remanié après le troisième entretien, afin de s'orienter plus vers les zones à explorer notamment autour

de l'usage du protocole. La question du parcours professionnel a été écourtée pour qu'il n'y ait pas trop d'informations données sur le participant afin de protéger son identité. Certaines questions ont été reformulées afin qu'elles soient moins fermées, moins précises, plus brèves et le plus neutres possible, avec le souci de ne pas influencer la réponse. Les guides d'entretien sont consultables en annexe 3.

Une fiche d'information participant était jointe lors de la prise de contact des participants. Elle les renseignait sur l'enregistrement de l'entretien, garantissait l'anonymat et la confidentialité des données recueillies, ainsi que leur suppression à la fin du travail de thèse. Elle est consultable en annexe 4.

Le chercheur rappelait au début de chaque entretien le cadre légal de l'étude et recueillait l'accord oral du participant avant l'enregistrement.

Une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), afin d'assurer la protection des données de façon conforme au Règlement Général sur la protection des données (RGPD) (17).

#### **II.4. Recueil des données**

Les entretiens ont eu lieu au cabinet des praticiens ou à leur domicile selon leur choix, entre le 18 octobre 2019 et le 6 décembre 2019. Tous ont été menés par l'étudiante en thèse. Ils se sont déroulés dans le cadre d'une interaction face à face et ont été enregistrés avec un dictaphone numérique SONY ICD-PX470 ® . Ils ont été ensuite retranscrits, mot à mot, avec les éléments de la communication non verbale, puis anonymisés. Ceci après chaque entretien via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word® pour constituer le verbatim.

Le consentement des participants a été récupéré après leur vérification et validation du verbatim.

La durée moyenne des entretiens était de 44 minutes 36 secondes, la durée minimale de 26 minutes 59 secondes (E1) et la durée maximale de 72 minutes 6 secondes (E5). La majorité durait entre 39 et 47 minutes.

## **II.5. Analyse des données**

Pour analyser les données, deux médecins en aveugle, c'est-à-dire indépendamment, ont réalisé un « codage » des verbatims sur Microsoft Word®. Il s'agissait d'extraire (sans rompre avec le sens global de l'entretien) les mots et expressions du discours des praticiens porteurs de sens au sujet de la problématique explorée. Une analyse thématique puis transversale, a permis de les regrouper et classer en grands thèmes et sous thèmes dans un premier temps, puis de les mettre en lien pour répondre au mieux à la question de recherche. La triangulation des données a été réalisée par la mise en commun entre les deux chercheurs de cette grille d'analyse ou arbre thématique, pour éviter les erreurs d'interprétation. L'arbre thématique est consultable en annexe 5.

## **II.6. Critères de qualité de l'étude**

Pour attester des critères de qualité de cette étude qualitative, le chercheur s'est basé sur la grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) dans sa version française qui est prévue pour les rapports de recherche qualitative avec entretiens individuels ou entretiens de groupe focalisés (focus groups)(18). La grille COREQ correspondant à l'étude est consultable en annexe 6.

### III. Résultats

#### III.1. Description des participants

Dix médecins généralistes du pôle ont été interviewés sur douze médecins inclus dans l'étude, avec une tranche d'âge de 28 à 63 ans. Parmi les dix médecins, six étaient des femmes. L'exercice professionnel allait de 3 à 32 ans. Leur intégration dans le Pôle de santé allait de deux à huit ans. Ils travaillaient de deux jours et demi à quatre jours par semaine.

Aucun n'avait reçu de formation sur la lombalgie dans le cadre du développement professionnel continu, avant la présentation du protocole, ni après, excepté celui qui a proposé le protocole.

Tableaux de la description des participants (l'ordre des éléments entre les deux tableaux n'ont pas de lien pour conserver l'anonymisation des entretiens).

Caractéristiques des entretiens

Entretien	genre	Temps des entretiens
E1	F	26 minutes et 59 sec
E2	M	27 minutes et 40 sec
E3	F	39 minutes et 59 sec
E5	F	72 minutes et 6 sec
E6	F	40 minutes et 40 sec
E7	M	43 minutes et 32 sec
E8	F	60 minutes et 6 sec
E9	M	49 minutes et 3 sec
E10	M	43 minutes et 25 sec
E11	F	47 minutes et 14 sec

Description des participants par ordre croissant d'âge

Age	Exercice en cabinet de médecine générale depuis	Exercice dans le Pôle de santé de Saint Martin d'Hères
28 ans	2017	2017
33 ans	2014	2014
34 ans	2014	2015
34 ans	2013	2017
36 ans	2011	2015
37 ans	2011	2014
47 ans	1996	2011
53 ans	1996	2012
58 ans	1991	2015
63 ans	1987	2017

## III.2. Analyse de la représentations des médecins généralistes du Pôle au sujet de la Lombalgie aiguë commune

### 1. Définition de la lombalgie aiguë commune selon les enquêtés

La lombalgie aiguë commune était définie par la plupart des enquêtés comme une douleur lombaire d'apparence musculaire, d'apparition brutale, associée ou non à une radiculalgie, souvent consécutive à un faux mouvement ou à un port de charge. Certains enquêtés mettaient en avant le fait que le mécanisme n'était pas forcément connu. La plupart des enquêtés excluaient spontanément les diagnostics différentiels. Certains les rapportaient aux drapeaux rouges du protocole.

Tous les enquêtés la présentaient comme un motif de consultation très fréquent, une pathologie bénigne, d'évolution courte, et source d'inquiétude pour le patient, du fait de tableaux cliniques parfois bruyants voire « spectaculaires » (blocage et douleurs). Elle concernait une population adulte de tout âge, pour certains se limitait à la population active. Elle était décrite comme nécessitant d'être vue sur des plages d'urgences par quelques-uns.

Ce motif de consultation pouvait être d'apparence simple mais devenir complexe selon le contexte et la présence de facteurs psychosociaux, associés ou non au travail.

La plupart des enquêtés n'en restait pas à la notion de lombalgie aiguë. Ils soulevaient les problèmes psychosociaux, l'aspect professionnel et la précarité, comme facteurs favorisant l'apparition et la chronicisation d'une lombalgie aiguë commune.

#### Définition

- E2 : « une douleur lombaire brutale, très souvent sur un effort de soulèvement ou un faux mouvement [...] c'est quelque chose qui n'est pas grave, je ne sais pas exactement ce qui se passe dans le dos, en fait. »

- E3 : « la lombalgie aiguë c'est la douleur lombaire d'apparence musculaire sans autres complications, plus ou moins une sciatalgie, en fonction des tableaux, avec un élément déclenchant chez un patient en bonne santé sans facteurs de risque particulier. [...] en une petite semaine, c'est résolu. »

- E6 : « les patients arrivent assez souvent dans des tableaux un peu comment je dirai, spectaculaire avec des blocages importants [...] ça inquiète les gens beaucoup en fait »
- E7 : « ça m'évoque du coup en terme de pronostic plutôt quelque chose d'encourageant on va dire avec une durée en générale assez courte » ; « je vais déjà m'assurer qu'il n'y est pas les fameux [...] drapeaux rouges, c'est à dire d'éliminer soit une complication soit une cause autre. »
- E8 : « Lombalgie commune aigue, pour moi, j'avais [...] pas de drapeaux rouges, ce auquel cas, il faut s'occuper d'autres choses. » ; « exclu toutes les particularités et tous les contextes, maladies autres, cancers, maladies dégénératives, ostéoporose sévère, traitement corticoïdes au long court »

### Epidémiologie

- E6 : « ça touche plein de gens, de tout âge » ; « c'est une pathologie très fréquente qui touche tous les âges »
- E8 : « après 20 ans, les personnes actives, voilà, l'âge actif on va dire, voilà les 20-65, 20-70 ans pour ceux qui vieillissent bien. »
- E2 : « C'est très fréquent. Rarement grave. Mais ça nous prend une bonne partie des consultations. C'est un motif qui revient très très souvent »

### Type de consultation

- E8 : « pour moi, comme ça, ça va être des rendez-vous d'urgence » « moi clairement je les vois avec les plages d'urgences quoi. » ; « ça peut être très très simple, « je suis allé ramasser les champignons, ça glisse, je me suis fait mal » et comme on peut lever un loup »
- E6 : « le patient [...] veut être vu vite dans la journée » ; « je peux dire que sur le plan de ma pratique, c'est plutôt une consultation reposante et qui change de la polypathologie complexe. »

### Facteurs favorisants : psychosociaux et liés au travail

- E8 : « on en voit pas mal à SMH avec tous les ouvriers du BTP et beaucoup de personnes du quartier en précarité, qui font de l'entretien, ménage...

- E5 : « il y a quand même énormément de gens qui ont des conditions de travail merdiques ou qui sont victimes de violence par ailleurs, [...] des catégories socio-économiques défavorisées où ils en ont plein le dos »

- E6 : « Le travail, l'accident de travail, le surpoids [...]. On trouve très souvent un contexte de stress ou de troubles psychiques enfin d'anxiété, ou voir de syndrome dépressif. »

- E7 : « ça peut être aussi bien une manifestation de stress, de surmenage, d'anxiété, de fatigue, éventuellement chronique, de mal-être au travail, éventuellement de tension »

### Risque de chronicisation et particulièrement en cas d'accident de travail

- E10 : « Des gens qui sont mal au boulot, qui sont en conflits avec l'employeur, qui sont en accident de travail, qui sont dépressif » ; « quand on faisait nos études, il y avait un terme qui disait que c'était la sinistrose [...] c'est tout ce qui est lié à l'accident de travail en fait, avec l'impact psychologique qui fait qu'on guéri pas. »

- E6 : « Je pense qu'il y a tout de suite une vigilance dès qu'on est sur un accident de travail. [...] la chronicisation, elle est possible quoi. Elle est fréquente donc je dirai méfiance »

- E11 : « le pire c'est bien sûr les accidents de travail. Alors ceux-là se posent dessus, je suis en accident de travail, je veux pas reprendre tout de suite, quoi. Ça c'est la mentalité qu'on peut avoir parfois. On les voit arriver, enfin, on les connaît au bout d'un moment. »

## **2. Prise en charge de la lombalgie aiguë commune selon les enquêtés**

Tous les enquêtés suggéraient l'importance d'une prise en charge psychosociale et pas seulement biomédicale.

Certains évoquaient les modifications des recommandations en particulier en ce qui concernait la préconisation de la mobilisation précoce. Mais aussi les préconisations de la sécurité sociale, en particulier les consignes de limitation de prescription (d'arrêts de travail, d'imagerie et des anti-douleurs).

### Biopsychosociale

- E2 : « Rarement grave [...] qui nécessite quand même une vraie prise en charge dans tous les domaines médicaux [...] bio psycho social »

- E7 : « en terme psychosocial, ça m'évoque une alerte sur des choses qui peuvent être lié à l'environnement, travail, vie de famille, activité physique ou sédentaire et éventuellement aussi [...] un symptôme de plein de chose. [...] ça peut être aussi bien une manifestation de stress, de surmenage, d'anxiété, de fatigue, éventuellement chronique, de mal-être au travail, éventuellement de tension [...] je pense que c'est quelque chose qui ne doit pas rester dans une prise en charge biomédicale »

### Evolution des recommandations et cadre de la sécurité sociale

- E6 : « quand j'étais jeune médecin, c'était repos et là, on est complètement dans l'attitude inverse voilà. Faire passer ce message aux gens « On bouge ». »

- E5 : « ça fait longtemps que j'ai pas vu de patient qui m'a dit : j'ai vu tel soignant ou professionnel de santé, ça fait 3 jours que je suis resté allongé strict avec un corset »

- E9 : « on a des consignes assez claires des instances de Sécurité Sociale à ce sujet [...] Pas d'arrêt de travail, prescription limitée d'anti-douleur en 1<sup>ère</sup> intention, pas d'imagerie radiographique immédiate. »

### III.3. Leur recours variable aux éléments du protocole

*La prise en charge médicamenteuse ne sera pas développée dans cette partie, car elle ne fait pas partie du protocole.*

#### 1. Recherche des drapeaux rouges

Le contenu des drapeaux rouges était énoncé par tous les enquêtés lorsqu'ils parlaient de leur prise en charge de la lombalgie. Ceux qui n'avaient pas ou peu connaissance du protocole, ne se servaient pas du terme « drapeaux rouges ». Ces notions étaient intégrées dans leurs pratiques, mais pas forcément organisées. Certains des enquêtés qui connaissaient le protocole se servaient des outils proposés pour la recherche des drapeaux rouges. Ils mettaient en avant que le concept ou l'outil leur avait permis de formaliser les drapeaux rouges et de structurer leur pensée. Ce cadre les avait sécurisé dans leurs pratiques car ils pouvaient vérifier de n'avoir rien oublié et de ne pas passer à côté de diagnostics différentiels de la lombalgie commune grâce à la fiche mnémotechnique. Le concepteur du protocole n'utilisait pas d'outils car en faisant le protocole, il avait intégré ces notions. Il mettait en avant que le protocole lui avait permis de détecter les drapeaux rouges de façon plus précoce.

Utilisation d'outils

- E3 : « *C'est une fiche plastifiée qui avait été distribuée [...] je l'ai dans un tiroir du bureau pour pouvoir la ressortir quand j'en ai besoin.* »

- E5 : « *moi je conduis la consultation et puis à la fin, je me ressors la liste. [...] Je vérifie que y a aucun, qu'on a oublié aucun des critères qui doivent faire lever un sourcil.* »

- E2 : « *Je ne m'en sers pas à chaque fois. Quand j'ai une suspicion, je me dis, tiens je vais reprendre le drapeau rouge puis les remplir.* »

Intérêts

- E5 : « *je me souviens d'avoir découvert ou redécouvert les drapeaux rouges à cette époque-là parce que ils n'étaient pas aussi bien formalisés que ça dans ma tête à la fin de mes études* »

- E10 : « avant peut être qu'à la première consultation, j'aurais pas tilté sur un drapeaux rouges. L'évolution m'aurait fait douter. Mais maintenant c'est la première consultation que je fais attention. »

## 2. Recherche des drapeaux jaunes

Concernant les facteurs de risque de chronicisation ou les drapeaux jaunes, tous les enquêtés paraissent les connaître. Ils les mentionnaient spontanément lorsqu'on leur demandait ce qu'évoquait la lombalgie aigue commune. Certains enquêtés utilisaient la fiche mnémotechnique du protocole pour les rechercher en cas de doute. Ils mettaient en avant que l'identification des facteurs de risque leur permettait d'élargir la démarche diagnostique, les aidait à éclairer et à déterminer la prise en charge du patient. L'exemple du risque de chronicisation lié au travail ou à l'accident de travail était cité. La recherche des drapeaux jaunes leur permettait de repérer plus rapidement les patients à risque de chronicisation. La présence des drapeaux jaunes pouvait renforcer l'utilisation du protocole pour certains.

### **Intérêts**

Être sensibilisé

- E2 : « on fait toujours attention aux facteurs de risque de chronicité. On a été sensibilisés à ça avec le protocole dans le pôle »

Déterminer la prise en charge

- E9 : « Je vais chercher ça parce que c'est fondamental et parce que c'est ce qui va déterminer ta prise en charge aussi. [...] ça va modifié pour moi, si tu veux ma prescription »

- E5 : « on n'a pas l'impression qu'il se passe quelque chose de grave sous-jacent mais il y a quand même des gros facteurs de risque que vous vous trainiez votre douleur pendant ultra longtemps. Donc, est-ce que on peut travailler là-dessus ? Est-ce qu'on a une marge ou pas ? » voilà, y voir plus clair, c'était bien. »

- E7 : « ce qui est important aussi, c'est d'ouvrir des perspectives pour les patients par rapport à justement l'environnement psychosocial de cette lombalgie aigue [...] essayer de

*leur permettre un certain discernement par rapport à la façon dont ils peuvent prendre en charge de façon plus générale leur lombalgie »*

*- E3 : « C'est pour moi, un élément qui va stimuler encore plus à orienter le patient vers le protocole »*

Identifier le risque lié au travail

*- E3 : « c'est un prétexte aussi pour creuser la question du travail. ça fait partie des signaux d'alertes où je me dis... D'autant plus quand c'est arrivé au travail [...] prévenir un peu la chronicisation des douleurs sur un vécu professionnel difficile. »*

*- E10 : « devant un patient qui est réticent pour retourner bosser alors que je vois pas bien pourquoi. [...] Je me dis, tiens, attends, est ce qu'il y a pas un facteur psycho-social, comme on dit, qui l'empêche de retourner travailler ? »*

Repérer les patients à risque plus rapidement

*- E10 : « si il y a quelques patients qui font partie des gens qui sont à risque de chronicisation, [...] on les repère beaucoup plus vite »*

### **3. Réalisation des questionnaires Start Back et FABQ**

Personne n'utilisait les questionnaires Start Back et FABQ pour rechercher les risques de chronicisation, excepté le concepteur du protocole afin de les préciser. Les freins observés et explicités à leur réalisation étaient que la plupart, associait ces questionnaires au protocole chronique, ou à des questionnaires de recherche, reflétant la mauvaise communication à leur sujet. Ensuite les enquêtés mettaient en avant l'aspect chronophage du questionnaire et la réalité d'une consultation courte en médecine générale. Ils ne voyaient pas ce qu'allait cliniquement leur apporter le résultat de ces questionnaires. Et plusieurs enquêtés pensaient avoir intégré les éléments du questionnaire dans leur démarche clinique.

*A contrario*, le concepteur du protocole pensait que le questionnaire Start Back était facilement réalisable à la fin de la consultation, du fait que ce soit un auto-questionnaire. Il décrivait l'utiliser lorsqu'il avait un doute sur la présence de facteurs de risque de chronicisation. Il mettait en avant qu'il était parfois surpris des réponses des patients. L'auto-

questionnaire lui permettait de voir ce que pensait le patient, d'orienter son discours en fonction des réponses du patient et de rassurer le patient. Par conséquent, il favorisait une connaissance plus globale du patient et une meilleure orientation de la prise en charge. Il décrivait l'utiliser de moins en moins car en avait intégré les items.

Il précisait que le questionnaire FABQ était validé en cas d'accident de travail surtout.

### **Freins à son utilisation**

Non connu

- E7 : *« j'avais pas compris que c'était quelque chose qu'on utilisait de façon aigue dans le protocole donc je l'utilise pas [...] pour moi, ça fait plus parti justement du protocole REPAR »*

- E1 : *« Je ne les maîtrise pas assez je pense pour les proposer. »*

- E6 : *« Je vais honnête, je ne sais plus ce que c'est le questionnaire Start back. »*

- E5 : *« A moins, qu'il y est vraiment une raison qui soit révolutionnaire, on va dire, qu'il faut les faire en pratique, pour l'instant, moi, ça reste des scores de recherche. »*

Question de l'utilité, la pertinence clinique ou l'évaluation

- E9 : *« J'en ferai plus facilement si j'avais des retours sur ce que à quoi ça sert »*

- E2 : *« l'absence pour moi en tout cas, ou je ne suis pas au courant mais l'absence de but en fait, de remplir ces questionnaires là et de savoir ce qu'on en fait exactement. »*

- E5 : *« Je ne vois pas la pertinence clinique qu'un médecin généraliste prenne le temps de faire un questionnaire en consultation sur Start back et FABQ »*

- E7 : *« pour savoir si ça a un intérêt, il faudrait voir ce qui a été écrit sur l'évaluation de ce questionnaire Start back, de voir dans quel contexte il a été évalué. »*

## Chronophage

- E2 : « je trouve que c'est compliqué à remplir en consultation. Je trouve que ça prend beaucoup de temps. »

- E8 : « Je sais pas si c'est vraiment réaliste de les faire en consultation d'urgence dans la lombalgie aiguë parce que on voit les patients en quinze minutes »

## Impression d'une intégration dans leur démarche clinique

- E6 : « Je pense que ça se fait de manière inconsciente dans ma démarche mais je ne le fais pas. »

- E8 : « Je les explore comme je t'en ai parlé là sans forcément les noter mais je ne les remplis plus du tout moi. Et je trouvais que c'était lourd »

- E7 : « je pense que c'est des alertes qu'on doit avoir en tête et que c'est des questions que l'on pose de façon non protocolisée au patient déjà, en grande partie. Et puis, c'est des choses sur lesquelles on est assez vigilant. »

## Intérêts

### Connaitre mieux son patient, conforter un doute, adapter la prise en charge

- E8 : « je pense que pour le patient, c'est intéressant qu'il remplisse ces échelles, même en auto-évaluation [...]. Ça nous permet de voir où il se situe et savoir est ce qu'on va ramer plus ou moins longtemps. »

- E10 : « ce qui a changé, c'est les réponses. J'aurais pas imaginé les réponses que les patients font aux questionnaires » ; « Ça me conforte dans une idée, sur un doute que j'ai pu avoir ou au contraire, je me dis « ben non, peut-être pas ». » ; « Parce que c'est pas une question que j'aurais posé » ; « ils répondent à des questions. Après on peut réaborder ce qu'ils ont coché, c'est plus facile [...] on peut leur dire, vous savez, il y a beaucoup de gens qui pensent ça mais en réalité [...] tout le monde guéri, en général. » ; « si il y a un facteur de risque de chronicisation, on va faire quand même vachement plus attention pour éviter la lombalgie chronique. On va peut-être le revoir, le stimuler plus. Tu vois ? appeler le kiné pour qu'il le voit vite. Et puis être encore plus fort dans le discours de nos certitudes. » ;

#### **4. Délivrance des messages clés**

Tous les enquêtés décrivaient inciter les patients à bouger et les rassurer sur la bénignité de la pathologie. Quatre enquêtés sur les dix n'utilisaient pas de support de communication systématiquement pour délivrer des messages, deux n'utilisaient aucun support et deux mentionnaient éventuellement au patient le livret de la CPAM présent en la salle d'attente. Les quatre enquêtés n'avaient pas notion de la présence de cette ordonnance type sur le logiciel d'information partagé. A noter qu'un de ces enquêtés avait identifié l'intérêt de ces dix messages clés présentés lors de la « soirée lombalgie » mais n'avait jamais pu les retrouver pour s'en servir. Les freins à leur délivrance, selon un autre enquêté, étaient de ne pas y penser, le manque de disponibilité intellectuelle et de temps.

Les cinq autres utilisaient l'ordonnance type disponible sur le logiciel d'information partagée, qui contenait les dix messages clés du protocole (extraits et traduits du Back Book). Le concepteur du protocole utilisait le livret de la CPAM. Il le commentait et le laissait au patient, dans le cas où le patient était à risque de chronicisation afin de renforcer son discours.

Plusieurs enquêtés soulignaient que le protocole leur avait permis d'être plus efficace dans la délivrance des messages clés au sein de leurs pratiques. Il leur avait permis de clarifier les messages à donner aux patients et de les donner avec plus d'assurance.

Tous les enquêtés énonçaient que les messages structurés et le discours commun délivrés au patient étaient l'un des intérêts majeurs du protocole « d'harmonisation des pratiques ». Pour la majorité, ceux-ci permettaient d'avoir un discours cohérent auprès du patient de la part des médecins et des kinésithérapeutes du pôle et avaient pour but de clarifier les idées du patient et de le rassurer.

La plupart pensait que les messages clés pouvaient participer à l'efficacité de la prise en charge et permettre d'améliorer la prise en charge du patient. D'autres pensaient qu'ils pouvaient éventuellement aider à limiter le risque de chronicisation du patient.

#### **Intégration des messages clés**

- E6 : « le message c'est – ça peut être spectaculaire et c'est pas forcément grave. [...] Pas de repos strict au lit, bouger dès que possible »

## Utilisation d'outils pour leur délivrance

Ordonnance tirée du Back book

- E2 : « il y a une chose que j'utilise beaucoup c'est le Back book, c'est des messages clés destinés aux patients qui favorisent l'activité physique, qui rassure sur l'état de la colonne. [...] je les intègre directement sur l'ordonnance, on a fait un petit modèle d'ordonnance »

- E7 : « donner des messages clés au patient, les messages Back book que nous avons dans notre dossier informatisé [...] et je le rajoute sur l'ordonnance pour renforcer le message [...] en m'assurant que le patient ait bien compris et qu'il n'est pas de questions »

Livret CPAM

- E10 : « Je remets un petit book de la CPAM en le parcourant [...]. Pour chaque page, j'ai un petit mot. Je leur délivre très rapidement. [...] Par exemple, Là, c'est montré que le dos, c'est très très solide »

- E6 : « J'explique qu'il est nécessaire de bouger, je donne, j'ai dans la salle d'attente, là, le petit fascicule de la CPAM. »

## Intérêts des messages clés

Amélioration de la délivrance des messages clés au patient

- E10 : « j'appuyais moins fort dans mon discours auprès des patients sur le besoin de bouger. »

- E1 : « ça m'aide à leur dire qu'il faut bouger et pas rester sans rien faire. [...] pour les arrêt de travail, leur dire que c'est conseillé de bouger et du coup faut retourner au boulot pour pas que ça se chronicise. »

- E7 : « ça nous oblige à être un peu systématique, ne serait-ce que dans les messages clés que l'on donne, c'est important. »

- E2 : « On a été sensibilisés à ça avec le protocole dans le pôle, donc on fait un petit peu attention à ça, de remettre les gens en mouvement très rapidement. Les rassurés sur leur colonne » ; « je trouve c'est des messages qui sont fort et qui sont hyper hyper efficaces pour les patients. »

Un discours cohérent pour le patient : Clarifier les idées du patient

- E3 : « ça nous permet d'être cohérent vis à vis des patients et que le malade ne voit pas sur plusieurs épisodes de lombalgie, plusieurs médecins qu'ont des discours complètement différents »

- E1 : « c'est plus facile pour les patients de s'y retrouver et même pour les autres soignants. »

- E8 : « c'est moins le brouillard dans la tête des patients même, de dire tous à peu près la même chose ou en tout cas aller dans la même direction. »

Rassurer plus le patient

- E5 : « j'ai l'impression dans ma pratique, ils sont mieux rassurés par des messages quand ils sont structurés correctement sur la science et avec les différents professionnels. Le fait qu'on ait un discours cohérent, ça aide »

- E2 : « d'avoir un discours rassurant et de donner les mêmes informations concernant la lombalgie, ça, ça rassure le patient, ça leur permet d'aller mieux. »

- E6 : « je pense que ce protocole a cet intérêt-là, face à quelque chose qui est très fréquent, qui inquiète les gens, on a un message commun. »

## **5. Limitation de la prescription d'imageries**

La majorité des enquêtés énonçait ne pas prescrire d'imagerie en première intention. Le protocole leur avait permis de réduire leur prescription d'imagerie, mais pour d'autres ils y faisaient attention déjà auparavant.

- E6 : « je pense que c'est plutôt rare que je demande une imagerie en première intention »

- E3 : « C'est vraiment les drapeaux rouges de diagnostic étiologique qui vont poser la question d'une imagerie avant une rééducation. »

## **6. Prescription d'un arrêt de travail de courte durée en première intention**

Tous les enquêtés déclaraient prescrire un arrêt de travail de courte durée (0 à 7 jours) en première intention en fonction de la douleur et du travail du patient. Ils semblaient avoir été sensibilisés par le protocole et/ou par les recommandations de la CPAM. Certains mettaient en avant le fait que le protocole leur avait permis de limiter leur prescription d'arrêt de travail, qu'il les avaient remis en question par rapport à leurs pratiques.

### **Modalités de prescription et difficultés**

Adaptation de l'arrêt de travail en fonction de la douleur et du travail

- E1 : « *si possible pas d'arrêt de travail. Mais ça dépend de la douleur et ce qu'ils font aussi comme boulot.* »

- E8 : « *quelle durée d'arrêt de travail, toujours je demande aux gens [...] ça me permet aussi de savoir où est ce qu'ils se situent, quelles représentations ils ont.* »

- E9 : « *chez quelqu'un chez qui la présence de drapeaux jaunes est importante [...] très facilement je vais prescrire un arrêt de travail.* »

Arrêt de travail court en première intention

- E2 : « *Premier arrêt de travail, toujours inférieur ou égal à 7 jours, donc ça c'est quelque chose que je fais vraiment spontanément.* »

- E6 : « *Quand il y a un arrêt maladie à mettre, j'essaye de pas le mettre trop long, d'emblée.* »

Difficultés d'arrêter les professions indépendantes

- E8 : « *dans le BTP, il y a pas mal de professions indépendantes et si ils vont pas bosser la boîte, elle coule.* »

## **Intérêts**

Limiter les prescriptions d'arrêt de travail

- E10 : « Globalement, je pense que j'ai beaucoup moins d'arrêt de travail lié à la lombalgie qu'avant, en terme de durée. »

- E9 : « là où il m'a aidé le plus c'est qu'il [...] m'a incité à moins prescrire. Radio, médocs ou autre chose [...] ou arrêt de travail »

Remise en question par rapport à leurs pratiques antérieures

- E10 : « Peut-être que j'étais plus à l'écoute de mes patients quand ils demandaient un arrêt.[...] Maintenant, je pousse beaucoup plus à la reprise. »

## **7. Prescription de kinésithérapie active courte type McKenzie**

### **a) Modalité de prescription**

La plupart des enquêtés décrivait prescrire la kinésithérapie active courte du protocole chez le patient atteint de lombalgie aiguë commune. Les conditions de prescription n'étaient pas précisées, notamment « en cas d'arrêt de travail » comme décrit dans le protocole. Certains disaient la prescrire de façon systématique, d'autres soulignaient qu'ils n'étaient peut-être pas assez systématiques.

Seul le concepteur du protocole développait les conditions de prescription de kiné. Il la prescrivait en phase aiguë seulement en cas d'atteinte radiculaire, d'une symptomatologie bruyante ou de l'identification d'un facteur de risque de chronicisation. Par ailleurs, il insistait sur le fait que la prescription en aigu relevait de la méthode McKenzie. Il rappelait également que la kinésithérapie active et la notion de discours commun étaient deux éléments déterminants du protocole. Il soulignait ainsi l'importance que la kinésithérapie soit réalisée par les kinésithérapeutes du pôle. Mais aussi l'importance qu'elle soit active et non passive, car elle permettrait de montrer un mouvement au patient qui le soulage.

## **b) Intérêts pour la kinésithérapie active courte**

La majorité préférait orienter le patient vers les kinésithérapeutes McKenzistes du pôle si c'était possible. Les raisons ou motivations mises en avant étaient de pouvoir rapidement soulager la douleur du patient, de l'aider à se remobiliser rapidement et d'essayer de diminuer le risque de chronicisation s'il était présent. Mais aussi de l'autonomiser dans la gestion de sa douleur par l'apprentissage d'exercices et éventuellement de prévenir la survenue d'un nouvel épisode de lombalgie.

La plupart pensait que la méthode McKenzie proposée rapidement au patient et sur une courte durée (5 séances) pouvait présenter ces intérêts et pouvait être efficace. Plusieurs enquêtés mettaient en avant l'intérêt de cette méthode dans le fait qu'elle consistait en une rééducation active versus une prise en charge basée sur des massages. Ils pensaient que la kinésithérapie active pouvait être plus « aidante » pour les patients et leur permettait de « s'impliquer » dans la prise en charge.

L'aspect prioritaire pour les patients, mis en place par les kinésithérapeutes McKenzistes du Pôle dans ce cadre, constituait une autre des motivations. L'accès aux soins était rapide et simplifié pour le praticien et le patient. Certains enquêtés mettaient en avant que le protocole avait facilité leur orientation des patients vers un kinésithérapeute dans ce cadre.

Par ailleurs, le fait que le patient « reçoive un discours cohérent » de la part des professionnels du Pôle, constituait une autre raison pour adresser le patient aux kinés du Pôle.

Plusieurs enquêtés mettaient en avant une autre motivation : la confiance qu'ils faisaient aux kinés du pôle. Ils explicitaient que depuis le protocole, leurs représentations des kinés avaient changé. Les échanges « de qualité » lors de la « soirée lombalgie » entre le kinésithérapeute concepteur du protocole et les médecins du Pôle, leur avaient permis de connaître et de comprendre le « cœur de métier » des kinésithérapeutes et le mode d'action qu'ils allaient privilégier. Cette confiance se basait également sur le fait que le kinésithérapeute concepteur du protocole était très au fait à ce sujet, la lombalgie était son « dada », sa « spécialité ».

La majorité des enquêtés décrivait l'intervention des kinés du pôle comme une aide à la prise en charge du patient. Ils pouvaient « compter sur leurs collègues » pour prendre le relais et se sentaient plus à l'aise. Un sentiment de sécurité était en effet décrit par les praticiens. La prise en charge par la kiné pouvait permettre également de limiter les erreurs de

prise en charge. Certains énonçaient que le protocole permettait « une barrière en plus aux évènements indésirables associés au soin ».

Par ailleurs, certains émettaient un doute sur les actions et l'efficacité de la prise en charge des kinésithérapeutes hors du pôle parce qu'ils ne connaissaient pas ce qu'ils faisaient.

Quelques-uns envisageaient de réorienter leurs patients qui avaient déjà un kinésithérapeute vers ceux du pôle afin qu'ils bénéficient de cette méthode, dans le cas de l'échec d'une autre méthode et d'une lombalgie récidivante.

La plupart utilisait l'ordonnance type développée sur le logiciel d'information partagé pour la prescrire. Certains précisaient qu'elle était pratique.

Les difficultés d'application de cette prescription pouvaient être liées au patient ou d'ordre pratique. Quelques enquêtés décrivaient que certains patients pouvaient être « kinésiophobes » (avoir peur de bouger) ou ne pas adhérer au discours du praticien. Du point de vue pratique, certains enquêtés se demandaient si l'accès à la kinésithérapie dans les délais fixés était réalisable. Ils espéraient que les kinésithérapeutes ne soient pas « surchargés ».

#### Intérêts pour le patient

- E5 : « *désamorcer les choses qui vont empêcher la douleur de revenir à un autre moment.* »
- E2 : « *parce qu'ils arrivent à les débloquent rapidement* »
- E11 : « *Pour les autonomiser* »
- E7 : « *pour diminuer tout risque de chronicisation.* »
- E3 : « *ça va vraiment être efficace et de la rééducation active.* »

#### Rapidité et facilité d'accès aux kinésithérapeutes du pôle

- E6 : « *les patients qu'on envoie dans ce cadre-là sont prioritaires. C'est-à-dire, eux, s'ils ont une grosse liste d'attente, ils les feront passer avant. Donc, c'est intéressant pour nos patients.* »
- E3 : « *l'avantage avec le protocole de pouvoir solliciter les kinés immédiatement et de pouvoir proposer vraiment une prise en charge proactive au patient, en une semaine* »

## Confiance et Compter sur ses collègues kinésithérapeutes

- E3 : « le fait de savoir que je peux compter sur les collègues pour faire le relais. Je pense que c'est vraiment ça en quoi je trouve que le protocole est intéressant. » ; « de savoir que le patient va être rapidement pris en charge par un kiné et de façon efficace. »

- E2 : « C'est la ressource du pôle de santé pour la lombalgie [...] On a des kinés dans le pôle qui sont un peu spécialisés là-dedans » ; « j'envoie au kiné dans ces cas-là sans arrière-pensée de risque de mauvaise prise en charge et de chronicisation. Je sais qu'ils vont faire tout ce qu'il faut pour sortir le patient de cet état rapidement. »

- E9 : « Ça m'a aidé parce que je sais que le correspondant à qui j'adresse, [...] il est en accord avec ça, il va bosser là-dedans et du coup on améliore la prise en charge. »

- E8 : « on a un lien particulier avec eux, [...] on a une grande confiance » ; « quand je ne les connais pas du tout. J'ai un doute, je sais pas [...] il y a des kinés en qui j'ai pas confiance, clairement »

## Comprendre ce que font les kinés et Changement de représentation

- E5 : « j'avais une image un peu des kinés, [...] avant le protocole d'harmonisation des pratiques, j'étais encore en mode – bon ben, je vous envoie chez le kiné, ça doit être bien mais je sais pas trop ce qu'il va faire et ça va passer. »

- E8 : « je trouve ça tellement plus agréable de me dire, je vais bosser avec des kinés que je connais et avec qui je vais pouvoir essayer de comprendre le cœur de leur métier »

## Limiter les erreurs de prise en charge

- E5 : « tout le monde fait gaffe. Et puis, c'est des barrières en plus contre les évènements indésirables associés aux soins. »

## Intérêts du discours commun

- E1 : « quand tu les envoies chez quelqu'un, on a le même discours. [...] c'est vachement important. »

- E5 : « on sait que les cabinets de kiné du Pôle vont avoir un discours cohérent et on a l'impression que ça a l'air d'être efficace »

### c) **Méthode McKenzie**

La méthode McKenzie a été présentée aux praticiens lors de la « soirée lombalgie » essentiellement. L'étude révélait que certains enquêtés ne connaissaient pas précisément la méthode et que d'autres étaient plus au fait. Les retours des praticiens sur la méthode étaient positifs et négatifs. Une partie des enquêtés décrivaient qu'ils n'avaient pas toujours des retours de leurs patients, du fait qu'ils ne les renvoyaient pas forcément après la résolution du problème, ou que certains patients ne suivaient pas forcément la prescription de kinésithérapie.

#### **Aspects positifs de la méthode énoncés : efficacité et autonomisation**

Les principaux aspects positifs énoncés par les praticiens étaient son taux d'efficacité de 95%, en un temps court (au bout de 5 semaines ou en 5 séances) et l'autonomisation du patient. La méthode permettait au patient de comprendre comment il fonctionnait et de le rendre autonome par rapport à la gestion de ses douleurs lombaires, en peu de séances, par l'apprentissage d'exercice à faire à la maison.

- E8 : « Bouger dans ce sens, ça améliore dans 95 % des situations au bout de cinq semaines quand les patients ils font leurs exercices à la maison. »

- E6 : « un des aspects positifs de cette méthode [...] le kiné McKenziste donne des exercices à faire et il voit pas très souvent la personne. Donc la personne qui a envie d'être autonome, qui veut être autonome, je le fais aussi. »

- E7 : « les patients quand ils en reparlent, ils en reparlent en bien en disant que ils ont un peu compris comment ils fonctionnaient et aidaient à s'autonomiser par rapport à la lombalgie. »

## **Retours positifs**

Les patients étaient « globalement satisfaits » d'après les praticiens. Les retours étaient « plus positifs que négatifs en nombre ». La méthode avait rapidement amélioré les patients sur le plan de la douleur et de la qualité de vie jusqu'à parfois « transformer » leur vie. Il en était de même chez des patients avec des lombalgies récurrentes qui essayaient la méthode McKenzie. Une enquêtée avait l'impression que les patients faisaient bien leurs exercices du fait qu'ils en percevaient le bénéfice.

- E10 : « *Les patients, ils sont contents. Les retours que j'ai sont très bons.* » ;

- E6 : « *c'est peut-être quand même globalement plus positif que négatif en nombre.* » ; « *Elle a essayé pleins de choses et là, samedi, elle m'a dit depuis que je fais les exercices McKenzie, ma vie est transformée* »

- E8 : « *Le plus souvent, dans la plus grande majorité des cas, ils sont hyper contents.* »

- E3 : « *Et la plupart des retours que j'ai sont plutôt positifs en tout cas dans le sens d'une vraie amélioration des douleurs rapidement. [...] Et ils sont plutôt contents d'avoir des trucs à faire à la maison.* »

- E1 : « *c'est court mais souvent ça leur suffit, quand ils reviennent il le disent que ça a été efficace.* »

## **Limites de la méthode**

Une enquêtée ne prescrivait pas la kinésithérapie active courte en priorité et n'orientait pas systématiquement les patients vers les kinés du pôle. Elle soulignait l'avantage pour le patient d'accéder rapidement à une prise en charge kiné que proposait le protocole. Cependant elle pensait que la méthode avait des limites, malgré avoir constaté son efficacité pour certains patients. Elle rappelait que la méthode n'avait pas une efficacité de 100% et donc qu'elle ne devait pas être prescrite systématiquement à tous les patients.

Elle pensait comme d'autres enquêtés que la méthode ne convenait pas à tous les patients. Qu'elle pouvait convenir aux patients qui ne voulaient pas aller « trop longtemps chez le kiné » et qui souhaitaient s'autonomiser. Elle soulevait entre autre le fait que la méthode

utilise peu le toucher ou les massages. Elle mettait en avant l'importance d'adapter la prise en charge en fonction des besoins de chaque patient, de leur histoire clinique.

Plusieurs enquêtés énonçaient également que la méthode McKenzie était mise en avant dans ce protocole du fait de sa pratique par les kinésithérapeutes du Pôle et qu'il fallait malgré tout rester critique.

Certains enquêtés soulignaient également que la présence de drapeaux jaunes pouvait empêcher la méthode de fonctionner et constituer un frein à la guérison.

D'autres enquêtés mettaient en avant le fait que la douleur pouvait selon les cas augmenter pendant la phase de bilan, ce qui pouvait surprendre le patient et qu'il fallait prévenir le patient de cette éventualité.

Certains enquêtés précisait qu'ils n'étaient pas « savants dans le domaine » pour attester la supériorité de la méthode McKenzie à d'autres méthodes en terme d'efficacité. Ils mettaient en avant que les techniques de kinésithérapie étaient difficiles à évaluer en général et qu'elles se basaient sur des études scientifiques de faible puissance avec des probables conflits d'intérêts.

Ils mettaient en avant leur intérêt plutôt pour une qualité de prise en charge que le type de méthode utilisée. Le patient devait se sentir compris, entendu et pris en charge rapidement pour éviter la chronicisation.

Certains soulignaient une évolution de leur pensée à propos de la méthode du fait de sa promotion au sein du Pôle et se posaient la question d'être dans un conflit d'intérêt au sein du Pôle.

Non efficace à 100%

- E10 : « Bon, il y a des échecs »

- E6 : « j'ai eu tout type de retours. Des gens chez qui ça a fait du bien et des gens pour qui, non, pas spécialement. » ; « Je dirai qu'effectivement, il y a des gens pour qui c'est efficace et des gens pour qui ça ne l'est pas [...] Ils nous ont très bien expliqué d'ailleurs que ça marche dans tant de % de cas et il y a des cas où ça ne marche pas. »

Type de technique pas déterminante par rapport aux méthodes multiples existantes

- E9 : « le type de technique utilisé est pas forcément déterminant pour moi. [...] il n'y a pas des différences énormes [...] entre les différentes thérapies, de ce qu'on lit »

- E7 : « des méthodes qui sont basées sur des études scientifiques de faible puissance parce que forcément pas très porteuse financièrement et probablement peu d'investigateurs, [...] avec sûrement des conflits d'intérêt »

Cerner les besoins du patient et les prendre en compte - Importance de la prise en charge, plus que la technique

- E6 : « je pense que chaque histoire clinique est unique » ; « il faut parfois plus s'attacher à ce que raconte la personne dans son cas particulier à elle [...] y-a des gens qui souhaitent des massages, qui souhaitent tout cet aspect-là, qu'ils ne font pas. [...] j'essaye aussi de cerner ça. »

- E9 : « ce qu'il faut c'est prendre le problème rapidement, que la personne qui a mal au dos se sente comprise, entendue et qu'on s'occupe d'elle rapidement pour éviter que ça se chronicise »

Augmentation de la douleur possible - Quasi absence du toucher

- E8 : « Ça peut augmenter la douleur en la localisant sur un endroit très précis. [...] Alors qu'elle pouvait être plus diffuse et peut être plus supportable »

- E6 : « dans leur méthode c'est qu'ils touchent très peu le patient. »

Promotion de la méthode et conflit d'intérêt

- E9 : « c'est une pensée qui a évoluée et qui évolue beaucoup, toujours parce que conflit d'intérêt effectivement avec les kinés du Pôle qui sont un peu portés là-dessus qui ont tendance à bien promouvoir cette méthode. »

- E6 : « on est sensibilisé à McKenzie parce qu'ils sont là, parce que ils sont motivés, passionnés. »

## Retours négatifs, Freins à l'adhésion du patient

Les praticiens décrivaient qu'ils avaient eu peu de retours négatifs concernant la méthode. Les retours négatifs décrits par les patients étaient plus sur comment se déroulait la séance que sur le résultat, du fait d'une modification de leurs habitudes. Certains patients étaient « surpris », « déstabilisés », « déboussolés », l'approche leur semblait « bizarre ». Le frein principal décrit à l'adhésion du patient à la méthode, était les représentations ou les idées reçues qu'il pouvait avoir à propos du déroulement de la séance de kinésithérapie.

D'autres précisaient que la résignation du patient atteint de lombalgie chronique, pouvait constituer un frein.

### Méthode non habituelle pour les patients- idées reçues - Effet de surprise

- E8 : « *Et puis quelques fois, ils trouvent que c'est une approche hyper bizarre, très différente de d'habitude* » ; « *Ils disent que c'est trop différent de ce à quoi, ils ont été habitués. [...] Ils sont déboussolés* »

- E10 : « *Des gens qui ont pas adhéré à la méthode, parce qu'on fait pas ça d'habitude. Je pense que c'est des idées reçues du patient.* » ; « *Les gens sont un peu surpris de comment ça se passe. [...] globalement ce qu'ils reprochaient, c'est pas un résultat, c'est comment la séance se déroulait.* »

- E6 : « *ça peut déstabiliser.* »

### Patients résignés

- E3 : « *j'ai eu des retours négatifs mais de patients, dont j'ai l'impression que de toute façon quoi qu'on propose il n'y aura pas de positif en fait. [...] ils te le disent souvent, ils ont déjà tout testé et il n'y a rien qui améliore* »

## **8. Non-utilisation du formulaire de recueil de données**

Le formulaire de recueil de données avait été diffusé à quelques praticiens pour le tester. Le concepteur n'avait finalement eu aucun retour.

Dans l'étude, cinq enquêtés avaient entendu parler du formulaire de recueil de données. Les autres enquêtés ne l'évoquaient pas.

Aucun ne l'utilisait. Les raisons étaient qu'ils n'y pensaient pas, n'avaient pas le « reflexe », ne voyaient pas un intérêt direct pour leurs pratiques. Le formulaire ne facilitait pas leurs pratiques. Une des enquêtés ne savait pas comment le remplir et n'en comprenait pas la finalité, elle expliquait ceci par un manque de formation.

Ils voyaient un intérêt au recueil de données pour réaliser une étude afin de montrer l'impact du protocole sur la douleur et la qualité de vie des patients, et sur le plan économique la réduction des arrêts de travail. Ils avaient conscience de la perte d'information actuelle et de l'impossibilité d'exploiter leurs données et mettaient en avant la nécessité de retravailler cet aspect du protocole.

Dans ce cadre, certains étaient prêts à faire l'effort de le remplir si la faisabilité du formulaire était testée auparavant.

Certains pensaient que le formulaire pouvait présenter d'autres intérêts comme permettre de ne rien oublier et être utile pour rentrer l'information des patients dans leurs dossiers. Un enquêté proposait d'y intégrer directement le questionnaire Start back pour gagner du temps.

**Au total :** Une variabilité d'utilisation du protocole entre les différents praticiens était observée. Le concepteur utilisait complètement le protocole. La plupart des praticiens utilisaient partiellement le protocole et certains ne l'utilisaient pas. Plusieurs facteurs étaient énoncés pour expliquer cette variabilité d'utilisation.

### III.4. Les freins à l'appropriation du protocole

Les freins énoncés à l'appropriation du protocole étaient essentiellement des problèmes communicationnels et organisationnels autour du projet du protocole et puis le manque de disponibilité des praticiens.

#### 1. Un manque de connaissance du protocole

La connaissance et l'appropriation du protocole n'étaient pas égales selon les enquêtés. Le concepteur s'était complètement approprié le protocole du fait d'avoir travaillé dessus. Il appliquait le protocole de façon spontanée. Aucun des autres praticiens connaissaient parfaitement le protocole.

Plus de la moitié le connaissait partiellement malgré leur sensibilisation au protocole et aux outils mis à disposition. Ils décrivaient l'avoir intégré de façon informelle en l'utilisant « à leur sauce ». Ils mentionnaient qu'ils utilisaient le protocole sans forcément s'y référer de façon systématique. Certains déclaraient ne pas connaître le protocole alors qu'il était présent en partie dans leurs pratiques. D'autres décrivaient la difficulté qu'ils avaient rencontrée dès le départ à s'approprier le protocole et le mettre en place. Ils décrivaient qu'ils étaient revenus finalement à du bon sens.

Une confusion systématique entre le protocole aigu et chronique était perçue chez les praticiens les plus sensibilisés.

Les autres praticiens énonçaient clairement ne pas connaître le protocole et redécouvraient le protocole au cours de l'entretien. Ils n'avaient pas notion des différents outils développés autour du protocole.

Intégration informelle et Appropriation « à leur sauce » du protocole dans leurs pratiques

- E2 : « En fait, il y a pas mal de choses que j'utilise [...] j'avais oublié que tout ça, c'était dans le protocole lombalgie. » ; « L'harmonisation des pratiques se fait de façon aussi un peu informelle par le fait qu'on passe du temps ensemble »

- E3 : « le protocole en soit, je pense que je ne m'y réfère pas forcément et je pense que je l'ai un peu à ma sauce dans ma tête aussi [...] comme je ne le relis pas forcément à chaque fois, peut être que des fois je m'en écarte sans franchement m'en rendre compte. »

- E8 : « En tout cas, j'ai pas l'impression de l'avoir en tête. Si il est en tête, c'est juste qu'il est rentré dans un mode de fonctionnement un peu automatique. »

## **2. La présentation de deux protocoles (aigu et chronique) au départ**

La complexité du protocole chronique avec son caractère « inadapté et infaisable » et la présentation du protocole aigu dans le même temps, étaient des freins à son appropriation fréquemment mentionnés. Un « manque de clarté » et une quantité d'information trop importante délivrée d'un coup lors de la plénière étaient responsables d'une confusion et d'un problème de distinction entre les deux protocoles. Cette complexité était reliée par plusieurs enquêtés à la volonté de développer un protocole de recherche. La difficulté des « cibles à remplir » du protocole chronique en était un exemple, récurrent dans les entretiens.

Complexité du protocole chronique : inadapté et infaisable

- E8 : « Du genre à leur faire remplir une cible, alors qu'ils ont mal au dos. C'était inadapté » ; « je suis revenue à quelque chose d'un peu de bon sens et plus à réfléchir protocole de recherche [...]. Il était pas évident à caser dans une consultation classique. Moi je pataugeais »

- E5 : « Un protocole faut qu'il soit faisable, [...] la faisabilité de remplir des questionnaires à n'en plus finir en consultation, elle n'est pas possible » ; « On a été pris, j'imagine dans une nécessité de devoir peut-être produire et de mesurer quelque chose en même temps qu'on travaillait »

Problème de distinction entre les deux protocoles

- E8 : « ça a manqué de clarté, distinction aiguë, subaiguë - chronique. Voilà, il y avait quand même deux groupes très distincts. Moi en tout cas, à l'époque, il y a 2 ans, j'ai pas réussi à distinguer facilement. Trop d'information, trop d'un coup »

### 3. Un manque de communication et de suivi au cours du temps

Malgré l'abandon du protocole chronique au bout de plusieurs mois du fait de son infaisabilité, une confusion entre les deux protocoles persistait. La plupart se souvenait très vaguement du protocole présenté lors de la plénière, ils se souvenaient plus de la soirée lombalgie. Plusieurs enquêtés mettaient en avant le manque de « discussions », de « rappels » de « points » faits au sujet du protocole, au cours du temps. Ils se demandaient ce que pensaient leurs collègues au sujet du protocole et comment ils le vivaient. Certains parlaient d'un sentiment d'abandon du protocole.

Par ailleurs, une variabilité dans l'accès aux différents supports de communication ou outils du protocole était observée. Certains parlaient de fiche mnémotechnique plastifiée à laquelle d'autres n'avaient pas eu accès *a priori*. Une des enquêtés expliquait qu'elle souhaitait utiliser les messages clés présentés lors de la soirée lombalgie parce qu'elle les trouvait pertinents mais il n'avait pas réussi à les récupérer en document disponible pour sa pratique alors qu'ils étaient pour d'autres renseignés sur une ordonnance type.

Informations pas suffisamment répétés

- E8 : « *je pense que les critères d'inclusion des patients dans les différents protocoles avaient pas été suffisamment martelés et suffisamment claires pour que les inclusions soient bonnes.* »

Difficultés matérielles

- E6 : « *Je m'étais dit « c'est super ». [...] je ne suis jamais arrivée à l'imprimer [...] Ça, ça m'a frustré.* »

Impression d'abandon

- E9 : « *Si tu ne dis plus rien, et que tu dis « faites le protocole » et que tu les laisses pendant un an, deux ans, faire leur truc dans leur coin. Au bout de deux ans, tu reviens, plus personne s'en sert.* » ; « *Je pense qu'on n'en parle plus assez au sein du Pôle, de ce Protocole. Il est un peu passé à la trappe* »

#### **4. Un manque de disponibilité des praticiens et une surcharge de projets au sein du Pôle**

L'accès aux informations du protocole dépendait également de la disponibilité des praticiens.

Selon s'ils avaient pu assister ou non à la plénière, à la soirée lombalgie, selon leurs échanges avec les concepteurs du protocole. Le manque de temps intrinsèque à la profession de médecin généraliste était énoncé par la plupart des enquêtés.

Par ailleurs, le nombre important de projets en cours, au sein du Pôle de santé était également mis en avant. Le sentiment d'un protocole « noyé » au sein des autres projets du pôle était décrit avec le fait de ne pas être assez « médiatisé » au sein du Pôle.

La difficulté pour le concepteur de savoir si ses collègues étaient intéressés par le protocole et l'impression de sentir seul dans la gestion du projet était également mentionnée par un des enquêtés.

Dynamique du Pôle : beaucoup de projets, sentiment d'un protocole « Noyé » au sein des autres projets du pôle

- E9 : « *Il est noyé dans pleins de trucs parce qu'au Pôle, il y a trop de choses. Donc, on n'est pas assez efficient sur ce Protocole,[...] on ne le fait pas assez* »

- E3 : « *effectivement on fait beaucoup de choses et [...] on est tous un peu perdus un peu dans nos propres projets* »

### III.5. Les intérêts du protocole interprofessionnel énoncés par les praticiens

#### 1. Une base référencée de prise en charge interprofessionnelle

Selon les enquêtés, le protocole proposait un « cadre claire », «référéncé » scientifiquement et « basé sur les recommandations des bonnes pratiques ». Il recentrait les choses autour du « meilleur niveau scientifique accessible actuel » et était « utile » parce qu'il concernait un « sujet fréquent ». Il avait été réfléchi et discuté par une équipe pluridisciplinaire médecins- kinésithérapeutes-pharmaciens.

Tous les enquêtés voyaient l'intérêt d'harmoniser leurs pratiques autour de la lombalgie commune. Le protocole avait permis de favoriser une communication interprofessionnelle au sujet de la lombalgie (« espace de discussion de qualité »). Mais aussi de mettre place une « coordination interprofessionnelle » ou « harmonisation des pratiques » pour améliorer la prise en charge du patient.

Certains mettaient en avant l'intérêt d'harmoniser les pratiques pour pouvoir les évaluer ensuite.

Par ailleurs, il avait l'intérêt de mutualiser le travail de recherche au sujet de la lombalgie et ainsi de faire gagner du temps aux praticiens.

Plusieurs enquêtés à travers ce protocole parlaient de la dynamique « interprofessionnelle » du Pôle de santé, qui les aidait et les motivait à améliorer leurs pratiques de façon générale.

Donner un cadre référencé

- E5 : « Sa mise au point, je l'ai trouvée très « recadrante » » ; « essayer de recentrer les choses autour du meilleur niveau scientifique qu'on a sous la main. »

- E8 : « Qui m'a cadré je pense. Qui a un peu démystifié la lombalgie. » ; « mes motivations, c'est la littérature scientifique qui dit que c'est comme ça que les gens vont le mieux, que ça dure moins longtemps, qu'ils sont moins embêtés par leur douleur et qu'ils reprennent une vie plus vite, plus normale. »

- E7 : « un protocole qui est facile à appliquer, qui donne des bases sur la prise en charge » ; « qui a été négocié, discuté, référencé scientifiquement et organisé et crée de façon collégiale et pertinente »

### Créer un espace de discussion et une communication interprofessionnelle

- E5 : « j'ai trouvé qu'il y avait une qualité exceptionnelle de discussion qui était en train de s'installer là. [...] les kinés du Pôle, ils font tous l'effort de faire attention à ça et que ça soit lisible pour nous et qu'on privilégie vraiment le fait de se parler quoi »

- E6 : « il a plutôt l'intérêt pour nous de favoriser une bonne communication. [...] Communication entre nous vis-à-vis du patient. »

### Mise en place d'une coordination interprofessionnelle et d'une harmonisation des pratiques

- E10 : « les messages, on va peut-être les délivrer plus que sur un patient qui a pas de facteur de risque et c'est là que le travail de la coordination avec le kiné et le pharmacien, il est important. »

- E3 : « La coordination interprofessionnelle, de savoir que tout le monde va avoir le même discours »

- E6 : « les gens le disent. « Le kiné m'a dit la même chose », les gens voient qu'on se coordonne, voilà. Pour moi, c'est ça l'intérêt. »

- E1 : « le but c'est de tendre vers de l'harmonisation des pratiques. [...] je pense qu'au pôle c'est un avantage qu'on a. C'est qu'on essaie de faire ça »

- E5 : « j'ai l'impression qu'on a à peu près les mêmes pratiques par rapport à ça avec mes collègues »

### Intérêt d'harmoniser les pratiques pour les évaluer

- E7 : « c'est difficile de savoir ce qui est efficace dans la prise en charge de la lombalgie si on a chacun des pratiques différentes. Si on a une harmonisation des pratiques, ce qui est préconisé là en l'occurrence, ça va permettre une certaine standardisation et de pouvoir avoir un outil qui est reproductible et de pouvoir faire un test de l'efficacité de cet outil. »

### Mutualisation du travail de recherche avec un gain de temps

- E3 : « je profite un peu du fait que tout était prémâché par mes collègues [...] j'ai l'impression que ça m'évite une surcharge de travail et ça me permet de m'intéresser à d'autres choses »

Rôle de la dynamique du pôle dans l'appropriation du protocole

- E1 : « *quand on sait que c'est fait comme ça par les autres, c'est plus facile aussi pour le mettre en place.* »

## **2. Un impact positif sur leurs pratiques**

Selon la majorité des enquêtés, le protocole avait permis de « structurer » leurs pensées, de les « clarifier » et de mettre à jour leurs connaissances. Il les avait rassurés et « confortés » dans leurs pratiques. La plupart des enquêtés décrivait qu'ils étaient plus à l'aise dans la prise en charge de la lombalgie grâce au protocole. Il leur avait permis de gagner en « assurance » dans leur discours et leur prise en charge, de « démystifier la lombalgie » et les « sécuriser ». Il avait amélioré leur confort de travail. Il avait notamment créé une confiance interprofessionnelle qui leur avait facilité l'adressage des patients aux kinésithérapeutes. Il mettait à disposition des outils comme la fiche mnémotechnique ou les ordonnances types.

Une partie décrivait qu'il leur permettait de diminuer leurs prescriptions médicamenteuses entre autres, grâce à un discours rassurant et une intervention rapide des kinésithérapeutes.

Mettre à jour et conforter les connaissances et les pratiques

- E7 : « *ça nous a permis de savoir quels étaient les éléments importants à la fois diagnostic et pronostic.* » ; « *C'est bien qu'il y ait des idées claires* »

- E6 : « *ça m'a conforté dans le sens c'est officiel, on le dit, il y a les preuves, c'est recommandé. [...] c'est le consensus et on sait que c'est mieux comme ça* »

- E8 : « *c'est toujours utile d'en avoir beaucoup entendu parler pour se dire, si je propose ça, je ne suis pas trop à côté de mes pompes.* »

- E9 : « *ça m'a aidé je pense parce que ça m'a rappelé ces choses-là, ça me les a confortés* »

Améliorer le confort de travail : Être plus à l'aise et avoir plus d'assurance dans la prise en charge

- E2 : « *oui le protocole a amélioré ma pratique parce que j'ai quand même plus de plus de facilité, même s'il reste des côtés qui sont un peu compliqués à gérer mais dans la lombalgie je suis plus à l'aise quand même qu'avant. [...] Parce que je sais à qui envoyer, parce que je*

*sais les choses qu'il faut rechercher et qu'il ne faut pas faire d'imageries tout de suite. Des choses qui sont plus claires dans ma tête » ; « le fait d'être sûr dans ce qu'on propose aux gens c'est quand même confortable »*

*- E10 : « ça m'a apporté de l'assurance. [...] Voilà. J'examine mieux, je fais tout mieux en fait.[...] même pour les diagnostics différentiels.» ; « je raconte l'histoire avec beaucoup d'assurance en fait. »*

*- E5 : « ça m'a détendu et de savoir mieux où tu mets les pieds, c'est un confort de travail important pour pas te trouver dans le rouge. »*

*- E3 : « c'est nettement moins prenant d'un point de vue psychologique que de réfléchir à est ce que j'ai bien pensé à lui faire l'ordonnance de ci, l'ordonnance de ça ? » ; « ça m'évite de réfléchir à mon carnet d'adresses. c'est ça qui est hyperagréable. »*

### **3. Une impression d'effet bénéfique sur la prise en charge du patient**

La majorité des enquêtés avait l'impression que la prise en charge du patient était améliorée, ils précisaient tous que c'était de l'ordre du ressenti.

Ils avaient l'impression de « rendre service aux gens », en essayant de leur « faire passer mieux leur lombalgie » et « en prenant en compte ce qui leur arrive ».

Le concepteur disait qu'il n'avait plus vu de patient aigu devenir chronique.

Certains énonçaient que le protocole permettait de limiter les erreurs de prise en charge. Il était décrit comme une « barrière en plus aux évènements indésirables associés au soin ».

D'autres pensaient que le protocole pouvait en présence de drapeaux jaunes aider le patient, en renforçant le discours rassurant et la mobilisation du patient.

#### **Impressions d'un effet bénéfique du protocole sur la prise en charge du patient**

*- E5 : « j'en ai la conviction clinique, j'ai l'impression que là, on rend service aux gens, à leur faire passer mieux leur lombalgie aiguë commune et à prendre en compte ce qu'il leur arrive. »*

*- E8 : « On leur rend service vraiment. Et en plus, on se débarrasse pas d'eux. Ça prend pas énormément de temps. On donne un bon message et en plus on les écoute.[...] j'ai cette impression là que ça fait du bien aux gens »*

- E2 : « J'ai le sentiment que les patients s'en sortent un peu plus vite qu'avant. Après c'est un peu au doigt mouillé, c'est quelque chose que je ressens »

- E10 : « c'est du ressenti, parce que on a pas fait d'étude sur ce qui se passe. Mais mon ressenti, c'est que j'ai moins de chronique. J'ai pas mal de gens qui ont des lombalgies récurrentes mais j'ai plus eu de patients vus en aigu, qui sont devenus chroniques. »

- E7 : « je pense que au total, il y a quand même un effet bénéfique »

### **III.6. Les limites du protocole énoncées par les praticiens**

#### **1. L'évaluation du protocole nécessaire**

Une des principales limites du protocole énoncées par la plupart des enquêtés était le fait que l'efficacité du protocole n'était pas prouvée. Le protocole était de l'ordre de l'expérimentation concernant la prescription de kinésithérapie type McKenzie en aigu.

Bien qu'il laissait une impression positive aux professionnels en termes de prise en charge des patients, la majorité soulignait qu'il devait être évalué pour affirmer une efficacité. Ils rappelaient que la pertinence de l'action de kinésithérapie devait être évaluée pour progresser dans ce domaine.

Plusieurs enquêtés énonçaient qu'il n'était pas évident de mesurer l'efficacité du protocole et que cela impliquait une organisation dans le recueil de données pour pouvoir ensuite les exploiter.

Certains précisaient qu'il faudrait savoir se remettre en cause selon les résultats de son évaluation.

Efficacité non prouvée - Aspect expérimental du protocole qui demande à être évalué

- E7 : « Ce qui me gêne aussi, c'est d'être lancé sur quelque chose qui repose sur peu d'éléments scientifiques. Et donc, j'ai hâte qu'on évalue l'efficacité de ce protocole » ; « je pense que c'est très important qu'elle le soit pour qu'on ne maintienne pas quelque chose qui soit pas efficace pour les patients »

- E3 : « Pour le patient, j'espère que le mode harmonisation des pratiques du parcours de soins, ça aide à quelque chose et que cela améliore les choses. Mais j'ai pas cette assurance de savoir que ça marche vraiment ou d'avoir des retours. »

Conscience du problème de l'exploitation des données

- E8 : « Après les données que je mets dans les dossiers ne sont pas exploitables. C'est ça qui est dommage. [...] c'est de la perte d'info mais on va se structurer et ça va forcément changer »

Savoir remettre en cause selon l'évaluation

- E7 : « à nous de savoir remettre en cause les choses si on voit qu'on a une efficacité équivalente à celle d'une population non traitée avec l'aide du protocole ou alors que on aggrave la situation ou alors que pour une efficacité équivalente »

## **2. Ne fonctionne pas chez tous les patients**

Une autre limite décrite était que le protocole ne fonctionnait pas forcément chez tous les patients. Les freins à son fonctionnement pouvaient être liés à la méthode de kinésithérapie qui ne convenait pas au patient, et/ou à un contexte psychosocial compliqué sur lequel il était difficile d'agir. Un enquêté prenait notamment l'exemple d'un patient dont le mode d'expression d'un conflit professionnel était la lombalgie, pour lui le protocole n'était pas forcément très aidant si le problème ou la cause persistait.

E7 : « ça dépend du type de patient et ça dépend aussi du contexte. On en revient aux problèmes psycho-sociaux. C'est-à-dire que si un patient, son mode d'expression de son conflit professionnel, c'est la lombalgie. C'est pas forcément le protocole et la prise en charge rapide qui va l'avoir complètement guéri, le problème persiste parce que la cause persiste. »

### **3. Les freins à son utilisation**

Pour un des enquêtés qui n'avait pas recours au protocole de façon général, les facteurs psychosociaux ou une consultation « multi-tiroir », constituaient un frein à l'utilisation du protocole.

Il expliquait qu'une consultation de lombalgie aigue commune pouvait être rapidement chronophage avec le temps de recueil des symptômes, d'examen, le temps administratif et des prescriptions un peu longues. Il énonçait également que le protocole sous forme informatique ne lui faisait pas gagner de temps et pouvait constituer un frein au remplissage du formulaire.

## **III.7. Les pistes d'amélioration proposées**

Plusieurs pistes d'amélioration étaient proposées par les enquêtés. Elles se déclinaient en deux recommandations principales.

### **1. Echanges autour du protocole**

La majorité des enquêtés souhaitait reparler du protocole. Avoir un nouvel échange à son sujet pour faire le point sur ce qu'en pensaient chacun en pratique, sur son évolution et refaire un point sur la littérature scientifique.

Puis dans un second temps, ils proposaient d'échanger régulièrement à son sujet lors d'atelier clinique, plutôt de façon spontanée selon les problématiques rencontrées par les praticiens. Mais également de prendre un temps pour réécrire le protocole de lombalgie chronique. Tout en faisant attention à limiter le nombre de projets menés en même temps.

Faire une mise au point, savoir ce qu'en pensent les autres, faire un point sur la littérature

- E3 : « Peut-être qui serait effectivement nécessaire que de temps en temps on refasse un petit point [...] se donner le temps de refaire un point sur l'existant. »

- E5 : « qu'on s'en fasse le récit ensemble pour peut-être prendre conscience de comment les autres voient les choses. [...] je serai très intéressée de savoir comment les autres voient cette affaire-là » ; « peut-être faire 2 ou 3 heures de topo peut être conçu avec plusieurs professionnels, qui se payent un peu la littérature » ; « continuer à avoir ce fil rouge-là peut-être en filigrane des conversations, des ateliers clinique »

- E8 : « ça va faire bientôt deux ans, je pense qu'il faut refaire une mise au point.[...] Il faut re-réfléchir au protocole sub-aigue, chronique pour le réécrire simplement. »

Nombre raisonnable de projets à mener en même temps- Prioriser

- E5 : « il faut aussi qu'il y ait un nombre raisonnable de protocoles en même temps sur lesquels on porte notre attention » ; « faut doser l'effort général. [...] bien prioriser sur tout ce qu'on a à faire »

## **2. Recueil de données et développement informatique**

La majorité des enquêtés pensait que le protocole devait être évalué. Certains proposaient de travailler sur le recueil de données afin de pouvoir réaliser une étude permettant d'évaluer le protocole. En développant éventuellement un outil informatique facilitant à la fois l'utilisation du protocole, simplifiant la vie du praticien et permettant le recueil de données.

Certains émettaient l'idée d'organiser un agenda partagé avec les kinés, sur lequel le praticien pourrait inscrire directement les patients pour permettre de simplifier l'adressage aux kinés. Ils soulevaient la nécessité dans ce cas de poser un cadre éthique pour garantir une bonne éthique au patient.

Développer un outil informatique pour gagner du temps en consultation, intégrer le Start Back dans le formulaire, simplifier l'adressage aux kinés et exploiter les données

- E9 : « je trouve qu'il nous fait pas gagner du temps médical en consultation parce qu'il est chronophage à utiliser [...] j'ai l'impression que les prescriptions sont pas assez fluides. [...] j'aimerais [...] que quasiment les ordonnances elles partent partout quoi et que j'ai rien à

*faire » ; « si on voulait le faire, il faudrait quasiment qu'il soit intégré là, il ne faudrait pas qu'on aille rechercher le questionnaire dans son bureau.»*

*- E7 : « L'idéale ça serait presque d'avoir un agenda électronique partagé et d'inscrire les patients sur des créneaux lombalgies en disant clairement qu'on est dans une prise en charge interprofessionnelle et de garantir une bonne éthique »*

*- E8 : « le recueil des données [...] il faut travailler là-dessus je pense. [...] Pour que ça soit facilement récupérable. Pour qu'on puisse exploiter les données quoi. »*

## IV. Discussion

### IV.1. Discussion de la méthode

#### 1. Intérêt de la méthode

L'approche qualitative a permis de comprendre dans quelles mesures ce protocole interprofessionnel était utilisé chez les médecins généralistes du pôle de santé, d'identifier leurs intérêts pour celui-ci et les raisons de leur non-recours. Ainsi que d'appréhender ses forces et ses faiblesses. Rendre compte de cette expérience peut permettre d'en améliorer le processus et les expériences futures de protocole interprofessionnel.

Dix médecins sur douze inclus ont pu participer à l'étude, ce qui permet d'avoir une bonne représentativité du phénomène étudié.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été privilégiés pour éviter les aspects bloquants d'une discussion de groupe, et pour laisser le praticien s'exprimer le plus librement possible.

Tous ont été réalisés en présentiel pour valoriser les analyses du comportement non-verbal.

La durée moyenne des entretiens supérieure à 30 minutes, témoigne qu'ils ont été menés en profondeur, pour permettre de soulever des problématiques, de faire réfléchir le participant ou la participante et de lui faire décrire précisément son vécu, ses expériences.

Par ailleurs, les verbatims ont été présentés aux participants afin d'obtenir leur validation et de confirmer l'anonymisation.

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (19).

Elle a été renforcée par une double analyse des entretiens. Celle-ci a été réalisée par l'enquêtrice et le directeur de thèse de manière indépendante pour ensuite croiser les données, aussi appelé triangulation des données. Son objectif est d'optimiser la conformité des données et de se situer au plus près de la signification réelle des idées exprimées.

La grille de critères COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) a guidé la conception de l'étude et l'analyse des résultats. Trente critères sur trente-deux ont été respectés, ce qui permet de garantir une validité interne fiable de l'étude.

## 2. Limites de la méthode

Deux critères de qualité sur les trente-deux de la grille COREQ, n'ont pu être respectés et peuvent être à l'origine de biais. Il s'agit du guide d'entretien qui n'a pas été testé au préalable et des résultats qui n'ont pu être validés par les participants, par manque de temps.

D'autres biais possibles, propres à la méthode qualitative par entretiens individuels, doivent être mentionnés. Ils concernent le recueil et l'analyse des données.

### **Recueil de données**

#### Biais d'investigation

La technique d'interrogatoire pendant les entretiens impose d'être neutre et impartial. La formulation des questions et l'attitude de l'enquêteur ne doivent pas influencer les réponses. Cependant l'inexpérience initiale de l'enquêtrice à mener des entretiens semi-dirigés a pu introduire un biais d'investigation. Aussi, aucun entretien préalable n'avait été réalisé afin d'approfondir la méthode d'interrogatoire et le guide d'entretien.

L'effet de cadrage du guide d'entretien est un autre biais d'investigation possible. Il s'agit de l'induction ou de l'orientation par l'investigateur, des réponses des enquêtés malgré un guide d'entretien constitué de questions ouvertes et qui se veut le moins directif possible. Afin de réduire ce biais, les silences lors des entretiens ont été respectés.

Par ailleurs, l'enquêtrice a pu progresser dans la gestion des entretiens et le guide était évolutif, ce qui a pu potentiellement limiter ces biais.

#### Biais d'information

Les entretiens individuels semi-directifs ne permettent pas de vérifier l'authenticité du discours des personnes interrogées. Leur véracité est toutefois considérée de principe.

Cependant un biais de désirabilité sociale peut être présent. Le métier de l'investigatrice étant le même que celui des participants, cela a pu favoriser le dialogue mais également provoquer une certaine réticence à se confier totalement. Les enquêtés ont pu donner des réponses orientées ou préétablies de peur d'être jugés. Pour limiter ce biais, l'anonymisation des données et l'envoi du verbatim aux participants après la retranscription pour qu'ils en

vérifient le contenu a été rappelé à chaque entretien. L'objectif était d'instaurer un climat de confiance.

Le biais de mémorisation est à mentionner du fait que le sujet porte sur un protocole mis en place 20 mois auparavant. Les participants ont eu besoin de faire appel à des souvenirs.

## **Analyse**

### **Biais d'interprétation**

L'analyse des verbatims et le codage fait appel inexorablement à la subjectivité de l'investigateur. Un biais d'interprétation est de fait présent. La triangulation des données a pu permettre de le limiter. La validité interne et la qualité de l'étude ont pu être ainsi améliorées.

Cependant, il persiste le risque que les chercheurs prennent en compte seules les réponses qui confirment leur *à priori* de recherche. C'est pourquoi la validation des résultats par les participants constitue un critère de qualité de la grille COREQ (critère n° 28). Son absence ici, peut accentuer ce biais et diminuer la fiabilité externe de l'étude.

## **IV.2. Discussion des résultats en comparaison avec la littérature**

### **1. Intérêts d'un protocole pluriprofessionnel au sujet de la lombalgie, en soins primaires**

La lombalgie constitue un enjeu de santé publique aux répercussions humaines et socio-économiques majeures. Un rapport de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) de 2017 intitulé « Lombalgie commune en soins premiers », validé par le collège de médecine générale, met en évidence la complexité de sa prise en charge. Il présente cependant, « la coordination clinique de proximité » comme « un facteur d'amélioration potentielle très pertinent ». La prise en charge coordonnée par une équipe de soins premiers pluriprofessionnelle associant prise en charge de la douleur, séances d'éducation et de conseils, exercice physique, accompagnement psychologique et réinsertion professionnelle est préconisée (20) .

Le protocole pluriprofessionnel semble donc être une piste d'amélioration de la prise en charge du patient lombalgique en soins primaires.

A ce sujet, un document élaboré en 2010, par un groupe de travail pluri professionnel avec la participation de la HAS, propose un exemple de protocole de prise en charge de la lombalgie, destiné aux Maisons de santé, Pôles de santé et Centres de santé (21) .

La HAS définit, en 2011, les enjeux de ces protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours, dans un guide méthodologique destiné à leur élaboration. Ils permettraient de faciliter le travail en équipe à un niveau local ou territorial, d'améliorer l'articulation entre les soins de premier et de deuxième recours. Mais aussi de faciliter l'appropriation des bonnes pratiques et de participer à l'introduction des bonnes pratiques professionnelles dans le dossier patient informatisé et partagé (22) .

En 2015, dans une fiche, au sujet de l'organisation des parcours de soins, intitulée « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? », la HAS rappelle les intérêts de ceux-ci. Selon des études menées en milieu hospitalier, « Il a été montré, avec un niveau de certitude en général faible à modéré, que l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels : – améliorent l'adhésion aux recommandations de bonne pratique et la qualité de la prise en charge des patients, par exemple en réduisant la durée moyenne de séjour et les complications pendant l'hospitalisation ; – réduisent les variations de pratiques entre professionnels ; – améliorent le climat de travail et l'organisation des équipes professionnelles, et réduisent le risque d'épuisement ; – améliorent la qualité des informations recueillies dans les dossiers médicaux » (23).

#### *Adhésion aux recommandations de bonnes pratiques et amélioration des pratiques*

Ici, l'analyse des entretiens, montre que les médecins généralistes ont été sensibilisés aux recommandations de bonnes pratiques et paraissent les avoir intégrées au travers de ce projet. Ils énonçaient que « d'en parler », avait permis soit de conforter leurs pratiques, soit de les remettre en question et/ou de les améliorer. Pour certains, le protocole les avait amélioré dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique et leur avait permis d'être plus à l'aise en consultation à ce sujet. Il était mis en avant qu'il avait pu également apporté un confort de travail et un sentiment de sécurité auprès des praticiens.

### *Communication et coordination interprofessionnelle, Harmonisation des pratiques*

Par ailleurs, les médecins étaient unanimes sur le fait que ce projet avait favorisé une communication interprofessionnelle. Celle-ci avait permis d'harmoniser les pratiques et de se coordonner sur le discours délivré au patient et sur son parcours de soins. Pour certains, cet échange avait donné lieu à une meilleure connaissance des pratiques des kinésithérapeutes et à la mise en place d'une confiance.

Dans la littérature, il est mis en évidence une carence communicationnelle entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes de manière générale et un souhait mutuel d'amélioration de celle-ci (24), (25).

Nos résultats montrent que l'élaboration de protocole interprofessionnel pourrait éventuellement palier en partie à cette carence.

### *Harmonisation du discours*

Son importance est mise en évidence dans le même rapport de la SFMG de 2017. Il constitue un des moyens de « lutter contre les croyances erronées des professionnels de santé et des patients ». L'information doit « rassurer le patient, lui fournir l'information essentielle, cohérente, accessible et valide sur sa condition, et corriger au besoin les perceptions erronées ». Ce rapport mentionne selon deux études que dans ce cas, celle-ci peut avoir un impact positif sur la récupération du patient. Alors que « des informations divergentes ou de mauvaise qualité peuvent aller à l'encontre du bien-être du patient et retarder le retour aux activités habituelles et au travail » (20).

Pour la majorité des médecins interviewés, un même discours rassurant, délivré au patient par les professionnels rencontrés au cours de son parcours de soins, constituait un des intérêts majeur de ce protocole. Il permettait d'avoir par des messages structurés, un discours cohérent auprès du patient et pouvait concourir à clarifier les idées du patient et à le rassurer. Et ainsi participer à l'amélioration de sa prise en charge.

Les résultats de notre étude montrent qu'un protocole interprofessionnel peut constituer une des solutions à cette problématique.

Ils mettaient en avant également que le parcours de soins du patient était amélioré du fait d'un accès aux soins facilité dans le cadre de la prescription de kinésithérapie en aigu. Et pouvait permettre ainsi de limiter des erreurs de prise en charge.

Au total, les médecins avaient le sentiment d'un effet bénéfique du protocole sur la prise en charge du patient.

Cependant malgré la pertinence et l'intérêt de ce projet, l'étude révèle des difficultés rencontrées dans sa mise en place et son appropriation par les médecins. Des obstacles essentiellement humains, techniques et organisationnels sont identifiés.

Un ensemble de freins étaient mis en évidence par les praticiens interrogés pour expliquer l'hétérogénéité des connaissances du protocole et de son recours.

## **2. Freins à l'élaboration, la mise en place et au recours du protocole**

### *Un protocole trop complexe au départ*

La volonté d'en faire un protocole de recherche, afin d'en évaluer son efficacité, est citée comme un frein à son élaboration et à son appropriation. Le projet était décrit comme trop complexe au départ, avec la présentation de deux protocoles en même temps ( un pour la prise en charge aiguë et un pour la prise en charge chronique). Le protocole chronique « infaisable et inadapté » a finalement été abandonné. Cependant une confusion entre les deux protocoles était perçue lors des entretiens.

### *Un défaut de communication et de suivi du projet*

Le défaut de connaissance du protocole était expliqué entre autres par un manque de communication et de suivi au cours du temps, à son sujet. La difficulté pour le concepteur de savoir si ses collègues étaient intéressés par le projet, était également mise en évidence.

Ceci traduisait un défaut de communication au sein de l'équipe, au sujet du protocole. Les praticiens l'expliquaient en partie par la surcharge des projets au sein du pôle de santé.

Par ailleurs, le manque de disponibilité des médecins généralistes pouvait constituer un autre frein à son recours.

## *Recommandations de l'HAS 2011 et 2015 au sujet de l'élaboration de protocole pluriprofessionnel*

Afin de tenter de prévenir ces difficultés ou d'y répondre, l'HAS propose en 2011 un document descriptif des « Étapes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) ». Elle y préconise une rédaction de protocole « simple et claire », ainsi qu'un « suivi dynamique » avec « une veille documentaire pour éventuellement actualiser les connaissances, une analyse des changements de pratique induits par le protocole, et un suivi de sa mise en œuvre, pour s'assurer de sa pertinence ». En 2015, elle édite un autre document complémentaire, décrivant les associations mobilisées à ce sujet, la Fédération Française de Maison et Pôle de Santé (FFMPS) et l'Association des Pôle et Maison de Santé Libéraux (APMSL) (22),(23).

### *Le coordinateur, un des leviers ?*

Les difficultés rencontrées dans l'élaboration et la mise en place du protocole sont mises en évidence dans plusieurs travaux de thèse. Un coordinateur apparaît être une des solutions pour mener à bien l'élaboration et le suivi du protocole, dans le temps. Son rôle, dans ce cadre, est de renforcer la communication et la coordination au sein de l'équipe (26).

Une autre thèse révèle que les professionnels n'ont pas l'habitude d'établir ces protocoles. « 67,6% des professionnels interrogés souhaitent faire appel à un coordinateur pour l'élaboration des protocoles pluriprofessionnels ». La présence de « practice facilitators » dans des maisons de santé aux Etats-Unis, qui aident les professionnels de santé dans l'élaboration d'organisations collectives efficaces, aurait montré une amélioration sensible des prises en charge des patients (27).

Dans notre étude, ce protocole constituait une première expérience de ce type pour le Pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères. Il était muni d'un coordinateur mais à temps partiel à ce moment-là, ce qui était insuffisant pour ce type de structure. Son rôle dans les protocoles pluriprofessionnels futurs devrait être assuré.

### *Le non-recours aux questionnaires Start Back et FABQ*

Dans ses dernières recommandations en 2019, l'HAS propose l'utilisation du Start Back comme outil d'aide à l'évaluation du risque de chronicité. La connaissance des facteurs de risque de chronicisation ( ou drapeaux jaunes) a permis l'élaboration de scores prédictifs de l'évolution chronique des patients lombalgiques. Ce score validé peut constituer une aide dans la prise en charge des patients lombalgiques aigus en soins primaires lors de la consultation initiale (2).

Dans notre étude, malgré son intérêt et sa facilité d'utilisation mise en avant par le concepteur du protocole, le questionnaire n'était pas utilisé par les médecins interrogés. Certaines raisons étaient le défaut de connaissance et de communication à son sujet. Mais, les médecins mettaient également en avant l'aspect chronophage d'un questionnaire dans une consultation de médecine générale. Ils mettaient en lumière qu'une consultation traitant de la lombalgie aiguë commune prenait du temps et pouvait également être plus courte si elle était réalisée sur des plages d'urgence. Par ailleurs, certains pensaient que les éléments du questionnaire étaient intégrés dans leur démarche clinique.

Les difficultés d'intégration aux pratiques de cet outil, son aspect chronophage et son manque d'intérêt, ont été mis en évidence dans un travail de thèse de 2017. Ils constituaient les raisons principales à sa non utilisation par les médecins généralistes. L'étude concluait que l'outil STarT Back ne semblait pas être accepté par les médecins généralistes dans l'état actuel de notre système de soins malgré les perspectives intéressantes qu'il laissait envisager (28).

Un autre travail de thèse à ce sujet, de 2016, retrouve également que « le caractère chronophage est souvent un frein à l'utilisation de ces questionnaires par le praticien » et discute son intérêt « en termes d'informativité ». Il met en avant les résultats d'une étude menée aux Pays Bas en 2006, dans laquelle l'estimation du risque de passage à la chronicité par les médecins généralistes s'est avérée aussi performante que les scores utilisés (29).

Cette étude peut poser la question de l'intérêt de l'utilisation de ces scores, dans le cas d'une bonne connaissance des facteurs de risque de chronicisation et d'une intégration de leur recherche dans la pratique.

### **3. Limites du protocole**

*La prescription de kinésithérapie en aigu, type méthode McKenzie : une innovation.*

La méthode McKenzie consiste en une étude soigneuse des mouvements lombaires répétés dans toutes leurs amplitudes (en flexion, extension, latéflexion), dans différentes positions (debout, assis ou allongé). Ceci afin de noter ceux qui soulagent, ceux qui aggravent et ceux qui sont sans effet sur la douleur, pour trouver le ou les mouvements ou la combinaison de mouvement qui centralisent la douleur. Il est ensuite demandé au patient de maintenir ces postures pendant quelques minutes, 4 à 10 fois par jour. Elle base son traitement essentiellement sur l'éducation thérapeutique et l'autonomisation du patient permettant ainsi une auto-rééducation (12).

Sa prescription représentait une aide dans la prise en charge, de façon générale, pour les praticiens. Son accès rapide et facilité pour le patient, au sein du Pôle de santé, en était une des raisons. Aussi, elle apportait des solutions dans le cas où le patient était bloqué, présentait des risques de chronicisation, ou souhaitait s'autonomiser dans la gestion de sa douleur. Les retours positifs de leurs patients mettaient en avant une amélioration sur le plan de la douleur et de la qualité de vie.

Une revue récente de la littérature retrouve les intérêts de cette méthode dans la prise en charge de la lombalgie commune, décrits par les médecins interrogés. Une réduction de la douleur et l'incapacité fonctionnelle a été démontrée (13).

Cependant malgré ses intérêts et avantages décrits, l'ensemble des praticiens mettaient en avant ses limites. Elle constituait de ce fait une limite du protocole.

L'analyse des entretiens mettaient en évidence que la méthode McKenzie ne correspondait pas forcément à tous les patients, que dans le cadre du protocole, son efficacité n'avait pas été évaluée. Ainsi que sa supériorité en termes d'efficacité n'était pas prouvée pour l'instant, par rapport aux autres méthodes de kinésithérapie.

La méthode McKenzie propose par la réalisation d'une évaluation clinique, une classification des patients en des groupes homogènes afin de mieux orienter leur prise en charge. Certains patients ne rentrent pas dans les trois syndromes définis (de « dérangement », de « dysfonction » et « postural ») et sont classés alors comme « autre ». Ce sont les patients pour qui la méthode McKenzie ne sera pas efficace (15).

Par ailleurs, selon les médecins interrogés, l'échec de la méthode pouvait être lié à des facteurs empêchant la guérison du patient ou son adhésion à la méthode. Les représentations ou idées reçues du patient concernant le déroulé d'une séance de kinésithérapie, la présence de drapeaux jaunes empêchant la guérison (kinésiophobie et autres) et la résignation du patient atteint de lombalgie chronique étaient cités.

Ces freins éventuels à l'adhésion par le patient et au bon fonctionnement de la méthode, restent peu étudiés dans la littérature. Les freins identifiés ici, peuvent constituer de possible pistes de recherche à ce sujet.

Par ailleurs, les résultats de notre étude soulèvent également la question de l'évaluation d'un protocole pluriprofessionnel comportant une innovation au sein d'un Pôle de santé.

### *Le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle*

La question du maintien dans l'emploi était peu abordée au cours de cette étude du fait qu'elle se concentrait sur la prise en charge de la lombalgie commune aiguë. Cependant des difficultés de maintien dans l'emploi en cas de chronicisation, étaient redoutées par les praticiens, et plus spécifiquement en cas d'accident de travail. Dans un rapport de 2019, l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) rappelle que la lombalgie représente 20% des accidents du travail. Ce rapport met en avant que la prévention en entreprise de la lombalgie constitue un élément clé. Il propose un outil nommé « cadre vert » dans lequel les valeurs seuils acceptables pour les tâches de manutention, de travail lourd ou répétitif, sont référencées (celles-ci d'après les normes et la réglementation actuelles) (30). Par ailleurs, dans ses dernières recommandations, la HAS propose une liste des « facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur » nommés « Drapeaux bleus ». Ainsi que « les facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance » appelés « Drapeaux noirs » (2).

La mise à disposition de ces informations auprès des médecins généralistes pourrait permettre un dépistage plus précoce d'un lien éventuel entre la survenue de la lombalgie et le travail. Ceci afin d'orienter plus rapidement le patient vers le médecin du travail pour qu'une évaluation plus approfondie de la situation puisse être réalisée. Ces outils peuvent constituer une éventuelle piste de poursuite d'amélioration des pratiques des médecins généralistes du Pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères.

## V. Conclusion

La prévalence des lombalgies aiguës et chroniques en soins premiers est importante avec des répercussions humaines et socioéconomiques majeures. Devant cette problématique, un médecin généraliste et un kinésithérapeute ont développé au sein du pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères, un protocole interprofessionnel d'harmonisation des pratiques. Ils l'ont proposé début 2018 aux médecins généralistes, kinésithérapeutes et pharmaciens du pôle, avec pour objectif de prendre en charge le patient de façon globale et pluriprofessionnelle, selon le modèle « biopsychosocial ». Pour cela, leurs préconisations ont été d'essayer d'harmoniser les pratiques et le discours délivré au patient, selon les recommandations de l'HAS. Ainsi que de prescrire en aigu de la kinésithérapie de type McKenzie en cas d'arrêt du travail du patient.

En utilisant une approche d'analyse qualitative, l'objectif de notre étude était de connaître l'utilisation du « protocole lombalgie » par les médecins généralistes, par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés, et de chercher les freins à son utilisation. Pour cela, dix médecins généralistes sur les douze inclus étaient interviewés d'octobre à décembre 2019.

L'analyse des résultats montre que malgré leur recours variable au protocole, tous avaient intégré les recommandations de bonnes pratiques (HAS 2019). Pour certains, le protocole venait conforter leurs pratiques. Pour d'autres, celui-ci avait permis de les améliorer en remettant à jour leurs connaissances, en leur procurant des outils d'aide à la consultation, et en les aidant à limiter leurs prescriptions d'arrêt de travail.

La prescription en aigu de kinésithérapie active courte était acceptée par *quasi* tous les médecins interrogés. Leurs motivations étaient de pouvoir soulager la douleur du patient, de l'aider à se remobiliser rapidement, et de l'autonomiser dans la gestion de sa douleur. Cependant la limite soulevée était que la méthode McKenzie ne correspondait pas à tous les patients et qu'elle devait être évaluée dans le cadre du protocole.

Les freins à l'appropriation et à l'utilisation du protocole étaient essentiellement la complexité initiale du protocole, le manque de temps, son manque de médiatisation et la présence de nombreux projets au sein du pôle de santé.

Pour tous les praticiens, le protocole avait permis la mise en place d'une communication interprofessionnelle, d'une coordination des soins, d'une harmonisation des pratiques et d'un discours commun. A noter que pour certains, il avait fait également émerger une confiance envers les kinésithérapeutes du pôle.

Cette étude permet de mettre en avant l'intérêt d'un protocole d'harmonisation des pratiques au sein d'une structure pluriprofessionnelle de soins primaires, ainsi que d'identifier les limites d'un protocole et les freins à son appropriation.

Il serait intéressant par la suite de connaître l'impact de l'utilisation de ce protocole dans le ressenti des patients.

## VI. Références bibliographiques

1. HAS. Prise en charge Massokinésithérapie dans la lombalgie commune: modalités de prescription. 2005.
2. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. 2019.
3. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50:640-4.
4. Bouton C, Bègue C, Petit A, Fouquet N, Py T, Huez J-F, Ramond-Roquin A. Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale. *Exercer.* janv 2018;139:28-37.
5. Fassier J-B. Prévalence, coût et enjeux sociétaux de la lombalgie. *Rev Rhum.* mars 2011;78(S2):38-41.
6. Mohsen M. Applicabilité des recommandations HAS pour la prise en charge de la lombalgie chronique commune de l'adulte selon le modèle bio psycho social au cabinet de médecine générale: évaluation sur un échantillon de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
7. Räber C. Les procédures diagnostiques, thérapeutiques, préventives et administratives réalisées ou prescrites par le médecin généraliste pour les patients de 18 à 65 ans consultant pour lombalgie: résultats originaux issus de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015.
8. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes [Thèse de doctorat Santé Publique - sociologie]. Université Paris 11; 2015.
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
10. HAS. Étapes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR). 2011.
11. Coudeyre E, Givron P, Gremeaux V, Lavit P, Hérisson C, Combe B, et al. Traduction française et adaptation culturelle du «back book». *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique.* oct 2003;46(8):553-7.
12. Sagi G, Boudot P, Vandeput D. Méthode McKenzie : diagnostic et thérapie mécanique du rachis et des extrémités. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation.* janv 2011;7(1):1-21.

13. Halliday MH, Garcia AN, Amorim AB, Machado GC, Hayden JA, Pappas E, et al. Treatment Effect Sizes of Mechanical Diagnosis and Therapy for Pain and Disability in Patients With Low Back Pain: A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther.* avr 2019;49(4):219-29.
14. Pignolet K. Efficacité de la méthode McKenzie dans le traitement de la lombalgie chronique. [Brest]: Institut de formation en masso-kinesithérapie; 2017.
15. Kotelnikova E. Efficacité de la méthode McKenzie dans la prise en charge des lombalgies communes : Revue de la littérature. *Claude Bernard Lyon 1*; 2017.
16. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016. (Collection U).
17. Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004).
18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015;(15):50-4.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
20. Le Breton J, Bercier S, Chouilly J, Kandel O. Lombalgie commune en soins premiers. *SFMG*; 2017.
21. Groupe de travail pluri professionnel avec la participation de la HAS. La lombalgie commune à partir du deuxième épisode : comment prévenir les récurrences ? Protocoles pluridisciplinaires de soins de santé primaire en Maisons de santé, Pôle de santé et Centre de santé. 2010.
22. HAS. Étapes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR). 2011.
23. HAS. Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? 2015.
24. Sadani D, Bouton C. Lombalgie commune: prise en charge ambulatoire par le kinésithérapeute : enquête de pratique auprès de 98 kinésithérapeutes de Loire-Atlantique. France; 2018.
25. Debarge A. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion : enquête auprès de 79 médecins généralistes. Université Bordeaux 2 – Victor Segalen; 2013.
26. Dahmoun T. Perception par les médecins généralistes de la MSP des Mureaux de la mise en place d'une action de santé publique : Dépistage de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants de 3 à 18 ans. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2018.

27. Bouab F. L'intérêt d'un coordinateur dans les Maisons et Pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse: enquête auprès des professionnels de santé exerçant dans les Maisons et Pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2016.
28. Carrière, Guillaume. Evaluation de l'acceptabilité d'un outil d'aide à la prise en charge dans la lombalgie commune chez les médecins généralistes: Le questionnaire STarT Back. [Université de Montpellier]: UFR Médecine; 2017.
29. Christen Arthur. Evaluation du risque de passage à la chronicité des patients lombalgiques : étude pilote pour la validation d'un indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies. [Rouen]: U.F.R. de Médecine et Pharmacie de Rouen; 2016.
30. INRS. Travail et Lombalgie, du facteur de risque au facteur de soin. 2019.

## VII. Annexes

### VII.1. Annexe 1 : Les questionnaires StarT Back et FABQ

#### Le questionnaire STarT Back screening tool

The Keele STarT Back Screening Tool – Fr				
Nom du patient: _____ Date: _____				
Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à <b>ces 2 dernières semaines</b> :				
			<b>Pas d'accord</b>	<b>D'accord</b>
			0	1
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est <b>propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s)</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à <b>l'épaule</b> ou au <b>cou</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Je n'ai <b>parcouru à pied que de courtes distances</b> à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Au cours des 2 dernières semaines, <b>je me suis habillé(e) plus lentement</b> que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<b>Il n'est pas vraiment prudent</b> pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Je considère que <b>mon mal de dos est épouvantable</b> et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) <b>au cours des 2 dernières semaines</b> ?			
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup Extrêmement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	0	0	1 1
<b>Score total (les 9 items): _____ Sous-Score (Items 5-9): _____</b>				

## Le questionnaire FABQ

NOM : ..... Prénom : ..... N° de dossier : .....

Voici quelques-unes des choses que les autres patients nous ont exprimé sur leur douleur.

Pour chaque énoncé, merci d'entourer un nombre de 0 à 6, pour dire en quoi beaucoup d'activités physiques telles que la flexion, le levage, la marche ou la conduite induisent ou pourraient induire votre mal de dos.

	Parfaitement d'accord			Incertain			Complètement en désaccord
1. Ma douleur est causée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2. L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3. L'activité physique pourrait nuire à mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4. Je ne devrais pas faire des activités physiques qui pourraient empirer ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5. Je ne peux pas faire des activités physiques qui pourraient empirer ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
6. Ma douleur est causée par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
7. Mon travail aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8. J'ai demandé une indemnisation pour la douleur	0	1	2	3	4	5	6

Les énoncés suivants portent sur la façon dont votre travail habituel induit ou pourrait induire votre mal de dos.

	Parfaitement d'accord			Incertain			Complètement en désaccord
9. Mon travail est trop difficile pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10. Mon travail aggrave ou peut aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11. Mon travail pourrait nuire à mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12. Je ne devrais pas faire mon travail normalement avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13. Je ne peux pas faire mon travail normalement avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14. Je ne pourrai faire mon travail normalement jusqu'à ce que ma douleur soit traitée	0	1	2	3	4	5	6
7. Je ne pense pas que je pourrai reprendre mon travail habituel dans les 3 mois	0	1	2	3	4	5	6
8. Je pense que je ne pourrai jamais reprendre mon travail habituel	0	1	2	3	4	5	6

Score total :

Score Activité physique :

Score travail :

## VII.2. Annexe 2 : Le protocole Lombalgie



**LOMBALGIE ET LOMBO-  
RADICULALGIE NON SPECIFIQUES  
HARMONISATION DES PRATIQUES  
POLE DE SANTE  
INTERPROFESSIONNEL DE SAINT  
MARTIN D'HERES**

DATE DE CREATION : Décembre 2017	Référence : 001	<b>PROTOCOLE LOMBALGIE ET LOMBO-RADICULALGIE NON SPECIFIQUES- VOLET 1</b>
DIFFUSION		NATURE DE LA MODIFICATION
Personnel à qui sera donné le protocole : médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, diététicienne, psychologue, secrétariat SC la Grande Ramée	Lieu de consultation du protocole : site PSIP	NEANT

### Objectifs du protocole :

- Eviter la chronicisation pour les patients souffrant de lombalgie ou lombo-radiculalgie depuis moins de 3 mois
- Améliorer les capacités fonctionnelles et rendre visible cette amélioration chez les patients chroniques
- Poursuivre l'objectif du retour à l'autonomie
- Maintenir la personne dans l'emploi

### Moyens de mise en œuvre :

Harmonisation des pratiques des professionnels, délivrance de messages identiques tout au long du parcours de soins.

Utilisation de l'outil REPAR (Repérage Echanges, Personnalisation, Ateliers, Retour à l'autonomie), mis au point par le Dr Francis PELLET à la MSP des Vans en Ardèche :

- Appréhender le patient dans sa globalité
- Montrer visuellement au patient les progrès réalisés.

Prise en charge pluri professionnelle, « bio-psychosociale » (médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues, éducateurs sportifs, diététiciennes, tout professionnel et tout dispositif au sein du pôle ou à l'extérieur du pôle jugés utile à la réussite du parcours de soin).

Implication des représentants des usagers dans l'élaboration du projet.

### Public cible :

Tous les patients souffrant de lombalgie ou de lombo-radiculalgie en distinguant :

- Patients aigus
- Patients sub-aigus à fort risque de chronicisation (StartBack ou évidence à l'interrogatoire)
- Patients chroniques

## **HARMONISATION DES PRATIQUES ET PREALABLES**

Les professionnels connaissent les dernières recommandations françaises dans la prise en charge de la lombalgie non spécifique et des lombo-radiculalgies.

Les professionnels connaissent les signaux d'alarme (drapeaux rouges), et les facteurs de risque de chronicisation (drapeaux jaunes)

Les professionnels connaissent les techniques de rééducation des kinésithérapeutes du pôle.

Codification cim10 des dossiers :

- Lombalgie ou lumbago : M54.5
- Sciatique : M54.3
- Lombo-sciatique : M54.4

### 1. Au cours de la phase aiguë (moins d'un mois d'évolution) :

En l'absence de « drapeau rouge » (signaux d'alarme)

- Premier arrêt de travail si nécessaire toujours inférieur ou égal à 7 jours
- Recherche de facteurs de risque de chronicisation par l'interrogatoire (drapeaux jaunes) et réalisation du questionnaire StartBack
- Réalisation du questionnaire FAQB (peurs et croyances du patient)
- Aucune imagerie prescrite avant 6 semaines d'évolution.
- Remise du BackBook au patient ou livret d'info patient de la CPAM (campagne d'information novembre 2017). Les messages clés contenus dans le livret sont délivrés au préalable.
- Prescription de kiné : en cas d'arrêt de travail, prescription de travail actif : conseil en éducation posturale +/- Mc Kenzie 5 séances.  
« Rééducation lombaire à visée éducative aux gestes et postures ; traitement actif »

### 2. Au cours de la phase subaiguë (1 à 3 mois) :

Tous les patients volontaires ayant un risque fort de chronicisation et/ou récidivant (rechute à moins d'un an) sont intégrés dans le protocole REPAR – lombalgie.

Un échange avec le médecin du travail est souhaitable (aménagement du poste).

### 3. Au cours de la phase chronique (plus de 3 mois d'évolution) :

Tous les patients volontaires sont intégrés dans le protocole REPAR – lombalgie.

**Les « drapeaux rouges »**

Les "drapeaux rouges" indiquent les situations qui imposent une recherche de causes spécifiques :

- Moins de 20 ans ou premier épisode après 55 ans
- Traumatisme important
- Syndrome inflammatoire, infectieux, fièvre
- Traitements corticoïdes prolongés
- Baisse de l'état général
- Histoire ou suspicion de cancer, VIH, pathologies des organes profonds
- Douleur qui augmente progressivement, non mécanique
- Douleur augmentée en décubitus, mal localisée (dos et thorax)
- Signes de compression nerveuse (sciatique, paralysie sphinctérienne, ...).

**Les « drapeaux jaunes »**

Les "drapeaux jaunes" comportent des facteurs cliniques, professionnels et psycho-comportementaux.

- **Facteurs cliniques** : des antécédents de lombalgie, l'intensité de la douleur ou de son impact fonctionnel, un état de détresse psychologique, longue période d'absence pour maladie (lombalgie ou autre), irradiation radiculaire de la douleur
- **Facteurs professionnels** : insatisfaction au travail, tâches physiques lourdes, pas de possibilité de modifier le travail, faible soutien social dans l'environnement de travail, stress au travail, troubles au travail, manque de confiance dans ses propres capacités à revenir au travail, conflits pour l'indemnisation d'une pathologie vécue comme professionnelle (employeur, médecins, sécurité sociale, ...).
- **Facteurs psychologiques et comportementaux** : état dépressif, anxiété, stress, tendance à s'isoler, absence de soutien familial, fausses croyances concernant :
  - le mal de dos (gravité, handicap, ...)
  - les bienfaits du repos
  - la peur de l'activité physique, la peur de bouger (kinési phobie)
  - les attentes excessives concernant les traitements, attitude passive, entrée dans la maladie,
  - la peur de se faire mal.

**Messages clés du Guide du dos (traduit du « Back Book ») :**

- Le mal de dos est fréquent mais il est rarement lié à une maladie grave. Les perspectives à long terme sont bonnes
- Même si le mal de dos est très douloureux, en général, cela ne veut pas dire que votre dos est abimé. Douleur ne signifie pas aggravation
- Le repos au lit pendant plus d'une journée ou deux n'est pas bon pour vous
- Rester actif vous permettra d'aller mieux plus rapidement et vous évitera d'autres problèmes de dos
- Plus tôt vous reprendrez vos activités et plus vite vous vous sentirez mieux
- Si vous n'arrivez pas à reprendre vos activités, demandez une aide supplémentaire
- Des exercices réguliers et une bonne condition physique vous aident à garder la forme et un dos en bonne santé
- Vous devez prendre votre vie en main. Ne laissez pas votre mal de dos vous envahir.

## VII.3. Annexe 3 : Les Guides d'entretien

### Première version du Guide d'entretien

*« Tout d'abord, merci beaucoup d'avoir accepté l'entretien. Je vous rappelle juste, je suis en fin d'études de médecine générale et je fais mon travail de thèse sur le protocole lombalgie. Ma question de recherche est l'évaluation de l'utilisation du protocole lombalgie aigue, qui a été présenté lors d'une plénière du pôle de santé en février 2018. Nous ne parlerons que du protocole de la lombalgie aigue, car le protocole de lombalgie chronique a été abandonné pour sa non-faisabilité. Les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux. Je vous enverrai une version du verbatim et l'intégrerai avec votre accord dans mon travail. Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez. Avec votre autorisation, je vais enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme.»*

Après avoir obtenu l'accord oral de la personne interviewée, je démarre le dictaphone.

L'objet mobilisé à disposition de la personne interviewée, si besoin, est le document descriptif du protocole lombalgie aigue présenté lors de la plénière de février 2018.

Le non-verbal est noté lors de l'entretien.

#### **Thèmes et Questions ouvertes:**

##### **1) Thème sur le parcours professionnel**

Pouvez-vous me parler un peu de vous ?

Relances : votre parcours, votre âge, depuis quand vous exercez au sein du pôle de santé ? Combien de jours par semaine vous travaillez dans le pôle ? Participez-vous à des sessions de formation médicale continue ? En avez-vous suivi sur la prise en charge du patient ayant une lombalgie aigue ?

##### **2) Thème sur les représentations, la définition sur la lombalgie aigue**

Qu'évoque pour vous la notion de lombalgie en médecine générale ? Comment définiriez-vous la lombalgie aigue? Quelles causes à la lombalgie chronique connaissez -vous ?

##### **3) Thème concernant la prise en charge de la lombalgie aigue**

Que faites-vous quand vous suspectez une lombalgie aigue chez un patient?

Relances : est-ce que vous proposez un traitement médicamenteux ou non-médicamenteux ? proposez-vous quelque chose d'autre au patient ?

Il y a-t-il des éléments qui vous paraissent difficiles dans la prise en charge de la lombalgie aiguë?

Relances : liées au patient, au médecin, au contexte. Est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait vous aider à mieux prendre en charge un patient lombalgique ?

#### **4) Thème concernant les référentiels ou outils sur la lombalgie aiguë**

Utilisez-vous des référentiels ou des outils qui vous aideraient dans la prise en charge d'un patient avec une lombalgie aiguë?

Si la réponse est au sujet des recommandations HAS : Est-ce que vous êtes d'accord avec ces recommandations ? Est ce qu'il y a des difficultés à les utiliser ?

#### **5) Thème concernant le protocole lombalgie aiguë**

Maintenant si vous voulez, on va parler du protocole lombalgie aiguë. Connaissez-vous le protocole lombalgie ? OUI / NON. Utilisez-vous ce protocole ? OUI / NON

**En cas de réponse OUI :** Pouvez-vous me le décrire et m'expliquer comment vous l'utilisez ?

Voudriez-vous me dire comment l'utilisation du protocole vous aide dans la prise en charge ?

Ce protocole a-t-il des limites pour vous ?

Est-ce que vous voudriez bien me faire part de vos retours d'expériences ?

\* Perception d'amélioration de vos pratiques ?

\* Perception d'amélioration de la prise en charge du patient ?

\* Retour des patients ?

**En cas de réponse NON :** Est-ce que vous pouvez m'expliquer pour quelles raisons vous ne l'utilisez pas, quelles sont vos réticences?

*Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?*

*Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien, je vais couper le dictaphone.*

**A l'issue de l'entretien :** Comment avez-vous vécu cet entretien ?

## Deuxième version du Guide d'entretien

### 1- Thème parcours et lien avec le pôle

Amorce : Est-ce que vous pouvez me parler un peu de vous, de votre parcours et lien avec le pôle ?

### 2- Thème Lombalgie aigue commune

Amorce : Alors, on va parler de la lombalgie, qu'est-ce que la notion de lombalgie aigue commune évoque pour vous ?

Relances :

- *Qu'est-ce que vous pensez de la lombalgie aigue commune ? Qu'en est-il dans votre pratique ?*
- *Avez-vous bénéficié d'info ou de formation concernant la lombalgie aigue commune ? les sources d'info ? impact sur votre pratique ?*
- *Des difficultés devant une lombalgie aigue commune ? Lesquels ? Qu'est-ce qui pourrait y remédier selon vous ?*

### 3- Thème prise en charge de la lombalgie aigue commune

Amorce : Qu'est-ce que vous faites pour un patient ou une patiente atteint(e) d'une lombalgie aigue commune ?

Relances :

- *Pour le Diagnostic ?*
- *Pour la Thérapeutique ?*

### 4- Thème protocole lombalgie

Amorce : Que pensez-vous du protocole ?

Relances :

- *Dans quelles situations vous y avez recours ?*
- *Comment vous y avez recours ?*

- *Ce qui vous aide ou vous a aidé dans ce protocole ?*
- *Ce qui vous paraît utile dans ce protocole ?*
- *Ce qui vous gêne dans le protocole ?*
- *Vos réticences à utiliser le protocole ou une partie ?*
- *Vos motivations pour l'utiliser ?*
- *Les objectifs d'un protocole pour vous ? Objectifs remplis / non remplis ?*
- *Propositions de pistes d'amélioration ?*
- *Utilisation d'autres Référentiels ?*
- *Impact sur la pratique ?*
- *Vos retours d'expériences ?*
- *Perception d'amélioration de vos pratiques ?*
- *Perception d'amélioration de la prise en charge du patient ?*
- *Retour des patients ?*

« Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? »

« Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien, je vais couper le dictaphone. »

**A l'issue de l'entretien :**

Comment avez-vous vécu cet entretien ?

## **VII.4. Annexe 4 : La fiche d'information participant et Recueil du consentement**

### **Document d'information préalable pour participation à une étude médicale**

Titre de l'étude :

**Intérêt d'un protocole d'harmonisation des pratiques au sujet de la lombalgie aiguë commune, dans un pôle de santé interprofessionnel à Saint-Martin-d'Hères : enquête par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.**

Equipe de recherche :

- **Responsable de mise en œuvre : Pr Yannick CARRILLO**
- **Investigatrice : Auria LELONG**

Affiliations institutionnelles :

**Université Grenoble Alpes, faculté de médecine de Grenoble, Domaine de la merci, Place du commandant Nal, 38700 La tronche.**

Etude de conformité :

**du Délégué de la protection des données (DPO) de l'université Grenoble Alpes.**

Cher confrère, chère consœur,

Vous êtes médecin généraliste faisant parti du pôle de santé de Saint Martin d'Hères, vous avez eu la présentation du protocole lombalgie en février 2018 ou dans les mois qui ont suivis. Je vous sollicite dans le cadre d'un travail de thèse marquant la fin de mes études de médecine générale. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'adhésion, l'opinion, le ressenti et les attentes des médecins généralistes vis-à-vis du protocole d'harmonisation des pratiques de lombalgie aiguë commune et son impact sur les pratiques, à 20 mois de sa diffusion.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens (durée : 30-40 minutes), c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté. Un seul entretien est nécessaire. Ces discussions seront enregistrées, pour les besoins de l'étude, puis anonymisées et soumises au secret professionnel, ainsi qu'à une clause de confidentialité. Les

bénéfices attendus de l'étude sont d'avoir un retour des pratiques des médecins généralistes et de ce qu'ils pensent du protocole lombalgie depuis sa mise en place.

Je compte sur votre aide pour y parvenir si vous êtes d'accord.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat,
- que vous avez le droit de refuser de participer,
- que les données recueillies seront traitées de façon confidentielle ; et que, si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes ;
- que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil de données effectué, ainsi que les résultats de l'étude,
- que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux.
- que l'étude ne comporte aucun risque potentiel, n'a aucune source de financement, et l'équipe de recherche déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

En tant que participant à cette étude, et conformément aux dispositions de la Loi RGPD du 20 juin 2018 sur la protection des données et des lois relatives à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous avez la possibilité d'accéder aux données qui vous concernent ainsi que la possibilité de les rectifier ou de vous rétracter à tout moment sans être pénalisé.

Vous pouvez pour cela contacter le responsable de mise en œuvre, le Pr Yannick CARRILLO, médecin généraliste à l'adresse suivante :

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

Bien cordialement,

Auria Lelong

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter

[Données à caractère personnel]

**Consentement de participation à une étude médicale**

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame .....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale qualitative sur le protocole lombalgie, menée par Me LELONG Auria et encadrée par le Pr CARRILLO Yannick.

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit après la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par Me LELONG Auria, interne en médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble, encadrée par le Pr CARRILLO Yannick, médecin généraliste.

Fait en double exemplaire à ..... le .....

Signature

## VII.5. Annexe 5 : L'arbre Thématique

### Représentations de la lombalgie aiguë commune

Représentations de la lombalgie aiguë commune par les médecins généralistes interviewés	Définition	Douleur lombaire
		Associée ou non à une radiculalgie
		D'apparence musculaire
		D'apparition brutale
		Consécutive à un faux mouvement
		Consécutive à un port de charge
		Tableau clinique parfois bruyant
		Source d'inquiétude pour le patient
		Bénin
		D'évolution courte
		Diagnostics différentiels
	Epidémiologie	Fréquent
		Population adulte de tout âge
		Population active
Type de consultation	Consultations courantes	
	Vue sur des plages d'urgences	
	Simple ou Complexe	
Facteurs favorisant la lombalgie et la chronicisation	Problèmes psychosociaux	
	La précarité	
	L'aspect professionnel	
	L'accident de travail	
Prise en charge	Bio-psycho-sociale	
	Cadre réglementaire par la CPAM	
	Evolution des recommandations au cours du temps	
Difficultés rencontrées	Facteurs de risque de chronicisation présents	
	Arrêt de travail chez les professions indépendantes	
	Contexte d'accident de travail et chronicisation	
	Respecter les préconisations de la CPAM	

## Appropriation du protocole

- Appropriation « à leur sauce » du protocole dans leurs pratiques
- Intégration « inconsciente » du protocole dans leurs pratiques, De façon informelle
- Rôle de la dynamique du pôle dans l'appropriation du protocole
- Acquisition en concevant le protocole

**Freins à son appropriation et utilisation:** Manque d'information et de connaissance à son sujet

Manque de communication et de suivi à son sujet au cours du temps	Projet présenté une fois en plénière, sans retours spécifique dessus	
	Soirée lombalgie appréciée et a marqué les esprits	
	Nombreux projets au sein du pôle	
	Manque de médiatisation du projet au sein du pôle	
	Impression du concepteur de se sentir seul dans la gestion de ce projet	
Projet complexe au départ	Avec deux protocoles	
	La volonté d'un protocole de recherche	
Manque de disponibilité du praticien	De façon générale	
	Manque de temps et de disponibilité intellectuelle en consultation	Consultation « multi-tiroir »,
		Consultation lombalgie chronophage
		La présence de facteurs psychosociaux
Ne pas y penser en consultation		

## Intérêts des éléments du protocole:

### **Drapeaux rouges**

- Les formaliser clairement
- Outils d'aide pour ne pas en oublier
- Améliorer de la détection des drapeaux rouges : plus rapide et efficace

## **Drapeaux jaunes**

- Être sensibilisé
- Identifier les risques de chronicisation : psychosociaux et liée au travail
- Eclairer et déterminer la prise en charge
- Guider le patient dans sa prise en charge
- Repérer les patients à risque de chronicisation plus rapidement
- Renforcer l'utilisation du protocole

## **Messages clés**

- Amélioration de la délivrance des messages clés au patient : Messages forts et efficaces
- Un discours cohérent pour le patient entre les différents professionnels : Clarifier les idées du patient
- Rassurer plus le patient

## **Arrêt de travail de courte durée en première intention : intérêts**

- Limitation en pratique des arrêts de travail et de leur durée en première intention
- Remise en question par rapport aux pratiques antérieures

## **Questionnaires Start Back et FABQ**

### Intérêts de leur utilisation

- Permet d'identifier les facteurs de risque de chronicisation et de mieux connaître le patient ; surprise parfois ; Aide si doute sur la présence de drapeaux jaunes : permet de conforter un doute
- Avoir une approche plus globale et orienter le discours en fonction du résultats : permet de faciliter la communication et d'adapter la prise en charge
- Auto-questionnaire permet de le faire en dehors de la consultation, pas de perte de temps, Facilement réalisable
- Validation FABQ pour l'accident de travail

### Freins à leur utilisation

Mauvaise connaissance et représentation des questionnaires	Associé à un questionnaire de recherche
	Posent la question de l'intérêt clinique ou de l'utilité
Chronophage	Consultation courte en aigue (plage d'urgence souvent)
	Prend du temps de le faire remplir pendant la consultation
Impression d'avoir intégré les éléments du questionnaire dans leur démarche clinique	

### **Intérêts kinésithérapie active courte en aigu au sein du pôle**

- Soulager la douleur du patient en l'aidant à se remobiliser rapidement et en l'autonomisant dans la gestion de sa douleur par l'apprentissage d'exercices
- Essayer de diminuer le risque de chronicisation s'il était présent
- Prévenir la survenue d'un nouvel épisode de lombalgie
- Favoriser une prise en charge rapide pour le patient : rapidité et faciliter d'accès aux soins pour le patient
- Intérêt d'un discours cohérent délivré patient
- Confiance des médecins dans la prise en charge des kinésithérapeutes du pôle :  
Comprendre ce que font les kinés et Changement de représentation des kinés
- Compter sur ses collègues kinésithérapeutes
- Limiter les erreurs de prise en charge

### **Méthode de type McKenzie**

#### Intérêts de la méthode McKenzie

- Amélioration de la douleur du patient dans 95 % des situations
- Autonomisation du patient
- Correspond aux patients proactifs

### Limites de la méthode

- Type de technique pas déterminante par rapport aux méthodes multiples existantes : importance de la prise en charge, plus que la technique
- Non efficace à 100%
- Cerner les besoins du patient et les prendre en compte
- Augmentation de la douleur possible
- Quasi absence du toucher
- Promotion de la méthode et conflit d'intérêt

### Freins à l'adhésion du patient à la méthode :

- Méthode non habituelle pour les patients- idées reçues des patients
- Effet de surprise
- Patients résignés

### **Intérêts d'un protocole :**

#### Pour le médecin généraliste :

- Utile pour les sujets fréquents
- Remettre en question ses pratiques
- Mettre à jour les connaissances
- Clarifier, structurer et formaliser les connaissances
- Apporter un cadre, un Référentiel de bonnes pratiques
- Conforter ses pratiques

Être plus à l'aise sur le sujet en consultation	Gagner de l'assurance	Dans le discours délivré au patient
		Dans la démarche diagnostique et thérapeutique
Amélioration des pratiques	Elargir la démarche diagnostique et thérapeutique	
	Repérer les patients à risque plus rapidement	Ici de chronicisation
	Aider à limiter ses prescriptions d'examen complémentaires	Imagerie
		Arrêt de travail (prescription plus courte)
Mieux informer le patient	Outils : ordonnance pour délivrer les messages clés de la pathologie au patient	
Apporter un confort de travail	Gain de temps	Mutualisation du travail de recherche
		En consultation sur la phase de réflexion devant un problème donné
		Outils à disposition (fiche mnémotechnique et ordonnance type)
	Sécurité	Ne pas passer à côté des drapeaux rouges

Pour le concepteur :

- Formation à l'élaboration d'un protocole
- Intégration du protocole dans la pratique plus aisément
- Amélioration des compétences diagnostiques et thérapeutiques :
  - Amélioration dans la recherche des diagnostics différentiels : détection des drapeaux rouges plus précocement
  - Amélioration de la détection des facteurs de risque (de chronicisation ici) et orientation de la prise en charge avec une approche plus globale: Intégration dans la pratique des questionnaires Start Back et FABQ

Pour le patient :

- Être mieux informé sur sa pathologie : Clarifier les idées du patient
- Être plus rassuré sur sa pathologie : Ressenti du patient d'un médecin plus confiant ; patient plus confiant
- Prise en charge améliorée, plus adaptée

**Intérêts d'harmoniser les pratiques par un protocole interprofessionnel pour les praticiens:**

- Permettre une communication interprofessionnelle au sujet traité
- Mettre en place une coordination interprofessionnelle : faciliter l'adressage des patients aux kinés
- Mettre en place une harmonisation des pratiques interprofessionnelle
- Evaluer les pratiques harmonisées
- Apporter une confiance interprofessionnelle
- Améliorer la prise en charge du patient

Avoir un discours commun permet au patient de recevoir un discours cohérent de la part des professionnels de santé	Permet de rassurer le patient
	Limiter son impression d'errance diagnostique, son incompréhension et sa peur
	Lutter contre les « fakeMed »
Limiter les erreurs de prise en charge	Barrière en plus aux événements indésirables associés au soin

## VII.6. Annexe 6 : La grille COREQ

### Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

1. Enquêteur/animateur : Une chercheur a mené les entretiens individuels
2. Titres académiques : médecin généraliste
3. Activité : remplaçante
4. Genre : féminin
5. Expérience et formation : DES de médecine générale
6. Relations avec les participants - Relation antérieure : l'enquêtrice a connu certains participants avant le commencement de l'étude (lors d'un stage d'interne effectué dans un cabinet du pôle de santé).
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : les participants savaient que le chercheur réalisait un travail de thèse.
8. Caractéristiques de l'enquêteur (biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche) : Interne en stage dans un cabinet du pôle de santé lors de la présentation du protocole lombalgie, a assisté à la plénière de présentation de février 2018 ; a fait par la suite quelques remplacements dans un des cabinets du pôle. Question : le protocole lombalgie est-il utilisé par les médecins généralistes du pôle de santé ?

### Domaine 2 : Conception de l'étude, Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie : analyse du discours et analyse inductive.
10. Échantillonnage : échantillonnage de convenance.
11. Prise de contact : première prise de contact par courriel.
12. Taille de l'échantillon : 12 participants sont inclus dans l'étude.
13. Non-participation : 2 refus : long congés (> 3 mois) et manque de temps.
14. Cadre de la collecte de données : lieu du travail des personnes interviewées ou choix du lieu par les participants.
15. Présence de non-participants : non.

16. Description de l'échantillon : Dix médecins généralistes d'une tranche d'âge de 28 à 63 ans ont été interviewés d'octobre à décembre 2019, six étaient des femmes. Ils faisaient partie du pôle de santé au moment de la présentation du protocole en février 2018.
17. Guide d'entretien : fournis par l'auteur et non tester au préalable.
18. Entretiens : non répétés.
19. Enregistrement : audio pour recueillir les données.
20. Cahier de terrain : quelques notes prises pendant l'entretien.
21. Durée de l'entretien : 26 à 72 minutes.
22. Pas de Seuil de saturation car exhaustivité dans la représentation des données.
23. Un retour des retranscriptions aux participants pour commentaire et ou correction a été fait.

### Domaine 3 : Analyse et résultats

24. Nombre de personnes codant les données : 2
25. Description de l'arbre de codage : les auteurs ont fourni une description de l'arbre de codage.
26. Détermination des thèmes : déterminés à partir des données.
27. Logiciel : aucun n'a été utilisé pour gérer les données.
28. Vérification par les participants : les résultats n'ont pas été encore transmis aux participants.
29. Citations présentées : Les citations des participants ont été utilisées pour illustrer les thèmes, chaque citation était identifié ( n° du participant).
30. Cohérence des données présentés et les résultats : oui.
31. Clarté des thèmes principaux : les thèmes principaux ont été clairement présentés dans les résultats.
32. Clarté des thèmes secondaires : il a une description des cas particuliers et des thèmes secondaires.

## VIII. Conclusion signée

THÈSE SOUTENUE PAR : Auria LELONG

**TITRE : Intérêt d'un protocole d'harmonisation des pratiques au sujet de la lombalgie aiguë commune, dans un pôle de santé interprofessionnel à Saint-Martin-d'Hères : enquête par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.**

### CONCLUSION :

La prévalence des lombalgies aiguës et chroniques en soins premiers est importante avec des répercussions humaines et socioéconomiques majeures. Devant cette problématique, un médecin généraliste et un kinésithérapeute ont développé au sein du pôle de santé de Saint-Martin-d'Hères, un protocole interprofessionnel d'harmonisation des pratiques. Ils l'ont proposé début 2018 aux médecins généralistes, kinésithérapeutes et pharmaciens du pôle, avec pour objectif de prendre en charge le patient de façon globale et pluriprofessionnelle, selon le modèle « biopsychosocial ». Pour cela, leurs préconisations ont été d'essayer d'harmoniser les pratiques et le discours délivré au patient, selon les recommandations de l'HAS. Ainsi que de prescrire en aigu de la kinésithérapie de type McKenzie en cas d'arrêt du travail du patient.

En utilisant une approche d'analyse qualitative, l'objectif de notre étude était de connaître l'utilisation du « protocole lombalgie » par les médecins généralistes, par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés, et de chercher les freins à son utilisation. Pour cela, dix médecins généralistes sur les douze inclus étaient interviewés d'octobre à décembre 2019.

L'analyse des résultats montre que malgré leur recours variable au protocole, tous avaient intégré les recommandations de bonnes pratiques (HAS 2019). Pour certains, le protocole venait conforter leurs pratiques. Pour d'autres, celui-ci avait permis de les améliorer en remettant à jour leurs connaissances, en leur procurant des outils d'aide à la consultation, et en les aidant à limiter leurs prescriptions d'arrêt de travail.

La prescription en aigu de kinésithérapie active courte était acceptée par *quasi* tous les médecins interrogés. Leurs motivations étaient de pouvoir soulager la douleur du patient, de l'aider à se remobiliser rapidement, et de l'autonomiser dans la gestion de sa douleur. Cependant la limite soulevée était que la méthode McKenzie ne correspondait pas à tous les patients et qu'elle devait être évaluée dans le cadre du protocole.

Les freins à l'appropriation et à l'utilisation du protocole étaient essentiellement la complexité initiale du protocole, le manque de temps, son manque de médiatisation et la présence de nombreux projets au sein du pôle de santé.

Pour tous les praticiens, le protocole avait permis la mise en place d'une communication interprofessionnelle, d'une coordination des soins, d'une harmonisation des pratiques et d'un discours commun. A noter que pour certains, il avait fait également émerger une confiance envers les kinésithérapeutes du pôle.

Cette étude permet de mettre en avant l'intérêt d'un protocole d'harmonisation des pratiques au sein d'une structure pluriprofessionnelle de soins primaires, ainsi que d'identifier les limites d'un protocole et les freins à son appropriation.

Il serait intéressant par la suite de connaître l'impact de l'utilisation de ce protocole dans le ressenti des patients.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

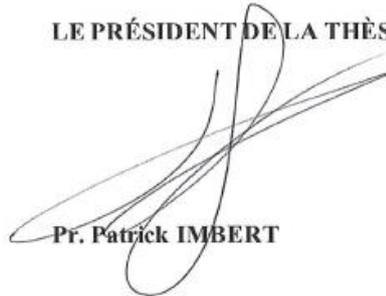
Grenoble, le : 25/02/20

**LE DOYEN**



**Pr. Patrice MORAND**

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**



**Pr. Patrick IMBERT**

Pour le Président  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND

## IX. Verbatims des entretiens semi-dirigés

### IX.1. Entretien 1 : E1

I= Informatrice ; E= Enquêtrice

E : Est-ce que si tu es d'accord, tu peux parler un petit peu de toi, ton parcours, ton âge, depuis quand tu exerces dans le pôle, combien de jours tu travailles par semaine et si tu participes à des formation médicale continue, et si tu en as eu sur la prise en charge du patient lombalgique ?

I : Alors moi, j'ai [...] ans, je suis installée sur SMH depuis [...], je suis arrivée en janvier [...]. [...] J'ai pris la suite [...] et on s'est installé en associés depuis [...]. Et maintenant on a une collaboratrice [...]. Donc j'ai finis mon internat en [...], j'ai été Thésée en [...] . J'ai remplacé jusqu'en [...], en faisant des remplacements un peu fixe à certains endroits. J'avais un projet d'installation à [...] qui a capoté et du coup après je suis arrivée après sur SMH. [...] Je fais partie du pôle de santé depuis [...], depuis que je suis arrivée à SMH.

E : D'accord, est ce que tu as participé à des sessions de formations médicales continues ? Et est-ce que tu en as suivi sur la prise en charge du patient lombalgique ?

I : alors, des formations oui, avec [...] je fais mes formations. [...] Et sur la lombalgie je ne crois pas. Non, par contre il y a eu un peu des formations par FC et SF, ils ont fait plusieurs trucs, il y a eu une soirée sur la lombalgie avec les kinés.

E : D'accord, Qu'est-ce que la notion de Lombalgie en Médecine générale évoque pour toi ?

I : Alors, un plein le dos (rire). Non, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui font des lumbagos parce qu'ils font un faux mouvement mais souvent les lombalgiques, il y a un ras le bol de quelque chose et ça se somatise sur le dos.

E : D'accord, comment tu définirais la lombalgie aigue et quelles sont les causes à la lombalgie chronique que tu connais ?

I : Et ben, le mal de dos brutal, soudain, suite à un faux mouvement ou un port de charge lourde, ou d'un coup, souvent c'est musculaire quand même. Après il y a d'autres causes, il faut éliminer les drapeaux rouges (rire). Et les causes pour la lombalgie chronique, bon il y a des gens qui ont mal au dos tout le temps, tu ne sais pas trop vraiment pourquoi parce qu'il y a

pas grand-chose, sinon tu as tout ce qui est sciatique, discarthrose, hernie discale, l'arthrose, ils ont mal tout le temps.

E : D'accord, et les drapeaux rouges c'est quoi du coup ?

I : Faire attention à si il y a une infection, si il y a des prises de médicaments particulières, notamment les corticoïdes. Il faut regarder si c'est quelqu'un de jeune, il y a tout un truc, on regarde un peu. Savoir si il y a de la fièvre. Enfin si c'est pas normal, je trouve que dans notre pratique il y a du flair. Quand il y a une lombalgie qui arrive et tu sens que c'est un peu bizarre. Tu regardes, souvent tu as un drapeau rouge et tu vas plus vite au bilan, à faire des choses. Les circonstances du mal de dos, si c'est arrivé comme ça sans rien, sans facteurs favorisants, tu te poses quand même des questions. Je ne les connais plus par cœur, mais on doit les avoir dans notre logiciel.

E : Je les ai moi sinon.

I : On regardera tout à l'heure.

E : Qu'est-ce que tu fais quand tu suspectes une lombalgie aigue chez un patient ?

I : Ben je les examine déjà, j'élimine les drapeaux rouges, et ensuite je leur dis qu'il va falloir bouger pour que ça aille mieux, qu'il ne faut toujours pas s'arrêter de bouger. Après ça dépend de l'âge des gens aussi. Je prescris des antalgiques. A priori, tout ce qui est anti-inflammatoire tout ça, après la dernière formation qui nous ont fait, ça n'a pas d'effet très bénéfique, mais j'en prescris encore parce que des fois les gens, ils sont soulagés en deux trois jours. ça va un peu plus vite que juste les antalgiques. Voilà, si possible pas d'arrêt de travail. mais ça dépend de la douleur et ce qu'ils font aussi comme boulot. Parce que le gars qui est maçon, qui est bloqué du dos, il va pas pouvoir aller travailler. Enfin, voilà ça dépend un peu de ce que c'est. Après je regarde si j'ai pas un déficit moteur important, de toute façon c'est les drapeaux rouges ça. Après en traitement, on peut prescrire quelques séances de kiné pour la lombalgie aigue, on en a une toute faite, c'est le McKenzie, à l'espace kiné. Mais c'est pareil, après il y a des gens qui ne voudrons pas aller chez le kiné parce qu'ils ne sont pas très friands de ça, mais c'est quelques séances.

E : D'accord, Qu'est-ce que tu proposes d'autres ?

I : Marcher, continuer à bouger, je suis vachement aussi sur mettez du chaud, massez, étirez-vous. Je leur prescris les 5 séances de kinésithérapie active + ou - McKenzie en rapport avec

geste et posture adapté à l'activité professionnelle. Voilà c'est court mais souvent ça leur suffit, quand ils reviennent il le disent que ça a été efficace.

E : D'accord, est ce qu'il y a des éléments qui te paraissent difficile dans la prise en charge de la lombalgie aigue ?

I : Oui, quand tu n'arrives à les soulager, qu'ils reviennent et que ça se chronicise. Parce que c'est quand même souvent qu'ils reviennent et qu'ils sont pas... C'est pas tous, où ça va mieux d'un coup.

E : Des difficultés lié aux patients ? lié au médecin ? lié au contexte ?

I : Ben c'est lié au patient, ça dépend aussi vachement des gens, si c'est la première fois, si c'est pas la première fois. Si ils ont des antécédents, et qu'ils en ont eu beaucoup. Souvent ça va se chroniciser pour certains. Ça dépend de son âge, de ses autres facteurs de comorbidités. Si c'est quelqu'un qui a déjà mal au genou, ça va être compliqué qu'il aille marcher. Si c'est quelqu'un de jeune comme toi, ça va être assez facile de lui dire « continuer à vous activer ». On peut pas avoir un truc tout fait, on sait l'idéal de ce qu'il faut faire et puis après on le propose à nos patients. On a aussi des petits livrets de la CPAM sur le mal de dos, en salle d'attente on en a. Voilà et moi je leur fait des schémas aussi d'exercice de kiné, pour certains que je n'envoie pas chez le kiné directement. J'en profite de leur faire faire un exercice pour remuscler leur lombaire et soulager les douleurs. Parce que ça marche plutôt bien. Donc je leur fais un petit dessin et puis je leur donne.

E : D'accord,

I : Tu veux que je montre ce que je fais ?

E : Oui

I : Alors, je leur dis qu'il faut se coucher sur un plan dur, sur le dos comme ça. Et là ils plient leur genou et je leur dis qu'en inspirant ils vont lever les fesses donc ils vont se retrouver comme ça, et en expirant, ils vont descendre vertèbres après vertèbres en commençant par celles du haut et du coup, ça oblige d'avoir une bascule du bassin et en dernier tu poses les fesses. Donc en expirant ils vont venir poser le dos petit à petit, vertèbres après vertèbres. Et ils font ça deux-trois fois au début parce que en fait quand tu as mal au dos ben ça te soulage, c'est vraiment jouer sur l'inspire et l'expire. C'est un exercice que je leur demande de faire parce qu'en fait, ça muscle les lombaires et ça permet d'avoir moins mal au dos. Voilà et je leur donne mon petit schéma.

E: Et tu leur demandes de le faire combien de fois ?

I : Et Voilà, ils le font trois fois au début, puis après trois fois le matin, trois fois le soir, cinq fois le matin, cinq fois le soir, en fonction de comment ça leur fait mal, le but ce n'est pas de leur faire mal au dos. C'est sûr que si ils ne sont pas musclé au début, ils vont avoir un peu mal, un peu comme des courbature, mais en fait ça soulage au bout d'un moment, puis ça muscle.

E : D'accord,

I : Puis je leur parle des coussins avec les noyaux de cerise ou graine de lin, des bouillottes à mettre sur le dos, se masser.

E : D'accord, avec une crème ?

I : Oui soit je leur met du diclofénac si ils veulent, soit de l'huile à l'arnica ou des choses comme ça. Faut que ça soit chaud quoi.

E : D'accord, est ce que il y a quelque chose qui pourrait t'aider à mieux prendre en charge un patient lombalgique ?

I : euh aigu ou chronique ?

E : aigu

I : ben il y a cette ordonnance, elle est pas mal, du coup on les envoie chez le kiné. En fait, ce qui m'aide c'est que quand tu les envoies chez quelqu'un, on a le même discours. Le fait qu'on ait le même discours, c'est vachement important. Si tu l'envoies chez le kiné, qui dit bah non c'est bien de faire du massage etc, alors que ce n'est pas ça qu'on recherche. Et comme on a le même discours avec les kinés, c'est quand même... Après ils vont pas tous chez les mêmes kinés mais on conseille un peu ce qu'on sait avec qui il y aura le même discours. Et on prescrit des séances de rééducation active donc normalement ils doivent pas les masser. Ça, ça aide c'est sûr.

E : D'accord, est ce que tu les adresses vers un kiné en particulier ?

I : Ben à espace kiné pas mal ou à M.

E : D'accord, est ce que tu utilises des référentiels ou des outils qui t'aide ou qui t'aiderais dans la prise en charge d'un patient avec une lombalgie aiguë ?

I : Non, je n'utilise pas de référentiels.

E : D'accord, par exemple les recommandations Has ?

I : ben non, Faudrait peut-être que je les lise un fois, peut être que ça m'aiderait. Mais on a fait une ou deux soirée là-dessus, donc je pense que ça m'a remis un peu à jour les trucs.

E : D'accord. Maintenant si tu es d'accord, on va parler du protocole lombalgie, est ce que tu connais le protocole lombalgie aigue ?

I : ben je sais pas, il y a une fiche là, parce que moi j'avais du être dans celle qui s'était proposé à l'utiliser mais on ne l'utilise pas non plus tout le temps. Mais le protocole c'est quoi, c'est justement, essayer de pas faire d'arrêt de travail, de les mettre chez le kiné juste quelques séances, c'est ça le protocole de la lombalgie aigue ? Après je sais pas si c'est complètement ça ou si il y en a plus ou pas ?

E : Tiens, il est là. (L'enquêteur donne la fiche protocole à l'informatrice)

(Lecture de la fiche protocole par l'informatrice)

I : Oui, l'harmonisation des pratiques. L'outil REPAR, on ne l'utilise plus ce machin, ça c'est pour la lombalgie chronique ?

E : Oui

I : Pour la lombalgie aigue, c'est drapeaux rouges, drapeaux jaunes. voilà on fait pas ou peu d'arrêt de travail. On recherche des trucs de chronicisation, ça je ne le fais pas le FABQ.

E : Et le Startback ?

I : non, pas d'imagerie, ça j'en fais pas. Le Backbook, ben c'est pas le Backbook mais c'est celui de la CPAM. Là j'en avais, tu vois j'en ai plus, on en a en stock, il faut que j'aille les chercher. Et on en laisse en salle d'attente. Voilà, kiné McKenzie, ben si c'est ça, tu vois, je les fais à peu près quoi.

E : D'accord,

I : Après quand ils sont en phase subaiguë, ou que ça commence à se chroniciser, je les envoie au groupe de marche qui a été mis en place avec la mairie le mardi matin. Ça j'en ai pas mal et ils sont hypercontents. Et puis du coup, il y en a qui sont aussi diabétique donc c'est bien, ça les fait bouger quoi. Mais effectivement, je prends pas le temps de faire les questionnaires, c'est des questionnaires hyperlongs, ils nous les avaient montrés. Par contre, je ne fais pas d'imagerie, j'évite l'arrêt de travail, et je fais de la kiné mais courte et des conseils posturaux

et tout. Donc je pense que je suis pas mal dans les clous. Et puis, il y a la fiche quand on a une consult, on essaye de la remplir. (L'informatrice se connecte à l'ordinateur au logiciel de consultation d'information partagée pour retrouver la fiche d'aide à la consultation). Parce que j'avais été dans les médecins qui avaient été sollicités. (elle cherche sur le logiciel, présente quelques doutes sur le document qu'elle cherche et qu'elle choisit finalement d'ouvrir) Alors peut-être qu'ils l'ont changé hein. Je pense qu'ils ont changé là, parce que les dernières que j'ai remplies, c'était pas comme ça. Attends, je l'ai remplie pour une dame que j'ai vue hier, (on regarde le dossier, une prescription de séances de kinés actives apparaît à la date d'hier, puis le formulaire apparaît à une date de mars 2019). (L'informatrice se remet sur le formulaire original et le décrit). Oui c'est ça, tu peux mettre diagnostic aiguë ou subaiguë, après tu mets ce que tu donnes, antalgique palier 1, palier 2, je mets pas de myorelaxant, imagerie oui/non, arrêt de travail. Oui je pense que c'est ça. Je sais pas si on est beaucoup à l'utiliser.

E: D'accord, est-ce que ce protocole il a des limites pour toi ?

I: ben il y a l'histoire des questionnaires, il faudrait que je m'y remette dedans mais j'ai l'impression que c'est un peu long. Je ne les maîtrise pas assez je pense pour les proposer. (silence) Après, c'est assez facile de le suivre, de dire qu'on met les gens moins en arrêt de travail, qu'on remet les gens en activité. Pour la lombalgie aiguë, si on a tous le même discours c'est plutôt pas mal quoi. Mais faut avoir tous le même discours, si ils vont voir quelqu'un qui leur dit « ah il faut t'arrêter, il faut des massages », c'est sûr que... Voilà mais sinon, il est pas trop compliqué à mettre en place. Il a des limites parce que les gens des fois, ils ont quand même mal et ça marche pas et que ben du coup ça se chronicise.

E: D'accord, est-ce que tu serais d'accord pour me faire part de tes retours sur ce protocole ?

I: Euh...

E: Est-ce que tu as l'impression que ça a amélioré tes pratiques ? la prise en charge du patient ?

I: Ben, ça m'a aidé à dire aux gens, je vais pas vous arrêter, et puis ils sont pas d'accord, je leur dis « vous savez, c'est un peu tout le monde qui fait comme ça maintenant, il faut bouger » ; ça m'aide à leur dire qu'il faut bouger et pas rester sans rien faire. Après, ça m'a aidé aussi à leur dire, ok pour de la kiné mais active et pas massage. Et puis pareil pour les arrêts de travail, leur dire que c'est conseillé de bouger et du coup faut retourner au boulot,

pour pas que ça se chronicise. Ça a renforcé en fait des choses, en disant qu'on est plusieurs à faire comme ça. Donc quand on sait que c'est fait comme ça par les autres, c'est plus facile aussi pour le mettre en place.

E : D'accord, et est-ce que tu as l'impression que ça a amélioré la prise en charge du patient ?

I : Oui je pense. Après t'en as certain qui reviennent tout le temps. Parce que c'est autre chose, c'est ce que je te disais au début de l'entretien, c'est pas le dos, c'est autre chose qu'il faut prendre en charge. Mais sinon les lumbagos, c'est des personnes jeunes et ils ne viennent pas trop trop nous voir. Ça passe quoi.

E : D'accord,

I : Après voilà, moi je faisais ça déjà avant le protocole, donc j'ai pas non plus changé complètement toutes mes pratiques parce que je pense que c'est efficace.

E : D'accord, et est-ce que tu as des retours de patients ?

I : Oui, la dame qu'on vient de regarder, elle, elle est au groupe de marche, elle est hyper contente. Elle a pas pu y aller les deux mardi précédents parce que elle avait ses enfants qui déménageaient et qui étaient donc chez elle. Et elle m'a dit, il va falloir que j'y retourne parce que c'est important, ça lui fait du bien. Puis du coup, ils sont en groupe, elle dit le groupe il est bien, il est dynamique, ça pousse quoi. Donc c'est bien. Et puis, il y en a deux trois autres qu'on arrivait pas à bouger et qui y vont. Alors après je ne sais pas si ils y vont très régulièrement hein mais... Ben tu vois, elle je l'ai revu pour son dos hier, c'est en chronique. J'ai pas rempli le formulaire chronique. Par contre, j'ai mis l'ordonnance kiné subaiguë et chronique. (rire) Là-dessus, ça aide d'avoir des trucs un peu... comme ça on a tous la même prescription.

E: D'accord, est ce que tu sais si le protocole il a été modifié ou pas ?

I : Pour la lombalgie aigue ?

E : Oui,

I : Ben non, je ne sais pas. Pour la chronique, c'était trop compliqué l'histoire du REPAR, enfin surtout pour le mettre en place en fait, ça prend un temps fou. Mais effectivement ce truc REPAR, ça va très bien quand je dis aux gens que c'est pas que le mal de dos en fait, que c'est tout un reste qui faut améliorer. Il fallait qu'ils disent leur sept priorités dans leur vie, on essayait de les faire avancer là-dessus et on voyait comment leur mal de dos à priori aller

mieux. Mais c'est de la psychologie d'une certaine manière, mais ça prend un temps fou. C'est un peu de la psychothérapie aussi. Il fallait qu'ils donnent, je sais plus exactement mais c'était six ou sept objectifs qu'ils devaient se donner pour les mois à venir. Ça pouvait être très bien, juste plus m'engueuler avec ma femme tu vois et puis ils se mettaient sur une échelle pour voir où ils étaient. Puis tu les revoyais un ou deux mois après, voir comment ils avaient avancé. Et tu voyais que si ces objectifs-là arrivaient à avancer, ben du coup leur mal de dos en chronique était aussi amélioré. Donc ça, je veux bien y croire parce que effectivement c'est un tout la lombalgie chronique, c'est pas que le mal de dos souvent, c'est autre chose dessous, c'est un plein le dos. Je pense que ça traduit bien.

E : D'accord, est ce que tu as des choses à rajouter ?

I : Ce qui est aidant aussi, c'est que à priori la CPAM, elle a le même discours que nous, elle nous a fait passer des petits livrets et je crois qu'il y a quelque chose entre eux et nous, je ne sais pas exactement ce qu'ils ont fait mais du coup ils étaient contents de savoir qu'on était un peu précurseur à mettre en place ce qu'ils disaient. Je pense après qu'il y a plein de médecins qui font la même chose sans que ce soit protocolisé, tu vois ?

E : Oui,

I : En gros c'est l'harmonisation des pratiques. Mais c'est souvent aussi l'objectif de toutes les formations sur n'importe quoi, tu vois. Si tu formes plusieurs médecins à la même chose, si ils font pareil après. Si ce qu'ils font c'est bien et tout le monde fait pareil, ben c'est plus facile pour les patients de s'y retrouver et même pour les autres soignants. Une infirmière qui soigne les diabétiques, si elle s'occupe de patients qui sont suivis par des médecins différents, s'ils avaient pas tous un peu les mêmes protocoles, ça serait vraiment hyper compliqué pour elle. Donc c'est pareil pour nous, le but c'est de tendre vers de l'harmonisation des pratiques. On peut pas le faire de partout, tout le temps mais je pense qu'au pôle c'est un avantage qu'on a. C'est qu'on essaie de faire ça quand même. Voilà.

E : Bon ben merci beaucoup, je vais couper le dictaphone.

## IX.2. Entretien 2 : E2

I : Informateur ; E : Enquêtrice

E : Ok c'est parti. Est-ce que tu peux me parler un peu de toi ton parcours, ton âge. Depuis quand tu exerces dans le pôle de santé? Combien de jours par semaine tu travailles dans le pôle? Et puis si tu participes à des sessions de formation médicale continue, et si oui est ce que tu en as suivi la prise en charge du patient lombalgique?

I : Donc, j'ai [...] ans je suis installé dans le cabinet depuis [...] . [...] je me suis installée dans le pôle de santé quasiment en même temps que mon installation dans le cabinet. Et donc j'ai pris part aux activités du pôle tout de suite ou en tout cas très rapidement après. Je fais de la formation continue sur des thèmes variés tous les ans et je n'ai pas fait de formation spécifique sur les lombalgies pour l'instant.

E: ok,

I : Alors, je travaille [...] par semaine au cabinet et puis pour le pôle de santé c'est très variable, mais je participe aux différentes réunions qui il y a, voilà les plénières, les ateliers cliniques, les assemblées générales et d'autres activités annexes.

E: Ok ça marche, Qu'est-ce qu'elle évoque pour toi la notion de lombalgie en médecine générale?

I : C'est très fréquent. Rarement grave. Mais ça nous prend une bonne partie des consultations. C'est un motif qui revient très très souvent, qui nécessite quand même une vraie prise en charge dans tous les domaines médicaux quoi, que soit bio psycho social. La lombalgie, elle revient, voilà ça rayonne dans tous ces domaines-là.

E: D'accord, Comment tu définirais la lombalgie aiguë? Quelles causes à la lombalgie chronique, tu connais?

I : Lombalgie aiguë, lumbago. Donc une douleur lombaire brutale, très souvent sur un effort de soulèvement ou un faux mouvement, ou après ça peut venir sans raison particulière. Et lombalgie aiguë, c'est quelque chose qui n'est pas grave, je ne sais pas exactement ce qui se passe dans le dos, en fait. Je sais pas trop comment expliquer ça aux patients, mais en tout cas ce n'est pas grave et ça part en quelques jours, suivant l'état de santé du patient, suivant le fait qu'il ait eu ou pas des lombalgies avant. La lombalgie chronique, c'est une douleur un peu permanente, soit permanente tout le temps, soit des crises très répétées de lombalgie aigue. Chez des gens qui sont, de fait, handicapés par ça un peu tout le temps et qui des fois sont obligés carrément de changer de travail ou d'adapter le poste de travail. Avec une prise en

charge qui n'est pas évidente. Je trouve en tout cas pour la lombalgie chronique que soit au niveau thérapeutique, au niveau rééducation fonctionnelle kiné ou prise en charge, qui ne sont pas évidentes.

E: (acquiescement de tête)

I : Et qui prennent souvent du temps et qui et qui sont très anxiogènes pour les patients, parce que ils ne comprennent pas exactement pourquoi ils ont mal au dos. Et souvent, on fait des examens complémentaires, mais on trouve pas grand-chose donc il y a cette discordance entre la clinique et les examens complémentaires qui est aussi pas évident à gérer. Je trouve.

E: ouais,

I : Pour la lombalgie chronique en tout cas. Lombalgie aiguë c'est un peu plus un peu plus simple à gérer. Moi, je trouve.

E : (acquiescement de tête). Qu'est-ce que tu vas faire quand tu suspectes une lombalgie aiguë chez un patient ? Je dis juste à ce propos, j'utiliserai le mot patient dans son sens générique englobant les patients hommes ou femmes.

I : D'accord.

E : Mais en gros, qu'est-ce que tu vas faire quand tu suspectes une lombalgie aiguë chez un patient?

I : Euh, quand je reçois quelqu'un qui a mal au dos comme ça, de façon aiguë au cabinet. J'essaie de l'examiner du mieux que je peux mais souvent c'est un peu compliqué parce qu'ils sont tellement coincés que ce n'est pas évident de les examiner. En tout cas, on élimine les causes graves de lombalgies les causes inflammatoires ou on s'enquiert du fait que c'est secondaire à un faux mouvement ou à quelque chose de fonctionnel, que la douleur est vraiment mécanique. Après je leur explique ce que c'est que le lumbago, s'ils n'en ont jamais eu. Les gens qui en ont eu, ils savent ce que c'est généralement et ne posent pas trop de questions. Ils savent que ça passe assez rapidement. Sinon, je leur explique, je leur dis que c'est pas grave, que ils ont pas le dos cassé. Et voilà, que c'est pas parce qu'ils ont mal au dos comme ça, qu'ils vont se retrouver handicapé après. Et après, je leur calme la douleur, je leur prescris de quoi calmer la douleur et je leur prescris très facilement des séances de kiné assez rapidement pour débloquer un peu la situation. On a des kinés dans le pôle qui sont un peu spécialisés là-dedans donc on a un accès facile aux kinés qui sont bien formés dans la lombalgie. Et voilà, on fait toujours attention aux facteurs de risque de chronicité. On a été sensibilisés à ça avec le protocole dans le pôle, donc on fait un petit peu attention à ça, de remettre les gens en mouvement très rapidement. Les rassurés sur leur colonne et puis voilà, faire attention à tous les facteurs de risque qui font que ça devient chronique.

E: ok, d'ac, Est ce qu'il y a des éléments qui te paraissent difficiles dans la prise en charge de la lombalgie aigue ?

I : Ce avec quoi j'ai du mal souvent, c'est quand les patients sont absolument à la recherche d'une cause de leur mal de dos. ça peut passer par des demandes d'examens complémentaires mais des fois, c'est pas ça, mais ils demandent vraiment qu'est ce qui se passe.

« Pourquoi est-ce que j'ai mal comme ça ? Ce n'est pas normal, c'est pas habituel. J'ai jamais eu mal au dos ». Donc je trouve que chez les patients qui ont aussi des fois un tempérament anxieux, ce n'est pas évident parce que c'est souvent des douleurs qui sont quand même très fortes, qui sont très handicapantes, les vrais lumbagos, les gens sont pliés en deux et ils ont très très mal. Donc ils ont du mal à comprendre exactement ce qui leur arrive. Et moi j'ai un petit peu de mal à leur expliquer qu'ils ont mal mais qu'ils n'ont rien au dos quoi. Alors après quand les lumbagos se répètent un peu, on commence par une radio puis on ne sait plus si jamais on se doute d'autre chose. Mais là c'est cet élément-là, l'explication de la discordance entre ce qu'ils ressentent et ce qu'il y a vraiment dans leur corps de façon, objective.

E: ouais,

I : C'est particulièrement ça qui m'embête.

E : D'accord, est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait aider à mieux prendre en charge un patient lombalgique?

I: Je me sens déjà bien aidé, j'avoue que je me repose beaucoup sur les kinés qui font beaucoup de lombalgies et qui ont l'habitude avec cette pathologie-là, parce qu'ils arrivent à les débloquer rapidement et en ayant le même discours de l'absence de substratum anatomique, du fait que la colonne n'est pas cassée etc, d'avoir un discours rassurant et de donner les mêmes informations concernant la lombalgie, ça ça rassure le patient, ça leur permet d'aller mieux. Je ne sais pas si j'aurais besoin de plus de choses, là comme ça pour soigner mes patients qui ont de la lombalgie. (silence) On est déjà bien aidé par nos kinés. Et puis, si jamais je me sens dépassé, on peut demander des avis spécialisés soit rhumatologique si on est persuadé que c'est somatique ou s'il y a un versant psychologique associé. Si la lombalgie se chronicise un petit peu, qu'on a l'impression que c'est plutôt psychologique. On peut envoyer vers la psychologue du pôle qui sont assez au fait de ça. Je dirais que j'aurais pas besoin forcément plus de choses, là tout de suite.

E: ok, Est ce que tu utilises des référentiels ou des outils qui aident à la prise en charge d'un patient avec une lombalgie aigue ?

I : Alors, il y a une chose que j'utilise beaucoup c'est le back book, c'est des messages clés destinés aux patients qui favorisent l'activité physique, qui rassure sur l'état de la colonne. Les

messages comme ça que je les intègre directement sur l'ordonnance, on a fait un petit modèle d'ordonnance. Ce Back book, je sais plus de qui ça vient mais on en avait entendu parler justement dans le protocole de gestion de la lombalgie dans le pôle de santé. Je ne sais plus si c'est quelque chose de la Sécu ou... Je sais plus. Mais ça s'appelle le back Book et c'est plein de petits items, il y en a peut-être une dizaine sur l'explication de ce que c'est que la lombalgie. Comment ça se traite, sur le fait que ce soit rassurant, que ce n'est pas grave. Voilà et les petits conseils de l'activité physique. C'est ça que j'utilise comme référentiel particulièrement.

E: Ok, Est ce que tu as notion des recommandations HAS 2019 ou pas ?

I : Non.

E : D'accord, concernant le protocole lombalgie aiguë, est ce que tu connais le protocole ?

I : Oui je le connais.

E : Est-ce que tu l'utilises?

I : Je ne peux pas dire que j'utilise, non. Je le connais mais je ne l'utilise pas au quotidien.

E : Si tu veux le regarder, je l'ai là.

I : Ouais,

E : Alors, peut être que tu utilises quelques parties. Est-ce que tu peux m'expliquer pour quelles raisons tu ne l'utilise pas ou me dire, s'il y a des parties que tu utilises, lesquelles ?

I : Effectivement, il y a quand même des choses que j'utilise. Il y a le back book dont je t'ai parlé après les drapeaux rouges et les drapeaux jaunes, ça je les utilise. Alors je les utilise pas vraiment avec le formulaire qu'on a créé pour Weda. Voilà, c'est des choses qui sont dans ma tête mais j'utilise pas les autres choses, les choses un petit peu plus compliquées à utiliser c'est les cibles les trucs la C1 C2 et les machins ça.

E: Alors, oui, ça du coup, c'est du lombalgie chronique. Et ça a été abandonné parce que non faisable.

I : Ah oui ok, donc c'est ça. Mais sinon là, donc le Backbook et les drapeaux rouges, drapeaux jaunes, ça je l'utilise quand même. Donc en fait, c'était ça le protocole Lombalgie aigue ?

E : Oui, c'est vraiment ça.

I : ( il continue de lire le protocole qu'il a sous les yeux) Ah oui et les recommandations sur l'arrêt maladie et tout ça. bon, ça c'est des choses que je fais spontanément. Aucune imagerie avant 6 semaines d'évolution. Oui voilà. Back book c'est sûr. Après drapeaux rouges, drapeaux jaunes, je les utilise mais un peu de façon... Je ne suis pas proactif dans le fait de remplir les drapeaux rouges et des drapeaux jaunes dans le dossier patient. Quand je vois un patient pour la lombalgie, c'est quelque chose qu'on a dans notre pratique, de façon un peu

subconscient. Mais. Voilà. Ce que j'utilise de façon proactive c'est vraiment le Back book, je trouve c'est des messages qui sont fort. Et qui sont hyper hyper efficaces pour les patients quoi. Après, Drapeaux rouges, drapeaux jaunes, c'est plutôt pour nous. Mais je ne les utilise pas très précisément.

E: ( hochement de tête) Et Du coup, le Start back et FABQ ? Pour dépister les facteurs de risque de chronicisation ?

I : Non je ne les utilise pas du tout.

E : Pourquoi?

I : Parce que je trouve que c'est compliqué à remplir en consultation. Je trouve que ça prend beaucoup de temps. Après je n'ai pas le réflexe de éventuellement, parce que le Start back c'est un auto questionnaire je crois non ?

E : Oui c'est ça.

I : Donc après je me suis dit, je pourrais peut être le donner aux patient et qu'ils le fassent en salle d'attente, puis que je le récupère après. Mais, en fait c'est des choses que je n'arrive pas à mettre en place pas par manque de temps, par manque de réflexe et puis par manque de qu'est-ce qu'on va en faire, quoi.

E: oui,

I : Qu'est-ce que j'en fait de ça après ? Si on me demande de remplir un truc pour faire une étude après, pour améliorer les pratiques, ouais, mais en fait je ne suis pas encore sûr de... 'fin, je sais que de faire ça, parce que des études qui ont été faites avec ça et qui ont montré que ça a amélioré la prise en charge. Mais moi je n'en suis pas encore persuadé, que c'est aussi pour ça, que j'ai du mal à les utiliser. Après, Premier arrêt de travail, toujours inférieur ou égal à 7 jours, donc ça c'est quelque chose que je fais vraiment spontanément. L'harmonisation des pratiques, ouais les recommandations dans la prise en charge, ça je ne les ai pas lues de façon très claire. La connaissance des signes d'alarmes drapeaux rouges, bien sûr comme je te l'ai expliqué, c'est un peu de l'habitude. Professionnels doivent connaître les techniques de rééducation des kinés, ça c'est sûr. Codification des dossiers, ça je le fais.

E: D'accord,

I : Mais je le fais spontanément, c'est à dire que je ne le fais pas en pensant qu'il y a le protocole lombalgie, c'est quelque chose que je mets dans mes dossiers de façon classique. Arrêt de travail toujours toujours limitée au début. L'absence d'imagerie, ouais, ça c'est après, si jamais ça évolue pas rapidement. Prescriptions de kiné, on a créé des modèles d'ordonnances de kiné que j'utilise à chaque fois pour une lombalgie aiguë. Cinq séances sont prévues.

E: D'accord, Et je me disais le groupe de marche, est ce que ... ?

I: Ouais, on a aussi une ordonnance type donc c'est quelque chose à laquelle on a accès facilement dans le dossier. Je le prescris très souvent. Je le prescris une fois pour les patients et après ils continuent à y aller. En fait, il y a pas mal de choses que je l'utilise (rire), en fait j'avais oublié que tout ça, c'était dans le protocole lombalgie. (rire)

E: (rire puis silence) Est-ce que pour toi il y a des limites au protocole?

I: Je le trouve quand même assez bien complet parce que j'ai toujours peur de la sur médicalisation des patients lombalgiques et je me dis que c'est pas mal quoi. Je pense qu'il est bien fait et cette prescription de cinq séances de kiné, C'est clair que pour le patient, il y aura cinq séances, il y en aura pas plus. Sauf si après ça évolue défavorablement mais je trouve ça bien. Les limites, la limite que je vois c'est le fait de remplir les questionnaires parce que ça prend beaucoup de temps et donc moi je pense qu'il faut des consultations dédiées pour ça. Ce n'est pas évident de faire venir les gens pour ça. Et puis peut être l'absence pour moi en tout cas, ou je ne suis pas au courant mais l'absence de but en fait, de remplir ces questionnaires là et de savoir ce qu'on en fait exactement.

E: (hochement de tête) En parlant du formulaire Weda, est ce que tu l'as déjà rempli ou pas?

I: Je l'ai rempli une fois, euh deux fois je pense. Pas plus.

E: (hochement de tête) Qu'est-ce que tu en as pensé. Est-ce que tu penses que c'est un outil qui peut t'aider ou pas ?

I: Pour être clair, il faudrait que je le revois vraiment. En tout cas je n'ai pas du tout le réflexe de l'utiliser. Mais parce qu'il y a des choses qui se répètent un peu c'est à dire dans Weda, on peut mettre les arrêts maladies dans un endroit de Weda et en fait dans le formulaire, on doit le remettre aussi coché. Après c'est la même chose si ce formulaire allait être utilisé après. Voilà pour un travail de recherche. Je pense que je serais beaucoup plus proactif pour le remplir de façon correcte mais par contre je pense qu'il est assez bien fait de mémoire. Je n'ai pas le réflexe de l'utiliser mais je pense qu'il a assez bien fait.

E: Tu sais où il est ?

I: Ouais, on va prendre un dossier test. Dans une consultation ici. Lombalgie commune. diagnostic, date de début de l'épisode, consultation initiale de suivi accident de travail, oui, non. ça c'est des choses qui se répètent un peu. examen clinique, antalgique palier 1, palier 2. Donc ça c'est quoi? Est-ce que ce qu'ils ont déjà été prescrit ou est-ce que c'est une prescription de la consultation en cours ? Kinésithérapie ou non, arrêt de travail de combien de jours. Autre prescription, une faute d'orthographe (rire). Start back, FABQ, ça c'est des choses que je ne fais vraiment pas. Moi je crois que j'avais créé des formulaires drapeaux

rouges et drapeaux jaunes. Un formulaire drapeaux rouges où on pouvait cocher les drapeaux rouges et un formulaire drapeaux jaunes où on pouvait cocher les drapeaux jaunes. Je sais pas si c'est moi qui l'ai fait ou si je l'ai récupéré. Je ne sais plus. Messages clés délivrés, c'est le back book ça, que je mets sur l'ordonnance. Moi je trouve qu'il est assez bien fait. Mais moi pour ma pratique, ça ne me sert pas ce formulaire. ça ne me facilite pas ma vie en fait. ça ne la rendrait pas plus difficile mais pour moi, c'est un super formulaire pour faire des statistiques en fait, savoir chez les patients lombalgiques qui est ce qui a pris du palier 2 ? Qui est ce qui a été arrêté tant de jours? Qui est ce qui a eu un scanner dès la première consult? Pour moi c'est ça l'intérêt.

E: Toi tu as un formulaire sur Weda que tu utilises ?

I: (montre le formulaire sur weda). Tiens, ils sont là "Drapeaux lombalgies". "Drapeaux rouges, drapeaux jaunes". Et ça c'est pas mal. 'Fin, Moi ça c'est un truc que j'utilise un peu.

E : C'est toi qui l'a fait du coup ?

I : Il me semble que c'est moi qui l'ai fait ouais. Tu coches un truc et ça l'affiche.

E : D'accord, et celui-là tu t'en sers ?

I: Je ne m'en sers pas à chaque fois. Quand j'ai une suspicion, je me dis, tiens je vais reprendre le drapeau rouge puis les remplir.

E : Est-ce que tu voudrais me faire part de tes retours d'expériences sur ce protocole ?

I: Je n'en ai pas beaucoup. J'en ai pas.

E : Mais est-ce que tu as l'impression que ça a amélioré ta pratique ou pas?

I: Je ne pense pas que ce soit le protocole qui ait amélioré ma pratique. Je pense que c'est plutôt les discussions qu'on a au sein du pôle avec les kinés qui font beaucoup de lombalgies et le fait qu'on ait discuté tous ensemble de l'harmonisation des pratiques, du Back book, du Start back et du machin. Je pense que c'est plus le fait qu'on en ait parlé ensemble et effectivement que le protocole ait été décrit plus que, l'utilisation notamment des formulaires sur Weda. Mais en fait je me suis rendu compte que ce protocole, je l'utilisais un peu tous les jours en fait ou à chaque fois par bribes. Pas tout le protocole en même temps mais... Donc ouais, je pense qu'on peut dire que oui le protocole a amélioré ma pratique parce que j'ai quand même plus de plus de facilité, même s'il reste des côtés qui sont un peu compliqués à gérer mais dans la lombalgie je suis plus à l'aise quand même qu'avant. ça c'est sûr. Parce que je sais à qui envoyer, parce que je sais les choses qu'il faut rechercher et qu'il ne faut pas faire d'imageries tout de suite. Des choses qui sont plus claires dans ma tête. Donc je dirais oui.

E: Est-ce que t'as l'impression que la prise en charge du patient a été améliorée?

I : Oui. Clairement. Prise en charge kiné surtout en fait. parce que ma prise en charge à moi... ce qui est antalgique suivi etc. Je n'ai pas l'impression que ça l'a amélioré grandement mais quand même je pense que les choses sont plus précises mais surtout le fait que j'envoie au kiné dans ces cas-là sans arrière-pensée de risque de mauvaise prise en charge et de chronicisation. Je sais qu'ils vont faire tout ce qu'il faut pour sortir le patient de cet état rapidement. Donc ça, pour moi c'est important.

E : D'accord, Est ce que tu as eu des retours de patients?

I : Non.

E : Sur le groupe de marche ?

I : Ah groupe de marche, oui, j'ai eu des retours les gens sont très contents et voient des patients qui ont aussi des problèmes lombaires et ils arrivent quand même à faire de la marche assez soutenue. Donc c'est encourageant. Euh, Prise en charge kiné, ouais, j'ai eu quelques retours mais cinq séances ce n'est pas beaucoup. Donc je leur ai expliqué que, si ça suffit ces cinq séances avec le kiné, qu'après vous avez des exercices à faire chez vous, l'éducation des postures etc.. toujours en leur laissant la porte ouverte, en leur disant qu'il faut revenir me voir si jamais ça passe pas. De ce côté-là c'est plutôt bien.

E: Est-ce que le protocole, il a été modifié récemment? Ou est ce qu'il y a eu des choses récentes qui sont passées par rapport au protocole?

I : Je n'ai pas l'impression.

E : Et ben, C'est parfait. Est-ce que tu as quelque chose à ajouter?

I : Non comme ça j'en ai rien à rajouter. J'aimerais bien lire ta thèse quand elle sera faite. (rire) Mais bon ça je pense qu'on aura l'occasion, de la voir, d'y assister. Mais non, je n'ai pas de choses à rajouter. Après c'est un motif de consultation qui est très très fréquent et qui voilà qui nécessite vraiment que ce soit harmonisé un peu avec tout le monde. Il faut que j'aille voir ces recommandations HAS de 2019. Puisque je ne l'ai pas lu encore. Mais voilà je pense que tout ce protocole lombalgie est une très bonne base pour faire des études scientifiques plus tard. ça peut être vraiment intéressant.

E: D'accord, et sur la méthode McKenzie, est ce que tu as le sentiment que c'est efficace ?

I : Ouais. J'ai le sentiment que les patients s'en sortent un peu plus vite qu'avant. Après c'est un peu au doigt mouillé, c'est quelque chose que je ressens. Est-ce que c'est parce que je suis persuadé qu'ils font une bonne prise en charge ? C'est pour ça que j'ai l'impression que les patients vont mieux plus vite. Je ne sais pas mais en tout cas, le fait d'être sûr dans ce qu'on propose aux gens c'est quand même confortable et ça les rassure, les patients. Je pense que ça leur permet de guérir plus vite.

E: D'accord, et pour la kiné, tu envoies vers qui ?

I : Pour les lombalgies, j'envoie à Espace kiné.

E : Systématiquement?

I : Systématiquement. C'est la ressource du pôle de santé pour la lombalgie. Après si ils peuvent pas y aller ou pour diverses raisons, les patients, j'envoie quand même vers un kiné du pôle qui a l'habitude de côtoyer les kinés de l'espace kiné.

E : D'accord,

I : L'harmonisation des pratiques se fait de façon aussi un peu informelle par le fait qu'on passe du temps ensemble. Moi je pense. Les kinés du pôle se voient de temps en temps et discutent de leur prise en charge. Donc voilà. Je préfère travailler avec des gens que je connais bien.

E: ça marche, Est ce que tu penses que tu as quelques choses d'autres à rajouter?

I : Non, je pense que c'est bien.

E : Merci beaucoup. Je coupe.

### **IX.3. Entretien 3 : E3**

I= Informatrice ; E= Enquêtrice

E : On va parler plutôt d'un thème sur le parcours professionnels, est ce que tu peux me parler un peu de toi ? de ton parcours, de ton âge, depuis quand tu exerces au sein du pôle de santé de SMH, combien de jours tu travailles par semaine dans le pôle, et puis si tu as pu participer à des sessions de formation médicale continue, et si tu en as eu sur le sujet ou la prise en charge du patient lombalgique aigue ?

I : Donc moi j'ai [...] ans, je travaille au pôle de santé depuis [...], euh tout de suite après ma thèse. J'ai découvert le pôle en faisant [...]. J'avais vachement apprécié de travailler au cabinet. Et donc quand j'ai cherché [...] pour m'installer, on m'a proposé de bosser au cabinet. Et ça me convenait beaucoup du fait de la localisation, du fait de la prise en charge des patients précaires avec la lutte contre les inégalités sociales de santé et de toute la dynamique du pôle. [...] le fait de pouvoir mener des projets en ambulatoire avec les patients. C'était un petit peu tout ça qui m'avait attiré. Donc voilà. Sur la lombalgie, en fait j'ai jamais fait spécialement de formation. Finalement mes connaissances c'est les restes de l'ecn et ce qui a pu être dit lors de cette plénière du pôle où on avait une présentation un peu succincte de

la proposition de prise en charge coordonnée, avec un petit rappel physiopath, présentation des symptômes, de ce qui pouvait être proposer au patient. Et c'est finalement, la dernière formation que j'ai pu avoir sur la lombalgie.

E : D'accord, maintenant on va parler sur le thème sur la lombalgie aigue. Qu'est-ce qu'elle évoque pour toi la notion de lombalgie en médecine générale ?

I : Euh à ce moment-là, tu veux plutôt parler de lombalgie ou lombalgie aigue ?

E : Euh, les deux.

I : En fait, moi je visualise 2 choses, il y a vraiment la lombalgie aigue où c'est le tour de dos, c'est le patient qui vient, qui a poussé quelque chose, qui s'est fait mal, ou qui a fait un faux mouvement. Et en une petite semaine, c'est résolu. Avec en plus, nous l'avantage avec le protocole de pouvoir solliciter les kinés immédiatement et de pouvoir proposer vraiment une prise en charge proactive au patient, en une semaine, tout en le protégeant, en lui proposant un arrêt de travail. Mais ça me semble une entité complètement différent de la lombalgie chronique où en fait... 'fin pour moi, ce qui ressort vraiment, c'est « j'en ai plein le dos » du patient et finalement l'impression de ces patients qui portent toute leur misère sur le dos et qui viennent, qui reviennent et qui re-reviennent avec des plaintes douloureuses souvent localisées au niveau lombaire qui finalement n'ont plus rien à voir avec la lombalgie aigue ou une lombalgie aigue qui se chroniciserait. On est plus sur une souffrance souvent professionnelle, voir personnel mais social. Et c'est ça qui ressort beaucoup. Moi j'ai vraiment ces deux visions là, de la lombalgie aigue où c'est le faux mouvement et c'est le patient qui sait très bien le dire et très bien localisé son truc et finalement, des fois ça traîne une dizaine de jours mais généralement en deux semaines on en entend plus parler. Que le lombalgie chronique, on patauge dans la semoule, et on a beau ramé et on s'en sort pas.

E : Du coup, comment tu définirais la lombalgie aigue ?

I : ben vraiment moi la lombalgie aigue c'est la douleur lombaire d'apparence musculaire sans autres complications, plus ou moins une sciatalgie, en fonction des tableaux, avec un élément déclenchant chez un patient en bonne santé sans facteurs de risque particulier.

E : D'accord, et quelles sont les causes à la lombalgie chronique que tu connais ?

I : Ben pour moi, dans la lombalgie chronique, on a certainement la répétition d'épisode de lombalgie aigue, souvent une exposition professionnelle ou des expériences personnelles un peu difficile qui mènent à une expression de la douleur. Après, il y a tout ce qui est physique,

scoliose et compagnie, ‘fin les patients qui ont d’autres points d’appel. Et tout ce qui est sédentarité aussi, surpoids, qui vont être des causes de lombalgie chronique.

E : D’accord, maintenant, on va passer au thème concernant la prise en charge de la lombalgie aiguë. Qu’est-ce que tu fais quand tu suspectes une lombalgie aiguë chez un patient ?

I : Euh, en gros, je propose systématiquement un arrêt de travail au patient, d’autant plus quand ils ont des travaux qui sont manuels, ‘fin qui vont solliciter leur dos. Tout en les encourageant à continuer à se mobiliser dans les activités de la vie quotidienne. En gros, marcher, ne pas s’avachir et tout ça. Euh, je les oriente vers les kinés depuis le protocole lombalgie comme je sais qu’ils vont l’avoir rapidement et que ça va vraiment être efficace et de la rééducation active. En leur expliquant bien qu’ils ne vont pas au kiné pour avoir des massages mais bien pour faire des exercices. Je prescris des antalgiques donc palier 1 voir palier 2 en fonction de l’intensité de la douleur. Et un anti-inflammatoire, soit des AINS, soit des corticoïdes. Et je remets ce qui avait été écrit, le Back book, qu’on a à écrire dans l’ordonnance avec des messages clés sur les douleurs de dos, qui sont répétés par tous les professionnels et que le patient puisse les entendre. Euh, qui sont par exemple, le fait d’avoir mal au dos, c’est pas inéluctable, vous allez guérir. Voilà, il faut, certes protéger votre dos mais pas arrêter de bouger. J’ai beaucoup de mal à les envoyer au groupe de marche. Ça c’est un truc, j’y pense rarement et les rares fois où j’y pense, alors je sais pas si c’est moi qui ne suis pas convaincante mais j’ai l’impression que c’est pas ce que les patients attendent. Finalement, j’ai l’impression d’être plus efficace quand je leur dis de continuer à se mobiliser dans leur quotidien, que quand je leur parle du groupe de marche. Mais, je ne suis peut-être pas ( petit rire) assez convaincante avec ça.

E : D’accord, quand tu fais le diagnostic de lombalgie aiguë, est ce que tu proposes autres choses ?

I : En fonction, ‘fin (silence), en fonction du patient et de ce que je connais de lui, des fois c’est un prétexte aussi pour creuser la question du travail . ça fait partie des signaux d’alertes où je me dis... D’autant plus quand c’est arrivé au travail. Euh, ça me donne un peu l’occasion de le questionner sur comment il vit au travail, est ce que il y a des pressions ? Est ce qu’il y a un vécu qui est mauvais ? Et prévenir un peu la chronicisation des douleurs sur un vécu professionnel difficile. Mais, voilà dans l’ensemble.

E : D'accord, est ce qu'il y a des éléments qui te paraissent difficiles dans la prise en charge dans la prise en charge de la lombalgie aiguë ?

I : Ben ce que je trouve des fois le plus difficile, c'est le patient qui veut pas s'arrêter de travailler. Souvent, c'est le patient jeune dans les travaux publics, qui un petit peu le discours de « je suis jeune, ça va aller, de toutes façon, on a besoin de moi et là on est sur un gros chantier et je peux pas laisser tomber les copains ». Et c'est un peu compliqué, souvent. Soit on les revoit l'épisode suivant et c'est pas aller et voyez c'est revenu très vite. Soit ils reviennent au bout de trois quatre jours. 'Fin j'essaie toujours de laisser cette opportunité de si vraiment ça va pas, vous savez que vous pouvez revenir, c'est pas parce que vous avez dit non maintenant qu'on vous le fera pas. Mais vraiment avec cette impression de ne pas pouvoir les aider ou du moins que ce qui me semble être le plus efficace, ben est refusé par le patient. Et c'est des patients qui vont se bourrer de médicaments pour calmer la douleur et finalement le fait d'être au repos pourrait les améliorer.

E : D'accord,

I : Et je pense à autre chose. Des fois, je donne un tout petit peu de Diazépam à toute petite dose. Quand il y a vraiment des grosses douleurs, je leur propose de le prendre le soir pour au moins aider à dormir, ça permet de décontracter les muscles.

E : D'accord, est-ce que pour toi, il y a quelque chose qui pourrait t'aider à mieux prendre en charge le patient lombalgique ?

I : Ben finalement, j'ai commencé au pôle de santé à peu près en même temps que le protocole lombalgie a débuté. Donc j'ai jamais vraiment travailler sans. Finalement à part quand j'étais interne, où j'ai pu gérer des consultations lombalgie mais c'est quand même pas pareil parce qu'on voit le patient une fois, on le revoit pas. On ne le voit pas dans son contexte. Donc en fait, j'ai vraiment l'impression d'avoir toujours travailler avec et pour moi, il est vachement aidant. Parce que la fiche mnémotechnique que tu n'as pas besoin de faire, parce qu'elle est déjà faite. La coordination interprofessionnelle, de savoir que tout le monde va avoir le même discours, euh de savoir que le patient va être rapidement pris en charge par un kiné et de façon efficace. Parce que ça m'horripile, les patients qui viennent et qui sont suivis par un kiné autre, 'fin c'est leurs droits mais qui disent que ça fait 3 mois qu'ils font du massage et que ça améliore rien. Et qui entendent pas du tout, que c'est la prise en charge qui ne correspond pas à ce qui leur faudrait. Et que oui, je represcrais de la kiné, mais je voudrais qu'ils changent de kiné et ça c'est vachement compliqué. Donc en fait, le protocole qu'on a

finalement, ça me semble hyper aidant parce que finalement je n'ai pas besoin de réfléchir. C'est un peu comme à l'hôpital aux urgences, quand tu cliquais sur entorse de cheville et que tu avais les quatre ordonnances qui sortaient tous seul de radio, de protocole de glaçage, 'fin. En fait, la seule réflexion que t'as à avoir c'est, est ce qu'il y a une contre-indication pour mon patient et est ce qu'il y a une adaptation à faire par rapport à son contexte particulier ? Et c'est nettement moins prenant d'un point de vue psychologique que de réfléchir à est ce que j'ai bien pensé à lui faire l'ordonnance de ci, l'ordonnance de ça ? l'arrêt de travail ? le machin, le truc ? ' Fin c'est assez agréable quoi.

E : D'accord, maintenant on va parler du thème concernant les référentiels ou les outils. Est-ce que tu utilises des référentiels ou des outils qui t'aide dans la prise en charge d'un patient avec une lombalgie aigue ?

I : Ben finalement, je profite un peu du fait que tout était prémâché par mes collègues. La confiance qu'on a les uns entre les autres fait que je pars du principe que leur avis d'expert est celui d'un expert qui a fait sa biblio. Donc je sais me référer à chacun en fonction de ses compétences. Et de la même façon, j'ai l'impression que ça m'évite une surcharge de travail et ça me permet de m'intéresser à d'autres choses qui fait que c'est vrai sur la lombalgie qui est pas forcément un des points qui m'intéresse le plus. Le fait de savoir qu'ils ont fait la recherche biblio et qu'ils l'apportent servi sur un plateau, c'est vachement agréable.

E : D'accord, tu as parlé de la fiche mnémotechnique, est ce que tu peux me préciser ce que c'est pour toi ?

I : En fait, on a une feuille récapitulative de la prise en charge, donc il y avait lombalgie aigue et lombalgie chronique. Et donc ça liste un petit peu tout ce qu'il faut chercher chez le patient. Est-ce qu'il y a des signes d'alertes qui font évoqué un autre diagnostic qu'une lombalgie aigue simple ? Ensuite, il y a toutes les propositions de prescription, antalgique +/- arrêt de travail, +/- kiné, +/- groupe de marche. Et en fait, ça fait vraiment le listing de tout ce qu'il faut penser dans la situation et ça fait vraiment office de mémo quoi.

E: Et cette fiche elle est sous quel format?

I : C'est une fiche plastifiée qui avait été distribuée aux différents professionnels . Alors Médecins c'est sur les autres je ne sais pas . Et donc je l'ai dans un tiroir du bureau . Pour pouvoir la ressortir quand j'en ai besoin.

E : Ok, Pour toi du coup, les Contre-indications à ce protocole c'est quoi ?

I : Alors, C'est aussi l'inconvénient de la fiche c'est que je ne les ai pas en tête. Mais il y a tous les drapeaux rouges en fonction de l'âge du patient , en fonction d'un antécédent, type une tuberculose, on peut évoquer un autre diagnostic d'une lombalgie aigue simple. Et qu'il faut effectivement avant de l'Envoyer faire de la rééducation, on va lui faire une imagerie ou des choses comme ça . C'est vraiment les drapeaux rouges de diagnostic étiologique qui vont poser la question d'une imagerie avant une rééducation .

Et au contraire ce qu'on a appelé drapeaux jaunes, c'est tous les risques de chronicisation . C'est pour moi, un élément qui va stimuler encore plus à orienter le patient vers le protocole . Pour qu'il entende les choses et qu'il se rende compte que son mal de dos, c'est au contraire, c'est lié à un faux mouvement, c'est lié à une contractures musculaires, c'est pas inéluctable et ça va passer. Et qu'il passe à autre chose quoi.

E : ok,

I : Encore un patient avec qui décrivait ses lombalgies chroniques mais qui s'est fait mal au dos pendant une activité . Et en fait ses mots, c'était de toute façon c'est ma faiblesse et ça revient dès que ça ne va pas. Et vraiment c'est de se dire que cette image de cette douleur là, c'est la douleur quand je ne fais pas bien . Je trouve ça vachement dur pour les gens. Et de pouvoir éviter ce genre de douleurs et les améliorer rapidement, je trouve ça chouette.

E : D'accord, tu disais que tu allais prescrire un arrêt de travail presque systématiquement. Est-ce que tu peux préciser.

I : Je le propose assez systématiquement après j'évalue en fonction de la pénibilité du travail . Mais, je me dis finalement que même les gens qui travaillent en bureau, la position assise n'est pas forcément recommandée . Le trajet pour aller au travail n'est pas forcément recommandé . Et je me dis que c'est des gens qui finalement se mobiliseront de façon plus intelligente en restant chez eux et en allant marcher ou en faisant des Activités à la maison . Soit en ayant un travail de force et en mobilisant mal leur dos, soit en ayant un travail complètement sédentaire et en se mobilisant pas du tout. Donc finalement, je suis assez systématique sur l'arrêt de travail .

E : D'accord, est ce que tu as notion des recommandations HAS 2019 ?

I : alors 2019, non. J'avais un vague souvenir qu'il y avait eu une campagne de la sécu 2017-2018.

E : d'accord, est ce que tu me précisais comment le protocole de lombalgie aiguë, il t'aide dans la prise en charge ?

I : Pour... c'est vraiment mnémotechnique et le fait de savoir que je peux compter sur les collègues pour faire le relais. Je pense que c'est vraiment ça en quoi je trouve que le protocole est intéressant .

E : Est-ce que tu vas prescrire de la kinésithérapie systématique ou pas ?

I : Globalement oui . Après j'ai pas les retours des patients de savoir s'ils l'ont fait. A la réaction de certains, on sent qu'ils ne vont pas y aller. Mais j'en prescris de façon assez systématique, ne Serait-ce que pour apprendre un peu les bons gestes et mobiliser un peu le bas du dos .

E : Ok . Est-ce que ce protocole pour toi, il a des limites ?

I : (respiration) j'en ai pas encore senti nécessairement des limites. Il y en a sûrement. Alors, le protocole en soit, je pense que je ne m'y réfère pas forcément et je pense que je l'ai un peu à ma sauce dans ma tête aussi . Ce qui fait que si j'estime qu'il y a une prescription qui est différente de celle du protocole , je ne vais pas m'empêcher de la faire . Et peut-être que Comme je ne le relis pas forcément à chaque fois, peut être que des fois je m'en écarte sans franchement m'en rendre compte. Mais je ne le vois pas comme une limite parce que finalement ce protocole ne nous est pas imposé. Et chacun l'utilise au mieux, dans l'idée qu'on harmonise au mieux nos pratiques . Et je trouve que ça c'est chouette parce que ça nous permet d'être cohérent vis à vis des patients et que le malade ne Voit pas sur plusieurs épisodes de lombalgie, plusieurs médecins qu'ont des discours complètement différents . Et en fait il est suffisamment large pour nous offrir une liberté de prescription et nous offrir une liberté de prescription et en même temps un cadre intéressant pour le patient. Donc c'est pour ça que je ne le vois pas comme un limite.

E : Est-ce que tu peux me faire part si t'es d'accord de tes retours d'expérience par rapport à ce protocole ? Est-ce que tu as la perception qu'il a permis d'améliorer tes pratiques ?

I : Sur le vécu des patients c'est un fait c'est compliqué. Si c'est mieux ou moins bien avec ça parce que j'ai vraiment quasiment jamais utilisé dans ma pratique et les patients ils vont pas souvent te dire à c'est mieux cette consultation, ou cette prise en charge qu'avant. En tout cas, sur la lombalgie aiguë , comme c'est quand même un épisode aigu, qui n'est pas forcément des patients qui ont déjà eu des épisodes. En fait, j'ai pas l'impression forcément de n'avoir ni des

bons, ni des mauvais retours. Il y a vraiment cet avantage clair de pouvoir compter sur kiné, groupe de marche un peu en immédiat pour les patients. Et ça je pense que sans protocole je ne sais pas si on aurait cette connaissance de se dire bon ok, j'envoie le patients pour une rééducation lombaire c'est maintenant, c'est pas dans 6 mois ou c'est pas après deux mois d'attente parce que il est sur liste d'attente. Mais je ne peux pas dire si je vois moins les patients, si il y a moins de récurrences, si ça dure moins longtemps. parce qu'en fait j'ai pas tellement de point de comparaison.

E: D'accord, Est ce que tu as eu des retours de patients concernant la kiné par exemple ou le groupe de marche ?

I : Pas tellement, en fait, c'est aussi compliqué parce qu'il y a plusieurs groupes de marche. Il y a le groupe de marche avec les infirmières azalées, le groupe de marche lombalgie. En fait quand on parle de groupe de marche, des fois je ne sais pas très bien, duquel ils parlent. En tout cas, ils sont contents de pouvoir sortir, de pouvoir rencontrer des gens. Mais je ne crois pas avoir eu de retours spécifiques sur le groupe de marche lombalgie du type ça va mieux, mes douleurs vont mieux. Et finalement, ça s'estompent parce que les patients ils viennent et ils se plaignent mais ils reviennent rarement pour me dire, ça va mieux. Ou c'est vraiment la petite dans une consultation, ce n'est pas si évident que ça de savoir si ils vont vraiment mieux ou si ils reviennent pas. Des fois, on les revoit pas et on se dit ils vont vraiment mieux mais quand ils reviennent c'est la catastrophe. Et ils ont juste éviter de revenir. Donc j'ai vachement de mal à me rendre compte. Pour moi, professionnel, ça me semble être un confort. Parce que j'ai un cadre. Dans lequel je peux évoluer qui est assez confortable. Pour le patient, j'espère que le mode harmonisation des pratiques du parcours de soins, ça aide à quelque chose et que cela améliore les choses. Mais j'ai pas cette assurance de savoir que ça marche vraiment ou d'avoir des retours.

E : OK, Est ce que t'as eu des retours sur la méthode Mackenzie, sur cette prise en charge spécifique qui est proposée dans le protocole?

I : J'ai pas mal de retour sur le McKenzie. Pas forcément sur la lombalgie mais sur des douleurs du rachis. En fait j'ai l'impression que pour les patients qui sont relativement proactifs, ils adorent parce que c'est une prise en charge qui n'est pas très longue qui leur demande pas trop de se prendre la tête à trouver des rendez-vous qui conviennent entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle et leurs activités. Et ils sont plutôt contents d'avoir des trucs à faire à la maison. Et la plupart des retours que j'ai sont plutôt positifs en tout cas

dans le sens d'une vraie amélioration des douleurs rapidement. Et globalement, c'est des gens que je renvoie une fois par an tous les deux ans pour revoir un petit peu les mouvements parce que ça donne un peu l'impression de s'estomper au fur et à mesure. Et le fait de refaire trois quatre séances ça relance les choses. Après, j'ai eu des retours négatifs mais de patients, dont j'ai l'impression que de toute façon quoi qu'on propose il n'y aura pas de positif en fait. De ces patients qui sont vraiment dans des douleurs chroniques qui donnent finalement un sens à leur existence et je pense que quoi qu'on puisse leur proposer comme pris en charge comme méthodes comme rééducation, ils auront beau tout tester... Et ils te le disent souvent, ils ont déjà tout testé et il n'y a rien qui améliore et il y a McKenzie au milieu de tout ça mais pas plus, pas moins qu'un autre.

E : D'accord, Est ce qu'il y a eu une formation récente sur le protocole lombalgie?

I : Je suis mauvaise élève, je loupe toutes les plénières parce que c'est pas des jours qui m'arrangent. (rire) donc j'ai potentiellement loupé un truc, mais en tout cas depuis qu'on nous avait distribué le protocole et à part le contre message qu'il y avait eu de finalement la partie chronique on ne peut pas la mettre en place. J'ai pas assisté à une nouvelle formation sur la lombalgie.

E : D'accord, et est-ce que tu peux me dire, pour toi quelles sont tes réticences par rapport à la proposition du groupe de marche?

I : Ben. Je pense que déjà j'y pense pas assez. Il y a eu un peu un changement d'adresse puis une annulation puis un changement d'heure. J'ai l'impression de ne pas réussir à suivre toutes les informations et je ne suis jamais sûr de l'information que je vais donner aux patients de "allez y à telle heure, tel jour". Et autant je trouve ça chouette pour les personnes qui ne sont pas actives, que ça permet de rencontrer des gens, que ça permet de faire un temps d'activité physique. Autant les gens qui travaillent je me dis que les envoyer peut être pas au bon endroit, peut être pas le bon jour, une fois exceptionnellement pendant leur épisode. Je ne suis pas certaine qu'il y ait un réel intérêt à ça. Je trouve vraiment bien un groupe marche, de longue durée pour des gens qui sont un peu isolés ou qui sont vraiment sédentaires. Mais exceptionnellement pour des gens qui ont finalement un épisode aigu dans une vie globalement active. Je suis pas certaines d'y trouvent un intérêt et en plus je ne suis jamais trop sûr de l'endroit et de l'heure.

E : Ok, je te remet le protocole pour tu l'ais sous les yeux. En fait celui qui avait été distribué lors de la plénière. Pour toi est ce qu'il y a des choses du coup que tu fais pas forcément ?

I : Si je dis pas de bêtises, il me semble que le Start back et le FABQ était prévu que pour le protocole lombalgie chronique. Donc ça, clairement je crois que j'ai fait une fois pour une patiente, qui était assez réticente. Donc ça s'est pas forcément super bien passé et sinon finalement le reste je le fais assez systématiquement.

E : OK. Alors du coup, le Start back est le FABQ, il fait bien partie du protocole aigu. Est ce que tu peux me dire les raisons pour toi, qui font que tu ne vas pas les utiliser ? Tes réticences?

I : Vraiment quand je n'ai pas de facteur de risque de chronicisation, je n'ai pas envie d'embêter le patient avec ça. Le patient qui vient où il y a vraiment un facteur déclenchant, ou une douleur aiguë chez une personne qui jamais eu de lombalgie qui a un tableau clinique typique sans autre chose. J'y vois pas beaucoup beaucoup d'intérêts.

E : D'accord. Et pour toi quelles pourraient être les solutions pour que tu l'utilise plus dans ta pratique ?

I : Après je pense que plus tu le fais, plus tu te l'appropries et plus tu l'utilises spontanément. Mais en fait, je ne sais pas. Il faudrait que j'essaie plusieurs fois, à plusieurs reprises voir le retour des patients. Mais c'est vrai aussi le fait de l'avoir fait avec une patiente qui était assez réticente. ça donne pas forcément envie de le refaire. Mais ça peut être intéressant de réessayer.

E : D'accord,

I : Peut-être que sur des patients qui en sont à leur deux trois quatrième épisode ou les patients qui expriment vraiment une crainte. Finalement, on le voit assez vite dans la démarche du patient, ceux qui arrivent ont des douleurs mais qui se mobilisent un peu et ceux qui ont des douleurs qui semblent complètement aberrantes dans leurs façons de se déplacer, de se mouvoir, de ne pas s'asseoir en consultation et peut être que ces patients, on pourrait leur faire plus facilement ce genre de questionnaire.

E: Ok, super, Est ce que tu as des choses à rajouter?

I : Ben. Peut-être qui serait effectivement nécessaire que de temps en temps on refasse un petit point, 'fin on y réfléchit un peu. De se dire que effectivement on fait beaucoup de choses et de temps en temps on est tous un peu perdus un peu dans nos propres projets, qui serait pas mal de se donner le temps de refaire un point sur l'existant. Mais ça, on bosse déjà là-dessus donc

c'est vrai que ça peut être aussi intéressant. Je suis juste Hyper satisfaite de la façon dont on arrive à travailler, dont on arrive à se partager des choses, c'est chouette.

E : Quand tu les adresses à un kiné, ça tu les adresses à qui en particulier?

I : Alors, quand vraiment c'est la lombalgie, j'adresse à espace kiné systématiquement. En gros si on me demande les adresses là-bas. Parce que je sais qu'il y aura un accès prioritaire pour eux. Pour les autres demandes, c'est vraiment hyper variable. En fonction des profils des patients aussi, un patient avec un faible niveau de français. Le fait de pouvoir communiquer par post-it avec les membres du pôle ça aide aussi à orienter le patient vers une autre personne. En lui donnant toutes les coordonnées et moi sans avoir à prendre le téléphone, à attendre, et tout ça de pouvoir mettre un message à mon confrère ou ma consœur. Et de savoir que le patient va être reçu, recontacté et je trouve ça vachement simple et ça m'évite de réfléchir à mon carnet d'adresses. c'est ça qui est hyperagréable.

E : D'accord, est ce que tu as quelque chose à rajouter d'autre ?

I : Non. Je crois pas.

E : Ok je te remercie d'avoir participé à l'entretien. et je vais couper le dictaphone.

#### **IX.4. Entretien 4 : E5**

E= enquêtée ; I= investigatrice ;

E : Je pensais que l'enregistrement était déjà commencé, tu vois.

I : Est-ce tu peux me parler de la lombalgie dans ta vie professionnelle ?

E : Oh c'est large ! Qu'est-ce que je peux te raconter sur ça ? Il y a pleins, pleins de choses évidemment, Donc, si jamais je pars vers des trucs qui n'ont rien à voir, tu n'hésites pas à me recentrer sur des choses qui t'intéressent le plus. Je dirai que la lombalgie... Moi du coup, j'ai commencé mes premiers remplacements en médecine générale en [...].

I : D'accord.

E : J'ai passé ma thèse en [...] et c'était mon activité principale depuis [...]. Donc j'étais remplaçante de [...] à [...] et je suis installée depuis [...] dans les conditions que tu connais dans le cadre professionnel que tu étudies. Du coup pendant tout ce temps-là, la lombalgie

c'est resté quelque chose, enfin un peu effrayant, tu sais, dans les grandes thématiques dans lesquelles tu as pleins d'incertitudes quand les gens arrivent, viennent te voir – moi, j'ai mal au dos- Ha ! Quand j'étais, interne, externe, je me souviens que je flippais un peu en disant « ouh là là ». Est-ce que je vais savoir leur répondre et machin. Il y avait un peu la prescription kiné qui était, bon, mais en fait toujours de la kiné. Qui était une espèce de solution temporaire. Bon ben allez voir le kiné et puis ça va surement bien se passer et puis j'avais aucune idée de ce que faisait le kiné par ailleurs.

(Rires par rapport au chat)

Du coup, je n'avais aucune idée de ce que faisait les kinés quand j'envoyais, je faisais une ordonnance de kiné pourtant, voilà. Je me disais, volontiers, on va faire de la kiné et puis c'est seulement. Je ne sais pas, à quel moment de mon cursus, je me suis rendue compte de, l'existence des drapeaux rouges et du Backbook. Il me semble que c'était vers 2013-2014. J'ai encadré un travail de thèse [...] je me souviens d'avoir découvert ou redécouvert les drapeaux rouges à cette époque-là parce que ils n'étaient pas aussi bien formalisés que ça dans ma tête à la fin de mes études. Je ne me souviens pas ni d'un enseignement, ni d'un enseignant, d'une personne, quelqu'un. Tu vois, je me souviens pas que quelqu'un nous ai expliqué le truc ; je me souviens pas de l'avoir lu clairement quelque part ; je me souviens pas de d'avoir eu des recours en main synthétique, pendant mes études en tout cas. Et après avoir capté l'histoire des drapeaux rouges, ça a été tout de suite, mieux. Du coup, voilà, il y avait une espèce de check liste ; tu cherchais si y avait si ou ça, truc ou machin et donc là, il fallait vraiment y faire beaucoup plus attention. Si y avait pas tous ces machins-là, peut-être que finalement, t'étais un peu rassurée en disant – Bon, vous avez mal, on va essayer de calmer la douleur mais ça a l'air d'être rien de grave et du coup d'avoir une idée plus claire de diagnostic, si tu veux. Jusque-là, la lombalgie est une espèce de fourre-tout dans laquelle j'étais un peu perdue peut-être. J'avais plus de mal à y voir clair. Je pense que j'avais un bon sens quand même qui faisait que quand tu as quelqu'un qui a un antécédent de cancer ou quand le mécanisme n'est pas vraiment bizarre ou alors que le contenu des drapeaux rouges, moi, je pense que je l'avais un peu intégré dans mes études quand même, il faut espérer tu vois. Mais c'était pas aussi formalisé clairement dans ma tête que ça. Et du coup, enfin voilà, pour moi il y a le avant- après d'avoir découvert l'histoire des drapeaux rouges. Y a découvrir l'existence du Back book du coup mais après je l'ai découvert mais je m'en suis pas beaucoup servi non plus, tu vois. Je l'ai lu puis après je me suis un peu réappropriée les messages, en disant – il faudrait peut-être faire comme si, faudrait peut-être faire comme ça – mais

finalement, je le distribuais pas, au début j'en avais qu'une version en anglais, j'ai pas trouvé la version en français. Donc, c'était un peu le bazar. Même maintenant, j'ai des synthèses du Back book mais j'ai pas forcément, je ne distribue pas le Back book en lui-même. Tu vois par exemple. Tu vois ce que c'est le Back book ?

I : Oui, oui.

E : J'imagine. Et du coup, voilà, enfin sur la lombalgie, je te dirai que peut-être j'étais très mal à l'aise comme étudiante et que après avoir pu éclaircir les choses avec un peu des travaux, enfin de lire des choses et d'avoir un peu mieux compris, peut-être d'avoir eu des synthèses un peu plus claires en mains, ça a été mieux quand même.

I : Oui, oui.

E : Après du coup, plus tard, j'ai connu les drapeaux jaunes, parce que du coup les histoires de facteurs de chronicisation, les facteurs de risque de chronicisation j'avais pas... Déjà, c'était -est ce que c'est grave ?- non ; est ce qu'il faut chercher plus loin, si c'est grave ou est-ce que c'est plutôt initialement donc des critères de lombalgie aigue commune ? Ça, ça m'a beaucoup aidé, cette histoire-là. Mais après l'histoire des drapeaux jaunes, j'ai trouvé ça vachement intéressant aussi pour dire – bon alors vous, vous avez pas de critères de gravité – on n'a pas l'impression qu'il se passe quelque chose de grave sous-jacent mais il y a quand même des gros facteurs de risque que vous vous trainiez votre douleur pendant ultra longtemps. Donc, est-ce que on peut travailler là-dessus ? Est-ce qu'on a une marge ou pas ? voilà, y voir plus clair, c'était bien. Après pouvoir vraiment aider, dans la vraie vie, sur les soulager de leur douleur, c'était encore autre chose. Mais maintenant, j'ai plus du tout peur aujourd'hui (rires) quand il y a le motif de consultation de lombalgie après plusieurs années de pratique. Et puis surtout après cette histoire de protocole d'harmonisation des pratiques. Je trouve que ça m'a aidé à prendre, enfin, à avoir un petit peu plus confiance dans le fait qu'on puisse un peu aider les gens, à la fois sur le trajet diagnostique et à la fois sur les soulager de leur douleur quand c'est des choses communes, quoi.

I : Ok super d'accord. Qu'est-ce que la notion de lombalgie aigue commune elle évoque pour toi ? Qu'en penses-tu ?

E : La lombalgie aigue commune : Ce que j'en pense dans le cadre de la pratique en médecine générale dans mon cabinet ?

I : (Acquiescement)

E : J'en pense que j'en vois régulièrement des gens qui ont des lombalgies aiguës communes. Que du coup, je suis peut-être, enfin. Que j'ai l'impression qu'on a à peu près les mêmes pratiques par rapport à ça avec mes collègues ; donc ça, c'est agréable parce que j'ai connu aussi des moments où les gens agissaient de manière différente. Je sais qu'il y a beaucoup de... Dans les choses bénignes comme ça -une lombalgie aiguë commune- jusqu'à preuve du contraire, c'est bénin. Et si c'est pas bénin, c'est plus une lombalgie commune. Donc, dans les choses bénignes comme ça, ce que ça m'évoque aussi, c'est que -quand la réponse de la médecine générale de France de 2019, c'est- On a fait un examen clinique, examen clinique qui est rassurant – soyez rassuré, ça va passer cette affaire là – et je vous donne une prescription d'antalgiques si y a besoin – pas toujours. Et de kiné si y a besoin. Et si on n'arrive pas à le faire passer. La plupart du temps de kiné encore plus avec le protocole d'harmonisation des pratiques, je kiffe, avec un nombre court de séances ; avec 5 séances max., en première intention etc. Cette histoire de rester minimaliste, moi, j'apprécie ça dans l'exercice de mon métier. J'ai eu une évolution par rapport à ça, même depuis que je travaille et puis avec les gens que j'ai vu travailler auparavant, dans ce genre de situation, il y a les médecins qui ont eu longtemps envie de prescrire quelque chose quand même ; même si c'est des trucs qui ont pas prouvé d'efficacité ou qui à force qu'on ait de la littérature dessus pendant un moment puis la science qui te dit « y a pas de relation significative entre telle méthode » à la con , si tu me permets l'expression et un résultat sur un critère de jugement comme c'est en santé. Tu peux avoir une pile de littérature qui te dit- y a pas de relation significative entre tel et tel machin- Et pourtant que les médecins continuaient à la prescrire quand même. Je pense à l'Homéopathie, je pense à l'Acupuncture, je pense à je sais pas quoi. J'aime bien l'appellation sur les réseaux sociaux en ce moment il parle de fake med.

I : Oui, c'est ça.

E Y a un Hashtag, Hashtag fake med, (rires) tout ça. Mais du coup si on le dit autrement c'est tout ce qui est de la famille des pseudo-sciences et ça peut aussi être appelé, alors, je ne peux pas tout prendre dans un grand panier, prendre tout et dire tout ça, c'est des pseudo-sciences. Il faut les prendre une par une ; il faut regarder la littérature à ce sujet-là etc... C'est vrai que, j'ai complètement détricoté mon usage, si il existait parce qu'il n'a jamais été très fort, de toute médecine non conventionnelle dans la lombalgie aiguë commune. Mais je sens qu'il y a quand même une - les patients qui étaient demandeurs : allez donnez-moi un truc magique, s'il vous plaît – Que ça passe quoi. Et du coup, enfin, moi, j'ai longtemps trouvé que la

lombalgie aigue commune, c'était une situation où les patients pouvaient être vulnérables aux médecines non conventionnelles et aux fake-med, j'en suis consciente.

I : D'accord.

E : Parce que du coup eux, la médecine traditionnelle, la médecine conventionnelle te dit – je vous ai examiné, il n'y a aucun signe de gravité, ça va passer tout seul - mais que t'es pas soulagé immédiatement et que il faut faire une espèce de travail pour essayer de désamorcer l'affaire que ça dure le moins longtemps possible etc... Et que des fois t'as des conditions qui sont complètement hors de ton champ d'action, quand les gens vivent dans des conditions socio-économiques de merde ; et qui ont mal au dos à cause de leur travail et que personne ne le reconnaît et que le droit du travail est complètement détricoté en ce moment. Il y a aussi des choses sur lesquelles t'as pas d'action quoi mais du coup, les gens qui vivent cette situation-là sont en situation de vulnérabilité et je trouvais que ce sont, enfin je trouve encore, partiellement mais moins, en tout cas je trouve ça moins présent dans ma pratique aujourd'hui que les gens soient des proies pour des gens qui ont envie de leur vendre des soins très, très chers ; qui n'ont prouvé aucune efficacité et que pendant ce temps-là, le temps qui passe fait que la lombalgie va passer et que je t'ai envoyé voir l'acupuncteur ou je sais pas qui ou que je t'ai fait faire 3 fois le tour de ma table d'examen à cloche pieds. Y-a un temps qui passe dans le temps où la lombalgie va passer et que tu dis – ah tient c'était vachement efficace, je suis allé voir bidule, il m'a fait craquer la vertèbre j'sais pas quoi et après, tout de suite après j'ai senti que j'avais chaud, j'sais pas quoi, enfin c'était pareil. Et en fait, une semaine après, j'avais plus mal, c'est donc ça qui que c'était formidable, tu vois. Et du coup, voilà, je, aujourd'hui avec le protocole d'harmonisation des pratiques, et le fait qu'on puisse essayer de recentrer les choses autour du meilleur niveau scientifique qu'on a sous la main ; qui n'est pas parfait en 2019 mais de ce qu'on a de mieux et du tas d'études qui disent que y- à d'autres choses qui n'ont pas prouvé d'efficacité et que du coup on a besoin d'attendre un certain tas pour dire -là c'est bon, on arrête – Je me sens aujourd'hui, mieux dans ma pratique par rapport à ça et je suis moins en situation de soignant qui doit dire, qui doit contre-argumenter contre une fake-med.

Tu vois, il y a moins, enfin les gens, j'ai l'impression dans ma pratique, sont mieux rassurés par des messages quand ils sont structurés correctement sur la science et avec les différents professionnels. Le fait qu'on ait un discours cohérent, ça aide et le fait que ça soit des interventions qui sont les plus brèves possibles et qu'on essaye de résoudre le problème rapido, je trouve que, enfin, voilà. De ce point de vue-là, on y gagne, j'ai moins des gens qui

me disent « ouh là là », je voudrais... qu'est-ce que vous en pensez ? y-a mon naturopathe qui m'a dit que je devrai prendre une boule d'herbe, je ne sais pas quoi, ben non, toujours pas... (petit rire)

I : Oui, oui.

E : Je suis moins dans cette situation, devoir contre argumenter. Je suis contente.

I : D'accord. Ok. Il y a vraiment une amélioration de ce côté-là que tu as ressenti depuis l'arrivée du protocole.

E : Pas depuis. Du moins, j'ai l'impression qu'il y a aussi une tendance générale, tu vois. On a le temps qui évolue, les temps changent, l'histoire de l'homéopathie par exemple, c'est remis en question à grande échelle, c'est en train d'être dérembourser, donc y-a pas que le protocole d'harmonisation des pratiques qui fait que les gens vont me dire – ah est-ce que je pourrai avoir de l'homéopathie pour mon mal de dos ? - Tu vois. Je suis un peu maniaque sur ces sujets-là (rires) du coup j'ai volontiers la discussion avec les patients et du coup ils sont, enfin, et j'essaye de leur dire qui se sentent en totale liberté de me parler de tout ce qu'ils font pour leur santé ; Y compris ces trucs-là, tu vois, je vais jamais dire – ah non, mais lâchez ce truc là c'est pourri-. Je vais essayer de ramener sur -bon qu'est-ce que dit la science ? qu'est-ce que j'ai de mieux sous la main ? Moi, là, je vous ai examiné, la démarche diagnostique ça nous dit ça, les propositions c'est ça, et ça, ça a pas l'air d'avoir fait ces preuves, je sais pas quoi mais du coup je ne vais pas les stigmatiser en disant voilà... Dans les patients qui fréquentent mon cabinet, ça reste les mêmes directives à peu près. Ça a pas l'air de s'en aller en courant. Et quand il n'y a pas besoin de médicaments, je vais pas leur prescrire des plantes, quoi.

I : Oui, voilà, d'accord.

E : Après, j'ai une phrase un peu toute faite en ce moment qui est : les plantes c'est ni plus ni moins des médicaments moins bien étudiés. Puis donc, ça fait réfléchir et après, on réfléchit ensemble etc... Je t'ai mélangé pleins de trucs. Je t'ai mélangé les plantes, l'acupuncture, les trucs, les machins.

I : Non, c'est bien.

E : En tout cas, j'ai moins ce genre de demande-là ; est-ce que c'est parce que je suis installée et que du coup, j'ai cette discussion là avec les gens donc qui a un certain nombre d'années que je suis installée etc. Est-ce que c'est aussi un mouvement général, euh j'avais remplacé un

médecin homéopathe, pendant que j'étais en remplacement, alors forcément les gens me demandaient de l'homéopathie, ça c'est sûr.

I : Oui, oui. Tu te trouves moins en difficulté ?

E : Je pense que c'est une difficulté que tu retrouves de manière récurrente quand t'as pas une réponse claire de tout, là maintenant, comment je te soulage et que t'as une réponse de – bon, là, je peux pas exactement dire par quel mécanisme vous avez mal au dos mais c'est pas grave. C'est la même chose que pour les éruptions de l'enfant viral à la con qui ressemble à rien. Je peux pas dire ce qu'est ces boutons, mais on s'en fout. Le fait qu'on s'en foute, c'est que je reconnais aucun des trucs graves que je suis formée à reconnaître, donc c'est une bonne nouvelle. Tu vois, cette espace d'incertitude-là, pour les gens, qui sont pas forcément habitués à voir un. Bon bin, je peux pas vous expliquer que votre vertèbre est déplacée de -je sais pas quoi. Ça t'as des ostéopathes qui vont te raconter qui a des dysfonctions avec des vertèbres déplacées. Ce vocabulaire-là, pour les patients, il est compliqué parce que t'as 2 professionnels de santé qui sont étiquetés tous les 2 professionnels de santé. Qui vont avoir un discours qui est complètement différent. Moi, médecin si je te parle d'une vertèbre déplacée ; c'est, ça serait peut-être un p'tit peu embêtant comme problème de santé. Versus, quelqu'un qui va être en ostéopathe ; Qui va dire vous avez une vertèbre déplacée, vous avez le bassin décalé ou je sais pas quoi, ce qui va correspondre à rien en terme de médecine mais du coup qui va être plaisant à entendre comme discours parce que : ah j'ai quelque chose qui explique ; mais du coup faut qu'on fasse vachement gaffe à comment on dit les choses. Après, enfin, ça, ça fait partie des messages et des facteurs de risque de chronicisation des douleurs lombaires quand c'est des lombalgies communes aiguës au début. C'est : Oh je crois que j'ai un problème à mon dos donc il faut que je fasse attention à mon dos donc, je vais, donc, c'est interdit pour moi de faire, si ou ça ; Et je suis malade du dos. C'est un facteur de risque de chronicisation. (rires) Du coup, faut qu'on fasse vachement gaffe au discours. Je pars un peu dans tous les sens.

I : Non, c'est bien. C'est vraiment super. A part finalement, ce que tu décrivais, des drapeaux rouges et jaunes que tu as pu découvrir et des facteurs de chronicisation au cours de ta pratique, est ce que tu as eu des formations spécifiques ou des informations particulières sur la lombalgie aiguë commune ? Qui t'ont apporté des choses ?

E : Je réfléchis (silence) ce que j'ai eu dans tout le ?

I : Cela peut-être dans le cadre de ce protocole ? ce qui te vient quoi ?

E : J'ai pas fait de DPC, de jour sur les lombalgies. Ça, j'ai pas fait. Pendant ma formation initiale, je me souviens plus qu'elle forme a pris l'enseignement. Ça m'a pas marqué. On a le plus, pendant ma formation initiale, causer lombalgie avec mes médecins, genre médecine générale. Ça déjà c'était aidant. Ça m'a aiguillé sur des bons rails mais on avait toujours pas parler de drapeaux rouges. J'ai été très impressionnée et très agréablement surprise de la présentation ; y a eu une soirée où y-a un kiné du Pôle qui est -SF- qui nous a fait une mise au point sur lombalgie commune aigue, lombalgie machin, c'est au début du protocole. Pour faire un point sur- Et la science qu'est-ce qu'elle dit sur la kiné, la lombalgie ; ça c'était trop cool. (rires) Bon, après, le plus cool là-dedans, c'était que il avait un discours qui était assez clair, j'ai pas eu le temps d'aller faire la lecture critique des articles qu'il a sourcé. Ça, j'ai, en même temps dans la vraie vie, on n'a pas le temps de faire ça. Mais du coup, il avait une présentation assez claire sur : eh ben la boîte Lombalgie, y-a énormément de trucs dedans, différents et que du coup, nous, il faut qu'on arrive à naviguer sur lesquels on identifie les : quand est-ce que c'est important d'identifier, quand est-ce que c'est bénin. De la même manière que quand t'as, ça c'est moi qui le dis, c'est pas lui, mais quand t'as un rhume, tu vas chez ton médecin, il te dit que c'est un rhume. Il ne va pas te dire lequel des 200, 300 coronavirus ou des adénovirus ou je sais pas quoi, de virus, ça t'en sais rien. On s'en fout, c'est bénin. (rires) Mais, du coup voilà dans cette boîte lombalgie, il a dit qu'y-a pleins de choses différentes, ça m'a bien parlé comme discours et qu'on arrivait pas forcément à expliquer complètement le mécanisme de toutes les douleurs parce qu'il y en avait une partie bénigne et que du coup, il fallait qu'on accompagne vers, comment est-ce qu'elle survenait au départ et que on pourrait pas forcément faire des grandes explications ultra claires et vraies à ce sujet-là. Il a essayé de faire une mise au point sur les techniques de kiné, du coup lesquelles ont montré au mieux de ce qu'on a, une efficacité ou pas sure que la lombalgie dure moins longtemps. Enfin, pour une fois qu'on avait identifié les lombalgies aiguës communes pour la kiné parce que les lombalgies aiguës pas communes, secondaires, où je sais pas quoi, tu fais pas de kiné. Enfin si, tu peux. Tu peux en faire mais tu fais surtout une démarche diagnostique pour savoir ce qui se passe.

Sa mise au point, je l'ai trouvée très « recadrante » mais surtout, j'ai pris une grande bouffée d'oxygène, que ça soit un kiné qui parle comme ça. Parce que moi, j'avais une image un peu des kinés, j'étais encore avant le protocole d'harmonisation des pratiques, j'étais encore en mode – bon bin, je vous envoie chez le kiné, ça doit être bien (acquiescement) mais je sais pas trop ce qu'il va faire et ça va passer. Et du coup, j'ai trouvé qu'il y avait une qualité

exceptionnelle de discussion qui était en train de s'installer là. Voilà, je ne suis toujours pas allée voir ce qu'ils font en cabinet. J'adorerai un jour aller faire un stage de kiné 1 jour, 2 jours, 1 semaine, je ne sais pas quoi. Dans la vraie vie, t'as pas le temps de faire ça mais ça serait trop bien. (rires) Mais voilà, après c'est peut-être pas, autant ça m'intéresse intellectuellement, autant c'est peut-être pas là où je suis la plus utile. Le plus utile c'est peut-être de savoir comment fonctionne un kiné et de savoir quand est ce que je leur envoie les gens pour quelle raison et la théorie qu'ils emploient sous-jacente sur quel mode d'action ils vont privilégier. Ils peuvent me l'expliquer aussi dans ce genre de topo – échange formation, échange de pratique pour autant ils ont le droit quoi. Après, voilà, au niveau formation, je me souviens pas de formation qui m'ai marqué très fort, je refuse toute formation ayant un lien avec l'industrie pharmaceutique mais je ne me souviens pas qu'on m'en ai proposé. Je ne crois pas. Et puis quand j'étais étudiante, je suis allée une journée chez un ostéopathe pour voir comment ça marchait mais j'étais, à cette époque-là, j'étais beaucoup moins ; en fait à la fin de mes études de médecine, vu que c'était un non sujet dans mes études de médecine, j'avais un regard sur les pseudo-sciences – est ce qu'on va qualifier de fake-med. qui était complètement interrogatif quoi.

(Acquiescement)

J'étais plutôt en mode – bon ben je sais pas ce que c'est, c'est peut-être bien, mais j'ai pas les compétences pour vous répondre si c'est bien ou si c'est pas bien. Donc, tu vois, je me souviens pendant le remplacement du médecin homéopathe, j'étais plus - ah non, mais moi j'ai pas les compétences de vous prescrire de l'homéopathie, donc je peux pas le faire. Ça a un peu glissé comme point de vue maintenant mais du coup à cette époque-là je suis allée une journée chez un ostéopathe qui était un ami, pour regarder, qui m'explique etc... Et du coup, toute la rhétorique de : là regarde, la vertèbre est déplacée, donc là, il faut faire une manipulation etc.. Il m'avait raconté, raconté tout ça. J'avais regardé avec un regard très curieux et c'est seulement, enfin ; c'est seulement un certain nombre d'années plus tard que je me rends compte que, à priori, ça a pas l'air de changer l'évolution générale du truc, même si ça peut provoquer un certain bien-être à un moment. Y a des gens qui sont des fois très contents d'être allés, des fois ça provoque un bien-être dans la foulée etc.. Mais sur l'évolution générale de la lombalgie, ça a pas l'air de changer (acquiescement) le cours des choses. Euh ... Y avait un truc, mais j'ai perdu le fil ; Donc, il faut que je retrouve le fil, là. (Rires) (silence) Je me suis dit, je encore en train de raconter des trucs hors sujet, ça va disjoncter mon.

I : Non, non. Ce n'est pas du hors sujet, parce que c'était – dire que l'ostéopathie n'a pas montré en tout cas pour l'instant,

E : Que je sache,

I : Voilà, que l'on sache.

E : A ma lecture de la littérature qui n'est peut-être pas parfaite etc.. Le problème c'est que, enfin. Si ça n'a pas montré d'efficacité et que la théorie sous-jacente. Oui c'est ça, c'est que quand tu as une intervention qui a le moindre risque, enfin, quand le bénéfice n'est pas prouvé et que tu commences à être assis sur suffisamment de données qui disent qui n'y a pas de bénéfice à trouver etc. Mais que t'as le moindre risque, la balance bénéfice risque s'alourdit dramatiquement. Ça veut dire que même si t'as un faible risque, le problème c'est que si il est là, on particule sur des manipulations cervicales, on est plus dans les lombaires, donc du coup c'est hors sujet complètement mais sur des manipulations cervicales, le risque de dissection il est acceptable pour un truc qui n'a pas prouvé d'efficacité. Donc, c'est ma ; C'est là où j'en suis arrivée comme médecin généraliste aujourd'hui en 2019. C'est ma conclusion aujourd'hui.

I : D'accord. Est-ce que tu as rencontré des difficultés particulières devant la prise en charge d'une lombalgie aiguë commune ? Alors pour ça, on peut peut-être déjà répondre à la question : que fais-tu quand tu as un patient qui est atteint d'une lombalgie commune aiguë ?

E : Après, c'est. Je vais essayer de te standardiser le truc même si. Tu sais comme moi, que l'exercice de la médecine générale, on est en permanence en train d'individualiser un truc qui finalement n'est jamais complètement standardiser. Mais en tout cas, y a des incontournables devant quelqu'un qui a mal au dos, si finalement ça s'avère être une lombalgie aiguë commune à la fin de la consultation, du coup je vais avoir une démarche diagnostique, on va discuter avec cette personne des circonstances survenues et puis on va rechercher tous les drapeaux rouges, les drapeaux jaunes aussi puis on va faire l'examen clinique et si à la fin de l'examen clinique et de tout ce récit-là, y a pas de drapeaux rouges, y a pas de drapeaux jaunes et que on est bien rassuré ; du coup, oui, des fois, c'est juste une consultation de ré-assurance, ça arrive que les, comme je t'ai dit tout à l'heure, plus on a l'habitude de donner un conseil et pas forcément faire une prescription ; plus les gens aussi, sont habitués à ça et du coup tu vas pouvoir avoir une consultation- Non, non, mais je voulais juste savoir si c'était embêtant ou pas, là, vous m'avez rassuré donc j'ai pas besoin d'Antalgique - des fois, ils refusent même la kiné. Souvent, ils l'acceptent quand même, parce que du coup, ils savent

que c'est... Moi, j'ai une phrase un peu toute faite, c'est : l'idée, c'est pas de vous fidéliser chez le kiné, l'idée c'est de travailler là pendant quelques séances, de désamorcer les choses qui vont empêcher la douleur de revenir à un autre moment. Mais du coup, voilà, si j'essaye de standardiser un petit peu, ça va être ça, et tout ce qui déstandardise, c'est évidemment à tous les coups, tous les facteurs contextuels de 'qui sont les gens' de 'comment ils te racontent le truc' de 'qu'est ce qui se passe par ailleurs' de, on l'a dit tout à l'heure, mais, il y a quand même énormément de gens qui ont des conditions de travail merdiques ou qui sont victimes de violence, par ailleurs ou qui ont des catégories socio-économiques défavorisées ou ils en ont plein le dos et du coup sans vouloir faire de raccourci de psychologique de comptoir, des fois tu as aussi mal au dos parce que ta vie c'est dur en ce moment, quoi.

Je suis aussi assez méfiante sur les discours, y a qu'un faux pas, quoi, tu vois, 'ah bin, non, mais, oui, vous êtes une maman divorcée surchargée qui gagne le smic' mais que, c'est dans l'actualité, ça. Oui, vous êtes une maman divorcée, machin, avec 3 enfants et vous gagnez le smic etc. Et puis vous portez des charges lourdes au travail ' ah mais, vous devriez aller marcher 3 fois par semaine, ben non, je ne vais pas.. Tu peux pas standardiser un discours et envoyer une violence de ce qui faudrait faire dans l'idéal pour t'occuper bien de ton corps. Y a des gens qui sont dans une situation sociale où ils ne peuvent pas s'occuper bien de leur corps parce que on n'a pas décidé en groupe que le travail n'était pas maltraitant, que tout le monde ne serait pas en train de courir toute la journée après j'sais pas de combien de trucs et que, on n'en aurait pas plein le dos. Donc, voilà du coup, ça, ça déstandardise un peu. Mais, oui, pour la lombalgie aiguë commune, on a la chance, régulièrement, de pouvoir faire des consultations, ça se termine sans prescription médicamenteuse avec une prescription de kiné avec juste 5 séances où on sait que les cabinets de kiné du Pôle vont avoir un discours cohérent et on a l'impression que ça a l'air d'être efficace, cette affaire-là. Pour l'instant, enfin, on n'a pas les moyens de (rires) faut travailler, à la fois faut faire des études pour faire, pour savoir ce qu'on fait, en même temps, tu sais. On peut pas pour l'instant faire ch'ai pas, d'études de. Les pouvoirs publics y s'intéressent à 'comment est-ce que tu pourrai mesurer que les gens travaillent bien quand y a des protocoles d'harmonisation des pratiques'. Je peux te dire, qu'ils s'arrachent les cheveux pour essayer de mesurer ce qui est efficace ou ce qui n'est pas efficace, sur des trucs comme ça enfin. Je peux pas affirmer aujourd'hui « Oh là, là », j'ai la science me dit que ce qu'on fait ,c'est bien 'mais en tout cas , moi j'en ai la conviction clinique, j'ai l'impression que là, on rend service aux gens, à leur faire passer mieux leur lombalgie aiguë commune et à prendre en compte ce qu'il leur arrive.

I : Ok. Et en termes d'expériences, quel(s) retour(s) tu as eu sur tes patients ?

E : (Rires) Ben, en fait, le truc compliqué, c'est que tu ne les vois plus après. Il vaut mieux, ils ne viennent pas te voir. Tu envoies les gens, euh. Des gens reconsultent, re-reconsultent et re-re-reconsultent, pour cette raison-là quand ça va pas. Mais en ce moment, j'ai pas. Je réfléchis si en ce moment, j'ai quelqu'un qui a une lombalgie, qui était censé être aigue commune et qui s'est chronicisé et que je vois régulièrement. Aujourd'hui là, j'ai pas de patient sur la file active en ce moment qui a un truc chronicisé sans aucune raison. Après, en revanche, j'ai des patients - je pense à une dame de 55 ans, qui a une obésité, qui travaille en faisant des ménages, je sais que elle, elle a mal au dos de manière très récurrente et qu'elle vient pas forcément me voir à chaque fois. Elle, j'essaye de créer l'espace de discussion pour qu'on prenne, qu'on tienne compte de ça. Mais c'est extrêmement difficile parce que « de toute façon qu'est-ce que vous voulez y faire docteur » (rires) -d'accord- tu vois. Y a des gens par ailleurs qui ont renoncé. A se dire « Non », on pourrait y changer quelque chose. Tu vois. Je pense à une autre dame qui a des douleurs avec des sciatiques des 2 côtés depuis des années. On va quand même faire dans l'imagerie pour savoir si il n'y avait pas un canal lombaire étroit. Elle a accepté de le faire. Mais je sais qu'elle se traîne, ses douleurs de manière très récurrentes, c'est pas toujours. Encore qui a un fonds douloureux et puis y a des paroxysmes, mais ça, elle ne m'en parle que parce que je lui pose la question. Elle est, ça fait 20 ans que c'est comme ça ; elle a complètement fait une croix sur « améliorer ça un jour » Donc, elle vit avec et puis c'est tout. Et pour autant, j'ai pas d'explications, y a pas de pathologie claire qui me permette, voilà. Ca j'en sais rien, si on aurait pu améliorer aussi, là, le fait de réengager la discussion avec elle, est-ce que ça va changer quelque chose ou pas ou machin. En tout cas, j'essaye d'engager la discussion avec elle et puis j'essaye au moins, vu que je suis un peu démunie par rapport à ça, j'essaye au moins, de faire une espèce de calendrier des douleurs avec elle et puis, on a même dessiné un bonhomme, tu vois, pour dire à quel endroit, on fait une photo aujourd'hui, vous avez mal où quand je vous vois, tu sais et donc, on fait, on dessine à quel endroit elle a mal, enfin à chaque fois, quasiment, quand j'ai le temps. (Sourires) voilà. Je me suis fait complètement avoir la dernière fois parce que cette dame venez me voir pour un frottis, j'avais oublié, c'était marqué sur mon agenda, pourtant. Et en début de consultation, je me suis rappelée – Tiens, Elle, elle a ultra mal tout le temps, elle va pas me le dire et je l'ai interrogé là-dessus. Donc, on a passé 20 minutes à parler de ça. Et c'était extrêmement pour moi, important, à mon avis, dans son suivi parce que si je ne pose pas la question, c'est jamais elle qui va venir spontanément pour me parler, du coup ça m'a

fait prendre du retard parce qu'après – Ah mais au fait je suis là pour le frottis – Ah zut - Bon d'accord – on va le faire. (rires) Allez prend ton retard.

I : Et donc, le bonhomme est un moyen qui permet de localiser la douleur ?

E : Franchement, le dessin, je m'en sers de plus en plus pour essayer de comprendre les douleurs des gens qui vont jamais te dire qu'ils ont mal. Parce que y a vraiment un certain nombre de gens qui se sont habitués à avoir mal tout le temps et du coup ils ne t'en parlent même plus. Et vu que la douleur, c'est pas un truc que tu peux constater, tu le vois pas, t'as besoin qu'on te le raconte pour le savoir. Du coup, ça arrive que de temps en temps, je demande aux gens de dire, voilà, on va faire des croix là où vous avez mal, on va entourer des trucs etc. Et tu tombes des nues, des fois, tu fais - ah oui, vous avez en fait super mal tout le temps – Sur des territoires ultra larges- Ah c'est intéressant, mais du coup, voilà, c'est. Après, de temps en temps tu pars faire un bilan inflammatoire du coup.

I : Oui, voilà.

E : Parce que tu fais ah oui vous avez mal aussi aux inter-phalangiennes distales mais pas aux proximales. Et tout le temps et c'est sur un horaire inflammatoire ? – bon – sinon, vous voulez pas me le dire, non, non, mais du coup, c'est important de créer l'espace.

I : Oui.

E : Et en même temps, c'est en tension avec notre, avec il faudrait travailler toujours plus vite, toujours plus de passion, toujours plus de machin etc. Donc, c'est pas grave, on n'a pas le monopole de la jonction paradoxale des médecins. (rires)

I : Je reviens sur le protocole, qu'est-ce que tu en penses? On en a déjà bien parlé.

E : Oui, mais j'ai pleins de trucs à dire encore. Moi, le protocole, initialement au tout début, à la fois, j'étais très contente de la version où ça rappelait les drapeaux rouges et les drapeaux jaunes à tout le monde, j'ai fait « yes ». Parce que du coup, moi, je les savais parce que j'avais cherché mais c'est pas tombé tout cuit . Donc, là, ça pu tomber tout cuit pour pleins de professionnels, c'était top ça, (bruit de mains) c'était trop bien, après voilà. Mais je pense qu'au niveau de l'Internat, maintenant à mon avis, c'est un peu structuré dans l'enseignement, je pense. Les internes qui arrivent, ils ont, ils connaissent ça mais. Au semestre dernier, au semestre d'avant, j'ai une interne qui a complètement loupé un drapeau rouge chez quelqu'un, 3 drapeaux rouges chez la même personne et qui l'a envoyé chez le kiné dans le cadre du protocole lombalgie et du coup le kiné.

I : Il l'a appelé.

E : le kiné a fait : Ah, je suis un peu embêté pour ce patient, alors, attends, je te raconte la situation, je fais : ouh là là, oui, on va l'envoyer faire une IRM en urgence et du coup, tu vois. Autant j'ai l'impression globalement, que les internes y voient mieux, ça, les drapeaux rouges, les drapeaux jaunes ; en particulier les drapeaux rouges. Autant y en a quand même une qui est passée magistralement à côté du 3 et du coup je trouve qu'au niveau du groupe professionnel, on n'avait pas eu le temps de superviser, que le kiné avait déjà réagi. Et t'y gagne à fonds, parce que là, tout le monde fait gaffe. Et puis, c'est des barrières en plus contre les événements indésirables associés aux soins. On est tous imparfaits, moi aussi, je peux passer à côté d'un drapeau rouge ou plusieurs ou je ne sais pas quoi. Un jour, je ne dis pas que ça m'arrivera jamais, tu vois, je ne peux pas le dire, c'est pas possible. Mais du coup, c'est la même chose que quand t'as, je ne sais pas, quand t'as un patient qui est allergique à l'Amoxicilline et le nombre de barrières qu'il y a entre toi, le prescripteur qui va prescrire Amoxicilline quand même, alors que le patient est allergique, t'as pas fait gaffe et le fait que l'Amoxicilline arrive sur la bouche du patient. T'as un certain nombre de barrières pour pas que l'évènement indésirable associé au soin arrive ; un évènement indésirable associé aux soins, c'est les soins, c'est toi qui a prescrit de la merde et c'est le patient qui se retrouve avec une réaction allergique grave. Et ces barrières-là, y en a plusieurs pour cet exemple de l'Amoxicilline, t'as le fait que dans mon logiciel, même si je lui prescris Amoxicilline, si c'est codé correctement qu'il y a indiqué Amoxicilline, t'as le logiciel de prescription qui va faire : Et t'es sûr- Après t'as le fait que le patient soit au courant qu'il est allergique à la Pénicilline et machin. T'as le pharmacien qui peut être au courant avec son dossier, etc. T'as un certain nombre de barrières qui vont faire même si d'aventure tu l'as écrit, ça n'arrive quand même pas dans la bouche du patient. C'est qu'on est tous à tous les niveaux, on n'est pas parfait quoi. Et voilà, c'est un exemple formidable du fait que, bon, là, l'interne y a eu une dysfonction ; normalement la 1<sup>ère</sup> barrière, c'est la supervision de l'interne et là, ça a pas marché. Alors, je me souviens plus si ça été pris de vitesse ou si, on c'est que la supervision, y a eu dysfonction aussi, je me souviens plus, c'était un, je ne sais plus. Mais du coup, Boum, t'as le kiné qui a fait une barrière à l'évènement indésirable associé au soin qui est que on ne fasse pas de diagnostic pour cette personne, et qu'on lui fasse faire de la kiné inutile et que potentiellement, on aggrave son tassement qui était en rapport avec son 2<sup>ème</sup> lymphome ; quand il a soulevé un sac de blé et que 'Crac, Aïe', il a eu mal d'un seul coup, oui, si tu veux c'était. cancer, mode d'arrivée enfin, etc. (Acquiescement)

Donc, là, du coup, j'ai encore fait une digression mais...(acquiescement) je crois que tu me demandais ?

I : Ce que tu pensais du protocole.

E : Ce que je pensais du protocole initialement. Voilà, la 2<sup>ème</sup> chose que j'ai pensé du protocole au tout début c'est : Au mon Dieu, qu'est-ce qu'il est compliqué – parce que c'était le gros défaut, initialement ; Ça, le côté drapeaux rouges et machin et harmonisation du discours, c'était formidable et pour moi, c'est ça le cœur du protocole, le reste c'est (petit bruit). Mais du coup, y avait. On a été pris, j'imagine dans une nécessité de devoir peut-être produire et de mesurer quelque chose en même temps qu'on travaillait, tu sais, cette espèce de nécessité de justifier que tu travailles en même temps que tu travailles, j'imagine. Et y avait une liste longue comme le bras de critères à remplir pour voir si y avait du mieux avant-après chez les gens. Mais ils estimaient, certainement aussi que cette liste de critères longue comme le bras pouvait servir dans la prise en charge. J'imagine. Mais c'était impossible, à remplir parce que enfin, déjà, tu conduis ta consultation, elle est déjà suffisamment compliquée quand il y a les drapeaux jaunes, il faut pouvoir parler des facteurs psycho-sociaux c'est déjà des consultations qui nécessitent un certain temps quoi. Et là, du coup, il fallait remplir des cibles et avec des questions qui étaient.

I : ça, c'était pour le chronique – voilà – En tout cas, ce n'était pas faisable.

E : Mais moi, j'avais retenu que même si c'était pour le Chronique, tu pouvais déjà le commencer en sub-aigu. Parce que finalement, tu avais des facteurs de risque de chronicisation et que du coup, peut-être il fallait, tu vois (acquiescement) ; je ne faisais pas une barrière. (Acquiescement) Tous ces machins-là, ça m'a semblait pas faisable. Dès fois même un peu intrusif, parce que tu avais des questions genre – c'est quoi vos priorités dans la vie – tu sais. Bin, j'en sais rien, on te pose la question : c'est quoi tes priorités dans la vie ? Tu fais « B'Euh,euh », j'en sais rien et puis en plus tu ne vas pas forcément répondre des choses qui sont de l'ordre de l'ultra intime à la personne en question même si c'est ton médecin généraliste et j'ai eu vent d'une situation où la question a été posée à quelqu'un et que, elle s'est retrouvée à dire : Ben rien (Acquiescement) Et que ça a l'air d'avoir été ultra violent pour elle, c'était pas une nouvelle patiente, c'était dans un notre cabinet et que, du coup, cause conséquence, je sais pas mais dans le récit qui m'en avait été fait, cette personne a été hospitalisée en psychiatrique très peu de temps après avec décompensation etc..(Acquiescement). Du coup, nos questions elles ont l'air anodines comme ça mais moi, je

pense standardiser un truc. Il faut voir sur quoi, on met notre énergie. Et je suis très, très contente et soulagée qu'on mette notre énergie sur ce que je pense être le cœur du protocole ; c'est-à-dire que ce soit plus un protocole où tu remplis des cases et (onomatopées) et je vais calculer s'il va mieux avant, après, bidule. Je suis beaucoup plus contente qu'on est recentré sur l'harmonisation des pratiques en fait ça nous a permis de faire des espaces de discussion et on a élaboré une espèce de manière commune ; de parler du moins pas contradictoire. On a essayé de, la manière dont je vois les choses, c'est que, ces discussions-là entre nous les professionnels, elles ont servi à diminuer la zone grise autour de notre discours commun. Parce que, habituellement, les professionnels qu'ont pas révisé leurs pratiques, si ils sont un peu, si ils font un peu gaffe à ce qu'ils font et qu'ils essayent de se former un petit peu au fur et à mesure que ce soit les kinés, les médecins ou autres professionnels de santé ; on va globalement, avoir un socle de discours commun sur les mêmes problèmes de santé, normalement. Mais, du coup, quand on sait pas trop parler, il y a une espèce de zone grise autour qui s'augmente quand c'est des situations qu'on les gens pour les vulnérables, pour les fake med, t'as une espèce de discours : Ouais, mais, non, mais c'est plutôt, peut-être qu'il y a quand même une petite dysfonction de la vertèbre, sais pas quoi, machin. Les gens sont, n'ont pas le niveau de lecture pour savoir qu'est ce qui fait partie du discours socle et qu'est ce qui fait partie du bazar que tu vas dire un peu mais t'es pas sûr mais que, dans la zone grise autour. Quand y a pas de protocole d'harmonisation des pratiques, quand on ne se parle pas quand on a pas fait de réunions d'échange de pratique de cette zone grise, elle peut être plus grande et du coup dans cette zone grise-là, dans les machins que tu racontes un peu autour, tu peux avoir des trucs contradictoires avec ce que a dit un autre professionnel et du coup, là, les gens disent : en fait vous raconter de la merde quoi – et du coup, on pourrait disserter sur le fait que c'était de la zone grise et que finalement faut regarder le truc d'une manière où c'est pas contradictoire et machin, machin. Sauf, que quand tu as les gens qui, quand tu as les professionnels de santé qui te racontent des trucs différents ; que t'aïlles voir le généraliste ou que t'aïlles voir le kiné, forcément tu te dis « bon ben » en fait ils n'en savent rien, je vais rester avec mon mal de dos, quoi. (Acquiescement)

Pour moi, le cœur du Protocole, c'est vraiment cet espace de discussion qu'on a réussi à ouvrir.

I : D'accord.

E : Et du coup, ce qu'on a marqué sur l'ordonnance, en conséquence, le plus important de ce qu'on a marqué sur l'ordonnance, ces 5 séances. Tu vois, si tu fais une ordonnance de kiné

que tu précises pas, du coup, enfin, le kiné n'a pas forcément le message de 'c'est une lombalgie aigue commune' ; on voudrait une espèce d'intervention brève donc ça pouvait être une intervention un petit peu qui dure dans le temps et là, le fait qu'on mette 5 séances pour les lombalgies aiguës communes quand y en a besoin, c'est de dire : eh ben, voilà on limite le truc dans le temps, si y a besoin de séances en plus, il faut qu'on parle avec le kiné. Là, j'ai reçu un post-it dans mon logiciel métier, donc les post-it, c'est une espèce de message qu'on s'envoie d'un professionnel à l'autre quand on a un système d'information partagée ; donc là, j'ai reçu un post-it d'une kiné du Pôle qui me dit : j'ai vu Madame D. elle va mieux avec sa lombalgie aigue commune. On a fait les 5 séances mais on aimerait bien avoir 1 ou 2 séances en plus parce que on a encore un petit peu des choses à travailler, c'est une prof de danse et du coup, on aimerait bien encore un peu bosser, voilà, est ce que tu pourrais faire une ordonnance pour 1 ou 2 séances en plus STP ? Donc, déjà, moi, j'ai pas de raison de réexaminer la dame ; on est dans un circuit connu, je l'ai examinée, j'ai prescrit 5 séances. Donc, elle n'a pas le droit d'en faire plus de la kiné, elle est obligée de me demander l'ordonnance pour faire des séances supplémentaires. On est en train de se parler : avec plaisir, je fais l'ordonnance ; donc, là, j'ai envoyé une ordonnance par le biais du logiciel métier, en mettant pas de nombre de séances ce coup-là, parce que du coup, je fais, voilà vous en faites 1 ou 2, vous en faites 3, là, ça me regarde plus tu vois. On a défini le principe que c'était une forme d'intervention brève et pas limitée dans le temps. Vous avez convenu de ce principe-là, vous avez travaillé autour, ça va mieux, je suis d'accord pour envoyer une ordonnance avec, plus longtemps et vous voyez si y a besoin d'une petite piqûre de rappel dans un mois, ça j'en sais rien ; vous vous organisez comme vous voulez mais on a harmonisé les discours autour du début et là, y a un résultat.

(Acquiescement) (silence)

I : Moi, il y a une question que je me pose. (l'enquêteur donne la fiche du protocole lombalgie à l'informatrice). Alors là, il parle de Start back, un questionnaire pour évaluer les facteurs de risques de chronicisation. Est-ce que c'est un questionnaire que tu as déjà utilisé ? Dont tu te sers ? Savoir ce que tu en penses ?

E : C'est des questionnaires que je connais. Que j'ai utilisé en recherche mais jamais en pratique. Je ne vois pas quand tu as le temps de faire ça. J'ai déjà des consultations très longues, je fais plutôt partie des médecins qui voit peu de monde par jour, je vois 15 à 20 personnes par jour. Donc, je fais déjà des consultations longues avec les gens. Là, ça fait un

moment que je me les suis pas remis devant les yeux donc, je me souviens plus exactement les items des questionnaires. Je ne les connais pas par cœur.

I : C'est pour stratifier un risque de chronicisation en fait.

E : Ça, je me souviens du principe général mais du coup, je pense que je dois remobiliser un petit peu ce genre d'items-là dans mes questions non structurées de consultations de la même manière que à l'époque, avant les drapeaux rouges qui sont super bien normalisés dans ma tête. Tu le mobilises dans la conversation et d'ailleurs même les drapeaux rouges, euh, moi je conduis la consultation et puis à la fin, je me ressors la liste. Je fais : est-ce que j'ai tout regardé. Je le dis même aux gens. Je vérifie que y a aucun, qu'on a oublié aucun des critères qui doivent faire lever un sourcil ; attendez, j'arrive. Et du coup, tu vois, tu le fais dans la consultation non structurée quand t'as besoin tu ressors la liste de critères. J'ai jamais ressorti Start back , et FABQ. J'ai jamais mesuré et, le jour où on me demande de faire ça, où on m'impose de faire ça : je dis Non. (acquiescement) Parce que je vois pas comment tu fais ? A moins, qu'il y est vraiment une raison qui soit révolutionnaire, on va dire, qu'il faut les faire en pratique, pour l'instant, moi, ça reste des scores de recherche.

I : D'accord. Tu ne vois pas forcément l'intérêt, en tout cas, dans ta pratique ?

E : Je ne vois pas la pertinence clinique qu'un médecin généraliste prenne le temps de faire un questionnaire en consultation sur Start back et FABQ. Mais après, si, je sais pas moi, si on a des assistants médicaux Azalée ou si j'envoie à l'infirmière Azalée pour qu'elle fasse Start back et FABQ avec les gens et qu'on veut mesurer des trucs. Pourquoi Pas ? Que ce soit quelqu'un d'autre qui le remplisse ; ça, admettons. Mais quelle est la pertinence clinique, de faire prendre un RV et passer du temps aux gens, à faire ça aujourd'hui à part mesurer, essayer de produire du chiffre sur : regarder ce qu'on fait, c'est bien. Ça, je vois pas. (silence)

I : Ok. As-tu des réticences à utiliser ce protocole ?

E : Ben du coup, je ne l'utilise plus tel quel. Je ne l'utilise plus tel qu'il était au début. Je fais plus les repères, les cibles, les bidules et les machins. Tu m'as dit que c'était pas le, mais. Pour moi, ce qui reste du Protocole, aujourd'hui, c'est les messages que j'en ai gardé, d'harmonisation des pratiques et le fait que je mette sur l'ordonnance dans le questionnaire, on a une ordonnance type dans notre logiciel métier, donc je clique sur Ordonnance 'kiné type lombalgie aigue commune' et ça marque que : kiné, de rééducation posturale, plus ou moins McKenzie, adapté à l'activité professionnelle, il me semble, euh 5 séances. Ça, utiliser ça,

j'ai aucune réticence à le faire aujourd'hui. Mais je n'utilise peut-être plus du tout ce qui était dit au début ?

I : Non, non c'est ça. Ce qui est noté là, c'est ce que tu as dit.

E : Ah, je remets pas non plus le patient au Back book, je remets des messages clé, je remets des messages clé mais je leur donne pas tout Back book, je ne sais même plus où je l'ai rangé.

I : Et les messages clé que tu leur donnes, c'est ?

E : Ils sont enregistrés quelque part dans le logiciel métier. Je les imprime sur l'ordonnance. Ils ont été fait, avec les, je crois que c'est S. et T. qui les ont formalisés les ordonnances, je ne suis pas certaine, certaine. (Acquiescement)

Ah oui, il y a le côté actif, c'est vrai, sur l'ordonnance de rééducation, machin actif. Ah oui parce que ça, ça fait longtemps que j'ai pas vu de patient qui m'a dit : j'ai vu tel soignant ou professionnel de santé, ça fait 3 jours que je suis resté allongé strict avec un corset, machin. Bon, Alors, on va faire l'inverse, ça fait longtemps que j'ai pas rencontré cette situation. Je me souviens l'avoir rencontré dans les années 2012 [...]. Y avait des gens qui faisaient, j'ai eu des gens qui venaient me voir en consultation, venir me raconter ça. Ça fait longtemps, longtemps que j'ai pas vu ça.

I : Est-ce que pour toi, les objectifs dans le Protocole ont été remplis, Ici ?

E : Alors, dans l'idéal, si on me demande d'utiliser un nouveau protocole, j'aimerais bien qui soit inter- professionnel donc là, il est, c'est cool. Après voilà, c'est des grandes idées. Evidemment que sur des cas particuliers, si un protocole est adapté, je vais dire : ha, c'est cool, je vais l'utiliser tant qu'on trouve pas qu'on est mieux. On n'a pas encore trouvé le moyen de faire participer les patients et les patientes à la rédaction de ce genre de protocole-là ; dans un monde merveilleux et (rires) utopiste, peut-être que un jour, on élaborera un protocole ensemble. Pour l'instant, on les fait, on tient au courant les gens et on les fait essayer les choses et on leur dit que c'est le fruit d'un protocole et machin. Et on demande leur retour dessus informel, ce qui est déjà ça ; mais c'est pas de l'élaboration avec. Un protocole faut qu'il soit faisable donc, du coup la faisabilité de remplir des questionnaires à n'en plus finir en consultation, elle n'est pas possible, elle n'est pas là ; donc, il faut aussi qu'il y ai un nombre raisonnable de protocoles en même temps sur lesquels on porte notre attention. Tu ne peux pas être en permanence en train de dire : Ah attendez, vous relevez de tel protocole – alors, je vais vous donner des codes pour un nouveau logiciel et puis on va

faire un autre truc avec un nouveau machin. Et, y a un moment où dans notre organisation, on n'a qu'un cerveau quoi. Pour éviter qu'il coule par les oreilles à la fin de la consultation et en fin de journée, on a besoin de savoir doser notre effort collectif, de : où est- ce qu'on met notre énergie. Et là, pour le coup, avoir mis notre énergie, sur ce que je t'ai raconté, et qui me semble formidable dans ce protocole-là. Je trouve que c'est très très adapté et que ça désamorce des choses ; à la fois du côté des professionnels et à la fois du côté des patients et des patientes, ça c'est cool. (Acquiescement) Oui, je suis très contente de ce protocole-là et je suis très contente aussi qu'on ne se soit pas acharné à dire : Non, on a établi un truc avec des critères, il faut les remplir et que du coup, la grande qualité de ce truc-là, c'est que ça a ouvert cet espace possible et que ça ne s'est pas rigidifié autour d'un certain nombre de cases à cocher ou je ne sais pas quoi, qui là, aurait été... enfin. Le sens du protocole, c'est pas de cocher des cases, c'est d'améliorer les soins et d'améliorer la relation entre les différents professionnels. Donc, pour moi il remplit parfaitement son rôle tel qu'il est, c'est-à-dire avec l'évolution qu'il a eue. (Acquiescement)

Après, il me semble que les professionnels disent en ce moment : Ah, le protocole REPAR, il a été abandonné, hein, je sais pas quoi. Tu vois, il me semble que dans la tête des professionnels en ce moment, il n'y a plus de protocole, Tu vois, parce qu'il n'y a plus les cases à remplir, c'est drôle. Alors, qu'en fait on est en plein dans le bénéfice du protocole qu'on a fait, qu'on utilise les choses les plus importantes du protocole. Donc ça, ça m'intéresse de savoir un peu, tu vois. Je serai curieuse de savoir des autres professionnels, il me semble avoir entendu ça : Ah non, non, c'est abandonné ça. Je crois, enfin, pour moi, il n'est pas abandonné du tout ce protocole. Au contraire, il a évolué et on a réussi à en faire quelque chose, certes, de moins 'critérié' t'as moins de cases à cocher dans les machins mais que un grand nombre de professionnels utilise et la logique sur laquelle ils l'utilisent est vachement solide. Ça, c'est trop cool. (Acquiescement)

I : Que proposerai-tu comme pistes d'amélioration ? (silence)

E : Moi, je dirai qu'il faut continuer à nous laisser faire du « bac à sable » c'est-à-dire de, cette réflexion peut structurée, enfin peu structurée ; cette réflexion, initialement très structurée et qu'on a assoupli et que, je pense qu'il faut la laisser vivre et pas, des fois, c'est un peu vexant pour les gens qui ont travaillé sur les critères et machin, on essaie de faire cocher les cases à tout le monde, que y a un certain nombre de choses qui soient abandonnées et que ça peut se vivre comme un abandon. C'est pas une amélioration, c'est un souhait pour la suite du protocole. Pour moi, le protocole c'est que il existe bel et bien, enfin

vraiment, qu'il a plus la forme initiale mais que c'est pas un problème et que, je pense qu'il faut qu'on continue à protéger l'espace de discussion interprofessionnel pour mettre au service des patients et des patientes, quoi.

I : C'est-à-dire ?

E : C'est-à-dire que ça peut prendre la forme de réunions de temps en temps, encore une fois, en dosant combien de temps, on fait, parce que faut doser l'effort général. Peut-être d'en faire le récit à un moment, de dire c'est devenu quoi ce truc-là mais qu'on s'en fasse le récit ensemble pour peut-être prendre conscience de comment les autres voient les choses. Tu vois, moi, je t'ai raconté comment moi, je vois les choses, si ça tombe, les autres professionnels y voient peut-être autrement. Et je serai très intéressée de savoir comment les autres voient cette affaire-là parce que là, on évolue ensemble, dans un terrain, on expérimente un peu, c'est pour ça que je te parle du « bac à sable » mais c'est expérimenter des trucs, tu fais des pâtes, est-ce qu'ils sont bien ? bon, on va en faire d'autres etc. Et tu vois, est-ce qu'il faut faire, on est sur l'histoire de faire des formations thématiques ou alors que ça soit des discussions en filigrane dans les situations ; je préfère largement que ça soit des situations en filigrane, que ça soit évoqué régulièrement dans nos ateliers cliniques, ces espèces de groupe d'échange de pratique et du coup, on y fait référence aux drapeaux rouges, au Back book, aux trucs, aux messages, etc. Est-ce qu'il faut un retour formalisé sur une soirée de formation, je sais pas quoi, pour le kiné nous refasse un point sur la littérature 3 ans après, ça serait certainement cool, mais, est-ce que c'est le plus. Est-ce que c'est bien priorisé sur tout ce qu'on a à faire parce que, finalement, enfin, il faut qu'on soit au 'taquet' sur tous les sujets. Du coup, voilà, ça, ça fait avancer ce sujet-là. Et ça me paraît fondamentale parce que c'est un sujet un peu emblématique, par tâche d'huile. Je pense que ça fait avancer aussi un peu d'autres sujets parce que les gens sont dans une démarche réflexive, enfin. Donc, oui, je pense continuer à avoir ce fil rouge-là peut-être en filigrane des conversations des ateliers clinique mais sans forcément le provoquer parce que à mon avis, ça sort tout seul et peut-être faire 2 ou 3 heures de topo peut être conçu avec plusieurs professionnels qui se, qui se payent un peu la littérature ou si nos sociétés savantes peuvent nous pondre des synthèses un peu bien faites. Ça peut-être bien aussi de s'en saisir. Voilà. Peut-être que du coup, dans mes améliorations ça sera peut-être plus en soirée la prochaine fois. Parce que si on pouvait travailler le jour, ça serait bien. (rires)

I : Par exemple, d'accord. Concrètement, quel a été l'impact sur ta pratique et sur la prise en charge du patient ?

E : C'est compliqué de te répondre, j'ai l'impression d'avoir un peu répondu déjà.

Je pense que moi, ça m'a détendu et de savoir mieux où tu mets les pieds, c'est un confort de travail important pour pas te trouver dans le rouge. Je pense que je suis très, c'est une très agréable surprise de voir la qualité des discussions avec les autres professionnels, avec les kinés. Je trouve que les kinés sont chouettes ; les kinés du Pôle, ils font tous l'effort de faire attention à ça et que ça soit lisible pour nous et qu'on privilégie vraiment le fait de se parler quoi. De pouvoir mettre ça aux services des gens, je trouve, ouais c'est essentiellement ça, effectivement j'ai pas trop en tête, en tout cas en ce moment, je suis pas embourbée dans une situation avec quelqu'un qui aurait une lombalgie aiguë et qui soit normalement « commun » et qui se chronicise et machin. Pour l'instant, en ce moment, j'en ai pas en tête. Je trouve ça cool aussi. J'ai l'impression que c'est très pertinent cliniquement ce qu'on est en train de faire là.

I : D'accord. Ok, C'est bien, je pense qu'on a fait à peu près le tour. As-tu des choses à rajouter ?

E : Bonne question, je réfléchis (silence) Que D. aurait été fier de nous ? Ça j'aurai pu ? A part ça, non.

I : Je te remercie d'avoir participé à cet entretien.

E : Avec plaisir.

I : C'était hyper intéressant.

## **IX.5. Entretien 5 : E6**

I= Informatrice, E= Enquêtrice

E : OK c'est bon. Est-ce que tu peux me dire du coup qu'est-ce que la notion de lombalgie aiguë commune elle évoque pour toi ?

I : De manière générale Là ?

E : Ouais, de manière générale, de ta pratique, tu me parles de..

I : Lombalgie aiguë...

E : De ce qu'il te vient.

I : Que ça touche plein de gens, de tout âge. Pas plus tard qu'hier, j'ai vu une jeune femme qui a 21- 22 ans que j'ai vu suite à son 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> épisode dans un contexte de stress pour elle, conjugal, familial. Elle s'occupe de son enfant toute seule. Voilà. Donc voilà cet exemple me vient à l'esprit parce que c'est tout frais et que...que la jeune femme est jeune, qu'elle a des antécédents de lombalgie dans son adolescence mais qui a un gros contexte psychologique, social, difficile.

Voilà donc je dirai que c'est une pathologie très fréquente qui touche tous les âges les patients arrivent assez souvent dans des tableaux un peu comment je dirai, spectaculaire avec des blocages importants. Oui, je peux dire que là cette semaine, hier j'ai vu une dame par exemple de plus de 80 ans, ancienne kiné qui arrivait toute bloquée heu mardi matin mais bloquée, bloquée, bloquée quoi.

Oui, je trouve les tableaux sont assez spectaculaires à tous âges heu donc c'est fréquent. ça inquiète les gens beaucoup en fait alors que nous, moi, je peux dire que sur le plan de ma pratique, c'est plutôt une consultation reposante et qui change de la poly pathologie complexe. Enfin qui devient la plus grande partie de mon travail et qui prend beaucoup de temps. Donc la lombalgie aigüe. Ouais, le patient a besoin d'être... Il veut être vu vite dans la journée. Alors Parfois, on, je souhaite pouvoir le faire attendre une journée mais je m'aperçois que c'est pas possible.

Qu'est-ce que je peux dire, je suis très kiné, kiné, kiné. Je suis très pour la kiné heu je donne je pense de moins en moins d'anti-inflammatoires mais ça c'est depuis longtemps ou alors sur une période très brève.

Ça, c'est parce que j'ai été sensibilisée en [...], j'ai travaillé dans une clinique et j'ai vu arriver des gens en insuffisance rénale aigüe suite à la prise d'AINS.... Voilà....qu'est ce qui me vient d'autre... bon voilà.

E : Ok Qu'est-ce que tu vas faire ? comment tu vas t'y prendre ?

I : Oui. Alors moi cliniquement, j'essaie de bien.. moi, j'aime bien faire l'examen clinique. Donc assez complet je regarde la raideur, distance doigt sol, je regarde toujours la statique de face, debout, de dos, de profil. Enfin, oui pour moi c'est super important de regarder ça, la symétrie, les pieds, la posture quoi. Euh, la démarche peut-être pas assez, mais la posture, oui je le fais, je vérifie s'il y a des signes neurologiques, sciatiques ou pas sciatiques. ça change quand même beaucoup de choses donc je j'examine le patient allongé à plat ventre à plat dos voilà et puis du coup, ben après je fais attention au contexte si il y a de la pathologie, s'il y a un cancer évidemment. Palper la colonne. Je trouve que globalement c'est très rare d'avoir une douleur à la pression du rachis, je trouve. C'est souvent para rachidien. Qu'est-ce que je

peux dire ? C'est assez rare finalement de pas pouvoir examiner les gens parce qu'ils sont trop trop bloqués. Ou s'ils sont trop trop bloqués, ben je les fais revenir de toute façon pour refaire un bon examen avec le signe de Lasègue et les réflexes et tout ça. Je poursuis, l'Imagerie, tout ça ?

E : oui

I : Globalement, je pense que c'est plutôt rare que je demande une imagerie en première intention, là je l'ai fait pour cette jeune femme justement parce qu'elle avait déjà vu en urgence à chaque fois SOS ou d'autres médecins et là je me suis dit, je le fais et là il se trouve qu'il y avait un pincement L4-L5 chez une jeune fille de 22 ans donc je lui ai dit c'est quand même bien de la savoir. Voilà.

Après bon, je me méfie toujours antécédent de cancer du sein parce qu'effectivement, je commence à en avoir beaucoup dans ma patientèle. Forcément des femmes, qui ont été soignées pour un cancer du sein et ça peut faire des fois plus de 10 ans ; heu prostate chez l'homme. Voilà c'est les deux clignotants. Qu'est-ce que je peux dire ? Que parfois les gens demandent assez vite un scanner ou une IRM. Donc j'essaie d'expliquer, de temporiser. Quand il y a un arrêt maladie à mettre, j'essaie de pas le mettre trop long, d'emblée. J'explique qu'il est nécessaire de bouger, je donne, j'ai dans la salle d'attente, là, le petit fascicule de la CPAM. Tu connais ?

E : Euh oui.

I : Voilà, la CPAM nous a donné... Ben d'ailleurs, je l'ai eu par le Pôle, je crois. Donc qui insiste sur le fait de « il faut bouger ».

E : C'est un petit dépliant ou c'est ... ?

I : Attends, Je.. (bruit de voix, bruit de pas) ( l'informatrice va chercher un exemplaire de dépliant dans sa salle d'attente). Donc en fait je pense que c'est F. C. qui nous l'avait fait passer.

E : D'accord,

I : Qu'est-ce que je peux dire d'autre d'important, ouais, non, je peux dire quand même que je.. enfin c'est personnel, tu verras ce que tu en fais c'est que... Je peux dire que quand j'étais jeune médecin peut-être ça me semblait banal, pas très important et en fait depuis que j'ai eu mal au dos et que j'ai eu une sciatique

E : (Acquiescement)

I : J'y suis évidemment beaucoup plus sensible. Je sais. J'y suis passée.

E : D'accord, d'accord.

I : J'ai été très mal. Ben notamment l'an dernier donc effectivement, je comprends mieux. ça c'est sûr et je comprends mieux, comment ça peut être fluctuant, comment ça peut être aigu puis après plus rien. Enfin toutes les possibilités cliniques qu'il peut y'avoir. Voilà donc ça j'y suis sensibilisée.

Et en plus en avançant en âge, je parle plus facilement de moi à mes patients pour donner des exemples et dire je sais ce que c'est, j'y suis passée voilà. Donc effectivement là, c'est sûr que ... j'ai l'expérience vécue alors que j'avais jamais mal au dos de ma vie jusqu'à y a quelque temps quoi.

E : D'accord.

I : Voilà mais voilà ça compte

E : Ouais c'est sûr. (silence) Après au niveau thérapeutique est ce qu'il y a autre chose que tu mets?

I : Je donne des antalgiques selon le tableau , j'associe Doliprane plus ou moins palier 1 palier 2. Je m'aperçois même qu'en anti inflammatoire je peux assez facilement donner l'Ibuprofène. avant de donner un « vrai » AINS.

E : Ah oui.

I : Oui je donne, enfin moi je suis soit Ibuprofène soit Bi Profenid.

E : D'accord.

I : Parce que en fait il y a pas mal de restriction sur les anti inflammatoires. Moi j'ai lu des choses négatives sur le Feldene ,sur le Voltarène dans Prescrire.

E : D'accord.

I : Donc quand je donne un anti inflammatoire, je donne soit de l'Ibuprofène soit du Bi Profenid qui est le Kétoprofène.

E : Parce qu'il y a moins de... ?

I : En théorie moins d'effets secondaires reconnus. hein le Feldene, j'ai lu des choses, j'en donne plus du tout depuis des années. Le Voltarène, pareil alors qu'il était très prescrit. Voilà moi je suis restée avec celui-là. Qu'on donnait aussi dans la colique néphrétique en fait.

E : D'accord.

I : ça peut m'arriver de donner quelques jours de cortico thérapie chez des gens qui supportent pas les AINS ou qui ont une contre-indication. Je n'ai pas de soucis avec ça. Là par exemple, je l'ai donné à une jeune femme en surpoids qui a une hypertension. Voilà je lui ai donné quelques jours de Cortisone. Je ne donne plus du tout comme avant- alors il pouvait m'arriver de donner du Myolastan c'est-à-dire du Tétrazépame – ça te parle ?

E : Oui, oui.

I : Oui c'est le Tetrazepame qui a été supprimé.

E : Oui.

I : Et ou parfois du Coltramyl donc Thiocolchicoside. C'est pareil y a eu des choses un peu... la durée était raccourcie – je m'aperçois, j'en donne plus, plus du tout. Et il peut m'arriver de donner du Valium donc du Diazépam à petites doses, le soir chez quelqu'un que je sens très tendu très stressé ou qui résiste, voilà, ça m'arrive assez régulièrement.

E : Ok.

I : Voilà mes habitudes

E : Pour quelle durée à peu près ?

I : Ça dépend, 10 - 15 jours.

E : D'accord.

I : Une quinzaine – une petite quinzaine - Voilà mes habitudes

E : Ok.

I : Kiné, on peut parler de la ceinture,

E : Oui.

I : Parfois les gens sont demandeurs. Ah oui si, dans les objets - Donc sont demandeurs, donc avant je râlais un peu, je râle moins. (rires) J'explique que c'est pas tout le temps. Je ne suis pas contre. Et puis, y a des gens qui ne veulent pas. Si, je parle aussi pour les déplacements en voiture.

E : Oui.

I : J'ai la notion. Enfin, j'avais eu des collègues rhumato qui conseillaient d'acheter une planche de piscine et de la mettre à l'arrière ou il y a dans les magasins Feux Verts, des coussins qui sont vendus pour les gens qui ont mal au dos en voiture. Ça a très bonne réputation, ça marche bien donc j'en parle. Voilà, et puis donc je préconise la kiné très souvent, quand j'oublie, c'est les gens qui demandent. (rires) voilà.

E : Ok (Silence) Est-ce que toi, il y a quelque chose d'autre que tu proposes en plus ? qui te vient ?

I : Souvent, je fais la comparaison dans l'explication que je donne aux gens -je fais souvent la comparaison douleur abdo, douleur de dos – en disant - quand on parle du contexte, du stress

etc... En expliquant qu'en gros y-a ceux qu'on mal au dos, ceux qu'on mal au ventre. C'est un peu souvent ça, voilà. En expliquant souvent qu'il n'y a pas de corrélation entre ce qui est paraclinique et clinique souvent. C'était quoi ta question ? Qu'est-ce que je propose d'autre ?

E : Oui, qu'est-ce que tu proposes d'autre ? En message, du coup le message que tu fais passer, c'est quoi ?

I : Alors, le message c'est – ça peut être spectaculaire et c'est pas forcément grave. Voilà, se donner du temps, ça peut être variable ça peut être 2 ou 3 jours comme ça peut être plus. Pas de repos strict au lit, bouger dès que possible et se revoir et se revoir si besoin selon l'évolution. Voilà.

E : Ok

I Et surtout pas de bilan radio si c'est un premier épisode chez quelqu'un qui est en bonne santé quoi. Sinon ça n'a pas de raison. En gros, c'est ça le message.

E : Ok, super. Qu'est-ce que tu penses du protocole ?

I : Alors, le protocole. Je crois me souvenir. Je me souviens d'une certaine présentation. Je me souviens que j'avais pas pu le regarder tout de suite et que je l'avais fait à posteriori ou on a peut-être reparler. souvent avec le Pôle c'est ça- moi, j'arrive pas à retourner voir le compte rendu tout de suite enfin je laisse passer du temps. Et du coup, j'avais imprimé ça et il y avait ce fameux, je me souviens d'un tableau avec je ne sais pas avec 7 ou 8 lignes à présenter aux patients. Je m'étais dit « c'est super ». C'était un gros message avec des flèches et selon - enfin, je ne suis jamais arrivée à l'imprimer parce qu'il était sur Internet. Des fois, il y a des documents d'Internet que je n'arrive pas à imprimer. Ça, ça m'a frustré.

E : Oui.

I : Puis J'ai laissé filer parce que – parce que voilà – Y a d'autres choses à faire. C'était ça, voilà c'était ces messages clés.

E : D'accord.

I : Tu vois de quoi je parle ?

E : Oui.

I : Le tableau.

E : Oui.

I : Voilà, j'aime bien quand même les supports papier parce que je suis habituée à ça. Et ce message, je l'aurai volontiers donné aux patients quoi.

E : Oui. D'accord.

I : De faire le tableau, qui était avec les phrases « choc ».

E : Et tu n'as pas pu redemander ?

I : Ouais, je m'étais dit, je demanderai tout ça et puis j'ai laissé filer parce que, parce que y a pleins de choses qu'on enchaîne.

E : D'accord.

I : Voilà en gros je vois que ça correspond presque à ce que je dis.

E : Toi, est ce qu'il te parle, qu'est-ce que tu en penses ?

I : Là, ce message clé ?

E : Oui. Tout le protocole.

I : Les messages clés. Tout le protocole, j'ai trouvé que c'est surtout ça qui m'avait plu pour les patients.

E : Qu'est-ce que cela t'a apporté ?

I : L'ensemble ? j'ai trouvé que c'était pas mal.

E : Tu as pu le lire ? Finalement quand on vous l'a présenté, est ce que ça t'a marquée ?

I : J'ai du mal à me souvenir justement tu vois.

E : Après c'est loin, mais est-ce que tu as pu assister à d'autres moments où on vous en a parlé où il y a eu des échanges ?

I : Oui, je me souviens qu'il y avait eu quelque chose, une présentation à E.K. - moi, justement j'arrive plus trop à me rappeler. Je me souviens que l'on en a reparlé un soir.

E : La soirée lombalgie. C'était en Avril. C'était quelques mois après la présentation.

I : Voilà, je me souviens de cette soirée. Je ne sais plus quelle était le thème exact de cette soirée-là. Où là, j'ai été plus marquée justement, j'ai plus de souvenirs de cette soirée là que de la plénière. C'est peut-être lors de cette soirée-là, qu'on nous a parlé aussi du site sur la douleur, pour les patients parce ça, ça m'avait marquée et j'ai même donné ce site à un

moment tant que j'y ai pensé, j'ai parlé de ce site à mes patients puis après j'ai oublié, tu vois c'est tombé.

E : C'est quoi comme site ?

I : C'était très bien fait. Pour le coup, c'était Douleurs chroniques. C'est [www.retrainpain.org](http://www.retrainpain.org)

E : D'accord.

I : Et là, il nous avait parlé de pleins de choses. Je crois que je ne mélange pas. Cette soirée-là, on avait parlé de ça et j'avais trouvé que c'était bien de pouvoir donner ce site aux patients. Donc ça pendant quelque temps, tant que j'y ai pensé, j'en ai parlé mais là on était dans douleurs chroniques. Et le dos qu'est ce qui m'avait frappé ? Ce qui m'avait frappé dans la présentation, encore une fois, mes souvenirs, c'était à l'espace kiné, c'était l'histoire, la barrière d'âge 50 ans. Mais oui, Je me souviens, on avait parlé de ça parce que on avait blagué sur le fait d'avoir 50 ans, c'était vieux. Je leurs avait dit « Ben oui », J'ai passée 50 ans. Voilà, de faire gaffe à l'étiologie à partir de 50 ans. Donc, c'était surtout ça le message pour nous.

E : Qu'est-ce qu'il te vient d'autre ? Y-a-t-il eu d'autres choses qui t'ont marqué pendant cette soirée ? où des choses qui ont pu... ? En fait la question, est-ce que cela t'a apporté quelque chose ? est-ce que cet échange t'a permis de remettre des choses au clair ?

I : Moi, je peux dire ça va avec. Donc cette présentation a été faite avec l'optique kiné McKenzie puisqu'ils sont promoteurs de cette méthode. Que j'ai pu tester sur moi d'ailleurs, que j'utilise avec pas mal de patients. Ce qui m'a marqué, ce qui continue de me marquer dans cette méthode, au début j'étais avec parfois des réticences ; C'est beaucoup de généralités comme si toutes ces généralités s'appliquaient à tout le monde. Alors qu'en fait, je pense que chaque histoire clinique est unique et qu'effectivement on doit avoir à l'esprit des choses générales mais que comme toujours il faut rester vigilant. Moi, ce qui me frappe dans leur méthode c'est qu'ils touchent très peu de patients, au vrai sens du terme. Voilà, c'est assez frappant. Et que en fait, peut-être que je généralise, mais dans leur attitude, ils essayent d'appliquer une méthode et en gros ils voient si ça marche ou si ça ne marche pas. Ils nous ont très bien expliqué d'ailleurs que ça marche dans tant de % de cas et il y a des cas où ça ne marche pas. Ça c'est assez.. comme attitude, c'est particulier, ça peut déstabiliser. Parce qu'en gros voilà, on teste et on voit. Alors qu'en fait, il faut parfois plus s'attacher à ce que raconte la personne dans son cas particulier à elle, avant d'essayer quelque chose, il me semble. Tu me suis ?

E : Oui, d'accord.

I : Donc en fait qu'est ce qui m'a marqué ? Oui. Les messages que j'avais retenus, c'était « Attention à ne pas laisser passer une cause grave à partir de 50 ans » voilà, ça c'était le message mais bon, en fait que, on a en nous finalement, que on a en nous quand on travaille mais là c'était réécrit. C'était surtout ça.

E Et que cela soit réécrit ça... ?

I : « Petit drapeau » rouge. Et puis je pense que le gros changement mais qui n'est pas récent, mais sur lequel on a insisté c'est vraiment... Je peux dire que quand j'étais jeune médecin, c'était repos et là, on est complètement dans l'attitude inverse voilà. Faire passer ce message aux gens « On bouge ».

E : D'accord.

I : Voilà, je dirai c'est ça les 2 grands aspects qui m'ont marquée. Que je sais. Mais je trouve le message, Ben, c'est ce que fait passer la CPAM aussi. L'effort est fait sur faire passer le message « il faut bouger ». Il ne faut pas se mettre au repos strict ; voilà, pour moi c'est ça la nouveauté.

E : Ok, mais tu le faisais déjà ?

I : Oui, mais ça m'a conforté dans le sens c'est officiel, on le dit, il y a les preuves, c'est recommandé. Je ne dis pas ça pour vous embêter, c'est le consensus et on sait que c'est mieux comme ça. (silence) Ah oui, je sais ce que voudrais dire. Si, je ne suis pas du tout à l'aise enfin par rapport au travail, souvent on aborde la question avec les gens : ergonomie, ergothérapie. Les patients posent des questions sur la position, la chaise de l'ordinateur. Je le dis, je ne suis pas toujours très à l'aise pour répondre aux patients par rapport à ça. Je trouve que c'est un métier. C'est un métier et c'est pas très facile. Et puis, je pense aussi que y a des choses qui conviendront à des personnes et pas à d'autres et qu'il n'y a pas forcément de règle générale.

E : Ok -pour ça qu'elle pourrait être la solution pour cette histoire d'ergonomie, tu penses qu'il faudrait faire appel à des ergothérapeutes ?

I : Oui, alors moi, je leur dis toujours médecins du travail, médecine de travail. Et puis, il y a des endroits où il y a des ergothérapeutes. Sur le lieu de travail.

E : Voilà – Ok . Est-ce qu'il y a des choses qui te paraissent utiles dans le protocole ?

I : Oui, alors, je ne sais pas si ça fait vraiment parti du protocole d'ailleurs. Ce qui est sûr, ce qui a été redit récemment c'est que le fait qu'il y est un travail là-dessus. Quand les médecins du Pôle, on envoie des gens à Espace kiné, faisant parti du Pôle, ils nous l'ont redit, les patients qu'on envoie dans ce cadre-là sont prioritaires. C'est-à-dire, eux, ils ont une grosse liste d'attente, ils les feront passer avant. Donc, C'est intéressant pour nos patients.

L'intérêt du protocole... Je pense que pour le coup, je redis que la lombalgie, enfin, c'est simple. Il n'y a pas de grosse découverte dans le protocole. C'est pas comme par exemple, je fais le parallèle avec un protocole où j'avais participé un peu au début dans un groupe de travail, sur la prescription de l'insuline, c'est beaucoup plus compliqué, beaucoup plus complexe, ça peut donner lieu à pleins de discussions. Là, y a pas trop matière à discuter. On est tous d'accord, c'est classique.

Voilà, je pense que ce protocole-là, il a plutôt l'intérêt pour nous de favoriser une bonne communication. Je pense qu'on fait tout ça, à peu près bien. On fait tous des erreurs. Mais voilà, c'est ce que je veux dire. Autant, je pense que si y avait un protocole d'Insuline, tout ça, je continuerai d'apprendre effectivement pleins de choses et puis parce que ça change tout le temps. Là, on est dans du basique, classique.

E : D'accord,

I : Oui, C'est une espèce d'harmonisation dans ce qu'on va dire aux gens. Dans le message qui est passé aux gens. Et d'ailleurs, les gens le disent. « Le kiné m'a dit la même chose », je pense que ce protocole a cet intérêt-là, face à quelque chose qui est très fréquent, qui inquiète les gens, on a un message commun. Et les gens voient qu'on se coordonne, voilà. Pour moi, c'est ça l'intérêt.

E : Ok, est ce qu'il y a des choses qui te gênent dans le protocole ?

I : Alors, Ouais, c'est un peu ce que je t'ai dit là.

E : L'histoire des facteurs de risque de chronicisation... est ce que tu penses que tu as besoin d'un outil type la petite fiche des drapeaux jaunes ?

I : euh... ouais...

E : Il y a aussi le questionnaire Startback ?

I : Je vais honnête, je ne sais plus ce que c'est le questionnaire Startback. Qu'est-ce que c'est déjà ?

Donc, ça veut dire que je ne l'utilise pas.

E : Oui c'est ça. C'est un questionnaire qui permet de stratifier le risque de chronicisation et qu'en fonction de ça. Euh..

I : C'est un score, je l'aurais peut-être dans les scores là ou pas ?

E : Oui, c'est un auto-questionnaire que le patient peut remplir en fait. Oui, ça fait un score et en fonction du résultat du score...

I : Bon, tu vois bien que je ne l'utilise pas. Voilà. Même si j'ai lu une fois ce que c'était, je n'ai pas retenu. Je pense que peut-être, je pourrai dire que – je regarde juste si je l'ai dans mes scores là. Non – je pense que je suis peut-être pas assez systématique dans cet aspect-là. Je pense que ça se fait de manière inconsciente dans ma démarche mais je ne le fais pas. En tout cas, je ne le fais pas. Je pense qu'il y a tout de suite une vigilance dès qu'on est sur un accident de travail.

E : D'accord.

I : Parce que c'est vrai que sur un accident de travail, la chronicisation, elle est possible quoi. Elle est fréquente donc je dirai méfiance. Moi, je suis plus vigilante. 'Fin je ne suis pas dans la même disposition quand c'est un accident de travail et pour le coup, je fais plus facilement d'imagerie mais parce que c'est médico-légal, en fait, voilà. Mais j'avoue ne pas faire de recherche systématique de ce type-là. Je pense que c'est inclus dans ma démarche plus ou moins inconsciemment.

E : Quels sont les facteurs de risque de chronicisation pour toi dans ta pratique ?

I : Le travail, l'accident de travail, le surpoids, les gens qui sont en surpoids. Je trouve quand même que globalement, il y a un risque – je regarde un peu ce qu'il disait- Euh et puis (silence). Après oui, on trouve très souvent un contexte de stress ou de troubles psychiques enfin d'anxiété, ou voir de syndrome dépressif. Je fais attention à rester délicate sur le fait de pas plaquer quelque chose à la personne mais de l'amener éventuellement à faire un lien, un possible lien parce qu'on en a pas la preuve. Et que, voilà, peut-être qu'on peut dire que un contexte de stress psychique peut être un facteur de chronicisation. Peut.

(silence)

E : Ok, est ce que toi tu as eu des retours ou pas par exemple du McKenzie ? des retours de patients en général ?

I : Oui, oui, McKenzie ?

E : Ma question est : est-ce que tu as finalement adressé des patients à E. K. dans le cadre de la lombalgie aiguë commune ?

I : Oui, mais pas que.

E : Et dans quel cas alors ?

I : C'est marrant parce que là, j'ai une dame. C'est pareil, cette semaine, j'ai vu une dame qui est allée faire du McKenzie, alors chez quelqu'un d'autre à E., un autre kiné que j'apprécie beaucoup. Ça y est, je sais, je l'ai vue samedi matin, cette dame. Pour le coup, une dame qui a plus de 50 ans, qui a des lombalgies, qui est sportive, lombalgie ancienne. Elle a essayé pleins de choses et là, samedi, elle m'a dit depuis que je fais les exercices McKenzie, ma vie est transformée.

E : D'accord.

I : C'est assez Euh. Je dirai qu'effectivement, il y a des gens pour qui c'est efficace et des gens pour qui ça ne l'est pas. J'envoie donc chez eux ou ailleurs – parce que moi j'étais sur E. avant. J'ai pas mal de patients qui sont sur E. Y-a un Kiné qui fait du McKenzie à E. Comment je choisis ? Vers qui j'envoie ?

E : Géographique ?

I : Il y a le géographique. Y-a quand même, effectivement. Je peux dire quand même que si le patient est plutôt jeune et qu'il a déjà essayé d'autres méthodes qui n'ont pas donné grand-chose, j'orienterais vers McKenzie.

E : D'accord.

I : En présentant comme une façon différente de faire. Je présente aussi un des aspects positifs de cette méthode. Pour le coup, c'est la personne justement, la personne qui veut pas trop aller longtemps chez le kiné ... parce que le kiné McKenzie donne des exercices à faire et il voit pas très souvent la personne. Donc la personne qui a envie d'être autonome, qui veut être autonome, je le fais aussi. Par contre, y-a des gens qui souhaitent des massages, qui souhaitent tout cet aspect-là, qu'ils ne font pas. Voilà j'essaye aussi de cerner ça.

E : Comment ?

I : Eh bien, il y a des gens qui le demandent, qui demandent à être masser. C'est d'ailleurs, ce qui est intéressant c'est que la profession de kinésithérapeute. Je ne sais pas si c'est toujours le cas mais c'est masseur kinésithérapeute.

E : Si, si c'est toujours ça.

I : Par exemple j'ai des collègues qui sont un peu des copains à B. qui sont masseurs, qui font la méthode Mézière qui insistent beaucoup sur l'aspect massage. Je pense que c'est quelque chose qu'on ne doit pas perdre. Voilà, je pense que c'est un aspect parmi d'autres et ce que j'ai noté aussi là depuis que je suis à Saint Martin d'Hères, c'est que il y a pleins de méthodes de kiné, là qui se développent – Méthode des chaînes de Busquet – y a pleins, pleins de méthodes, je crois -une palette en kiné. Et donc, du coup voilà, je dis aux gens – Y-a -des

méthodes – Nous, on est sensibilisé à McKenzie parce qu'ils sont là, parce que ils sont motivés, passionnés. Voilà.

E : Ok (Silence) Est-ce que vous avez eu d'autres retours de patients ?

I : Alors, de McKenzie ?

E : (Signe d'approbation)

I : Oui, j'ai cette dame en tête parce que c'est tout frais. Mais, en gros, j'ai eu tout type de retours. Des gens chez qui ça a fait du bien et des gens pour qui -non – pas spécialement.

On reste dans la lombalgie là ?

E : Oui, aigue commune.

I : Y-a les 2, je ne peux pas dire là comme ça. Si, c'est peut-être quand même globalement plus positif que négatif en nombre.

E : D'accord,

I : Mais je ne travaille pas qu'avec eux, de toute façon.

E : Oui. Ce n'est pas du 100%.

I : Non, non, ce n'est pas du 100%

E : Ok, je pense qu'on a fait à peu près le tour. Donc, finalement l'impact de ce protocole sur ta pratique, si on doit résumer, 'fin ?

I : Oui, est ce qu'il a beaucoup modifié ma pratique : Non. Je dirai peu, il a conforté la pratique. Il vient conforter la pratique. Et encore une fois, c'est plus en termes, du coup, de communication. Communication entre nous vis-à-vis du patient. Parce que nous, on communique. Mais là, du coup, c'est les messages à faire passer à nos patients quoi. Il y a une espèce d'harmonisation. Je dirai ça. Mais c'est vrai que non, ça n'a pas fait de grands changements.

E : Ok.

I : On n'a pas parlé d'une chose, c'est pour le coup, il y avait un protocole Marche.

E : Ah oui, tout à fait.

I : On m'a donné le tampon une fois, je ne l'ai jamais utilisé ce tampon mais parce que je pense que pour le coup, j'ai loupé l'explication à un moment.

E : C'était quoi comme tampon ?

I : L-REPAR

E : Oui.

I : Ben de toute façon, c'est chronique voilà, au départ, c'est chronique

E : Le groupe de Marche, est ce que tu le prescrist, tu le préconises ?

I : Moi, en fait, mon infirmière Azalée elle a mis en place un groupe de marche. Du coup – on a tellement de choses à disposition et que ce groupe de marche là celui proposé par le Pôle, j'ai jamais retenu, bien le lieu, l'endroit parce que j'étais fixée sur mon groupe Azalée et du coup je ne l'ai pas proposé. Non, je ne l'ai pas proposé. J'ai jamais enregistré voilà, donc Non,.

E : Ok.

I : Alors, je propose pleins de choses, le ETP, tout ça. Mais celui-là : non, mais peut-être 1 ou 2 fois pas significativement, je peux dire j'ai pas un de mes patients qui est allée à ce groupe de marche. Je le sais.

E : Eh Oui, voilà. Est-ce que tu proposes, à des patients par exemple dans le cadre de la lombalgie aiguë commune, le groupe de marche Azalée ?

I : Non, je n'y pense pas systématiquement.

E : A la limite, cela ne sera pas forcément pour la lombalgie commune, non ?

I : C'est ça.

E : ça va être pour une autre pathologie, cardio-vasculaire ou... ? En tout cas, ce n'est pas le réflexe ?

I : Oui, oui, je ne l'ai pas assez.

E : Ok, et pour toi les objectifs d'un protocole c'est quoi ? Après, c'est large comme question...

I : Pour moi, je pense qu'un protocole, ça a une raison d'être. A mon avis un protocole a des critères. Qu'est-ce qu'un Protocole ? Pour moi, un Protocole c'est harmoniser des pratiques, c'est voir ensemble comment on agit et se mettre d'accord sur comment agir. Typiquement le protocole Insuline quoi.

E : D'accord .

I : Pour moi, c'est ça un Protocole. C'est dans un groupe donné, sur un aspect donné. Vérifier qu'on délivre bien les mêmes messages. Qu'on a bien les mêmes attitudes. Enfin en tout cas les attitudes de bonnes pratiques. C'est ça pour moi un protocole.

E : Et est-ce que pour toi, ils remplissent cet objectif entre guillemets de Protocole ?

I : Oui, parce que justement, il est assez simple. Ça concerne quand même des choses simples. Il n'y a pas sur le plan médical, scientifique, il n'y a pas trop de prise de tête. Tu vois ce que je veux dire ?

E : Oui,

I : On est d'accord.

E : Oui.

I : Après, on pourrait ne pas être d'accord, on pourrait critiquer cette méthode Mckenzie mais voilà, c'est tout. Rester Critique. Y-a d'autres méthodes. De toute façon ce protocole ne préconise pas cette méthode.

E : C'est plus ou moins quoi. Et la kinésithérapie active pour toi ? Oui, comme tu as dit. Cela dépend des gens.

I : Oui, ça dépend vraiment des gens.

E : Bon, ça marche. Et ben, je pense que l'on a fait à peu près le tour. Est-ce que toi tu as des choses à rajouter ?

I : Non, non, je pense que c'est bon. Je pense, juste ce que je t'ai dit en entrée. Peut-être un petit regret de ne pas avoir saisi le groupe de marche, voilà. Mais du coup, ça m'y fait réfléchir. Voilà tout simplement. Je pense que j'ai dit ce que j'avais à dire.

E : Ok, ça marche. Merci d'avoir participer à l'entretien. Je coupe le dictaphone.

## **IX.6. Entretien 6 : E7**

I : informateur ; E : enquêtrice

E : Du coup, on va parler de la lombalgie aigue commune, à savoir qu'est-ce qu'elle évoque pour toi ?

I : Euh, qu'est-ce qu'elle évoque pour moi. Euh, d'un point de vue biomédical, elle évoque une douleur lombaire, plus ou moins systématisée, euh récente de par son caractère aigue, plutôt nouvelle, pas forcément récidivante et puis à priori sans signe de complication, c'est à dire pas forcément de d'irradiation, de radiculalgie voilà. Sinon, ça m'évoque du coup en terme de pronostic plutôt quelque chose d'encourageant on va dire avec une durée en générale assez courte. Ça m'évoque quelqu'un de jeune et pas forcément euh quelqu'un qui peut avoir un terrain fragile ou qui pourrait avoir d'autres pathologies associées, et puis en terme psychosocial, ça m'évoque une alerte sur des choses qui peuvent être lié à l'environnement, travail, vie de famille, activité physique ou sédentaire et éventuellement aussi un symptôme, un symptôme de plein de chose.

E : D'accord, euh un symptôme de plein de chose, est ce que tu peux préciser ?

I : (rire) Symptôme de plein de chose, c'est à dire bah ça peut être aussi bien une manifestation de stress, de surmenage, d'anxiété, de fatigue, éventuellement chronique, de

mal-être au travail, éventuellement de tension, enfin bon il y a des liens forcément entre tout ça. Donc je pense que c'est quelque chose qui ne doit pas rester dans une prise en charge biomédicale. Il ne faut pas se limiter à la prise en charge thérapeutique que du protocole lombalgie mais il faut aussi entendre tout ça.

E : D'accord, Qu'est-ce que toi, tu vas faire dans ta pratique, devant un patient qui a une lombalgie aiguë commune ?

I : Faire devant un patient qui a une lombalgie aiguë commune qu'est-ce que je vais faire mais je vais déjà m'assurer qu'il n'y est pas les fameux drapeaux orange et drapeaux rouges, c'est à dire d'éliminer soit une complication soit une cause autre. Donc bien rester dans le cadre de la lombalgie aiguë non compliquée en tout cas sur un terrain qui n'est pas particulièrement potentiellement grave et puis dans ces cas-là je vais m'empresse, d'appliquer le protocole lombalgie aiguë du pôle de santé universitaire interprofessionnel de saint martin d'Hères. C'est à dire donner des messages clés au patient. Euh donc les messages Backbook euh que nous avons dans notre dossier informatisé, dans notre système d'information partagé et je le rajoute sur l'ordonnance pour renforcer le message euh j'essaye que ce soit par lu simplement mais intelligible et voilà, et éventuellement en m'assurant que le patient ait bien compris et qu'il n'est pas de questions. Et je lui propose les 5 séances de kinés qui ont été négociées pour aider à une amélioration rapide, bien que en général le pronostic soit plutôt bon et je l'oriente plus volontiers sur des kinés du pôle qui sont disponibles pour ce type de kiné, tout en leur disant qu'ils peuvent le faire avec leur propre kiné, mais que ça doit être une kiné rapide, dans la semaine, pour diminuer tout risque de chronicisation.

E : D'accord, qu'est-ce que tu fais d'autres ?

I : Euh, je leur met bien sur des antalgiques en fonction du niveau de douleur et pas forcément d'anti-inflammatoire selon les recommandations, après quels sont les critères de prescription des anti-inflammatoire, ça c'est encore autre chose. Voilà. Surtout de bien insister que ce n'est pas du repos qu'il faut, mais de diminuer les activités qui sollicite le dos. Voilà, surtout un message positif.

E : Un message positif, c'est-à-dire ?

I : message positif, C'est-à-dire que le pronostic est bon, qu'on peut vivre avec un épisode lombalgique et que en général, ça guérit bien et sans séquelle et qu'il n'y a rien de grave

particulièrement à craindre. Donc voilà, des messages positifs en terme de diagnostic et de pronostic.

E : D'accord, ça marche. Concernant les anti-inflammatoires, c'est quoi les recommandations que tu as eu ?

I : Alors les anti-inflammatoires, on a eu souvent l'occasion d'en discuter en groupe de pairs, ou dans des recommandations qui ont pu être faites par les sociétés savantes comme l'HAS ou dans des revues comme prescrire qui ont tendance à dire, en fait, de façon assez générale que les anti-inflammatoires en première intention sur une lombalgie aiguë simple non compliquée sans radiculalgie, qu'il n'y a pas d'indication aux anti-inflammatoires. C'est la notion que j'ai en tout cas.

E : D'accord, est-ce que tu as quelque chose d'autre à rajouter à ce que tu proposes au patient ?

I : Euh... En fait euh... Je disais que ouais il y a la prise en charge dans le protocole donc ça. Il y a les messages clés et la prise en charge kiné mais ce qui est important aussi, c'est d'ouvrir des perspectives pour les patients par rapport à justement l'environnement psychosocial de cette lombalgie aiguë. Et donc entendre éventuellement ce qui pourrait être, avec une communication adaptée. Et puis essayer de leur permettre un certain discernement par rapport à la façon dont ils peuvent prendre en charge de façon plus générale leur lombalgie.

E : D'accord, comme par exemple ?

I : Comme par exemple, une tension au travail, de les faire se questionner par rapport à la situation, comme par exemple, quelqu'un qui serait un peu maniaque du ménage chez lui, voilà d'en avoir conscience et de voir éventuellement comment adapter d'un point de vue posture son activité, de loisir (rire). En gros, chaque situation est singulière, savoir s'adapter.

E : d'accord, est ce que tu vas arrêter des patients ?

I : Au coup par coup, en général, je parle pas spontanément de l'arrêt de travail. Et je n'en parle que après avoir diffuser le message de renforcement positif par rapport au pronostic de la lombalgie. Après je vois un peu en fonction de la demande. Parfois, il m'arrive de connaître le contexte professionnel ou le travail des patients et dans ces cas-là, voilà et pour des métiers physiques, exigeants, je vais être assez favorisant pour la lombalgie mais c'est aussi quelque chose avec lequel parfois les patients vivent à différents degrés. Voilà donc c'est au cas par cas en fait, j'ai pas d'attitude systématique en cas d'arrêt de travail.

E : D'accord, les éléments qui vont te pousser à arrêter, tu l'as dit, c'est...

I : Ben, il y a toujours les critères de la sécurité sociale en fonction du type d'activité professionnelle, à savoir si c'est un travail plus ou moins léger ou plus ou moins lourd en terme d'activité physique et de port de charge. Mais pour moi, c'est qu'une échelle de critère, en général de toute façon, la sécurité sociale dit un arrêt de quelques jours, de 5 jours et une réévaluation. Donc voilà, l'idée c'est surtout tout ça. C'est-à-dire d'arrêter sur une courte durée et de réévaluer derrière. Parce que les premiers jours nous donnent beaucoup d'information sur l'évolution de la lombalgie par la suite.

E : ça marche et du coup, qu'est-ce que tu penses du protocole toi ?

I : qu'est-ce que je pense du protocole... Moi je pense que le protocole lombalgie c'est bien qu'il existe, parce que entre rien et n'importe quoi... C'est bien qu'il y ait des idées claires et puis éventuellement une activité un petit peu harmonisée, ne serait-ce que parce que ça permet d'évaluer la prise en charge, ce que tu participes à faire. Et euh, je pense que c'est basé sur quelques données scientifiques qui permettent de diminuer l'évolution vers la chronicisation ou en tout cas éviter que ça dure trop longtemps. C'est quelque chose qui a été négocié, discuté, référencé scientifiquement et organisé et créé de façon collégiale et pertinente, donc c'est quelque chose où on est amené à adhérer. En plus, c'est finalement un protocole qui est facile à appliquer, qui donne des bases sur la prise en charge. Et comme c'est un protocole très biomédical, ça permet aussi une porte d'entrée dans une activité du pôle. Ne serait-ce que de participer à ça, on a l'impression, 'fin en tout cas même pour les internes ou les étudiants en général, c'est du travail interprofessionnel avec le kiné ou éventuellement si il y a de l'obésité ou des choses comme ça, avec l'infirmière azalée. Et donc c'est quelque chose qui est déjà une porte d'entrée vers l'interprofessionnalité et vers les activités du pôle.

E : D'accord. Euh, je ne t'ai pas fait préciser au moment où tu l'as dit. Mais, quand tu as dit que ça permettait d'évaluer la prise en charge...

I : Ben c'est-à-dire que, c'est difficile de savoir ce qui est efficace dans la prise en charge de la lombalgie si on a chacun des pratiques différentes. Si on a une harmonisation des pratiques, ce qui est préconisé là en l'occurrence, ça va permettre une certaine standardisation et de pouvoir avoir un outil qui est reproductible et de pouvoir faire un test de l'efficacité de cet outil. Après, à nous de savoir remettre en cause les choses si on voit qu'on a une efficacité équivalente à celle d'une population non traitée avec l'aide du protocole ou alors que on aggrave la situation ou alors que pour une efficacité équivalente, ben finalement, on revient

plus cher avec notre prise en charge spécifique en kinésithérapie. Il faut savoir réévaluer tout ça.

E : ok et euh, et toi, est ce que le protocole t'a aidé à quelque chose ?

I : Ouais, le protocole, je pense qu'il aide pour plusieurs raisons. D'une part parce que c'est quelque chose qui est reproductible et surtout ça nous oblige à être un peu systématique, ne serait-ce que dans les messages clés que l'on donne, c'est important. Pour nous, praticiens, c'est un motif de consultation fréquent et donc on aurait vite fait d'être dans une certaine routine, et donc d'être assez systématique, « ouais lombalgie, c'est pas grave, on va traiter et puis voilà ». Alors que là de bien souligner de quoi il s'agit, de renforcer positivement le patient dans sa prise en charge, l'évolution etc. et de l'accompagner à travers le regard des kinés. Je pense que c'est quelque chose qui évite d'être dans la routine et qui renforce positivement la prise en charge du patient, voilà. Donc ça a ces deux avantages, je pense.

E : Ok.

I : Et puis aussi d'être alerter. C'est-à-dire, on peut proposer le protocole que quand on a éliminé les autres euh... c'est à dire qu'il y a des critères d'inclusion et qui dit critères d'inclusion, dit critères d'exclusion. Donc ça permet d'être aussi alerter sur éventuellement une étiologie secondaire, une autre cause de ces lombalgies.

E : D'accord, et toi est ce que ce protocole, il t'a aidé concrètement dans ta pratique ?

I : Euh, Ouais, pour les raisons que je te disais. Il y a aussi un historique aussi à ce protocole. C'est que quand on a mis en place au début les NMR, les nouveaux modes de rémunérations qui étaient fait pour travailler en interprofessionnalité, la première idée qui nous est venue, c'était de travailler avec les kinés sur la lombalgie. Et on a du faire quelques recherche sur la lombalgie et sur ce qui marchait et on a été assez désagréablement surpris de voir qu'il n'y avait rien vraiment de très efficace sur la lombalgie et surtout il n'y avait aucun critères qui était pertinent pour une harmonisation des pratiques. C'est-à-dire, finalement de faire le Lasègue, le Schobert ou le machin, ça avait pas beaucoup de pertinence. Donc du coup, le principal message qu'on a retenu de ça, c'est que finalement il y avait finalement beaucoup moins de chose à faire en terme de diagnostic, d'évaluation au départ par rapport à ce qu'on faisait dans nos pratiques. Donc ça nous a permis de savoir quels étaient les éléments importants à la fois diagnostic et pronostic. Et puis ça nous a permis de voir que finalement... ben c'était un peu frustrant parce que du coup pour un travail d'interprofessionnalité, on

savait pas très bien comment harmoniser nos pratiques en commun. Donc du coup, l'idée de ce protocole, ça a été de pouvoir définir des choses simples et originales mais en même temps, quand même référencées scientifiquement pour pouvoir proposer une harmonisation des pratiques et un travail en interprofessionnalité.

E : D'accord, et comment vous êtes arrivé à ça ? 'fin au départ, vous avez été confronter au fait que c'était compliqué et finalement...euh...

I : Ben, ça c'était au tout début, c'est-à-dire qu'il y a quelques années hein, ce protocole lombalgie, il date de 2013 ou 2014, ou quelque chose comme ça. Enfin pas ce protocole pardon, finalement les commissions médecins généralistes kinés qu'on avait mis en place, elles datent de cette époque-là et du coup, ça avait pas abouti. Donc là, l'idée de proposer un protocole, sans forcément qu'il soit complètement validé scientifiquement, c'était déjà une idée intéressante et originale d'une activité en interprofessionnalité. Elle ne demande plus qu'à être évaluée. Et je pense que c'est très important qu'elle le soit pour qu'on ne maintienne pas quelque chose qui soit pas efficace pour les patients.

E : D'accord, ouais ok. Et pour toi, c'est original et c'est basé sur des preuves scientifiques ou ?

I : Oui et non. Comment dire, la méthode Mckenzie par exemple, pour parler de la kinésithérapie et un peu la posturologie, ce sont des choses qui sont basées sur des méthodes qui sont basées sur des études scientifiques de faible puissance parce que forcément pas très porteuse financièrement et probablement peu d'investigateurs, voilà donc avec sûrement des conflits d'intérêt etc. Je pourrais pas dire que je sois très savant dans le domaine, mais en tout cas à l'époque on avait pas trouvé de choses très très pertinentes là-dessus. Et on sait de toute façon que la lombalgie aigue simple est amené à évoluer favorablement quoi qu'on fasse finalement. Du coup, la pertinence d'une action, elle est à innover, elle est à créer. C'est-à-dire que du coup, c'est pas mal d'essayer des choses et de les évaluer puisque on sait pas encore ce qui marche vraiment dans le domaine.

E : D'accord,

I : voilà, et le pôle permet ça en fait.

E : D'accord, et pour toi, les retours que tu as eu depuis qu'il a été présenté, qu'il vous a été présenté tout ça, c'est quoi ?

I : Ouais, c'est intéressant ce que tu dis. C'est toujours pareil, c'est-à-dire que, quand les patients vont mieux, on ne le sait pas forcément.

E : (acquiescement)

I : On sait surtout quand ça va pas mieux, puisqu'ils reviennent nous voir mais je dirais du coup que aux vues du nombre de patients que j'ai revu après leur avoir proposé ça, je pense que au total, il y a quand même un effet bénéfique. Est-ce que c'est dû au protocole ou pas ? ça c'est difficile de le savoir mais en générale, il n'y a pas eu de retours négatifs en tout cas sur ça. Hormis peut-être la difficulté pratique parfois d'avoir accès aux kinés dans le délais qu'on s'était fixé, parce que c'est possible que c'est kinés soient débordés parfois.

E : ah d'accord,

I : Mais ils travaillent à ce que on puisse les toucher assez facilement.

E : D'accord. Dans les retours que tu as trouvés plutôt positif dans l'ensemble, est-ce que par exemple tu as eu des retours sur la méthode McKenzie ?

I : Non, 'fin si mais je ne les ai pas forcément en tête, c'est-à-dire que en générale les patients quand ils en reparlent, ils en reparlent en bien en disant que ils ont un peu compris comment ils fonctionnaient et aidaient à s'autonomiser par rapport à la lombalgie. Après ça dépend du type de patient et ça dépend aussi du contexte. On en revient aux problèmes psycho-sociaux. C'est-à-dire que si un patient, son mode d'expression de son conflit professionnel, c'est la lombalgie, euh, c'est pas forcément le protocole et la prise en charge rapide qui va l'avoir complètement guérit parce que le problème persiste, la cause persiste. Donc du coup, ça nous rend un peu plus légitime pour explorer cette dimension là aussi. Faut toujours positiver.

E : D'accord (sourire), donc dans ton esprit, il y a des patients qui sont revenus de Mckenzie ...

I : Ben il y a toutes sortes de patient. Ce qui est difficile à dire, c'est comme quand on essaie un médicament ou un antalgique par exemple, plus qu'un autre, on va revoir les patients qui ont toujours mal et donc c'est difficile de savoir si le médicament marche ou pas. Mais dans l'ensemble, on sait qu'il marche et que il aura soulager quand même une majeure partie des patients. Mais c'est sûr que nous, on voit que ceux qui sont malades, euh ce qui vont pas mieux. C'est comme dans notre activité professionnelle, on voit quasiment que des gens malade et t'as des gens qui vont bien.

E : Ouais c'est sûr, et le groupe de marche, toi c'est quelque chose que tu proposes ? Euh, est ce que tu as eu des retours ?

I : Alors j'ai pas la notion que le groupe de marche soit nécessairement dans le protocole à proprement parler mais quelque chose qu'on proposait effectivement, pareil en travail interprofessionnel. C'est quelque chose que je propose volontiers, en tout cas pour mes patients que je pressens sédentaire.

E : D'accord,

I : Ou qui ont besoin de socialisation mais qui rentrent dans un critère de lombalgie aussi. Et je le proposerai plus volontiers à des patients dont la lombalgie se chronicise un petit peu. C'est-à-dire, pas forcément à 6 semaines ou 3 mois mais en tout cas si je suis amenée à les revoir, et que j'ai l'impression qu'ils réduisent beaucoup leurs activités. C'est quelque chose à ce moment-là, ouais que je pourrais leur proposer.

E : D'accord, et est-ce que tu vas proposer le groupe de marche lombalgie ou un autre groupe de marche ?

I : Ben, si ils ont pas d'autres comorbidités, je vais proposer le lombalgie. Euh, si ils ont d'autres comorbidités comme de l'obésité ou du risque cardiovasculaire, c'est aussi l'occasion parfois de les faire rentrer dans notre groupe de marche avec nos infirmières azalées. Et puis, on a aussi de l'activité physique adaptée qui est proposée au sein du pôle, qui rentre dans le protocole prescri'bouge et qui nous permet, voilà, pour des patients qui ont en mal d'activité physique, ça peut être quelque chose de complémentaire au niveau réhabilitation.

E : D'accord, et est-ce que toi tu as eu des retours du groupe de marche ?

I : Oui, j'ai eu des retours du groupe de marche, bon, plus de celui de nos infirmières azalées puisque en population, ça représente plus de volume mais euh, ouais des retours très positifs. Des gens qui étaient très content de marcher de façon encadrée.

E : ça marche, euh, on a pas forcément parler du bilan imagerie...

I : En fait, dans le protocole lombalgie aiguë, il y a pas d'imagerie qui tiennent, puisque ça fait partie des critères d'exclusion. C'est-à-dire que l'imagerie est indiquée, soit si il y a des critères de gravité ou de sévérité potentielle, par exemple des personnes qui sont susceptibles d'avoir une maladie osseuse ou une hernie ou des choses comme ça. A ce moment-là, on va avoir une imagerie qui va leur être proposer ou pas, selon des critères qui sont maintenant

bien connues ou si il y a une chronicisation donc on est dans des critères d'exclusion du protocole lombalgie aigue, par essence. Donc, pour moi l'imagerie, elle n'a pas lieu d'être dans ça. Et c'est aussi un intérêt du protocole parce que on leur propose quelque chose sans être obligé de s'appuyer sur une imagerie donc ça c'est aussi une force.

E : D'accord, est ce qu'il y a des choses qui te gênent dans le protocole ?

I : Euh, qu'est ce qui me gêne dans le protocole ? La difficulté parfois de le mettre en pratique, tant pour soi, d'être assez systématique devant une lombalgie aigue, donc être plus efficace dans le recrutement. L'idéale ça serait presque d'avoir un agenda électronique partagé et d'inscrire les patients sur des créneaux lombalgies en disant clairement qu'on est dans une prise en charge interprofessionnelle et de garantir une bonne éthique, parce que c'est difficile d'obliger les patients à voir un professionnel de santé à qui on les adresserait. Mais ça serait plus simple, par exemple. La difficulté, ça pourrait être l'adressage au kiné. Ce qui me gêne aussi, c'est d'être lancé sur quelque chose qui repose sur peu d'éléments scientifiques. Et donc j'ai hâte qu'on évalue l'efficacité de ce protocole. Mais on est assez convaincu par les messages actuels de reprise d'activité physique, rapide, quand on entend les messages de la sécurité sociale ou même en général des choses qui sont assez diffusées.

E : Pour toi, est ce que tu as des réticences à utiliser ce protocole ?

I : Non.

E : D'accord et pour toi l'objectif d'un protocole c'est quoi ?

I : ah t'es dure avec moi. (petit rire)

E : (rire)

I : Prenez un crayon et vous avez deux heures... pour moi un protocole c'est une démarche de soins, qui est dirigée, référencée et reproductible. Voilà.

E : D'accord et avec comme objectif ?

I : Avec comme objectif là en l'occurrence d'améliorer les pratiques.

E : D'accord, et est-ce que t'as l'impression que l'objectif il est rempli là avec ce protocole ?

I : Non, parce qu'il manque la partie évaluation, mais oui en grande partie, il est quand même là.

E : ok, ça marche euh...

I : Tu as encore des questions ? T'es forte.

E : (petit rire) non, mais je pense qu'on a à peu près fait le tour. Oui, si, il y a une dernière question, les facteurs de risque de chronicisation, est ce que tu vois un intérêt de réaliser le questionnaire Startback et FABQ ? Je sais pas si ça te dis quelque chose ?

I : Non, alors ça pour moi, ça fait plus parti justement du protocole REPAR qu'on avait imaginé par la suite, euh avec une évaluation un peu plus globale par ces questionnaires et puis une réévaluation aussi par ces questionnaires, donc d'avoir quelque chose d'un peu reproductible, réévaluable. Et puis, éventuellement ça pouvait permettre de travailler sur un objectif prioritaire de santé du patient, qu'on renégociait etc. Pour moi, c'est quelque chose de complexe, de plus difficile à mettre en place, de plus lourd et qui pourrait rentrer dans un équivalent azalée ou dans un équivalent du protocole impact, c'est-à-dire éducative, interprofessionnel, euh, voilà, orienté.

E : D'accord, alors en fait, ils en parlent dans la phase aigüe.

I : Je m'en souviens pas de ça.

E : Qu'est-ce que tu en penses toi de ce questionnaire qui permet de stratifier le risque de chronicisation? Est-ce que tu en vois un intérêt ou pas dans ta pratique ? 'Fin, qu'est-ce que tu en penses quoi ?

I : Ben moi j'avais pas compris que c'était quelque chose qu'on utilisait de façon aigüe dans le protocole donc je l'utilise pas, donc je ne peux pas vraiment parler. De ce que j'en avais vu, je pense que c'est des alertes qu'on doit avoir en tête et que c'est des questions que l'on pose de façon non protocolisé au patient déjà, en grande partie. Et puis, c'est des choses sur lesquelles on est assez vigilant. Je pense que ce type de questionnaire, il serait plutôt adapté pour des patients qui seraient résistants au protocole lombalgie aigüe tel qu'on l'utilise actuellement.

E : D'accord,

I : C'est mon idée mais je ne suis pas savant en la matière.

E : oui, tu peux pas forcément répondre à la question de l'intérêt ou pas de ce questionnaire ?

I : En fait, pour savoir si ça a un intérêt, il faudrait voir ce qui a été écrit sur l'évaluation de ce questionnaire Start back, de voir dans quel contexte il a été évalué. Est-ce que c'est au tout début des lombalgies, ou est-ce que c'est plus tard ? et puis quel a été la performance etc.

Quitte à le re-tester dans une phase du protocole mais pour l'instant, ça a pas été designé comme ça, en tout cas dans notre protocole.

E : D'accord, à voir.

I : A voir, c'est pour quand tu feras ta deuxième thèse !

E : (rire) ouais, ça marche. Bon je pense qu'on a à peu près fait le tour. Est-ce que tu as des choses à proposer en terme d'amélioration de ce protocole ?

I : ouais, comme ça, j'ai pas en tête des pistes, je pense que la part médicamenteuse mériterait d'être un petit peu standardisée. Pour apporter encore plus d'éléments, mais j'ai pas réfléchi particulièrement à ça.

E : D'accord, et euh, est ce que tu as des choses à rajouter sur ...

I : Non, non, c'est bien, j'ai réussi à pas m'endormir, ce qui veut dire que tes questions étaient intéressantes et pertinente. Voilà, donc merci.

E : Ok.

I : Peut-être que si on était en focus group là et que il y avait des nouvelles idées qui sortaient, on pourrait échanger dessus. Mais là comme ça je vois pas, je pense que ton questionnaire était assez exhaustif. Et donc à mon avis on a balayé assez large.

E : D'accord, ben je te remercie d'avoir participer à l'entretien et je vais couper le dictaphone.

## **IX.7. Entretien 7 : E8**

I : Informatrice ; E : Enquêtrice

E : Qu'est-ce que pour toi la notion de lombalgie aigue commune, elle évoque ?

I : Alors, pour moi, comme ça, ça va être des rendez-vous d'urgence. Donc qui seront en jaunes sur mon planning, de personnes que je ne vais pas forcément connaître, qui se seront fait mal ou qui ne supporterons plus les douleurs. D'une douleur récente souvent, donc dans la journée je les vois ou alors parce qu'il ne supporte plus la douleur d'un événement récent, donc je dirai dans les 7 jours, quoi.

E : Ok .

I : ça c'est concrètement ce que je vois au cabinet. Dans le protocole de lombalgie aiguë, je crois que ça peut dépasser quelques jours mais je crois que c'est cet ordre de grandeur là. Je dirai la semaine. Mais moi clairement je les vois avec les plages d'urgences quoi.

E : D'accord, qu'est-ce que ça t'évoque d'autre la lombalgie aiguë commune ? Que ce soit dans ta pratique...

I : Alors lombalgie aiguë oui et commune...euh... (petit rire), on en voit pas mal à SMH avec tous les ouvriers du BTP et beaucoup de personnes du quartier en précarité, qui font de l'entretien ménage... etc. Commune, je crois que ça veut dire que c'est pas compliqué quoi. Presque j'ai l'impression que ça veut dire que c'est quelque chose de relativement simple à comprendre et à prendre en charge. Et en fait, nous on se rend compte que derrière il y a beaucoup de chose souvent. Genre par exemple, les expressions du bon vieux français « j'en ai plein le dos ». J'en ai souvent. Autant ça peut être très très simple, « je suis allé ramasser les champignons, ça glisse, je me suis fait mal » et comme on peut lever un loup et retomber sur les expressions du bon vieux français de « j'en ai plein le dos ».

E : D'accord, est ce qu'il y a autres choses qui te viennent ?

I : Euh... ben c'est pas chez les très vieux, c'est pas chez les tout petits. Donc plutôt après 20 ans, les personnes actives, voilà, l'âge actif on va dire, voilà les 20-65, 20- 70 ans pour ce qui vieillisse bien. Je dirais ça exclu toutes les particularités et tous les contextes, maladies autres, cancers, maladies dégénératives, ostéoporose sévère, traitement corticoïdes au long court... 'fin toutes les situations complexes, on va dire « médicales ». Je dirai ça.

E : Ok, est ce que toi, tu as bénéficié de formation sur la lombalgie aiguë commune ? Ou lombalgie en général ?

I : On en a pas mal parlé dans le pôle. J'ai une fâcheuse tendance à oublier un peu les détails de ceux qui me sont donnés. J'avais fait une FAF à [...] avec FMC sur l'imagerie du rachis je crois. J'avais pas trouvé super méga géniale. Je continue à penser que c'est un sujet qui comme ça a l'air simple et en fait qui est compliqué. En tout cas, j'ai quelques souvenirs de discussion avec S. par exemple qui me dit, « non mais en fait là dans cette situation » ou notamment au début du protocole où on se disait on essaie de bien faire les choses et tout ça. « Non mais en fait elle, met lui des AINS, c'est pas la situation du protocole ». c'est peut-être pour ça d'ailleurs que aiguë, subaiguë, chronique a été abandonné. Parce qu'on avait du mal à faire la différence. Le truc REPAR Lombalgie avec le tampon et tout ça là.

E: Ouais, tu avais du mal à faire la différence pourquoi du coup ?

I: ben je pense que les critères d'inclusion des patients dans les différents protocoles avaient pas été suffisamment martelés et suffisamment claires pour que les inclusions soient bonnes et du coup, c'est parti dans tous les sens.

E: Et pour toi les inclusions pour le protocole aigu c'est quoi du coup ?

I: Alors au jour d'aujourd'hui, ça doit faire je sais pas du coup, vingt mois.

E: oui c'est ça.

I: C'est ça, depuis février 2018. Les inclusions pour moi je suis revenue à quelque chose d'un peu de bon sens et plus à réfléchir protocole de recherche, je vérifie mes inclusions. Il était pas évident à caser dans une consultation classique. Moi je pataugeais un peu.

E: D'accord, qu'est ce qui était pas évident ?

I: Ben les critères étaient pas clairs, il y avait une question d'âge, de durée de la douleur initiale. Il y avait les drapeaux rouges, jaunes et pas de drapeaux. (silence) qu'est ce qui a changé ? Moi je suis revenue sur quelque chose de bon sens. J'ai compris antalgique pour pas avoir mal. Conseil de rester actif. Groupe de marche lombalgie. Kiné d'emblée, « le moins de séance possible » pour laisser le plus d'autonomie au patient. Mais avec la possibilité d'avoir quand même un contact pour les patients qui ont besoin d'être accompagné un peu plus. Voilà et gestion de l'activité professionnelle, ben adapter chaque fois à chacun. Voilà. les trucs du Backbook. Les groupes lombalgie et la gestion des arrêts de travail. Mais ça c'est plutôt la prise en charge, je me rappelle plus de tes questions ( petit rire).

E: Non mais c'est ça.

I: c'est plutôt comment moi je réfléchis dans ma tête.

E: ok, et j'ai pas rebondi mais est-ce que tu peux me préciser la situation de la patiente, dont tu parlais avec S. ?

I: C'est une douleur en fait où on va pas remplir les cibles C1... et je ne sais même plus lesquels.

E: Alors ça c'est le protocole chronique du coup.

I: Voilà, c'est ça. C'était quand le chronique n'était pas encore exclu. Il m'a dit « c'est une lombalgie aiguë, traite la douleur simplement » . Mais des trucs de bon sens qu'il me répétait.

Et je me suis dit quand ils ont dit, on abandonne, je me suis dit très bien, on va re-réfléchir normalement avec sa tête, « sans se stresser » avec ce protocole de recherche.

E : D'accord, toi du coup, il a eu quelque chose d'un peu stressant ?

I : Ouais (petit silence). C'était pas fluide.

E : D'accord, comment tu l'as vécu au début ?

I : Ben ça m'a fait dire des conneries à des gens.

E : Du genre ?

I : Du genre à leur faire remplir une cible, alors qu'ils ont mal au dos. C'était inadapté.

E : D'accord, donc toi tu as essayé le protocole chronique au début...

I : Ouais, dans mes souvenirs c'est ça. Chez le lombalgique aigu, qui trainasse un peu parce qu'on se dit, ça va passer, ça va passer, ça va passer. Ils viennent te voir 10 jours après parce qu'ils en peuvent plus, ils ont trop mal et en fait, toi tu te dis c'était inadapté.

E : ok, et depuis que ça a été abandonné, toi t'es revenu à du bon sens...

I : Ouais, en sachant que j'ai une équipe de kiné où c'est le dada de s'occuper du dos des gens et que j'ai des kinés au sein du pôle de santé en qui j'ai confiance et vers qui je vais vraiment essayer de diriger les gens. Même quand ils ont un kiné parfois, je leur demande comment ça se passe, ce qu'ils en pensent et si ils pensent que une ou deux séances avec mes collègues, ça va les aider à comprendre des choses pour pouvoir reprendre après avec leur kiné, avec qui ils ont un lien. Pour pas les arracher mais, juste leur dire peut être prendre un peu de hauteur et de recul sur votre dos, avec des gens qui font presque que ça. Je les présente un peu comme ça. Ça peut peut-être nous apporter des solutions. Voilà, ça ça sort un peu de l'aigu parce que ça va venir plus naturellement avec des gens chez qui ça revient en tout cas.

Et puis après on a toujours la problématique de se dire, mais est ce que à E.K., ils vont pas tous mourir un jour avec la surcharge de travail? Parce qu'ils peuvent pas tout absorber quoi. Voilà, est ce qu'ils respirent encore quoi ?

E : D'accord, est ce que tu as eu des retours d'E.K. comme quoi ils avaient une surcharge de travail ou pas ?

I : Ouais. Des patients oui, oui clairement. Et des kinés. Ils disent qu'ils ont beaucoup de demande, des listes d'attente. Ça fait un moment qu'ils brassent beaucoup de monde à E.K.. Ils s'ennuient pas, ça c'est sûr.

E : D'accord.

I : Et en même temps comme on a un lien particulier avec eux, comme on a une grande confiance, parfois je leur dis que quand je leur fais l'ordonnance, vous dites bien que je suis votre médecin parce qu'on a vraiment l'habitude de travailler ensemble et ils feront ce qu'ils peuvent.

E : D'accord, et est-ce que tu as l'impression que ça posait problème dans la prise en charge des patients ?

I : Non, je pense que on fixe nous nos limites et on dit si on va pouvoir bien s'occuper de cette personne. Comme, quand moi je refuse quelqu'un en médecin traitant. Parce que en fait, je ne vais pas pouvoir m'en occuper, donc. Mais moi, en tant que professionnelle, je trouve ça tellement plus agréable de me dire, je vais bosser avec des kinés que je connais et avec qui je vais pouvoir essayer de comprendre le cœur de leur métier, la façon qu'ils ont de voir et de traiter les problèmes que je leur amène en fait, via les patients qui sont obligés de passer par moi pour avoir une ordonnance. Plutôt que de me dire, je vais prescrire du kiné et je sais pas si ils vont être masser et mis sous une lampe UV et de l'argent foutu en l'air quoi. Tu vois ? et du temps en fait, aussi pour les gens. Parce que c'est pas tout d'avoir le réflexe de dire, ben là c'est de la kiné qui vous faut. C'est de la kiné, de la bonne kiné, de la vraie kiné. Moi, il y a des kinés en qui j'ai pas confiance, clairement. Quand les gens, ils me disent qu'ils vont voir ce kiné, je me dis « ah, bon, euh... ». Ben comment on va faire ? Ou quand je ne les connais pas du tout. J'ai un doute, je sais pas... à priori... les jours où je suis de bonne humeur, je me dis ça va bien se passer. Les jours où je suis un peu de moins bonne humeur, je me dis, « fait chier, je le connais pas ». (petit rire) je sais pas ce que ça vaut quoi. Mais bon comme n'importe qui, peut dire ça de n'importe qui d'autre.

E : D'accord. Et toi, du coup est ce que tu as eu des retours des patients qui sont allés à E.K. ?

I : Ouais, j'en ai eu plein. Le plus souvent, dans la plus grande majorité des cas, ils sont hyper contents. Et puis quelques fois, ils trouvent que c'est une approche hyper bizarre, très différente de d'habitude et... ça leur convient pas. Mais moi je re-insiste sur le fait que je travaille avec eux, que j'ai confiance, que si ils ont proposé ça, c'est probablement qu'ils

avaient besoin de faire ça d'abord et puis éventuellement proposer d'autre chose. Et surtout, je dis aux patients, si il y a quelque chose qui ne va pas. Communiquer, parler. C'est des gens juste normaux qui sont là pour vous écouter. Et on a des jours avec et des jours sans comme vous, moi, tout le monde. Voilà, moi je veux les chouchouter, les bichonner, à la fois mes patients et en même temps mes collègues. Je veux dire ... C'est hyper précieux donc...

E : Et qu'est-ce que te disent les patients à la méthode convient pas ?

I : Ils disent que c'est trop différent de ce à quoi, ils ont été habitués. Comme quand ils passent d'un très vieux médecin à un petit jeune fraîchement sorti de la fac, qui leur dis. Bon alors qu'est-ce que vous voulez faire ? Ben comment ça docteur, qu'est-ce que vous voulez faire ? C'est vous qui devez me dire. Et toi, tu vas dire, ben non parce qu'en fait moi, je ne suis pas à l'intérieur de vous, je ressens pas les choses, je peux vous conseiller mais ce qui m'importe c'est de vous comprendre ... Ils sont déboussolés pareil. Et je crois qu'il faut les prévenir aussi. S. et F. ils avaient pas mal insisté. Souvent la séance de bilan, ça... j'ai compris que leur objectif c'est de comprendre et d'essayer de reconcentrer la douleur sur un territoire le plus précis possible, pour vraiment essayer de comprendre presque anatomiquement qu'est ce qui se passe. Ça peut augmenter la douleur en la localisant sur un endroit très précis. Alors qu'elle pouvait être plus diffuse et peut être plus supportable. Et ça les patients, ils ont du mal à le comprendre. « Quand je suis sortie, j'avais encore plus mal ». Ben oui, c'est sûr, c'est pas normal d'avoir mal. Mais donc si on les prévient : « moi j'ai besoin de faire connaissance avec votre douleur, il est possible qu'elle augmente un peu ou que vous la ressentiez de façon un peu différente » ça se passe mieux . Mais ceux, à qui on a oublié, j'ai l'impression que ça se passe moins bien.

E : D'accord. J'avais pas notion que au début la douleur pouvait être renforcée. Ça ils vous en ont parlé ?

I : Parce que après la plénière, il y avait un autre temps. On a parlé lombalgie à E.K. où ils nous avaient expliqué ça S.. Les grands principes du McKenzie. J'avais même pris des notes sur mon téléphone. Et des fois, je les regarde encore en consult, ces petites notes en disant, « attends, c'est quoi le principe déjà ? ». Et j'ai envie d'aller les voir là.

E : Vas-y, bien sûr.

I : (va chercher son téléphone et le regarde) Lombalgie. Rechercher la préférence directionnelle, du coup, ça veut dire dans quel axe flexion, extension du rachis, rotation,

flexion latérale droite, gauche. Dans quelle direction, ça fait plus mal ? Et l'objectif, c'est après les exercices qui sont proposés en McKenzie, ils vont être dans la direction opposée. Donc par exemple, quelqu'un qui a plus mal quand il est en flexion antérieure du rachis, ils vont beaucoup travailler l'extension du rachis. Bouger dans ce sens, ça améliore dans 95 % des situations au bout de cinq semaines quand les patients ils font leurs exercices à la maison. C'est surtout ça que je relis en fait. Voilà, puis j'avais marqué Greg Lemon, retrainpain.org, ça doit être un site où j'ai dû y aller une ou deux fois, mais tu vois j'avais oublié. Mais je recherche ce truc de la préférence directionnelle et de temps en temps, j'essaie de l'expliquer aux gens, voilà quand j'ai du temps, ce qui est de plus en plus rare (petit rire).

E: D'accord. Ça marche, et si on revient au protocole, les critères d'inclusion ça va être quoi ?

I: Lombalgie commune aigue, pour moi, j'avais entre 20 et 65 ans, pas de drapeaux rouges, ce auquel cas, il faut s'occuper d'autres choses.

E: Et les drapeaux rouges, je te coupe, tu les utilises un outils ?

I: Oui, celui qui nous a été distribué pour pas en oublier en fait.

E: C'est quoi ?

I: On a une feuille plastifiée du protocole REPAR où il y a les drapeaux rouges, les drapeaux jaunes.

E: Ok, et ça tu l'as dans ton bureau ?

I: Ouais, je l'ai sous la main et je le sors quasiment je pense à chaque fois. Si je le sors pas devant le patient, c'est parce que j'ai oublié, et je le sors après pour vérifier que j'ai pas fait de boulettes. Après les drapeaux jaunes, faire attention qu'il n'y en est pas trop parce que c'est pareil, on va s'occuper d'autres choses.

E: D'accord, et pareil, celui-là, tu les regardes ?

I: Ouais, après je pense en réfléchissant, je peux peut être d'essayer d'en retrouver les principaux mais en tout cas je ne me prends pas la tête.

E: D'accord,

I: Et après dans Weda, on a les conseils du Backbook donc je leur en parle. Euh... être actif, marcher. Respecter la douleur dans une certaine mesure, pas insister quand on a mal quoi.

E: Ouais, c'est sous quelle forme le Backbook ?

I : C'est les conseils dans Weda, dans la prescription que tu mets. Il y a conseil et tu cliques sur un truc que je sais pas qui à fait.

E : Et ça, tu le mets clairement...

I : Je le mets avec l'ordonnance d'antalgique.

E : Ok.

I : Et après vient la question des antalgiques, donc antalgiques simples plus ou moins niveau deux, palier deux où j'ai pareil une prescription toute prête. Donc, en trois clics, c'est fait, plus ou moins anti-inflammatoire si je vois qu'ils sont vraiment prêt à faire le malaise vagale sur la douleur. J'ai pas de souvenirs du premier coup d'avoir mis des morphiniques sur un truc hyperalgique, auquel cas j'envoie pas chez le kiné tout de suite je pense. Je me dis, il y a un truc qui pue. Et arrêt de travail parce que souvent c'est quand même des ouvriers, qui peuvent pas travailler en ayant mal au dos, c'est juste pas possible. Et du coup, quelle durée d'arrêt de travail, toujours je demande aux gens et puis quand est-ce que vous voulez qu'on refasse le point ? ou comme c'est des gens que je revois en urgence, refaire le point avec leur médecin traitant. Groupe de marche...

E : Et tu leur demandes aux patients ... ?

I : Ouais, comment vous travaillez ? Combien de temps vous pensez qu'il vous faut, ça me permet aussi de savoir où est ce qu'ils se situent, quelles représentations ils ont ?

E : D'accord.

I : Celui qui va me répondre un jour, je me dis « ouh là, lui il a tendance à penser que ça va aller vite trop bien et il risque de pas prendre le temps de bien s'occuper de lui, là pour bien comprendre ce qu'il se passe. Et donc de cumuler un lésion et des problèmes. Et celui qui va répondre trois semaines, je me dis « ouh, toi ça pas être que aigue », ça risque de trainer un peu, il y a d'autres choses... ». Et comment ça se passe au boulot ? par exemple, je vais demander à ce moment-là. C'est eux là, les « plein le dos ».

E : D'accord,

I : Mais souvent les gens, ils sont raisonnables. Ils sont réalistes. Mais bon dans le BTP, il y a pas mal de professions indépendantes et si ils vont pas bosser la boîte, elle coule. Rarement, je mets des corticoïdes stéroïdiens. C'est pas quelque chose que j'ai jamais fait.

E : Ouais, qu'est-ce que t'en penses des anti-inflammatoires ?

I : Ben moi je crois qu'il y a des caractéristiques de la douleur inflammatoire qui sont bien précises, qu'on connaît bien. Notamment les douleurs nocturnes, c'est quand même très évocateur. Les réveils... euh et c'est à ce moment-là, qu'il faut les prescrire, maintenant moi, je les vois en urgence. Quand je mets un palier deux, souvent je ne mets pas d'anti-inflammatoire non stéroïdien. Après je fais jamais exactement pareil. En tout cas je leur dis, si vraiment ça va pas, c'est un autre moyen peut être de bloquer cette douleur qui aurait des caractéristiques un peu différente des autres. A priori l'anti-inflammatoire, je crois que dans votre situation, c'est pas ce qui vous calmera le mieux. Parce que votre douleur, elle est pas dans cette catégorie-là. C'est quelque chose de mécanique, il y a pas... C'est plutôt les chroniques où il peut y avoir une inflammation qui se surajoute aux problèmes accumulés. Tu vois, la sédimentation des problèmes tu connais ?

E : d'accord dans les douleurs chroniques...

I : Je me dis peut être que c'est des douleurs plus complexes donc je vais essayer. Je leur explique moi aux gens de mon petit rond-point de la douleur. Je l'aime bien. J'ai deux images que j'utilise assez fréquemment, le rond-point de la douleur. Donc il y a plusieurs chemins qui arrivent à la douleur. Le paracétamol en bloque une, la codéine une autre, la morphine ça bloque mieux que la codéine parce que c'est plus fort, les anti-inflammatoires encore une autre. Et puis parfois, se relaxer, se décontracter avec du chaud. Donc, plus on bloque d'entrée à ce rond-point, moins notre cerveau va pouvoir nous transmettre un message douloureux. Donc j'utilise ce message pas mal et puis l'autre, c'est pour les paliers un, deux, trois, si la douleur, c'est une voiture qui est en haut d'une pente et qu'il y a plus de freins, si on s'en rend compte tout de suite qu'elle a plus de freins et qu'on met du paracétamol, peut-être qu'on va réussir à la ralentir suffisamment, voir à l'arrêter. Mais si elle a pris de la vitesse en bas de la pente. Ben il va falloir plus qu'un paracétamol, donc un palier deux, voire un palier trois pour arriver des bras plus costauds pour arriver à arrêter cette voiture avant qu'il se passe quelque chose de plus grave. C'est les deux images que j'utilise en consultation assez fréquemment.

E : D'accord.

I : Donc les stéroïdiens, c'est surtout quand je peux pas utiliser les non-stéroïdiens ou alors pour les gens qui ne veulent pas du tout s'arrêter. En FMC, il y avait un médecin justement

qui avait dit, ben nous dans le Grésivaudan, on fait moins d'arrêt de travail mais plus de prednisolone. Tu vois, c'est un peu deux courbes qui se croisent.

E : Ok, au niveau de l'imagerie.

I : oui, je voulais en parler ! Ben très très peu, 'fin en aigu, rien, jamais, que dalle. Moi, je vais regarder si dans le dossier, j'ai déjà une imagerie quand j'ai le temps. Mais en dehors des situations qui sont drapeaux rouges, en aigu pas d'imagerie. Je crois que j'en fait jamais.

E : ok.

I : J'explique presque toujours, « et Dr une radio ? ». Je leur dis « mais la radio, ça va pas vous soigner ». « Par contre, le kiné, il va faire quelque chose à votre douleur. Moi ce qui m'intéresse, c'est que vous ayez plus mal, c'est pas de voir comment vous êtes beau de l'intérieur. » ça c'est mes petits trucs de... « ah mais oui, c'est vrai docteur ! ». (petit rire)

E : ok, le groupe de marche ? est-ce que c'est quelque chose que tu proposes ?

I : Ben oui, oui. Alors en aigu, peut-être un peu moins. Mais les aigus qui se répètent sont finalement subaiguë ou chronique. J'ai toujours un doute parce que dans Weda, c'est marqué de 10h à 11h et en fait, on m'a dit 10h15 à 11h15. J'ai toujours peur que ce quart d'heure-là soit fatal. Donc j'aimerais bien que F. le change lui-même sur Weda pour que moi je sois sûre de l'information que je donne. Oui, je crois que c'est un groupe qui marche bien. Moi j'en parle régulièrement. Je dirai peut être une fois par semaine quoi. Donc je me dis si tous les médecins du pôle envoient un nouveau patient par semaine, je me dis, ils vont être trois cent à la fin (petit rire).

E : Et t'as eu des retours de tes patients par rapport à ce groupe ou pas ?

I : Ouais, il y a quelques patients qui disent, qu'ils y sont allés. Ils disent que ça leur fait du bien. Moi je fais pas de trie dans l'âge. J'envoie tout le monde, je dis il y aura des vieux, des jeunes, des actifs, des inactifs, des gens en arrêt, des gens pas en arrêt. Et c'est ça qui fait la richesse du groupe.

E : D'accord, et tu vas le proposer plutôt pas chez des patients en aigu.

I : Non, plutôt pas en aigu. J'insiste sur le fait qu'il y a un éducateur sportif de la ville, que c'est en partenariat avec la ville. Qu'ils prennent juste des baskets, que le reste du matos, les bâtons, c'est prêté. Qu'ils vont rencontrer des gens et que tous ces gens-là, auront quelque chose avec leur dos et qu'ils vont avoir des astuces, partager leurs expériences, sentir qu'ils ne

sont pas tout seul, qu'il n'y a pas que eux qui ont mal au dos. Et que moi, comme je leur conseille d'aller marcher, j'essaie de leur amener un peu plus d'eau au moulin encore. Marcher mais peut être marcher avec d'autres c'est plus sympa quoi.

E : Est-ce que tu as quelque chose à rajouter sur ta prise en charge de lombalgie aigue commune ?

I : Ouais, et ben moi c'est clairement pas ma spécialité, mon centre d'intérêt. J'y suis confronté régulièrement sur le territoire où j'exerce la médecine générale. C'est pas un sujet dans lequel je me sens Super Méga à l'aise et si ça va, c'est parce que il y a le pôle de santé derrière. Et je me dis e plus, moi qui fait jamais de bêtises. (rire) Mettons, si j'en faisais une. Ben c'est rattrapé par les copains quoi. Forcement. C'est clair, c'est sûr. Depuis le temps qu'on en parle, je suis tranquille.

E : Tu es plus à l'aise par rapport à quoi ? Si il y avait pas le pôle ? le protocole ?

I : ouais, si on était pas en équipe. Des fois je me demande, qu'est-ce que ça a changé quand on dit, on a fait sur la lombalgie une harmonisation des pratiques. Mais, en fait, ça a tout changé. C'est-à-dire que on insiste tous sur vraiment la kiné et les conseils du Back book. Et je crois que c'est ça le gros du truc. Et tous, on dit, « non, non mais les massages, tu le demandes à ta copine ou... ». C'est pas le kiné qui va faire ça. Oui, ça peut faire du bien mais c'est pas ce qu'on lui demande. Leur expliquer que non, il faut qu'ils bossent avec leur dos et qu'ils s'impliquent. Et puis peut être un peu comme les entorses, si tu as bien soigné la première. Peut-être, tu ne seras plus emmerdé avec mais sinon il y a un ligament qui s'est fragilisé pour l'entorse. Ben là, il y a un truc qui est pas bien rentré dans l'ordre. Et comment ça cicatrise ? Peut-être un peu moins bien. Si vraiment au premier épisode, on fait pas gaffe quoi. Et les gens ils ne comprennent pas pourquoi, « mais là, j'ai presque rien fait comme mouvement et paf je suis resté bloqué et tellement j'avais mal, j'arrivais plus à respirer, j'ai fait un malaise. Donc moi de leur expliquer avec un schéma du disque intervertébral, avec le pourtour et le noyau. Et leur dire, en fait, « à chaque fois que tu fais un petit mouvement de travers, à chaque fois que tu t'assois de travers devant ton ordinateur , à chaque fois que ta selle de vélo, elle est pas suffisamment haute ou que tu règles pas bien quand tu t'assoies dans ta voiture ». A chaque fois, ça abime un peu et puis un jour, il suffit de une goutte pour que tout le vase déborde. Un jour, ça perse le noyau sort et là aille. Donc j'utilise ça, j'ai un petit schéma. J'ai mis dans le Netter là, un marque page à l'endroit où il y avait le schéma tu sais avec le bonhomme qui est tordu comme ça, et qui a mal au dos. Ça j'ai l'impression que ça

leur parle. D'expliquer un peu quand même la physiopath du « mais là en fait, j'ai juste voulu embrasser mon petit fils ». Et l'autre message que je leur donne souvent. Je leur dis, « bon alors, c'est lequel de muscle qui vaut la peine qu'on parle de lui ? » pour leur expliquer qu'en fait, il y a que les quadriceps qui sont vraiment costaux, solide. Les abdo, les dorsaux d'accord pour du gainage mais en fait si tu veux te baisser, tu plis les jambes quoi. T'utilises les muscles de tes quadriceps, c'est pas pour rien que les cuisses, c'est gros. Voilà, je leur dis ça aussi souvent. Mais je ne leur dis pas tout ce que je t'ai dit à tous. On est d'accord hein ? (petit rire)

E : ok,

I : 'fin voilà, c'est les petits trucs que j'utilise assez régulièrement.

E : D'ac, si on revient un peu sur le protocole, à un moment donné, ils parlent du Start Back et du FABQ, est ce que toi c'est quelque chose que tu utilises ?

I : Ben je les ai utilisé, mais j'ai arrêté quoi.

E : Le Start Back pour stratifier le risque, tu te souviens ou pas ?

I : Non, je ne m'en rappelle plus.

E : Ok, le Start Back c'est pour stratifier le risque de chronicisation, de voir en fonction d'un score si le patient est à risque de se chroniciser ou pas. Et le FABQ c'est peur et croyance du patient et ça permet de voir sa représentation de la lombalgie.

I : Ouais, je ne les fais plus. Je l'ai exploré comme je t'en ai parlé là sans forcément les noter, mais je ne les rempli plus du tout moi. Et je trouvais que c'était lourd.

E : Qu'est-ce que t'en penses ?

I : Moi, je trouve que c'est intéressant. Je sais pas si c'est vraiment réaliste de les faire en consultation d'urgence dans la lombalgie aigue parce que on voit les patients en quinze minutes quoi. Carte vitale comprise. Donc, c'était lourd comme protocole. Pourtant j'avais fait d'autres trucs sur le planning, sur la thèse de Maelle où j'ai rempli des tonnes et des tonnes de questionnaire, mais c'était beaucoup plus fluide. Puis j'avais des consult' plus longues au planning. Je pense que c'est un truc à re-travailler pour arriver à faire quelque chose. Parce qu'il faut faire quelque chose sur les lombalgies. Faut qu'on sorte un article un jour quoi.

E : Ok.

I : Mais ouais ces échelles je ne les fais plus, la cible, les échelles...

E : Sans parler de la cible et des échelles, juste de Start back et FABQ, est ce que toi t'y voit un intérêt ou pas ?

I : Ben, moi je pense que pour le patient, c'est intéressant qu'il remplisse ces échelles, même en auto-évaluation j'ai envie de dire. Ça nous permet de voir où il se situe et savoir est ce qu'on va ramer plus ou moins longtemps. Ou est-ce que finalement, il a compris. Des fois, « qu'est-ce que vous faites pour vous soulager ? ». Les gens ils disent « ben, franchement, je marche ». Je me dis bon ben ok il marche, des fois, je ne parle même pas du Back book. « C'est très bien, bravo ». renforcement positif. « Marche, marche, marche, surtout t'arrêtes pas ». (petit rire)

E : Ok.

I : Je pense que ça a un intérêt comme toujours, pour mieux connaître ton patient. Mais après, c'est différent avoir un intérêt et être réaliste. Pour moi, c'est différent.

E : Ok, concrètement...

I : Concrètement dans une consultation d'urgence, je pense que c'est pas réaliste, quand bien même, ça a un intérêt. Par contre, est ce que les kinés, pour eux dans une consultation bilan... Moi je les préviens, qui va durer un peu plus longtemps que les autres séances peut-être... Ils auraient le temps de caser ça et est-ce que le pôle peut venir renforcer leur misérable... est ce que ça pourrait les aider ? Je crois que c'est 2,17 euros et ils multiplient ça en fonction des pathologies, en fonction de ce qu'on a écrit sur l'ordonnance. 'Fin, c'est juste hallucinant quoi. Donc si le pôle vient compléter parce qu'on a des sous demandé sur un budget. Ça, ça pourrait être intéressant pour leur laisser le temps de faire un vrai bilan et d'être rémunéré en conséquence, qu'on se foute pas de leur gueule tout le temps, quoi.

E : D'accord. Toi, qu'est-ce que tu penses du protocole ? On en a déjà bien parlé mais...

I : Ben, aujourd'hui je ne l'ai plus en tête.

E : D'accord.

I : En tout cas, j'ai pas l'impression de l'avoir en tête. Si il est en tête, c'est juste qu'il est rentré dans un mode de fonctionnement un peu automatique. Voilà, j'ai ma fiche au cabinet. Mais je m'en sers surtout pour les drapeaux.

E : D'accord.

I : Après les données que je mets dans les dossiers ne sont pas exploitable. C'est ça qui est dommage. Parce que je vais pas mettre une étiquette « REPAR » ou « lombalgie ». Du coup, on aura du mal à retrouver les patients quoi.

E : D'accord et toi tu penses quoi de ça ?

I : Ben, c'est de la perte d'info mais on va se structurer et ça va forcément changer. Après, on va avoir d'autres reflexes et... Un jour, on aura peut-être le réflexe de nommer nos consultations de façon quasi systématique pour pouvoir retrouver les thématiques abordés dans la consultation, les motifs de consult, CIM11 et tout ça, voilà les étiquettes sur Weda... 'fin je sais pas mais... En tout cas, sur la lombalgie, j'en met plus. Ça m'est arrivé d'en mettre.

E : Et tu ferais l'effort si ça permettait de référencer les informations ?

I : Clairement, je l'ai fait pour la thèse de M. Remplir des questionnaires en consult quand ils ont été bien testés avec un prétest pour la faisabilité sur un médecin qui le remplit pendant une durée définie et qui dit si oui ou non ça le fait. Mais un médecin qui n'est pas du projet pour vraiment voir quand tu découvres le truc, c'est faisable. Un test vie réelle. (petit rire)

E : Est-ce que tu as l'impression qu'il t'a paru utile, qu'il t'a aidé ?

I : Tout ce qu'on prend le temps de parler nous aide parce que ça nous rafraichit la mémoire. C'est franchement utile parce que c'est hyper fréquent. La prévalence de ce motif de consultation... c'est clairement très fréquent. Donc c'est toujours utile d'en avoir beaucoup entendu parler pour se dire, si je propose ça, je ne suis pas trop à côté de mes pompes. Et je vais vraiment aider mes patients sur le long terme. Donc oui, oui. C'était même ultra pertinent je dirai, d'en parler. De créer ce protocole, d'y réfléchir. Même si ça fait un peu flop au final. Mais n'empêche qu'il y a une grosse mobilisation des professionnels de santé, kiné, pharmacien, médecin et même les infirmières parce qu'elles en ont entendu parler et elles voient beaucoup de monde tous les jours. Et elles entendent beaucoup « oh là là, aujourd'hui j'ai mal au dos, j'arrive pas à faire ci.... » ; Donc elles ont été imbibées de tous ces messages et donc il y a une pensée un peu commune, un message partagé entre nous tous. Je suis sure

que c'est moins le brouillard dans la tête des patients même, de dire tous à peu près la même chose ou en tout cas aller dans la même direction. Je dirai ça, on tourne dans le même sens. C'est comme les électrons, ils ne font pas n'importe quoi, ils ont un chemin (petit rire).

E : Ok, est ce que c'est un protocole qui t'a aidé ?

I : Qui m'a cadré je pense. Qui a un peu démystifié la lombalgie. Parce que quand même au départ, ça allait à l'encontre de ce que disait la sécu. D'abord repos et après on voit. On allait pas dans le même sens quoi.

E : Au départ à quel moment ?

I : Ben là, en février 2018. Quand le truc s'est lancé, il y a une campagne en plus de com de la sécu au même moment. Et en fait, F. et S. ils avaient négocié avec la sécu un peu l'inverse de la campagne qu'il était en train de... De dire kiné tout de suite, pas d'imagerie, antalgique. Arrêt pas forcément en plus. Après nous à SMH, on a beaucoup d'arrêts parce qu'il y a beaucoup de travailleur du bâtiments. Mais finalement, si tu as une lombalgie et t'es médecin, ben tu peux peut-être travailler quand même. Puisque tu marches, tu restes pas assis trop longtemps... j'en sais rien, je dis ça. Est-ce que si tu es prof, tu peux pas quand même y aller parce que tu prends des traitements contre la douleur et tu restes pas chez toi au fond de ton canapé'. J'sais pas. Si t'es ouvrier et que tu portes des briques toutes la journée, non. C'est pas possible, si tu fais du ménage toute la journée, ben non. Si t'es secrétaire derrière ton truc, ben j'sais pas parce que tu vas être assise longtemps, t'auras pas le temps d'aller marcher, tu vois. Donc ça se réfléchit au cas par cas. En tout cas l'arrêt de travail pas systématique.

E : Ok, est ce qu'il y a autres choses de ce protocole qui t'a aidé dans ta pratique ?

I : Ben je vois pas trop (bâillement). Ben il y avait un truc qui m'a pas aidé parce que j'ai jamais compris les trucs de couleurs qu'on avait.

E : ça c'était le protocole REPAR.

I : Ouais, voilà. C'était le kit qu'on avait eu au cabinet.

E : Ouais. Et est ce qu'il y a des choses qui te gêne dans le protocole ?

I : Ben ça a manqué de clarté, distinction aigue, subaiguë, chronique. Voilà, il y avait quand même deux groupes très distincts. Moi en tout cas, à l'époque, il y a 2 ans, j'ai pas réussi à distinguer facilement. Trop d'information, trop d'un coup. Mais c'est pour ça, qu'ils sont vite revenus en arrière. Ils se sont rendu compte que on était pas si intelligent et comme tout le

monde, trop d'information, tue l'information. On revient à quelque chose de plus juste en...  
On est pas des extra-terrestres.

E : Est-ce que tu as des réticences à utiliser le protocole ?

I : Non, je crois pas. J'y pense pas tout le temps probablement mais en tout cas.

E : Est-ce que dans certains cas, tu vas te dire par exemple, ben là peut-être pas kiné aigue. Je donne un exemple...

I : Ah ben non, non. En plus moi, je me met plutôt dans la position où je suis pas hyper à l'aise. Je me dis si il y a quelqu'un d'autre qui jette un œil, c'est toujours ça de pris. C'est plutôt le patient, si il a des freins à aller voir le kiné rapidement. Alors à ce moment-là, je vais peut-être me concentrer sur les freins du patient avant de voir si moi j'en ai.

E : D'accord. Euh... tes motivations à l'utiliser ?

I : Ben mes motivations, c'est la littérature scientifique qui dit que c'est comme ça que les gens vont le mieux, que ça dure moins longtemps, qu'ils sont moins embêtés par leur douleur et qu'ils reprennent une vie plus vite, plus normale. Qu'ils ont moins de récurrences. 'fin voilà, c'est l'appui de tout ça.

E : D'accord, et est-ce que toi tu l'as constaté ça ?

I : Ah ben ça, c'est plus dur, parce qu'on a le nez dans le guidon. On a pas ce recul-là. Moi ce que j'ai constaté, c'est que j'ai l'impression globalement : beaucoup de retours très positifs sur la prise en charge McKenzie. Et très peu des négatifs ou des réfractaires. Moi j'ai cette impression là que ça fait du bien aux gens quoi. Ils disent « mais en fait j'ai plus mal, maintenant quand j'ai mal, je m'arrête dans la rue, je fais mon étirement, bon les gens ils me prennent un peu pour un taré mais après j'ai plus mal, je peux remarcher ». Et c'est reparti pour un tour quoi. Et en fait, je trouve que les gens, ils font vachement bien leurs exercices. Parce qu'ils se rendent compte à quel point ça leur est bénéfique.

E : D'accord. Est-ce que tu as des propositions pour améliorer les choses ? Dans ce protocole, ce qu'il y a autour ?

I : Ben comme ça va faire bientôt deux ans, je pense qu'il faut refaire une mise au point. Je dirai ça. Il faut re-réfléchir au protocole subaiguë, chronique pour le réécrire simplement. Et peut-être au bout de 2 ans, c'est le moment d'en reparler.

E : (hochement de tête) la mise au point, tu penses à quoi ?

I : Ben on reprend ce qu'on avait fait à espace kiné avec S. après la plénière. Et du coup, on aura d'autres questions, une autre vision, une autre compréhension. Du coup on peut presque reprendre la même chose comme base de discussion. Où est ce qu'on en est avec la lombalgie ? Est-ce qu'on a des questions ?

E : Ouais, d'autres choses pour l'améliorer ?

I : (bâillement) Et ben on l'a dit, le recueil des données dans Weda. Donc il faut travailler là-dessus je pense. Pour que ça soit facilement récupérable. Pour qu'on puisse exploiter les données quoi.

E : D'accord. Exploiter les données, ça serait pour montrer quoi ? 'fin l'intérêt ce serait quoi pour toi ?

I : Ben les économies de santé. La réduction du nombre de jours douloureux, du nombre de jours d'arrêt de travail. l'augmentation de la qualité de vie et du bien-être. Et tout ça. Là j'ai l'impression qu'on parle au niveau de la Cochrane (rire). Tu sais qu'on est au niveau vraiment arc-en-ciel. Mais on peut faire ce genre de truc, moi j'y crois là avec la MSPU qu'on va arriver à faire des protocoles de recherche de ouf. Je pense. C'est faisable, on va avoir les épaules. Petit à petit quoi. Quand on aura publié dans Science, je prendrais ma retraite ! Non je rigole. (rire)

E : (rire) Est-ce que tu as eu l'impression que ça a eu un impact sur ta pratique ?

I : Clairement, comme je t'ai dit. Je pense que tu as plein d'éléments là déjà. Clairement, ça a eu un impact sur ma pratique. Ça m'a sécurisé moi, ça m'a clarifié dans les messages à donner au patient. J'ai l'impression que je met mes patients en sécurité. Et qu'on avance dans le bon sens.

E : bon je pense qu'on a fait à peu près le tour. Tu as l'impression que ça a amélioré la prise en charge des patients ? Je te l'ai plus ou moins déjà demandé ça.

I : Oui, je réponds clairement aussi. Parce que en fait l'objectif, c'est qu'ils aient plus mal et qu'ils se refassent plus mal. Et moi, j'ai l'impression que c'est vraiment ça qu'on observe. Même si on a un peu la tête dans le guidon, c'est ça qu'on voit.

E : Ok, c'est l'impression que t'as.

I : On leur rend service vraiment. Et en plus, on se débarrasse pas d'eux. Ça prend pas énormément de temps. On donne un bon message et en plus on les écoute. Moi c'est un peu mon impression quoi.

E : Et est-ce que tu rencontres des difficultés dans la prise en charge de tes patients lombalgiques aigus ?

I : Je crois que plutôt les chroniques mais oui, j'ai pas tout compris à la lombalgie évidemment. Mais je me dépatouille pas mal.

E : D'accord, et par rapport à la lombalgie chronique, qu'est-ce que t'en penses ?

I : C'est plus difficile parce que toujours la pathologie chronique, il y a du personnel, il y a du vécu qui vient s'entremêler, il y a du psychologique, de l'émotionnel qui vient vraiment se mêler dans tout ça et du coup ça complexifie les choses et c'est des situations très différentes d'une personne à l'autre. C'est singulier quoi. C'est une personne avec son dos et son histoire. Et c'est plus intéressant aussi. Nous on est un peu bargeot. On aime les trucs compliqués, puis après on se dit « oh là là, mais comment c'est possible ? ». Mais voilà, parce que c'est quand même hyper attirant de s'occuper des gens comme ça.

E : Et pour ces patients-là, quelles seraient éventuellement les solutions pour t'aider dans la pratique ?

I : Moi, mes patients chouchous, c'est ceux qui arrivent en colère et qui te pourrissent la gueule. Ceux-là c'est mes chouchous. « j'en ai marre Docteur, de toute façon, tout le monde me fait chier et puis personne veut m'aider. » Les ados de la lombalgie, tu vois. « ouais, je comprends, vous êtes à bout. Mais en fait, moi je pense qu'on peut quand même réfléchir à où on va, qu'est-ce qu'on fait. Et qu'est-ce que je peux bien vous proposer ? parce que là je vois que ça va pas quoi. ». « Là, tu lui dis attends j'ai encore un truc pour toi, on va trouver quelque chose ». Et du coup, j'ai oublié ta question.

E : D'accord. Qu'est-ce que tu penses qui pourrait aider dans ta pratique les patients chroniques.

I : Des grandes oreilles, des paraboles juste pour les écouter. Parce que ces gens-là, ils ont besoin de vider leur sac. C'est pour ça que je dis c'est mes chouchous. Puis, moi je leur dis « là tout de suite, on a pas de baguette magique, mais vous savez le pot de confiture que tout le monde essaie d'ouvrir et en fait, c'est le petit neveu de 5 ans qui dit, ben ça y est moi j'ai réussi ». parce que tout le monde y a mis un peu du sien et puis au final. Il y a quelqu'un qui

arrive comme ça et qui dit « ben c'est bon, il est ouvert ton pot de confiture, fais toi ta tartine ». Mes chouchous c'est ceux qui sont en colères, qui en peuvent plus et je leur dis non baisse pas les bras.

E : D'accord. Je pense qu'on a fait à peu près le tour. Est-ce que toi, tu as des choses à rajouter ?

I : non... vive l'exercice regroupé et concerté, c'est juste ça quoi.

E : bon ben ok. Je te remercie d'avoir participer à l'entretien. Je coupe le dictaphone.

## **IX.8. Entretien 8 : E9**

I= Informateur ; E= Enquêtrice

E : Pour commencer on va parler de la notion de la lombalgie aigue commune en médecine générale. Qu'est-ce qu'elle évoque pour toi ?

I : Euh... Fréquence des motifs de consultations, complexité parce que c'est un symptôme ou une pathologie selon comment tu le visualises qui a beaucoup d'intrications sur le plan médical, biomédical et aussi sur le plan psycho-social etc. Même en aigüe.. euh voilà, je dirai fréquence et complexité ; pas tant sur le plan biomédical parce que l'examen d'une lombalgie est assez facile. C'est des, comment dirai-je ? c'est des pathologies qui sont assez codifiées, t'arrives facilement à mettre ça dans un champ nosologique de lombalgie, lombo-sciatique, de sciatalgie, enfin c'est clair quoi ; mais plus sur la dimension autour de tout ça qui se passe, notamment quand les épisodes aigus se répètent, voilà il y a des épisodes aigus qui se répètent. Et puis c'est fréquent, et puis, on a des consignes assez claires des instances de Sécurité Sociale à ce sujet. Maintenant on doit travailler ce sujet-là. Donc on ne peut pas faire complètement ce que l'on veut. Donc il y a cette notion de cadre réglementaire aussi, je dirai parce que on est influencé par ça dans nos prescriptions.

E : C'est quoi ce cadre réglementaire ?

I : Pas d'arrêt de travail, prescription limitée d'anti-douleur en 1<sup>ère</sup> intention, pas d'imagerie radiographique immédiate. C'est un cadre réglementaire qui à priori est justifié par les données de la science pure, il est pas du tout, ça sort pas de nulle part. Mais il peut-être plus présent dans cette pathologie-là que dans d'autres et ce qui fait que de facto, je pense que

notre prise en charge est un peu influencée par ça. Et qu'on est très vite sur la défensive de la prescription face à ces patients-là. Puisque on sait que de toute façon, des recommandations des sociétés savantes et ce qui n'est pas toujours le cas, là et la Sécurité Sociale en plus, nous incite, à ne pas faire beaucoup de choses en aigu sur la lombalgie en termes d'examen complémentaire notamment, en termes d'arrêt de travail notamment, en termes de prescription médicamenteuse notamment. Après, il y a d'autres choses, enfin, voilà. Donc, je dirai ça : fréquent, compliqué et assez bien cadré, régulé sur tous les plans. Et puis c'est un sujet qui a été, où il y a de la bibliographie, quoi. Si on a besoin de ressources, il y en a beaucoup beaucoup, de par sa fréquence, je pense.

E : Ouais.

I : Donc, ça me fait pas peur, parce que je trouve pas que c'est un sujet sur lequel on n'a pas grand-chose à faire ou à dire mais par contre c'est un vrai sujet de médecine générale et qui parfois amène à des décisions thérapeutiques guidées par des intervenants extérieurs à la relation de médecin-patient, encore plus dans d'autres situations, je trouve. Contraintes économiques éventuellement...

E : D'accord. Les intervenants extérieurs ?

I : Type Sécu, type, voilà qui font que ça t'influence, de toute façon dans cette lombalgie. Parce que très régulièrement, voilà, on est sollicité par ça. Je sais plus quand on a reçu ce dépliant sur le mal de dos.

E : Ok, donc tu trouves que la Sécu est présente...

I : Je trouve que, dans notre quotidien de médecin généraliste, il y a quelques domaines où elle essaie de réguler nos prescriptions, la lombalgie ça en fait partie et comme c'est quelque chose de fréquent, on revient souvent dessus et on pense souvent à ça, etc.. Il y a d'autres domaines où elle le fait mais où les thèmes de consultations sont peut-être moins fréquents, moins récurrents, ce qui fait qu'on ressent moins ça.

E : Ok, Comment tu le vis dans ta pratique ? comment tu prends en charge une lombalgie aiguë commune ?

I : Alors, comment je voudrais prendre en charge ? Ce serait, dans l'idéal avoir un protocole qui serait toujours le même. C'est-à-dire arriver à cadrer les choses etc., en tout cas c'est ce qu'on nous demande. En pratique c'est pas ce que j'arrive à faire parce que il y a des individualités, il y a des personnalités différentes, il y a des contextes extrêmement différents.

Quand j'arrive à mener ma consultation comme je le souhaite et que le patient, enfin s'il est réceptif à tout ce que je dis, qu'il adhère à mon discours, je suis sur une.. tu me parles en terme purement prescriptionnel là ?

E : Oui, ta prise en charge dans ta pratique ?

I : D'accord, c'est une prise en charge, assez rapidement. Euh... quelques antalgiques, de la kiné et pas d'arrêt de travail, normalement c'est ce que je fais. Quand je suis en accord avec ce que je veux faire, c'est ce que je fais.

E : (Acquiescement)

I : Après, c'est, l'idéal qui n'est pas toujours possible, c'est possible essentiellement, je trouve, dans les cas où la dimension psycho-sociale n'est pas très marquée, c'est vrai sur la lombalgie aiguë du sujet en bonne santé par ailleurs qui s'est bloqué la 1<sup>ère</sup> fois le dos, qui a pas trop de problème de santé par ailleurs, qui a une explication à son blocage, qui n'a pas de raison particulière, qui veut juste se rassurer. Mais très souvent, il y a une dimension psycho-sociale qui entre en ligne de compte et c'est beaucoup plus compliqué pour un tas de choses, l'arrêt de travail notamment parce qu'on ne fait pas tous le même boulot, voilà. Les imageries, ça j'arrive à peu près à réguler, j'en prescris très très peu ; pour les patients très insistants, en général je résiste sans trop de soucis parce que j'ai des arguments biomédicaux, j'ai des arguments personnels aussi qui me poussent à pas grand-chose. Voilà et après, tout ce qui est la composante prescriptionnelle de médicament c'est aussi assez variable. Parce que la théorie c'est pas grand-chose, voir rien du tout, voir un petit peu de Doliprane. En pratique c'est extrêmement variable, il y a des gens qui ont des habitudes de prescription sur eux même et qui du coup vont me demander une chose précise. Y a des gens qui vont être sur des composantes anxieuses donc je vais les traiter différemment, y a des gens qui vont être sur des composantes kinésiophobe, peut-être qu'il faut aider un petit peu plus pour reprendre du mouvement en kiné. Voilà, ça c'est très très variable, j'ai pas de... entre les Antalgiques simples, Anti-inflammatoires, Cortisone, Décontractant musculaire, voir Palier 2, Palier 3 sur les douleurs, voilà, on peut tout voir.

E : Ok. Qu'est ce tu penses des drapeaux rouges ?

I : Du Protocole du coup ?

E : Non, pas forcément du Protocole.

I : Des drapeaux rouges et jaunes, de la littérature quoi ?

E : Oui, voilà.

I : Alors qu'est-ce que j'en pense et à quel niveau ?

E : Comment tu as eu connaissance des drapeaux rouges ? par le Protocole ? Est-ce que tu en avais connaissance avant ? Est-ce que tu les utilises ?

I : Ok. Alors, le Protocole, c'était une des premières fois je pense où j'entendais le terme « Drapeau ». Je ne connaissais pas ces données médicales sous ce terme-là. Je connaissais ce terme médical brute, c'est-à-dire que je savais que c'était quelque chose auquel il fallait faire attention, et qu'à l'interrogatoire et à l'examen, ça faisait partie des choses qu'il fallait que tu recherches pour pouvoir poser ton diagnostic de lombalgie aigue et pas partir sur autre chose. Je les avais à peu près intégrés mais par contre, j'avais pas cette notion de drapeaux rouges, drapeaux jaunes, j'avais pas cette notion de niveau, je n'avais pas cette notion... Voilà, parce que je pensais que c'était peut-être enfin, parce qu'en fait quand on nous les a présentés dans le cadre du Protocole, je me suis dit que c'était probablement pour clarifier le protocole et pour être sûr qu'on parle tous bien de la même chose. C'est à dire que tous les médecins, tous les professionnels avaient les mêmes drapeaux rouges, les drapeaux jaunes justement. Mais mes drapeaux à moi, que j'avais en tout cas mais qui ne s'appelaient pas drapeaux étaient assez proches justement du protocole, donc ce n'est pas quelque chose qui m'a dérouté quand je l'ai découvert. Voilà, c'est ce que je fais globalement, c'est ce que je fais à peu près. Quelques différences à la marge éventuellement mais globalement c'est ce que je recherche, ce que je fais. Donc ils ne m'ont pas surpris, par contre que je ne connaissais pas le terme drapeaux rouges, drapeaux jaunes, étaient inconnus. J'ai découvert après, que c'était pas forcément lié au Protocole, que c'était dans la littérature, c'était pas que du Protocole donc je me suis dit que j'étais pas assez formé à ce moment-là mais j'ai découvert après coup, je ne sais plus trop pourquoi. Je crois qu'il y a eu, j'ai dû refaire un tout petit peu de biblio sur des lombalgies à titre individuel pour moi pour une situation donnée. Je suis retourné du coup sur les drapeaux rouges, drapeaux jaunes en dehors du protocole de santé. Je me suis dit « Ah » on ne fait pas que des conneries, déjà c'est bien (petit rire). Et puis c'est des choses qui sont validées donc c'est encore mieux quoi. (Acquiescement) Je pensais initialement que c'était un truc qui avait été choisi par le protocole. C'était pas clair, voilà.

E : D'accord. Le fait d'avoir eu le Protocole sur ça, est ce que cela t'a apporté quelque chose ?

I : Est-ce que le fait d'avoir eu le Protocole m'a apporté quelque chose dans la gestion ?

E : Oui, des drapeaux rouges. Par exemple : Est-ce que tu te sers d'un outil pour ne rien oublier ou globalement les as-tu en tête ? Est-ce qu'ils t'ont apporté quelque chose le fait de les voir dans le Protocole ? Conforté dans ta pratique, tu l'as dit.

I : Bon en fait, je trouve toujours très agréable d'avoir des cadres clairs, quoi. C'est-à-dire quand, tu vois, c'est-à-dire c'est toujours plus facile d'avancer les arguments. Je m'en sers pas beaucoup quand j'utilise le Protocole parce que j'ai l'impression de les avoir intégrés. Je les ai regardés un peu au début, quelquefois, les 1ères fois mais comme je te dis, j'avais l'impression que c'était des choses qui me semblaient pas complètement déconnantes et donc après, ça n'a pas spécialement changé ma façon de travailler en disant donc, voilà, il faut que je fasse attention aux drapeaux rouges, aux drapeaux jaunes parce que j'avais l'impression d'avoir déjà plus ou moins intégré ça dans ma pratique. Et donc, le Protocole, il est fait d'une certaine manière sur le logiciel, je ne sais pas si tu voudras qu'on y revienne tout à l'heure ? Mais y a ce côté un peu, y a ce côté un peu systématique de pas de drapeaux rouges, pas drapeaux jaunes, tu sais qu'il faut cocher et vérifier l'absence de contre-indication etc. Je le fais pas systématiquement. C'est-à-dire que c'est pas systématiquement où je vais reposer chaque question drapeaux rouges, drapeaux jaunes mais par contre c'est quelque chose que j'intègre dans ma façon dont je diagnostique. Donc, ça m'a aidé je pense parce que ça m'a rappelé ces choses-là, ça me les a confortés et puis j'ai mis un cadre et puis surtout ça me permet surtout de savoir où je peux les retrouver. C'est-à-dire que si je me pose des questions sur : Est-ce que cette situation-là elle entre vraiment dans ce truc-là ? Je sais qu'avec ce Protocole-là les drapeaux rouges, les drapeaux jaunes, je peux y arriver.

E : (Acquiescement)

I : Et après, ils nous ont donné ça, je ne sais pas exactement si ils sont exactement dessus ou pas. (Il recherche la fiche plastifiée qui est glissée dans des papiers sur le coté.) Si, ils sont dessus. J'ai tout hein ce qu'il faut.

E : Oui, tu ne t'en sers pas spécialement ?

I : Je m'en sers que si j'ai des choses... euh, que si la situation me semble pas tout à fait clair. En tout cas les drapeaux rouges, parce que c'est clair, voilà. Ça apparaît assez clair. A part un traitement corticoïde prolongé qui peut faire penser à un cas éventuellement pas très fréquent auquel il faut peut-être qu'on pense. Le reste normalement, c'est des choses qu'on pense en drapeaux rouges. Puis en drapeaux jaunes, c'est tout le côté, tout le côté représentation de la

douleur, schéma, bio psycho-social, (Acquiescement) conflit professionnel, enfin là on rentre dans des trucs...

E : Est-ce c'est quelque chose que tu faisais spontanément avant le Protocole ou pas ? Est-ce que ça t'a apporté quelque chose par rapport aux drapeaux jaunes ?

I : Pareil, il va y avoir un biais parce que j'ai quasiment découvert ce protocole quand j'ai commencé mon activité de médecin traitant parce qu'il a été présenté en février 2018 et moi je me suis installé en Novembre [...], ici.

E : (Acquiescement)

I : Et donc je pense que petit à petit, dans mon activité, depuis que je suis installé, je progresse dans l'interrogatoire de ces facteurs-là mais dans toutes les maladies pas que dans les lombalgies. Et donc, savoir si c'est le Protocole qui l'a fait ou si c'est lié à ma pratique parce que j'ai progressé etc. ce qui est sûr, c'est qui est sûr, c'est que ça rentre plus en compte, oui.

E : (Acquiescement)

I : Je vais chercher les drapeaux jaunes, alors drapeaux jaune, tu vois, j'ai même oublié que ça s'appelait drapeaux jaunes pour te dire. Je vais chercher ça parce que c'est fondamental et parce que c'est ce qui va déterminer ta prise en charge aussi. Le problème, la limite de ça quand même, c'est que si tu te fias aux drapeaux jaunes, le Protocole devient très vite compliqué à appliquer, parce que c'est, encore une fois, c'est tellement cette dimension-là qui entre en ligne de compte que si tu te dis, je fais sortir un drapeau jaune-là parce que sur cette dimension-là, je suis complètement certain qu'on puisse travailler correctement, tu vas le sortir tout le temps, pour moi.

E : D'accord. Tu veux dire que tu vas les sortir tout le temps ?

I : Ça veut dire que, je vais facilement du coup dire : ben ça c'est une lombalgie aiguë, est ce que je vais pouvoir vraiment faire le Protocole à 100% parce que j'ai les drapeaux jaunes.

E : ah oui d'accord.

I : Parce que je l'ai tout le temps, parce que à chaque fois que je vais avoir une lombalgie, je vais quasiment l'avoir. Si je ne cible pas le truc. Tu vois ce que je veux dire ou pas ?

E : Et pour toi, le drapeau jaune c'est un facteur d'exclusion ?

I : Pas d'exclusion. Mais du coup, ça va modifié pour moi, si tu veux ma prescription, ma prise en charge et ce qui fait que j'ai du mal à rentrer après dans l'outil, c'est en tout cas-là, peut-être pas le Protocole du Pôle mais au niveau Sécu, prescription classique d'une lombalgie. Parce que je vais aller faire des prescriptions complémentaires qui sont pas forcément justifiées dans la lombalgie aigue classique parce que ce drapeau jaune-là m'incite à le faire.

E : D'accord.

I : Mais c'est peut-être le sens du Protocole ? Aujourd'hui.

E : Oui, peut-être. Et est qu'est-ce que tu vas faire en prescriptions complémentaires ? Est-ce que tu vas mettre de la kiné ?

I : Dans les prescriptions de base ?

E : Ouais.

I : Alors, pour moi, si tu veux dans la lombalgie, la kiné, je la mets 100% des fois. Il n'y a pas une fois où je pense que je ne la mets pas la kiné.

E : D'accord.

I : Sauf, la lombalgie du mec qui a mal depuis dix minutes, qui a un RDV dans la journée et qui dit que ça va passer demain. Et tu vois, qui veut juste un anti-douleur parce qu'il veut aller bosser, quoi. Là, on est sur une autre problématique mais... Sinon dans toute lombalgie type aigue, qui a duré un tout petit peu, qui est validé comme lombalgie aigue, la kiné, pour moi, elle est dans 100% des cas. J'ai tendance à prescrire beaucoup de kiné en tant que médecin. D'autant plus dans cette pathologie, je n'hésite absolument pas, parce qu'en plus, je sais que c'est cadré chez nous, j'adresse facilement aux cabinets de kiné qui participe au protocole. Tu vois, tout ça, je le fais. Après chez quelqu'un chez qui a la présence de drapeaux jaunes est importante ou peut modifier la prise en charge bio psycho-social, le 1<sup>er</sup> verrou qui va sauter pour moi, c'est l'arrêt de travail. C'est-à-dire que très facilement je vais prescrire un arrêt de travail qui vont pas être du tout forcément dans les clous de ce qu'on recommande, qui pouvaient être beaucoup plus long pour une lombalgie. Alors, est-ce que dessus, je marque toujours le motif lombalgie ? pas forcément, parce qu'il y a des fois aussi où j'estime que la lombalgie n'est qu'un facteur qui déclenche autre chose et en fait, c'est des pathologies autres, du genre anxiété, dépression, mal être, burn out, tu peux mettre tout ce que tu veux derrière et c'est ce motif-là auquel je vais arrêter le patient. N'empêche que y a un arrêt de

travail qui est prescrit dans le cadre d'une lombalgie. Y-a pas toujours écrit lombalgie sur l'arrêt de travail, pas toujours mais voilà. Puis des fois, j'écris lombalgie parce que c'est ça qui le fait. Donc l'arrêt de travail c'est pour le vérou qui saute pour moi. C'est plus difficile à négocier, à refuser à mon sens parce que tu peux trouver des arguments chez les gens pour en faire un arrêt de travail. Après, la radio, franchement j'en fais très très peu, j'en fais très très peu donc le fait qu'il y est les drapeaux jaunes m'incite pas forcément plus à pas le faire ou à le faire sur cette prescription-là pour ce qui est du Protocole. Et puis les anti-douleurs, ben, j'adapte assez à la personne mais ça peut m'arriver en cas de drapeaux jaunes, de mettre que du Doliprane. Ça peut m'arriver.

E : Oui, voilà.

I : Après, j'adapte aux patients mais c'est pas parce qu'il y un drapeau jaune, un truc psychosocial que je vais forcément le charger en molécule. Le principal truc à mon avis, c'est l'arrêt de travail. Du coup, mais ce qui correspond bien d'ailleurs à ce truc (en montrant la fiche plastifié du protocole) . Tu vois, problème lié au travail.

E : Ok. Au niveau de la kiné, est-ce-que finalement le Protocole t'a apporté quelque chose ?

I : Dans les correspondants.

E : Oui.

I : C'est-à-dire que je sais à qui m'adresser.

E : D'accord.

I : Et je sais si tu veux que quand je le dis aux patients... qui me disent : « ouais on va aller faire de la kiné », tu vois, des fois ils ne sont pas toujours très motivés, machin. Ouais mais là, c'est de la kiné spécifique avec un kiné, qui sait ce qu'on fait, avec un kiné qui est là pour ça, qui va vous recevoir rapidement, qui va vous débloquent un RDV rapide, pour résoudre votre problème rapidement. Je leur parle des 5 séances etc. Ça, ça m'a aidé. Ça m'a aidé parce que je sais que le correspondant à qui j'adresse, s'il va bien chez le correspondant à qui je l'adresse, il est en accord avec ça, il va bosser là-dedans et du coup on améliore la prise en charge. Par contre, si le patient me dit : « Ah mais moi, je vais chez mon kiné qui est Monsieur Tartan pion, et que je sais que ce kiné-là, il ne travaille pas avec nous », (silence) je suis un peu plus gêné parce que tu vois je ne sais pas comment le kiné va faire, qu'est-ce qu'il va faire etc.

E : Ouais. Donc tu vas plus l'orienter ? 'fin est-ce que tu vas lui proposer le kiné du Pôle et ensuite si vraiment ça ne passe pas, il pourra aller voir son kiné ?

I : Je propose toujours le kiné du Pôle.

E : Systématiquement, d'accord.

I : Je propose le kiné du Pôle en disant : « voilà, allez voir ce Monsieur » après le patient est libre, donc si il me dit tout de suite lors de la consultation: « mais moi je ne veux pas aller voir lui, je veux voir ce kiné-là » ; c'est libre au choix du patient, malheureusement ça, il fait ce qu'il veut. En tout cas, je propose toujours le kiné du Pôle. Je leur dis, E.K., machin. En fait, surtout sur l'argument qui marche pas mal, qui j'espère est vrai mais je crois d'après ce que je sais de ce que m'a redit S. récemment, ça marche encore, c'est la rapidité de la réception, parce qu'en fait quand tu prescries aux gens : « continuez à bouger, ne vous arrêtez pas de travailler, faite de la kiné rapidement », qu'ils appellent le kiné qui leur donne rendez-vous dans 15 jours, il y a un truc qui déconne. Pour moi c'est pas logique, donc ils ne comprennent pas. Donc potentiellement 2<sup>ème</sup> avis médical, donc prise en charge pas forcément celle que tu voulais etc. Quand ça marche, qu'il appelle le kiné et que du coup le kiné au bout du fil dit : « ah, c'est pour une lombalgie, ben je vous vois tel jour etc ». On est sur autre chose, ça marche pour le patient;

E : Ok. Qu'est-ce que tu penses de la kiné McKenzie ?

I : Alors, qu'est-ce que j'en pense aujourd'hui, c'est ta question ? (Acquiescement)  
Aujourd'hui [...] novembre quand on se parle ?

E : Oui. Est-ce que c'est une pensée qui a évoluée ?

I : Oui, c'est une pensée qui a évoluée et qui évolue beaucoup, toujours parce que conflit d'intérêt effectivement avec les kinés du Pôle qui sont un peu portés là-dessus qui ont tendance à bien promouvoir cette méthode. Conflit d'intérêt ou en tout cas avec d'autres médecins, quand on en parle avec mes confrères, qui sont aussi des amis par ailleurs et qui ont des formations un peu particulières dans certains domaines et qui du coup m'influence aussi parce que ils en font aussi pas mal, en tout cas, ils en prescrivent pas mal dans la rééducation, notamment des médecins du sport que je connais. Par contre, mon idée de base c'était quand même que ce qui comptait, c'était la mobilisation, ce qui comptait c'était le fait de faire du mouvement et qu'il n'y avait pas des niveaux de preuve extraordinaire sur le type de thérapie manuelle. C'est-à-dire, aller chez un kiné, oui, parce que, il fait bouger, parce qu'il fait de la

thérapie, parce qu'il remobilise vite, parce qu'il donne des conseils mais, comment dirais-je, le type de technique utilisé était pas forcément déterminant pour moi. C'est plutôt la façon dont tu travaillais etc. c'est-à-dire 5 séances rapidement, et puis une aide rapide des conseils rapides tu vois, c'était plutôt ça qui était important pour moi que le côté je fais telle ou telle technique.

E : Ok.

I : Alors après, j'imagine que quand tu fais 5 séances sur le dos rapide sur la lombalgie, tu es obligé de faire du McKenzie si tu veux avoir un effet parce que si tu fais d'autres techniques, pour moi, il faut plus de 5 séances. Donc, là aussi, il y a peut-être un biais qui se pose. Mais je ne suis pas persuadé que la technique soit très importante. Par contre ce qu'il faut c'est prendre le problème rapidement, que la personne qui a mal au dos se sente comprise, entendue et qu'on s'occupe d'elle rapidement pour éviter que ça se chronicise et donc dans ce cas-là, si c'est du McKenzie qu'il faut faire en kiné pour avoir un résultat rapide, eh ben, faisons du McKenzie. Ça, je n'ai pas les compétences suffisantes pour juger, mais dans les études qu'on fait ou qu'on lit ou qu'on étudie de temps en temps au sein du Pôle, on a l'impression que les techniques différentes de thérapie sont quand même déjà difficilement évaluables parce qu'il n'y a pas de placebo, c'est du simple aveugle, donc en niveau de preuve, t'es quand même pas très bon. Et puis, il n'y a pas des différences énormes, quoi, entre les différentes thérapies, de ce qu'on lit quoi.

E: Ouais.

I : Et quand tu lis un peu de littérature de kinésithérapie médicale sur les lombalgies, t'as quand même l'impression que... Alors c'est plus sur la lombalgie chronique parce que la lombalgie aiguë, c'est différent mais que tu fasses kiné ou pas kiné, antalgique ou pas antalgique, radio ou pas radio, chirurgie ou pas chirurgie, machin, machin, le taux de guérison, il est à un instant T et il est pas forcément déterminé par tout ce qui se passe mais t'as l'impression que ce qui va compter chez les gens c'est les aider à la prise en charge générale, psycho-social etc. Et ça c'est pertinent parce que tu les laisses avec leur douleur, ça se chronicise beaucoup plus. (Acquiescement). Voilà 'fin je pense. Donc suivant les avis et les fréquences de fois où je vois S.F. ou F.A. -par exemple je peux évoluer ma pensée là-dessus mais je ne suis pas un acharné du McKenzie parce que je considère que ce n'est pas forcément la seule chose...Voilà. Après ils ont des thérapeutiques particulières, les étirements, syndrome

postural, les chaînes, les machins... ça paraît validé leur truc mais la science pour l'instant n'est pas tranchante là-dessus je trouve.

E : Oui, d'accord. Et le fait d'avoir intégré cette kiné rapidement comme ça dans ta pratique et le fait que cela soit éventuellement McKenzie en tout cas la kiné active, est ce que tu as l'impression que ça fonctionne ?

I : Alors, je dirai que ça fonctionne quand c'est bien indiqué parce que, encore une fois, quand c'est trop compliqué, quand y a trop de facteurs autour, ça fonctionne pas mais « y a rien qui fonctionne ». C'est-à-dire que, ça va se remixer puisque de toute façon tu le sens bien. Et c'est, si tu veux Coroller un petit peu aux drapeaux jaunes peut-être. Mais quand y-a une volonté réciproque de prendre en charge les choses, le fait de faire ça rapidement, d'une manière compétente sur la kiné notamment, je trouve que ça fonctionne bien. Y a des gens en tout cas qui sont satisfaits. Ils sont satisfaits de ce Protocole-là.

E : D'accord.

I : Après, des fois ça fonctionne quand tu vas voir un autre kiné, pas forcément un kiné du pôle. Mais en tout cas, pour ce que tu me demandes sur le Protocole du pôle avec E. K., je trouve qu'il fonctionne, je trouve qu'il y a des résultats.

E : Ok. Dans ta prise en charge des patients avec une lombalgie aigüe commune, est ce qu'il y a d'autres choses que tu vas dire ou prescrire ou proposer ?

I : Par rapport à tout ce qu'on a déjà dit ?

E : Ouais.

I : Ça peut aller de tout à rien. Ça peut être, quitter votre mari (sourire), changer de travail. Enfin y a toute cette dimension-là qui est à prendre en compte donc ça c'est le côté vie des gens ; après est-ce que moi j'ai des trucs et astuces de la lombalgie, des petites pratiques à moi. Je pense que je fais attention à essayer de prescrire de moins en moins de médicaments parce que j'ai quand même l'impression que les recommandations vont dans ce sens-là. Je prescrivais plus avant parce que j'avais aussi des habitudes de prescription faites par mes anciens maîtres de stage quand j'étais plus jeune médecin. Mais j'ai pas de prescription, systématiquement, je ne me dis pas, y a un truc qui marche à 100%, il faut que je le mette à chaque fois, c'est sûr que c'est ça, quoi.

E : Ok. Et dans le message que tu donnes aux gens... ?

I : Alors, dans le message délivré, j'essaie d'être uniforme, j'essaie quand j'ai le temps, quand je suis disponible intellectuellement, quand j'y pense de leurs remettre des petits dépliants alors là on en a plus du tout, mais ce que nous a donné la sécu sur la lombalgie, des petits livrets, des petites choses comme ça, pour le bouger, le bouger, le bouger. Je délivre les messages types : pas de clinostatisme, rester bien debout, voilà, ça, je le fais assez régulièrement. J'essaie d'adapter un tout petit peu les activités physiques au quotidien pour qu'ils bougent un tout petit peu plus, voilà. Après c'est des consultations qui peuvent vite être chronophage parce que tu as un temps d'examen, t'as un temps de recueil des symptômes, t'as probablement un temps administratif derrière parce que t'as des prescriptions qui peuvent être longues suivant ce que tu prescris, voilà.

E : Ok. Est-ce que le Protocole t'a amené des choses dans ces messages ?

I : Dans les messages-clé en eux-mêmes, pas tant que ça. Le Protocole, vraiment moi je trouve là où il m'a aidé le plus c'est qu'il a, il m'a incité à moins prescrire.

E : Mais comment moins prescrire quoi ?

I : D'une manière générale. Radio, euh tu vois, enfin. Radio, médocs ou autre chose parce que ou arrêt de travail, parce que il est incitatif dans ce sens-là, je trouve. Quand tu l'ouvres, quand tu ouvres les onglets, quand tu réponds aux questions. A chaque fois, que tu réponds à une question, tu te dis : mais là, est ce que vraiment je suis dans le bon truc, quoi ? Est-ce que c'est si simple que ça ? Est-ce que ça vaut vraiment le coup de faire ça ? Et j'ai l'impression que les questions sont un petit peu tournées aussi dans le sens où... elles sont posées d'une certaine manière qui fait que t'as pas envie de faire beaucoup de choses. Mais c'est peut-être l'objectif.

E : Oui. Mais quelles questions ?

I : Ben, 'fin. Les questions, je ne sais pas si on peut dire des questions. Tu sais, c'est quand tu ouvres le Protocole et qu'on te propose des catégories de réponses, là.

E : D'accord.

I : 'Fin moi ce que j'appelle le Protocole, c'est ça, mais...

E : Si, si. Le Protocole c'est la fiche que tu as.

I : Du coup, t'es harmonisée là-dedans ?

E : Du coup, pour toi, oui. Enfin en tout cas, toi, tu t'en sers.

I : Je m'en sers.

E : Mais tu t'en sers plus à viser ?

I : Voilà, comme c'est tourné,

E : Et tu le remplis ?

I : Ouais, je coche les cases, ouais. (Acquiescement). Pas à chaque fois, non, pas à chaque fois.

E : Quand est-ce que tu vas te servir ?

I : Quand j'y pense, des fois, quand c'est le motif principal de consultation.

E : D'accord.

I : Quand les patients sont pas multi-tiroirs. Parce qu'en fait, si ils sont multi-tiroir avec une lombalgie au milieu, t'as toujours l'impression que c'est, tu vois, que tu ne gère pas ça de la même manière. Donc je suis pas vraiment là-dedans, voilà. Mais du coup, je trouve que c'est comme de facto, c'est coché « non » dans ce Protocole, ben, si tu veux faire des choses, il faut que tu coches oui. Donc intellectuellement, faut que tu ailles cocher la case « oui » et donc c'est à dire que si tu coches « oui », ça te fait un plus derrière donc ça va te faire un double « non », tu vois ce que je veux dire ?

E : Oui. Je savais même pas que c'était coché non de facto.

I : Tu vois. (il montre le formulaire protocole sur le logiciel)

E : D'accord. Ah oui.

I : Et donc ça, moi, je trouve que ça m'influence dans ma façon de prescrire. C'est pour ça que je dis que je diminue un peu ma prescription. C'est quand je m'en sers, j'arrive là c'est tout non et du coup, il faut que je dise : est-ce que je prescris ça ? Je me pose la question forcément parce je dois aller cocher.

E : D'accord.

I : Tu vois, pareil l'imagerie, il me propose non.

E : Ok. Et toi finalement, l'intérêt de ce formulaire, c'est quoi pour toi ?

I : Alors, je le fais parce que F.C. est dans le protocole. Je pense que ça lui fait plaisir, c'est important.

E : C'est important.

I : C'est important oui, voilà. (Rire) Je le fais parce que je sais que tu vas travailler dessus, je me dis que c'est peut-être intéressant qu'il y est des gens qu'il le remplisse, deuxième facteur. Je le fais aussi parce que je trouve que ça me permet de rien oublier.

E : D'accord.

I : Parce que c'est tout un tas de questions. En me disant : est-ce que j'ai bien réfléchi à toutes les questions ? est-ce qu'on a bien parlé de l'arrêt de travail ? est-ce qu'on a bien parlé de tas de truc, de la kiné ? etc. Est-ce que je n'ai rien oublié ?

E : Globalement, tu le trouves bien fait ou pas ?

I : Ben en fait , c'est toujours pareil, je trouve qu'il est exhaustif. Je trouve qu'il est intuitif sur le fait de pas prescrire et ça je pense que c'est une qualité de ce Protocole, parce que c'est quand même l'objectif recherché, si j'ai tout compris hein ? c'est ce qu'on cherche à faire. En tout cas à harmoniser pour moins prescrire, j'ai l'impression que c'est ça qu'on veut faire. Je trouve qu'il est un peu chronophage quand tu cherches à remplir toutes les catégories, parce qu'en fait tout, il y a de tout, il y a le Start back, il y a plein de truc que tu fais pas systématiquement parce que des fois t'as pas envie de le faire et que voilà. Et que c'est un peu plus chronophage et en tout cas, si on voulait le faire, il faudrait quasiment qu'il soit intégré là, il ne faudrait pas qu'on aille rechercher le questionnaire dans son bureau... tu vas te dire : est-ce que je l'ai mis dans mes papiers. Tu vois, tu pourrais faire un protocole, en te disant ben Start back, tu cliques et là boum, il t'affiche les questions.

E : Oui, voilà. Et là tu le remplis.

I : Et là, tu le remplis beaucoup plus facilement, par exemple. Et surtout, du coup je vais pouvoir laisser dans Weda sans le scanner et que le kiné pourra y avoir accès quand il bosse derrière par exemple. Voilà, je trouve qu'il est ça, je trouve, comme toutes les choses, qu'on fait un peu de manière systématique, ça a pour objectif au final, je trouve, de réfléchir à ce que tu fais. Et du coup, je pense que, souvent dans ces situations-là, tu fais quand même moins de bêtises et tu prescris moins, je trouve.

E : Ok.

I : Et vraiment le côté, je te dis c'est « non, non, non » au début. Du coup moi, quand je le remplis des fois, je me dis putain mais... en fait j'ai le droit de rien faire, faudrait que je fasse rien du tout. Et je pars avec cet esprit-là et du coup, je défends au patient plus facilement l'idée de faire le moins de chose possible. S'il mettait oui d'entrée, je serai peut-être beaucoup plus, tu vois, large dans ma prescription. Donc là le fait d'avoir « non » coché c'est pas mal pour moi. Ça m'intéresse.

E : D'accord. Et est-ce que c'est vraiment quelque chose qui t'a aidé à diminuer les prescriptions ?

I : Je ne sais pas si c'est un résultat effectif, je ne sais pas si c'est un résultat effectif. Je ne peux pas te dire si vraiment j'ai diminué les prescriptions.

E : Mais en tout cas, ça t'a influencé ?

I : Mais dans la réflexion, je réfléchis vraiment à les diminuer.

E : D'accord.

I : J'y arrive pas toujours, parce que ce n'est pas toujours simple. A dans la réflexion, en fait j'aborde le problème, je cherche à les diminuer.

E : Ok, d'accord. Et concernant le Start Back et le FABQ, qu'est-ce que tu en penses toi ? On en a parlé un peu mais...

I : C'est-à-dire qu'est-ce que j'en pense ?

E : Ben, est-ce que tu trouves que c'est faisable ? T'y vois un intérêt ? Si tu l'as déjà fait, est-ce que cela t'a apporté quelque chose ?

I : (Silence) Non. Je ne pense pas que ce soit les trucs les plus déterminants Start Back et FABQ.

E : D'accord.

I : Quand je le fais, je le fais un peu et en dilettante, je pense.

E : Et tu le fais ?

I : Oui, ça m'arrive mais c'est pas très très fréquent. Encore une fois, je l'enregistre pas très souvent parce qu'il faut que je le sorte, que je le scanne, que je le machin. Du coup.

E : Tu vas le faire dans quel cas ?

I : Ben déjà, quand j'ai le temps, quand je ne suis pas à la bourre, quand c'est le motif unique, c'est toujours pareil, on va dire si il y a cinquante motifs, c'est plus compliqué.

E : D'accord.

I : Et puis quand je pense que il va être suivi régulièrement et qu'il va rentrer dans le truc, quoi. C'est-à-dire que si je vois que c'est quelqu'un qui va venir, qui est nomade, qui ne fera pas tout ce qu'on lui dit, qui fera rien, je ne vais pas faire un Start back- FABQ de toute façon, personne s'en servira.

E : D'accord.

I : J'en ferai plus facilement si j'avais des retours sur ce que à quoi ça sert. Si j'étais sûr qu'il aille bien voir le kiné derrière, que le kiné ferait une réévaluation de son côté, tu vois ? Et ça, j'ai pas eu le cas, encore. Parce que je pense que le Start Back.

E : Pour toi, le Star back sert à quoi ?

I : Le Start back pour moi, si je ne dis pas de conneries, il faudrait que je le retrouve sous les yeux, il est là. Non, il n'est pas là.

E : Il n'est pas là, je ne sais pas. (Bruit recherche de document)

I : Pour moi, il va repérer des patients à risque de chronicisation qu'ils vont pouvoir bénéficier plus précocement d'une intégration dans le REPAR lombalgie.

E : Oui, voilà c'est ça. Enfin je pense que c'était ça l'objectif.

I : Voilà, par ce questionnaire-là. Et donc, ça veut dire que, quand je le fais, moi, je le fais parce que je me dis ; le patient, donc que je viens de voir, il est intéressé, centré sur cette douleur de lombalgie. Pour l'instant, il est pas envahi par d'autre chose et il va vouloir s'en occuper spécifiquement, donc il va tirer un bénéfice de ce travail de coopération avec le kiné, éventuellement avec le Start back parce que ça va lui donner des pistes.

E : Oui, c'est ça, des pistes.

I : Mais si c'est le truc où je sens déjà que c'est bancal, que le mec fera que ce qu'il veut, qui suivra rien, je fais pas le Start Back. Ça sera chronophage et inutile.

E : Ok d'accord. Est-ce que le fait de voir des drapeaux jaunes, ça va t'influencer à le faire ou pas ?

I : Le Start back ?

E : Ouais... A stratifier le risque ?

I : Non. Je vais le faire plutôt quand je pense s'il va vraiment rentrer dans une histoire de travail en équipe.

E : Ah, de travail en équipe.

I : De travail pluripro, dans le Protocole. Pour moi, c'est un outil du Protocole, ce n'est pas un outil de ma prise en charge.

E : D'auto évaluation pour... ?

I : Pour moi, ce n'est pas un outil dans ma prise en charge à moi, ni pour la prise en charge du patient par contre c'est un outil du Protocole.

E : Et qui permettrait quoi ?

I : Ben du coup, j'imagine, quand ils font, quand on fait le Start back, que le protocole est bien fait et que le kiné le voit après dans le cadre du Protocole, lui, normalement, il est sensé refaire une évaluation du start back donc, c'est quand même bien qu'il y ait eu une 1<sup>ère</sup> fois. 'Fin si j'ai tout compris, à ce qu'on m'a dit. On est sensé faire C2, c'est ça ? Je ne sais plus comment ça s'appelle.

E : Non. Les cibles, C1 et C2, tout ça, c'est le chronique.

I : Mais moi j'associe bien Le Start back, à quelque chose qui va être pris en charge de manière globale et dans la lombalgie aigue, je ne vois pas bien l'intérêt.

E : D'accord.

I : C'est ce que tu voulais que je dise ?

E : Non, non (Rires) Je veux juste que tu me dises ce que tu en penses.

I : Non, mais c'est ce que je pense. Dans la lombalgie aigue du patient que tu vas voir qu'une fois, que tu vas arrêter ou pas arrêter pendant très peu de temps, qui va reprendre son activité, qui va voir le kiné ses 5 séances, qui va prendre des antalgiques, et qui va repartir. Je fais pas de Start back, je ne vois pas l'intérêt. Dans la pathologie du patient où je sens que ça va merder, y a du drapeau jaune, y a du machin, y a du truc, je vais peut-être avoir un truc chronique avec un kiné qui va me recontacter sur ce patient parce que ça n'avancera pas

comme il veut. Là, je vois l'intérêt du Start Back pour qu'on puisse échanger derrière avec lui sur le patient, etc.

E : D'accord. Parfait. Qu'est ce tu penses du groupe de marche ? On n'en a pas parlé.

I : Excellente idée. Tout ce qui peut faire bouger les patients est une excellente idée. En dehors de la lombalgie, c'est une excellente idée. Dans la lombalgie, c'est une excellente idée. Voilà c'est une excellente idée. Ça n'a pas beaucoup d'effets secondaires, pour ça, c'est très bien. Ça a vraiment un effet bénéfique, positif sur le plan moteur, sur le plan psychique donc très bonne idée.

E : D'accord. Est-ce que tu vas le proposer ?

I : ça je le propose. Je le propose, encore une fois, c'est pas le tableau typique de la lombalgie aigue, tu m'as dit que tu voulais qu'on parle de la lombalgie aigue au début.

E : Ouais. Donc, tu vas le proposer dans quel cas ?

I : Alors, je ne le propose pas qu'aux lombalgiques déjà. Après t'as le groupe de marche lombalgie mais on peut faire d'autres trucs que des groupes de marche. On a pas que le groupe de marche lombalgie sur le pôle, donc c'est un peu compliqué.

E : D'accord, ok.

I : Mais je le propose dès qui sont un peu cardio-vasculaire et ça dans ce cas-là, je le fais faire par l'équipe Azalée parce elle a aussi un groupe de marche de son côté pour ces pathologies-là, donc parfois je le prescris comme ça par ce biais-là.

E : ok, et Tu vas t'en servir dans ta pratique ?

I : Je pense que je ne le propose pas tant que ça parce que je trouve qu'on est toujours un peu entre deux feux. Y a le tableau du jeune qui va pas trop mal, qui fait une lombalgie aigue mais qui du coup au groupe de marche, tu te dis mais qu'est-ce qu'il va bénéficier de ça, de toute façon il marche déjà. Et puis y a le tableau qui est compliqué, où tu sens que c'est n'importe quoi et qu'y en a de partout et qu'y a du psycho-social à fonds. Et en fait, par fénéantise, je pense que le groupe de marche, on se dit « pff », je vais perdre du temps à lui expliquer ce que c'est, de toute façon elle n'ira pas ou il n'ira pas. Tu vois.

E : Ok.

I : Mais c'est une excellente idée, c'est sans effet secondaire. Je peux en parler, il faudrait juste peut-être que j'ai un moyen un peu plus rapide et efficace de les adresser directement sans passer par l'infirmière parce que à chaque fois que, il faut que je me rappelle comment ça marche. Il faut que je passe par P. ou alors que je demande au Pôle, enfin tu vois, c'est pas instantané. Et puis j'ai plus mon tampon REPAR là pour mettre sur kiné ou groupe de marche. Là, il faut que je mette un « tic tic tic ».

E : D'accord. Est-ce que toi dans les messages clés « du Protocole » tu vas utiliser un outil en particulier de prescriptions, pour les patients ?

I : Non. Dans les messages clés qu'on délivre ?

E : Oui.

I : Non, je change à chaque fois je pense les messages que je les délivre. J'ai pas un truc protocolisé. A chaque fois, je change, je ne donne jamais les mêmes messages clés à 2 patients différents. Je pense.

E : D'accord. Tu ne les mets pas sur une ordonnance etc. ?

I : Les messages clés ?

E : Oui.

I : Non.

E : D'accord, Ok. (silence)

I : Il y a déjà 38 minutes qui attendent ! Je te préviens quand même.

E : (Rires)

I : Je vais encore battre le record...

E : (Rires) Globalement, je pense qu'on a bien fait le tour. Est-ce qu'il y a des choses qui te gênent dans le Protocole ?

I : Il n'y a rien qui me gêne mais il faut quand même être lucide. Je pense qu'on n'en parle plus assez au sein du Pôle, de ce Protocole. Il est un peu passé à la trappe, je l'ai déjà dit moi, à F., mais F. pense que c'est peut-être parce que les gens ne sont pas très intéressés par le problème. Il est noyé dans pleins de trucs parce qu'au Pôle, il y a trop de choses. Donc, on n'est pas assez efficient sur ce Protocole, voilà, on ne le fait pas assez... Voilà. Il faut.

E : Pour toi c'est quoi l'objectif de ce Protocole ?

I : Pour moi. D'améliorer la pratique sur la prise en charge de la lombalgie, en concertation avec les professionnels autour de nous. Au bénéfice des patients, on peut peut-être rajouter ça quand même.

E : Ok. (petit Rire) Et toi, tu as l'impression qu'il n'est pas... ?

I : Médiatisé.

E : Ouais, c'est-à-dire ?

I : Il est plus assez fait parce que je pense qu'il n'est pas assez médiatisé. J'ai l'impression. On est très médiatisé sur plein de truc du Pôle mais ça on est moins bien médiatisé, donc, on le fait moins, c'est ça que je veux dire. Médiatisé dans le Pôle.

E : Ok. Et comme par exemple, vous êtes médiatisé, je ne sais pas ?

I : Y-a le 0-6 qui est médiatisé beaucoup, les ETP on en entend parler régulièrement, tu vois, infirmière Azalée, les rétinographies du Pôle. On a pleins de choses, voilà. Et le lombalgique est un peu moins arrêté et puis en plus si tu veux c'est quand même un truc la lombalgie ça fait jamais sexy d'en parler, quoi. Parce que tu sais déjà que je t'embarque dans des galères, quoi. Et les lombalgiques, c'est des patients qui sont souvent pénibles à soigner quand ils ont mal depuis un bon moment, tu vois tout ce côté-là, « pff » la lombalgie, c'est fatiguant. Ça te fatigue quand ils arrivent et qu'ils ont mal au dos et t'en as tout le temps. Mais. Et du coup ce Protocole, je pense qu'il pourrait nous simplifier la vie. Je pense que pour l'instant, on n'est pas assez fluide et on a surtout l'impression qu'il est chronophage.

E : Comment il pourrait ...? Et Lequel de Protocole pourrait simplifier la vie du coup?

I : Ben le Protocole plutôt, Ben lombalgie aigue, « pff » à part le groupe de marche peut-être que je ne propose pas systématiquement et que je ne fais pas de prescription systématique. Eventuellement les messages clés que je crois que je pourrais écrire sur des feuilles plutôt que de les dire à l'oral. Lombalgie aigue, ce n'est pas trop problématique parce que encore une fois, je trouve que juste d'ouvrir le Protocole et de voir que c'est tout marqué « non », de te faire réfléchir d'une manière différente. Après, c'est plus... c'est le même problème que pour les trucs du Pôle, c'est arrivé à coordonner les soins avec les praticiens qui sont concernés et donc améliorer la fluidité entre le kiné, le médecin généraliste, parce que ça c'est important. Est-ce que c'est... ?

E : Toi tu as l'impression que ça, c'est ?

I : Oui, parce ce que c'est quelque chose qui nous échappe. Moi, quand je donne un RDV chez le kiné, le patient, il peut aller ailleurs. Ça, je n'y peux rien, si tu veux, je ne sais pas ce qu'il va faire.

E : Oui. D'accord.

I : C'est-à-dire qu'il y a plein de trucs qu'on ne maîtrise pas dans ce protocole. On ne peut pas tout faire du début à la fin, puisque à un moment on laisse le patient faire un choix.

E : D'accord.

I : Donc s'il ne fait pas ce choix, ben, ça marche pas quoi. Et on pourrait peut-être imaginer un système où c'est tellement bien fichu que moi, quand je rentre en consultation dans le Protocole lombalgie, il y a une espèce d'alerte qui se met chez les kinés comme quoi le protocole a été mis en place. Que du coup, j'ai prescrit de la kiné et que du coup, les kinés peuvent dire « Ah ben, on va voir si on peut pas rappeler le patient pour qu'il viennent nous voir nous, pour le protocole, pour faire un StartBack ». Enfin tu vois tu pourrais imaginer un truc comme ça. Donc en fait tu communique entre professionnels là-dessus. Tu chauffes un peu le patient et t'essaie d'aller voir tout de suite pour aller récupérer les gens dans ton truc et voilà, comme de la recherche en fait.

E : Oui. Est-ce que pour toi ce Protocole peut servir à faire de la recherche ?

I : Pour moi, c'est la base, c'est le principe même c'est-à-dire qu'il faut qu'on arrive à évaluer ça. Mais comme il faudrait le faire sur tout ce qu'on fait. On n'évalue pas assez ce qu'on fait au Pôle. On pense que c'est bien ce qu'on fait mais on est pas sûr du tout.

E : D'accord.

I : Moi, j'ai l'impression que le protocole m'a aidé à diminuer un peu mes prescriptions. Par exemple, mais ça n'a jamais été évalué, c'est pour ça que je te dis que c'est l'impression que j'ai.

E : Et comment on pourrait... ?

I : Ah ben ça, c'est compliqué !

E : (petit Rire)

I : Tu peux faire du quali. Comme tu fais là, en interrogeant sur le protocole, en disant voilà, est-ce que ça fait évoluer vos pratiques et dans quel sens ? Mais c'est un gros biais parce que forcément tous les médecins vont dire « on est des génies », quoi. C'est pas toujours vrai. Et puis tu peux faire du quanti. mais alors le quanti. il faut que tu arrives à analyser les ordonnances de gens avant et après un nouveau protocole, mais je pense que c'est trop compliqué. Et puis quand tu vas dire aux gens, vous allez être évalués, ben ils vont faire le Protocole bien plus que prévu donc ils va y avoir un biais de recrutement parce qu'ils vont vraiment travailler comme il faut sur la lombalgie pendant quelque temps, tu vois.

E : Ouais.

I : Mais je pense que au-delà de l'objectif d'améliorer les pratiques pour tes patients, il y a l'objectif de l'évaluation de tes pratiques et de l'uniformisation de tes patients. Pour la société, la globalité, et le bassin de population.

E : Ça c'est les objectifs.

I : Eh ben moi j'aimerais bien que ce soit mes objectifs

E : Et pour toi, ils sont un peu remplis ou pas dans ta pratique ?

I : Et ben pour moi, ils ne sont pas remplis parce que je ne trouve qu'on n'évolue pas. Je ne suis pas dans le protocole moi, je ne suis pas dans le projet, je, je suis effecteur.

E : C'est-à-dire, tu as l'impression que ça évolue pas... ?

I : Ben que pour le moment c'est pas évalué.

E : Ah, c'est pas évalué.

I : Ah je l'ai peut-être mal dit, on ne l'évalue pas dans ce contexte

E : Ah, ok.

I : Et je pense qu'il faudrait qu'on l'évalue.

E : Ouais.

I : Mais je pense que l'équipe qui mène ce protocole est partie dans d'autres choses maintenant et que elle est peut-être un peu moins dynamique, médiatique. Mais c'est dommage d'abandonner le projet comme ça, parce que c'est un peu le problème de ce pôle de santé par

moment, c'est qu'on fait des tas de trucs, qu'on part dans tous les sens, et qu'on ne va pas au bout des trucs, et qu'on n'évalue pas ce qu'il faut, et qu'on ne progresse pas, voilà

E : D'accord, ok.

I : C'est dommage, je trouve ça dommage.

E : Et toi tu as l'impression qu'il a été abandonné ?

I : Ben moi j'ai l'impression qu'on n'en parle plus quoi. Si tu veux que le protocole soit fait, que les gens s'impliquent, il faut bien qu'à un moment t'en parles régulièrement, que tu dises en plénière : voilà le protocole, on a regardé, il y a eu tel ou tel truc, on a fait tant de consult avec ça, par rapport aux consultations lombalgies on en est là. Alors c'est sûr que c'est chronophage mais il y a que ça qui va relancer les gens... tu vois ce que je veux dire ?

E : Oui, oui, oui.

I : Si tu ne dis plus rien, et que tu dis « faites le protocole » et que laisse pendant un an, deux ans les faire leur truc dans le coin. Au bout de 2 ans, tu reviens, plus personne s'en sert.

E : D'accord.

I : ils ont élaboré un truc qui est tombé à l'eau, je pense. Ce qui déclenche tout pour moi, c'est quand tu auras le réflexe d'ouvrir l'onglet Weda devant le motif de consultation lombalgie , tu vas penser au protocole, tu vas penser à ce qu'il implique, tu vas penser aux prescriptions que tu peux faire et à qui l'adresser. Mais si tu ne l'ouvres pas parce que tu n'en entends plus parler, et que tu oublies qu'il existe...

E : Ouais, ok, d'accord.

I : Tu sais il y a un moment, F. il avait envoyé un message en disant est-ce que vous voulez bien l'évaluer, de faire un retour sur comment il marche ? Et je crois qu'il a envoyé à dix médecins du pôle, et il n'y en genre que deux qui ont répondu. Ça c'était déjà il y a quasiment un an je dirais. Donc ça veut dire quoi ? ça veut dire que les autres médecins ils l'utilisent pas, que l'outil de base ne les intéresse pas, ou alors ils n'ont pas envie de répondre. Mais du coup, F., il peut pas avancer, parce que voilà. Et puis après, il est parti sur autre chose, il a d'autre chose à faire aussi je veux dire, on peut pas toujours tout faire tout seul. Il tient la barre tout seul. Je ne sais pas où ils en sont les autres avec le protocole, je ne sais pas ce qu'ils font, j'y vais pas, donc je ne peux pas te dire.

E : Ouais.

I : Il est pas assez médiatisé , et puis si tu veux que les gens retiennent comment ça marche, il faut leur dire tout le temps. Tu ne peux pas te permettre de donner de temps en temps une information en disant « le protocole on en est là », il faut le rappeler... L'objectif de tout ça, c'est-à-dire quel est l'objectif ? pourquoi tu nous fais faire tout ça ? Pourquoi tu me fais peut être perdre ce temps maintenant de faire remplir ce truc, est-ce que cela a un intérêt ? Est-ce que Bénéfice pour le patient ? est-ce que Bénéfice pour la structure ? Il faut qu'il y ait du bénéfice, Bénéfice pour les internes ? qui vont se gaver avec une énorme thèse ? enfin tu vois, je ne sais pas mais.

E : Oui.

I : Si on fait ça pour que les internes aient une thèse, ben ok mais juste tu discutes pas tu le fais. On est un pôle universitaire, on peut trouver des sujets. (vibreur de téléphone).

I : Quarante-six minutes hein ?

E : (petit rire) je pense que on a à peu près fait le tour. C'est intéressant. T'as des choses à rajouter toi ?

I : Non, Je savais que j'allais te voir donc j'ai essayé de centrer mes idées avant pour que tu es des choses concrètes.

E : Ok (silence). Je pense qu'on a peu près fait le tour. Une petite conclusion ?

I : Pour moi ? Protocole lombalgie qui concerne un problème de santé extrêmement aigu, parfois compliqué à gérer, chronophage. Pour l'instant, je trouve qu'il nous fait pas gagner du temps médical en consultation parce qu'il est chronophage à utiliser et que même si l'outil paraît simple, il faut quand même qu'on pense à pleins de choses. Et j'ai l'impression que les prescriptions sont pas assez fluides. Sur le plan professionnel moi, j'aimerais, je rêverais... si je créais un protocole en tant que médecin. Et que quasiment les ordonnances elles partent partout quoi et que j'ai rien à faire quoi, tu vois ? Qui est une alerte qui arrive chez le kiné et qu'il recontacte le patient, que y a un truc qui parte au groupe de marche directement, « tac, voilà, c'est fait ». Ce serait l'idéal pour moi. Et ça, ça serait un vrai gain pour nous, pour les patients parce que on n'aurait pas se poser des questions quand on les voit à midi et demi, machin, etc, tu vois. Donc, voilà mon avis. Et ça, ça serait génial et après 2<sup>ème</sup> chose, c'est qu'il faut l'évaluer. Comment il marche ? Mais c'est pas que le seul truc, qu'il faut qu'on évalue au sein du Pôle, on a pleins de choses à évaluer.

E : Oui. Et pour toi, dans ton vécu ?

I : Pour moi, dans mon vécu je pense qu'il m'évite que je me mette à craquer sur les prescriptions. Parce que si j'écoutais les patients, je ferais des ordonnances de lombalgie des fois des 15 médicaments alors qu'il n'en a pas besoin. Donc c'est bien . Et ça un effet immédiat mais la limite c'est qu'il est quand même très centré sur la lombalgie et que la lombalgie c'est un problème psycho-social par essence. Et t'as quand même des trucs que tu ne peux pas résoudre dans ce protocole-là ou alors quand ça te fais sortir les drapeaux jaunes qui du coup vont faire que tu t'influences sur ton truc, voilà. C'est comme ça.

E : D'accord.

I : Et je trouve que la structure est bonne, je trouve que c'est intéressant de travailler là-dessus parce que c'est très fréquent et je pense qu'on devrait aller un peu plus loin, mais encore une fois, je donne des leçons alors que je ne suis pas dans le Protocole, 'fin je suis pas dans la commission, je suis pas dans le projet. Je dis « Y a qu'à faux con » mais je fais rien pour l'instant.

E : Oui. Mais, c'est bien déjà de voir les idées.

I : Voilà.

E : Ça marche, Ok. Super. Je vais couper le dictaphone.

I : Ok, pas de souci.

E : Merci, d'avoir participé à l'entretien.

## **IX.9. Entretien 9 : E10**

I= informateur ; E= Enquêtrice

E : Est-ce que tu peux me dire ce que la notion de lombalgie aiguë commune, elle évoque pour toi ?

I : Alors, moi ça évoque une blessure du dos, qui est le plus souvent bénigne. Et voilà. Je sais pas si c'est le sens de la question. Pour moi, une lombalgie ça évoque... il y a une blessure au dos.

E : D'accord, Qu'est-ce qu'elle évoque dans ta pratique ?

I : Dans ma pratique, ça évoque un problème hyper courant, un motif de consultation qui est quand même extrêmement fréquent. Soit comme motif principal, soit comme motif annexe qu'on te balance en fin de consultation, « ah ben, si j'ai mal au dos, mettez moi de la kiné, ou mettez moi du doliprane, ou j'ai besoin d'une ceinture ». 'Fin une demande lié à ce problème de dos. Mais quand même très souvent, c'est un motif de consultation principal, soit sous forme de lumbago, soit un truc moins aigu, mais c'est très fréquent.

E : D'accord, est ce que tu as eu des formations sur la lombalgie aiguë ?

I : Alors [...] des perte d'emploi chez mes patients, qui se sont retrouvés dans des situations sociales extrêmement difficile.[...] J'ai fait une formation DPC sur la lombalgie [...] donc ça c'était pour répondre sur la formation. [...]

E : D'accord, ok. Est-ce que toi, tu avais rencontré des difficultés devant la lombalgie aiguë commune ?

I : Je pensais que j'avais pas de difficultés. Et puis après, quand on voit les lombalgies qui deviennent chroniques. On se dit... [...] je me suis dit « tiens je faisais peut-être pas exactement comme ce serait mieux de faire ». Voilà, [...] Disons que je ne faisais pas mal les choses. Mais j'étais moins... j'appuyais moins fort dans mon discours auprès des patients sur le besoin de bouger, tous ces trucs-là quoi.

E : D'accord, le besoin de bouger. Quoi d'autres ?

I : Ben peut-être aussi sur l'arrêt de travail. Peut-être que j'étais plus à l'écoute de mes patients quand ils demandaient un arrêt. En disant, si il y a besoin d'un arrêt, ils peuvent pas faire leur boulot, je le fais. Maintenant, je pousse beaucoup plus à la reprise.

E : D'accord, et ça se passe comment ?

I : Très bien.

E : Ouais.

I : Voilà, après chez des patients qui disent que c'est impossible, j'insiste pas trop. Voilà. Globalement, je pense que j'ai beaucoup moins d'arrêt de travail lié à la lombalgie qu'avant, en terme de durée.

E : D'accord. C'est-à-dire que tu vas arrêter mais ça sera moins long, c'est ça ?

I : Oui, je fais toujours un arrêt court initial, systématiquement. Même si je sais que j'ai une lombosciatique hyperalgique, je sais très bien qu'elle va pas guérir en 7 jours, je fais quand même le premier arrêt très court, en disant au patient, ben, peut-être que la semaine prochaine, vous serez guéris.

E : D'accord, et ça t'as l'impression que c'est bien vécu par les patients ?

I : Oui, je trouve que c'est bien vécu. Alors que je m'attendais à ce que ce soit mal vécu. En fait, je raconte l'histoire avec beaucoup d'assurance en fait. Depuis que j'ai fait cette formation. Je leur dis « c'est pas grave, vous allez guérir comme tout le monde, tout le monde a ça, tout le monde guéri ». J'ai un peu ce discours-là, en général ça guéri en moins d'une semaine. En tout cas, dans le mois, vous serez guéri, c'est sûr. Voilà. Dès que vous pouvez reprendre le boulot, même si c'est pas guéri, vous retournez.

E : Et tu penses que ce message-là, du coup il...

I : ça passe très bien et puis si il y a quelques patients qui font partie des gens qui sont à risque de chronicisation, on les repère. Ben du coup, on les repère beaucoup plus vite. Et puis, ils existent quand même.

E : Et ces patients-là, tu vas les repérer comment ?

I : Ben déjà, il y a les facteurs de risque de chronicisation. Du coup, c'est pas très compliqué. Des gens qui sont mal au boulot, qui sont en conflits avec l'employeur, qui sont en accident de travail, qui sont dépressif... Voilà, déjà, on les sent venir de loin et puis si on a un doute, on peut faire passer un petit questionnaire.

E : D'accord, c'est quoi comme questionnaire ?

I : Ben il y a le Startback et puis l'autre, si je me rappelle bien c'est FABQ.

E : D'accord.

I : Le Start Back, ça se passe très facilement, les réponses sont binaires, ce sont des auto-questionnaire. Donc, il y a très peu de questions, ça va vite. Et le FABQ c'est un peu plus complexe, on répond pas oui ou non et il y a une gradation, il y a des cotations de 0 à 7. Et puis, il y a plusieurs questions. Tous les deux sont validés et le FABQ, il est validé pour le risque de chronicisation en accident de travail surtout.

E : D'accord, en accident de travail surtout ?

I : Pour ce qui est de la validation. C'est un bon test de facteur de risque de chronicisation.

E : D'accord. Est-ce que toi tu l'utilises ou pas?

I : Alors, de moins en moins, parce que du coup, je vois mieux les choses, même sans faire passer le test. Mais ça peut m'arriver ouais, de le faire passer.

E : D'accord. Dans quel cas ?

I : Ben quand je me demande. Quand j'ai un doute, que c'est pas évident. Je le fais passer et puis quelqu'un qui coche « je ne pourrais jamais me remettre de ce mal de dos » tu vois ça.

E : D'accord. Du coup, toi, tu l'as découvert ce questionnaire en faisant les recherches en faisant le protocole...

I : Oui.

E : Euh, est ce qu'il t'a paru faisable au début ?

I : Le Start Back c'est faisable, c'est très facilement faisable. Souvent dans la lombalgie aigue, le premier jour, si je le fais remplir, je le donne au patient à la fin de la consultation, je lui dit « vous allez sur la borne d'accueil, vous le remplissez, vous le laissez ».

E : D'accord,

I : Voilà, ça me prend pas de temps en consultation. Et puis après ma consultation, je récupère le test et puis je le met dans son dossier.

E : Et tu le ressors ?

I : Non, je connais son résultat. Ça me conforte dans une idée, sur un doute que j'ai pu avoir ou au contraire, je me dis « ben non, peut-être pas ».

E : Donc c'est un questionnaire qui t'a aidé et qui t'aide... en quoi, il t'aide du coup ?

I : Ben il sert à dire est ce que ce patient a un facteur de risque de chronicisation. Donc si il y a un facteur de risque de chronicisation, on va faire quand même vachement plus attention pour éviter la lombalgie chronique. On va peut-être le revoir, le stimuler plus. Tu vois ? appeler le kiné pour qu'il le voit vite. Et puis être encore plus fort dans le discours de nos certitudes. Tu vois dans le protocole lombalgie, il y a aussi tout ce qui est dit dans les fascicules sur la lombalgie que la sécu a édité ou qui était antérieurement dans ce qu'on appelle le Backbook, qui est un truc anglosaxon traduit tu vois.

E : Ouais.

I : Voilà, les messages, on va peut-être les délivrer plus que sur un patient qui a pas de facteur de risque et c'est là que le travail de la coordination avec le kiné et le pharmacien, il est important.

E : D'accord, qu'est-ce que tu vas proposer d'autres si jamais tu as des facteurs de risque comme ça, au patient ?

I : Ben, on va insister encore plus pour qu'il aille marcher c'est-à-dire que, je lui dis que c'est pas un choix. On a mis un groupe de marche avec la mairie, tu sais.

E : Ouais.

I : Et moi je dis, c'est le traitement, il faut y aller. Et si il n'y est pas allé, je lui dis, c'est pas possible de ne pas y aller. Ça fait partie du traitement. Il faut impérativement y aller. Et puis voilà, après le patient qui a fait 20 tours de stade en marchant avec des battons, il voit bien qu'il est capable de bouger, de marcher. Après les obstacles, c'est les gens qui ont décidé qu'ils reprendraient pas. C'est-à-dire que c'est un accident de travail, ils veulent profiter du fait qu'il y ait un accident, il y aura rien à faire... Mais quand même, moi je trouve que ça change beaucoup de chose.

E : Ouais, ok. Il y a quoi d'autres comme obstacles à la reprise du travail ou ?

I : Des idées toutes faites que les patients ont, à savoir que si on retourne au travail, on va se refaire mal au dos ou le mal qu'on a, va s'aggraver. Ce sont des idées reçues en fait, largement répandues, que les gens se disent entre eux dans la vie quotidienne.

E : D'accord.

I : « t'as mal au dos, ben mets- toi en arrêt ». Tu vois, des discussions qu'il peut exister entre les collègues.

E : D'accord, est-ce que du coup, tu utilises le protocole ?

I : Le protocole, il est acquis maintenant.

E : C'est-à-dire ?

I : Ben quand je fais la consultation pour la lombalgie, j'applique le protocole sans me dire que j'applique le protocole, en fait. C'est rentré dans ma pratique normale.

E : D'accord.

I : Dans le protocole, il y a : ne pas prescrire l'arrêt plus de 7 jours, de délivrer les messages, éventuellement d'envoyer le patient voir le kiné pour faire la méthode Mckenzie pour un nombre de séances limité. Euh... le groupe de marche si ils sont en arrêt de travail. Moi je vois quelqu'un le lundi avec un lumbago, il arrive pas à se déshabiller, mais le lendemain, il est sur le stade normalement. Je lui dis pas « attendez que ça aille mieux » ;le lendemain, même si il arrive pas à bouger, je lui dis « vous allez au stade là-bas ». Vous allez marcher.

E : Ok.

I : Donc c'est quand même un message fort.

E : Tu l'arrêtes et tu lui dis...

I : Demain matin, vous allez là, à 10h15. Je lui donne l'ordonnance. C'est vraiment une ordonnance, rédiger comme un ordonnance.

E : D'accord. Qu'est-ce que tu vas faire d'autres dans le cadre du protocole, enfin dans le cadre de ta pratique ?

I : Ben en gros, c'est ça, ça s'arrête là. Puis après, attention aux diagnostics quand même...là c'est rappelé dans le protocole, les drapeaux rouges, c'est tout ce qui n'est pas de la lombalgie commune. Comment le voir venir quoi ? Quelles sont les situations où il faut faire attention. Et alors là, on est hors protocole du coup. C'est-à-dire que si tu suspectes une fracture, tu vas faire des radio, de l'imagerie alors que sinon tu te dis, faut pas en faire. Par exemple, ou une prise de sang ou...

E : Ok, est ce que tu utilises un outils pour t'aider pour les drapeaux rouges ou pas spécialement ?

I : Non. Drapeaux rouges, c'est pas très compliqué.

E : Avant ta pratique ?

I : Ben ouais, est ce que c'est quelqu'un qui risque d'avoir une métastase sur le rachis ? Tumoral, infectieux, l'âge doit faire un peu suspecter... voilà.

E : Ouais. Et est-ce que avant le protocole ces drapeaux rouges, ils étaient clairs ? 'Fin est-ce que pour toi, le protocole a changé quelque chose concernant les drapeaux rouges?

I : Ouais, avant peut être qu'à la première consultation, j'aurais pas tilté sur un drapeaux rouges. L'évolution m'aurait fait douter. Mais maintenant c'est la première consultation que je fais attention.

E : D'accord, donc ça a eu un retentissement à ce niveau-là.

I : Le fait d'avoir fait la formation [...]. Alors qu'avant, je pense que j'ai dû en laissé passer (petit rire) à la première consultation.

E : D'accord, et est-ce que au début tu as eu besoin d'un outils pour repérer les drapeaux rouges ?

I : non, non.

E : Pour toi c'était assez évident.

I : Ouais,

E : D'accord. Concernant les drapeaux jaunes...

I : Les drapeaux jaunes c'est pareil, j'ai pas besoin d'outils. C'est vachement senti ça maintenant.

E : C'est dans le ressenti ?

I : Ben beaucoup. Ça dépend si tu connais les patients ou pas mais après l'humeur dépressive euh... les drapeaux jaunes si tu veux, c'est peut-être pas forcément à la première consultation... Si je vois quelqu'un pour un lumbago, je vais pas à la première consultation lui demander comment ça se passe au travail.

E : D'accord,

I : Mais par contre au cours de la lombalgie aigue, oui, ça c'est sûr que... Si il a pas guéri vite. Je vais aborder ça.

E : D'accord, ok. Donc peut-être à la deuxième consultation quand tu le revois ?

I : Peut-être à la deuxième ou plus...

E : Donc finalement tu vas pas vraiment te servir des drapeaux jaunes à la première consult quoi ?

I : Pas forcément à la première consultation, si je ne connais pas le patient quoi. Après tous les patients que je connais, si, j'ai une idée la dessus et puis je peux plus facilement aborder les choses, que un gars qui débarque. En tant que patient, je pense que ça me gonflerait si je consultais pour un lumbago parce que j'ai porté une charge, qu'on m'interroge sur mes rapports avec mon employeur. Je me dirais, bon attends j'ai soulevé un carton, j'ai mal au dos. Je pense que je me dirais ça. Par contre devant un patient qui est réticent pour retourner bosser alors que je vois pas bien pourquoi. Il se déshabille facilement, il prend un doliprane par jour, il dit qu'il ne peut pas retourner... là, je m'interrogerais. Tu vois ? Je me dis, tiens, attends, est ce qu'il y a pas un facteur psycho-social, comme on dit, qui l'empêche de retourner travailler ?

E : D'accord, et est-ce que pour toi, le fait d'avoir rédigé le protocole, concernant les drapeaux jaunes, ça t'a apporté quelque chose ? ou ça a changé quelque chose dans ta pratique ?

I : Moi, ce qui a changé, c'est les réponses. J'aurais pas imaginé les réponses que les patients font aux questionnaires par exemple. Tu vois, du style « je ne guérirai jamais » ou « le travail, c'est mauvais pour le dos ». Tu vois, j'aurais pas imaginer que les gens puissent penser des choses aussi extrêmes. Voilà.

E : D'accord. Et pour toi, les drapeaux jaunes et le Start Back, ils sont pas dissociés quoi ?

I : Non, ça parle de la même chose, ça parle des facteurs de risque de chronicisation.

E : Ok. Donc, ça a changé surtout grâce au questionnaire, on va dire ?

I : Ouais. Parce que c'est pas une question que j'aurais posé... Le questionnaire, c'est bien pour ça. Souvent les auto-questionnaires, que ce soit pour la lombalgie ou pas. Comme les gens, ils répondent à des questions. Après on peut réaborder ce qu'ils ont coché, c'est plus facile, on a un support. On peut dire, ah je suis étonné, vous avez coché ça. Je pensais pas que vous pensiez ça. Alors que sans le questionnaire, tu vas droit au but comme ça, en disant « attends, t'es pas en train de penser que si tu retournes au travail, tu vas avoir mal au dos ? ». C'est compliqué. Là, ça facilite vachement. Et une fois qu'ils ont répondu, on peut leur dire, vous savez, il y a beaucoup de gens qui pensent ça mais en réalité quand on regarde les travaux, les études. En fait, non, tout le monde guéri, en général, il y a très peu de monde qui guéri pas.

E : Et est-ce que ça a été une découverte finalement ces drapeaux jaunes ou est-ce que ça a été... ?

I : Pas vraiment une découverte. Tu sais quand on faisait nos études, il y avait un terme qui disait que c'était la sinistrose. Tu vois ? c'est un terme qui est moins utilisé qu'avant.

E : Ah oui ? D'accord. Ça veut dire quoi du coup ?

I : La sinistrose, c'est tout ce qui est lié à l'accident de travail en fait, avec l'impact psychologique qui fait qu'on guéri pas. Parce que c'est à cause du travail, c'est vraiment injuste. Donc t'as des gens qui... 'fin t'as vu ça ?

E : D'accord, et au niveau des messages clés, comment ça va se passer ?

I : Pour revenir aux drapeaux jaunes, j'ai eu un patient, c'était un accident de travail. Il voulait être indemnisé.

E : ah oui.

I : Tu vois. Il aurait pu guérir mais lui il avait vraiment souffert beaucoup. Il a eu très mal. C'était un peu long. Et c'était un accident de travail, ça méritait une indemnisation dans sa tête. Et ben, je sais qu'il s'est empêché de guérir à cause de ça. Au final, il a pas eu ce qu'il voulait.

E : Ah bon ?

I : Non, c'est pas indemnisable. Il a perdu son boulot. Le médecin conseil l'a consolidé sans l'indemniser. Et il est encore aujourd'hui là-dedans.

E : En invalidité ou... ?

I : En invalidité, il a fait une dépression. Il est en dépression. Donc voilà. Donc c'est vrai que si on peut couper ça à la racine tout de suite. C'est quand même pas mal. Par rapport aux messages clés, j'ai mes petites préférences. Mais je les délivre en fonction du patient en fait.

E : D'accord, tu te sers d'un outil ou pas ?

I : Non.

E : Tu les délivres oralement ? Pas forcément par écrit ?

I : Oralement. Je remets un petit book de la CPAM en le parcourant. Je l'ai plus le Backbook, j'en avais acheté et puis le jour où je les ai montré aux collègues du pôle, ils m'ont tout piqué,

j'en ai plus. (petit rire, il se lève pour chercher le livret de la CPAM et le feuilleton en m'expliquant page par page ce qu'il dit). Et puis je parcours ça, il y a des dessins. Pour chaque page, j'ai un petit mot. Je leur délivre très rapidement. Je leur dis « vous lirez bien ». Sur le fait de bouger, ici. Là, c'est montré que le dos, c'est très très solide. Les exercices alors, je leur dis « pour l'instant tant que vous avez pas vu le kiné, vous les faites pas, mais voyez il y a des exercices que vous pourrez faire ». Euh, voilà.

E : Et toi du coup, tu le remets au patient ?

I : Oui.

E : Tu leur montres et tu leur remets.

I : Oui.

E : Et tu l'utilises à chaque fois où ça dépend ?

I : euh, dès qu'il y a une intensité. Voilà. Dès qu'il y a une intensité, moi je mets le paquet. Je les envoie au groupe de marche, je les envoie au McKenzie.

E : D'accord, intense, ça veut dire ?

I : Ben, tu vois que les gens ils souffrent vraiment beaucoup, en intensité, si l'échelle d'évaluation de la douleur est haute. Disons que plus la souffrance est grande, plus je suis dans le protocole d'emblée.

E : D'accord,

I : Après le protocole, il est à réaliser au cours de la lombalgie aiguë. On a pas de protocole qui dit, « ah première consultation, il faut avoir tout fait ça » tu vois ? C'est ce qui doit se passer au cours du premier mois.

E : D'accord. Tu veux dire que c'est pas forcément à la première consultation.

I : On est pas obligé de tout faire à la première consultation. Par contre, il y a des choses à pas faire, ça c'est tout de suite.

E : Ouais, qui sont ?

I : Qui sont le papouillage, qui sont l'arrêt de travail long, qui sont ... Voilà. D'emblée, on doit être dans une posture qui dit que c'est bénin, que ça va guérir. Et pas l'inverse, même si c'est la première consultation.

E : D'accord, est ce que tu as notion qu'il y a une ordonnance avec des messages clés du Backbook sur Weda ?

I : Alors, je sais que sur Weda, il y a l'ordonnance de prescription. Je crois qu'il doit y avoir des messages clés du Backbook. Mais j'ai pas vérifié parce que comme j'utilise pas Weda.

E : D'accord, au niveau de la kiné, qu'est-ce que tu vas faire ?

I : Alors, chaque fois qu'il y a une lombosciatique, une lombo-cruralgie tout ça. Je prescris de la kiné. Parce que les kinés du pôle qui font la méthode McKenzie disent que ils recentrent assez vite la douleur. Les patients, ils sont contents. Les retours que j'ai sont très bons. Et donc du coup, je continue à faire ça. Après dans la lombalgie commune sans radiculalgie pas forcément.

E : Ah d'accord. Ça va être quoi finalement pour toi le critère qui va faire que tu vas les envoyer chez le kiné ?

I : Peut-être la crainte que ça dure ou l'intensité. C'est vrai que si les kinés peuvent montrer un mouvement qui soulage, c'est cool quand même.

E : D'accord, et tu vas les adresser où ?

I : Aux kinés du pôle de Saint Martin d'Hères qui ont connaissance du protocole. Donc c'est E.K. ou chez M.A. et I.F.. Y a aussi A. qui peut mais elle est plus ostéo maintenant que kiné.

E : D'accord, et est-ce que tu as rencontré des freins du côté du patient pour la kiné ?

I : Non. Ça m'arrive de voir qu'ils n'y sont pas allés. Le plus souvent, je pense que c'est pour des commodités de la vie quotidienne. Et puis que ça a du s'améliorer rapidement. Et au contraire, les gens ils sont vachement demandeurs d'aller au kiné. Donc plutôt la difficulté à pas la prescrire quand on a pas envie.

E : D'accord. C'est-à-dire ?

I : Ben « docteur, je viens pour de la kiné, j'ai mal au dos ». « Vous prenez des médicaments pour le mal de dos ? Non ».

E : Qu'est-ce que t'en penses des médicaments pour le mal de dos ?

I : Ben pour moi, c'est indispensable. Parce que je veux que les gens ils bougent, je veux qu'ils aillent marcher, je veux qu'ils reprennent leurs activités et la douleur est limitante. Voilà. A chaque fois que la douleur, elle empêche de faire... Si ils me disent, « je suis pas allé

marcher parce que j'avais trop mal ». « qu'est-ce que vous avez pris de mon ordonnance ? »  
« rien ». « non, faut prendre et du coup vous pourrez aller marcher. » parce que le traitement c'est d'aller marcher. Donc, je suis plutôt à insister pour qu'ils prennent des doses maximales d'antalgiques tant qu'ils ont mal.

E : Ok, et qu'est-ce que tu vas donner en antalgique ?

I : Ben tout ce qu'il faut. S'il faut donner de la morphine, de la morphine.

E : Qu'est-ce que tu penses des anti-inflammatoires ?

I : Ben que ça a son utilité.

E : Tu vas en donner ?

I : Ouais, ouais, je vais en donner. Parce que c'est gentil. Il y a plein de gens qui ne tolèrent pas les morphiniques, les codéines et autres. Ben ils sont pas soulagés par le paracétamol. Je donne des anti-inflammatoire. Pas longtemps mais... Moi je vais donner tout ce que je peux pour soulager la douleur.

E : Ok, et en anti-inflammatoire, tu vas préférer certains ou ?

I : Ouais, c'est plutôt des habitudes, je prescris largement le kétoprofène.

E : Pourquoi le kétoprofène particulièrement ?

I : Parce que il y avait des histoires de risques cardio-vasculaires à un moment donné. On en a beaucoup parlé.

E : D'accord. Je reviens sur la kiné. Est-ce que tu as été confronté à des patients qui ont déjà la kiné hors du pôle et quand tu prescris la kiné, ils vont voir leur kiné hors du pôle ?

I : Non. D'une manière générale, j'adresse pas forcément à un kiné du pôle pour des pathologies autres. Mais dans ce protocole-là, je suis un peu obligé d'adresser aux kinés du pôle, d'abord parce que je sais qu'ils vont faire de la kiné active. Ils vont pas faire d'autres choses. Et qu'ils vont tenir le même discours que moi. Parce que l'histoire du discours commun, c'est extrêmement important dans le protocole. Parce qu'on est parti de ce truc-là, en disant, faut qu'ils entendent la même chose par tous les patients, parce que sinon ça va pas. Et pour les pharmacies, on est allé voir les pharmacies qui ne sont pas du pôle. Qui sont sur le territoire. Pour leur dire, voilà, on a un protocole sur la lombalgie. Si vous êtes d'accord, ça serait bien de tenir le même discours que nous qui est celui-là.

E : D'accord. Et si ils te disent « je préfère aller voir un autre kiné pour la lombalgie » ?

I : Non, faut un kiné qui fait la méthode McKenzie. Et sinon, il y a pas de kiné à la phase aiguë. Voilà. En aigu, il y a pas de kiné. Sauf si vous trouvez un kiné qui fait McKenzie.

E : D'accord.

I : Si jamais vous n'avez pas guéri et que il y a un problème chronique, on fera de la kiné mais à la phase aiguë, c'est pas de kiné normalement.

E : D'accord, et sur la kiné globalement tu l'as dit, t'as des retours ... ?

I : Ah oui oui.

E : En quoi ? 'fin les patients vont être plus rapidement soulagé ou...

I : Oui. Moi, j'ai des patients qui ont l'habitude d'avoir mal au dos depuis des années et des années. Et ils reviennent en disant, « ah ben incroyable, il m'a dit de me cambrer, je voulais pas et... ah ben il avait raison, c'est incroyable, il m'a scotché ». Les gens sont un peu surpris de comment ça se passe. Oui quand même, globalement, les patients sont satisfaits. Bon, il y a des échecs, je vais pas dire le contraire. Mais...

E : (acquiescement) ça va être quoi ces échecs ?

I : Des gens qui ont pas adhéré à la méthode, parce qu'on fait pas ça d'habitude.

E : D'accord, l'histoire de l'habitude... Il y a quoi d'autre ?

I : Des gens qui disent « non, mais n'importe quoi ». Je pense que c'est des idées reçues du patient.

E : D'accord. Toi du coup, tu vas leur expliquer quand tu leur prescrites de la kiné ? leur dire comment ça va se passer ?

I : Ouais. Je leur explique le principe. On va chercher un mouvement qui vous soulage, on va vous apprendre à le faire et vous le ferez à la maison. Le kiné vous verra pas 30 fois, il va vous voir 5 fois, c'est suffisant.

E : D'accord. Et ceux avec qui ça se passe pas très bien, si jamais tu en as en tête, ils vont dire quoi ?

I : Tu sais c'est deux-trois patients qui sont revenus en disant « n'importe quoi »... (souffle) je m'en rappelle plus en fait. Mais globalement ce qu'ils reprochaient, c'est pas un résultat, c'est comment la séance se déroulait.

E : D'accord. Ils étaient surpris peut-être ou... ça marche. Est-ce que tu utilises une ordonnance type ?

I : Oui, uniquement le groupe de marche et la kiné.

E : Bon, ben je pense qu'on a bien fait le tour. Toi globalement, est ce que tu as l'impression que ça a amélioré tes pratiques ? ça a amélioré la prise en charge du patient ?

I : Ben moi ça a amélioré les deux.

E : Qu'est-ce que ça t'a apporté finalement ce protocole ?

I : ça m'a apporté de l'assurance. Et en fait, je pense que ça se sent vachement. Je pense que le patient, il doit vachement sentir que l'assurance que j'ai dans ce domaine-là. Voilà. J'examine mieux, je fais tout mieux en fait.

E : Ok,

I : Puis même pour les diagnostics différentiels. Ben du coup, avec la formation, tous les problèmes des muscles fessiers tout ça. Je pense que, je passe moins à côté de ce qui est pas une lombalgie en fait.

E : d'accord. En quoi, tu as l'impression que ça a amélioré tes pratiques du coup ?

I : Ben ce que je viens de te dire. L'assurance, meilleures pratiques. Mais je pense que c'est surtout mon assurance que le patient doit ressentir. Je suis un peu convaincu.

E : D'accord. Et du coup sur le plan de la prise en charge du patient, en quoi, tu as l'impression que ça a amélioré ?

I : Après c'est du ressenti, parce que on a pas fait d'étude sur ce qui se passe. Mais mon ressenti, c'est que j'ai moins de chronique. J'ai pas mal de gens qui ont des lombalgies récurrentes mais j'ai plus eu de patients vus en aigu, qui sont devenus chroniques. J'ai pas un seul patient à citer en un an, depuis qu'on fait ça. J'en vois pas. J'ai vu arrivé des patients qui avaient une lombalgie chronique depuis X temps. Mais des gens qui passent de la lombalgie aiguë à la chronicisation, j'en ai pas revu.

E : Et toi, est ce que les gens qui sont arrivés avec une douleur chronique, ça t'a aidé ?

I : Ben, ça m'a aidé uniquement parce que je connais bien le sujet. Voilà. Je me dis si il guérit pas, c'est qu'il faut quand même aller voir ça ou ça. Je sens bien quoi en fait. Par contre, le problème de la lombalgie chronique, c'est compliqué. (silence)

E : C'est compliqué parce que ?

I : Ben de faire marche arrière quoi. (petit silence) J'ai un patient qui est arrivé là avec une lombalgie chronique, je l'ai fait hospitalisé à Uriage et tout mais je pense qu'il va perdre son boulot. Il va avoir une mise en invalidité, tu vois. On fait durer l'arrêt de travail le plus loin possible mais... A force, je l'ai pris comme les autres. Je veux dire, avec la même assurance, il y avait pas de raisons qu'il guérisse pas, faire tout ce qu'il faut. Voilà.

E : Et du coup...

I : Du coup, je sais pas, je suis pas très optimiste.

E : D'accord.

I : Il va falloir que j'y aille.

E : ouais, ça marche. Ben de toute façon, je pense qu'on a fait le tour. (silence) c'est bon. Merci pour l'entretien et je coupe le dictaphone.

## **IX.10. Entretien 10 : E11**

I= Informatrice ; E= Enquêtrice

I : Pour moi, je n'étais pas à la réunion, voilà. Je n'étais pas à la réunion donc je n'ai pas entendu les kinés s'exprimaient, ni la façon dont on faisait le Protocole. Plusieurs semaines après, j'ai eu donc [...] qui m'a expliqué ça, donc sur dix minutes. donc, j'ai pas bien, voilà.

E : Oui, c'est ça.

I : C'est pas du tout pareil quand on, non, non, voilà. En [...], j'étais certainement beaucoup plus impliquée dans le travail avec les autres, les autres médecins et les kinés qui étaient très, très stimulantes.

E : D'accord, Ok. Je crois qu'il y a eu une soirée « lombalgie » est ce que vous avez pu y aller ou y assister ?

I : Alors soirée « lombalgie » j'essaye de...

E : Qui a été faite, organisée à l'E.K.

I : Alors E. K., j'ai dû y aller.

E : D'accord.

I : Oui, celle-là, j'y étais. Je sais que ça date depuis un petit moment. Ben après, quand l'étude a démarré, on a tous été avec notre petit truc REPAR je ne sais plus, on avait un protocole, donc on nous a donné des fiches.

E : (Acquiescement)

I : voilà. Protocole « lombalgie » donc on a eu ça, tout à fait harmonisation des pratiques qui était là, donc c'était présent. On avait aussi des codes couleurs, mais ça, j'ai jamais utilisé parce que j'avais pas compris. Et puis après, on a dans notre logiciel WEDA « Protocole lombalgie », voilà.

E : (Acquiescement)

I : J'ai pas spécialement pris comme une obligation, de traiter mes lombalgies avec ce système-là. Il fallait que ça vienne, ça vienne (petit rire) et c'est pas venu forcément. J'en ai eu quelques-uns où j'ai dû mettre... ce qui est sur notre logiciel d'ailleurs. Ce qui doit être sur notre logiciel. (elle regarde l'ordinateur et cherche sur le logiciel). Je pense que si je prends à tout hasard, alors, les paramédicaux et on doit avoir kinés, alors donc plusieurs, on a tout ça déjà, donc il faut quand même, ça fait un... voilà : Ordo-kiné-lombalgie aigue, nous l'avons, donc c'est facile ; Ordo-kiné donc subaigu chronique et je pense qu'il y avait que ça, ça c'est.

E : D'accord, Ok. Qu'est-ce que vous pensez de la lombalgie aigue commune en général, dans votre pratique ?

I : C'est fréquent, c'est fréquent. Le fait que ce soit par les kinés qui ont remonté, qui ont fait le, avec F. bien sûr mais qui ont fait quand même ce qu'ils voulaient eux quand ils recevaient les patients, ça c'était pour moi, une découverte. C'était une des premières fois, qu'on avait des contacts avec les kinés qui étaient, qui étaient de l'autre côté avec nos patients, et qui entendaient d'autres choses, que nous, on disait, ou qu'on ressentait. Enfin, c'est ce qu'ils nous ont dit, voilà.

E: D'accord.

I : Donc, ils avaient en même temps un besoin de, je pense, un besoin de dire ce qu'ils auraient voulu donc c'est pour ça que, qu'il fallait pas trop attendre, donc y avait, je me souviens de l'histoire de la zone rouge, jaune ; ils nous ont fait des petits tableaux que j'ai consciencieusement, je me souviens à l'époque, imprimés donc je les ai quelque part, je ne m'en suis pas servie évidemment, je suis. Tout ça après, on est tous après. Si y a pas une petite piqûre de rappel, « euh » surtout moi, alors ça, c'est pas l'oubli mais c'est le fait d'être, autant je me sentais bien impliquée dans le Pôle en [...] .

E : D'accord.

I : [...] Je travaille toujours avec ces kinés, c'est toujours, ils font partie de mes références

E : (Acquiescement)

I : De toute façon, j'ai absolument confiance dans l'équipe de kinés. Donc, souvent si on me dit : quel type de kiné cherchez-vous ? On en connaît quelques-uns mais je sais que eux y vont appliquer une méthode. Voilà. Et tous ceux qui sont passés par Weda.

E : D'accord. Et cette méthode ?

I : La méthode, je connais rien et non nous les méthodes on connaît pas.

E : D'accord, Ok. Est-ce que à la soirée, cela vous a permis de voir... ?

I : Je sais que c'était plus, pas dans le traitement, c'était dans la perception qui fallait pas attendre trop longtemps, qui fallait quand même passer par eux pour justement qu'ils cernent le problème au départ pour pas être dans la maladie tout le temps, qui soient toujours dans la sinistrose, voilà, je cherchais le mot. La sinistrose de la lombalgie. ça j'avais retenu qu'il fallait quand même pas trop attendre et puis faire l'imagerie que ça c'est pas, c'était pas, voilà ; fallait kiné d'abord. Donc ça, je suis bien placée comme ça.

E : Ok. Oui. Vous, vous n'en avez pas appris plus sur la méthode McKenzie ou qui pratique ?

I : L'apprendre, non, non. Faudrait assister probablement.

E : Oui, d'accord. Mais quand ils vous ont présenté...

I : Donc, on la connaît depuis des années dans le terme mais après, c'est ce que je dis aux patients, je dis autant de kinés, autant de méthodes et ça, j'ai des retours, franchement et pas que pour la lombalgie mais autant de kinés, autant de méthodes donc je suis dans l'incapacité d'apprécier l'état euh... je ne sais pas, les connaissances du kiné, il les a mais ce qu'il

applique, je ne sais pas. Donc, parfois, j'ai tout un, tous mes kinés dans ceux que j'ai notés, j'avais : myothérapie plus ostéopathie, micro-kiné, je le note donc ils savent qu'à côté, donc, je connais, voilà quand les patients me disent, ils ont vu untel, telle méthode « Hop, c'était qui ». Je note et si c'est quelqu'un de, mais c'est le seul moyen pour moi, mais je ne sais pas à quoi ça consiste.

E : D'accord.

I : Donc, elles ont toutes leur bon effet puisque par rapport à certains patients, ça marche. Alors, pas que pour la lombalgie, y a d'autres euh... La lombalgie c'était, oui ils ont parlé de McKenzie, ça c'est sûr. C'est peut-être le manque de connaissances qu'on a nous, mais si on en avait connaissance, est ce que ça irait mieux ? Je sais pas. Je pense que pendant des années, les kinés ont été en dehors de nous en fait. 'Fin et nous, en dehors d'eux mais je sais pas si c'est mieux maintenant. Dans nos rédactions d'ordonnance, on met : merci de nous tenir au courant de l'évolution – ce qui a été dans nos ordonnances, dans nos prescriptions quasi systématiques : merci de nous tenir au courant. On est jamais tenu au courant de la suite .

E : D'accord.

I : On revoit les gens, ils nous disent : le kiné a dit qu'il fallait une nouvelle ordonnance. Très bien, y a aucun souci puisque je préfère toujours kiné à des tas d'autres médicaments mais j'ai pas plus d'informations (petit rire). Donc, c'est vrai que les kinés, à mon avis, étaient tenus à un dossier aussi et à dire leur méthode et je pensais qui faisaient un tableau à la fin et qu'ils nous l'envoyaient. Moi, je le scanne et après je peux m'en servir pour le chirurgien, pour le rhumato ou, et en fait, non pas du tout, ils sont euh... Alors ça, je sais pas si ça tient, je ne sais pas s'ils font ça à l'E.K. par exemple. Là, eux, je suis en train de lire, ils ont pas. Voilà rééducation active, c'est pas marqué de nous tenir au courant. Mais eux, ils peuvent accéder au logiciel Weda et nous laisser un courrier. Moi, oui, je serai demandeuse de -pourquoi on est en échec ? – par exemple de : pourquoi on est en échec.

E : Oui, voilà. D'avoir une communication sur ça. D'accord.

I : Après c'est vrai que c'est la communication devrait bien passer par des logiciels mais ont-ils le temps aussi, ça c'est pas sûr.

E : Ok, d'accord. Qu'est-ce que vous pensez de la lombalgie aigue commune dans votre pratique ?

I : Alors l'arrêt maladie, le moins long possible donc c'est entre 3 et 5 jours suivant ce qu'on me demande (rires). Sans plus.

E : Est-ce que c'est quelque chose que vous arrivez à appliquer, quelque chose que vous faisiez déjà avant ?

I : Ça pouvait être dix jours d'arrêt au départ, avant. Voilà, maintenant j'en fais nettement moins, quitte à les revoir et à reprolonger. L'arrêt maladie a déjà raccourci. La kiné étant tout de suite. Le problème qu'on a, c'est qu'ils n'ont pas kiné tout de suite, il y a un délai, je pense qu'il y a un délai et parfois on m'annonce plusieurs mois. Des kinés qui font plusieurs mois, donc il faut voir, alors du coup, ça c'est un problème. Il doit y avoir une explosion de demandes de séances de kiné.

E : Chez les kinés du Pôle vous voulez dire ?

I : Je ne sais pas si c'est le Pôle. Moi, je ne les oblige pas à aller dans le Pôle mais je pense qu'il y a vraiment une explosion de demandes et du coup ils reportent, ça déporte un peu la date des RDV.

E : D'accord, Ok. Je reviens sur l'arrêt de travail par exemple. Est-ce que c'est le Protocole qui a fait que vous prescriviez moins longtemps ou pas ?

I : Ah oui.

E : D'accord, Ok.

I : C'est par eux que je suis passée. 'Fin que j'ai perçu le fait qu'il fallait faire ça.

E : D'accord.

I : De pas faire non plus, je me souviens, un truc qui me revient de pas faire non plus à des personnes âgées des..., parce que on aura des hernies de toute façon non significatives. Mais dès qu'ils lisent le commentaire, ils ne viennent plus nous voir. Donc, des scanners ils ne vont pas forcément revenir nous voir pour une explication. Donc, ils la lisent et puis, ils interprètent (petit rire). Du coup, ça passe pas par nous après. On reçoit en général le double heureusement par, toujours pareil par le système synchronisé et heureusement qu'on l'a mais donc ça aussi, c'est pas, c'est quelque chose qui a eu un frein. Un frein à mes prescriptions de scanner. Ils sont demandeurs, eux, enfin, ils sont demandeurs de tout d'ailleurs. C'est scanner, IRM... et en fait, je freine, je freine, je freine.

E : Devant la lombalgie aigue, ils vont vous demander... ?

I : Alors, lombalgie aigue, peut-être pas au 1<sup>er</sup> épisode, c'est vrai. Ça sera peut-être plus dans une douleur qui dure, qui les interpelle, ou on leur a dit que il fallait passer ça.

E : Ok. Est-ce que le Protocole vous a aidé à quelque chose ou pas ?

I : Alors, je pense que j'ai encore rectifié à ce moment-là. Je pense que vraiment, c'est cette soirée-là, à cette soirée-là, parce que j'ai eu l'information là.

E : Oui. Et cela vous a aidé à faire quoi ?

I : Après, je ne pourrai plus dire.

E : Je parle par rapport à l'imagerie.

I : Je crois, j'ai jamais dû prescrire un IRM pour ça. En tout cas, le scanner, normalement, j'ai ralenti puisque c'est inutile de faire après... pour ne pas envenimer quelque chose, où on va trouver... Je me souviens, y avait un schéma, un schéma où il disait, voilà. Après, je n'ai pas regardé le schéma sur le moment. C'est ce que je dis. Après, je refais un peu ma sauce mais globalement j'ai quand même l'impression d'avoir moins prescrit d'imageries.

E : Oui, d'accord. C'est quelque chose qui était un peu ancré dans votre esprit.

I : Voilà, pas d'imagerie. Si ils en demandent, ça sera une radio et je leur dis -de toute façon, vu votre âge, oui on va trouver des signes, c'est pas forcément ça qui vous fait mal. Je remets au kiné encore. Peut-être dans l'interrogatoire mais déjà, je parle pas mal avec mes patients. J'essaye toujours de trouver le motus, enfin, le départ, le pourquoi du mal de dos. C'est vrai.

E : D'accord. Et si on parle vraiment des éléments du Protocole...

I : Dans les éléments du Protocole, voilà c'est de dire comme je n'étais pas ce jour-là mais à une réunion le soir où c'était...

E : Oui. Est-ce que les drapeaux rouges, les drapeaux jaunes, c'est quelque chose qui vous parle ou pas ?

I : Oui, bien sûr. C'était ça... y avait des couleurs. Mais je ne sais plus comment les appliquer, je n'ai donc pas.. les alertes, drapeaux rouges, y avait quelque chose, il fallait.

E : D'accord. Et vous savez à quoi ça correspond ou pas spécialement ?

I : Ah ben, c'est alerte pour nous, il faut...

E : C'est-à-dire ?

I : Y a une chronicisation ou un.. je ne sais plus. Y avait un, je ne sais plus pourquoi il était. Un truc qu'il faut se mettre en route tout de suite (petit rire) en alerte dans nos têtes, il y a une vigilance à avoir. Je pense que je l'ai mis dans un de mes classeurs mais je ne sais pas si je l'ai ressorti depuis un moment en fait.

E : D'accord.

I : J'ai dû l'avoir quelque part ici là-dedans ou le ressortir mais on est deux à travailler et je pense que ça s'est oublié dans le coin.

E : Ok, ça marche.

I : (regarde dans son étagère et trouve un jeux de plaquettes de couleurs plastifiée) Ça, je ne sais plus à quoi ça sert, c'était avec. Il me semble. [...]

E : Et non, parce que ça, c'était le protocole chronique en fait donc c'est pour ça.

I : Ah Voilà, d'accord. Et nous l'avons encore.

E : Oui. Du coup, qu'est-ce que vous allez faire chez une patiente ou un patient atteint d'une lombalgie aigue commune ?

I : De quel âge ? Je crois que ça va dépendre de l'âge.

E : D'accord.

I : Du métier. De sa capacité à bouger aussi. Voilà. Je pense que je n'aurai pas la même attitude entre un homme et une femme donc... Est-ce que c'est une 1<sup>ère</sup> fois ? Est-ce qu'elle a déjà consulté pour ça ? Est-ce que je la connais depuis longtemps ou pas en 1<sup>ère</sup> visite ou, enfin au début ? Ceux qu'on connaît depuis longtemps, faut pas se laisser piéger, ça c'est, ça fait partie... Après, il y a à remettre en question le diagnostic mais ça, c'est l'examen clinique, que ce soit bien une lombalgie et pas, j'sais pas moi. Pas d'autres signes associés comme une sciatique ou comme une, enfin les diagnostics différentiels, quoi. Maladie inflammatoire... bon ça, ça à la limite, on le... voilà. Peut-être que je fais beaucoup dans l'interrogatoire. Je laisse bien parler les gens mais tout cas je provoque leurs paroles pour qu'ils me disent comment ils en sont arrivés là.

E : D'accord.

I : Voilà. C'est sûr. Quand même ça va dépendre de l'âge entre jeune et de celui qui a plus de 50 ans. Qu'est-ce que je pourrais vous dire autrement ? (Rires)

E : Votre prise en charge, qu'est-ce que ça va être ?

I : Alors, Antalgique, ça c'est sûr, des Antalgies, voilà. Les anti-inflammatoires, oui, 3 à 5 jours et pas plus. Et encore il faut que ça soit efficace au bout de 48 heures. Sinon, ils arrêtent. Si les anti-inflammatoires sont pas tolérés et si il a été utilisé de la Cortisone avant, peut-être mais j'utilise tellement peu toute prescription de Cortisone que c'est rare mais ça a pu être déjà, voilà. Mais pareil, ça sera très, très, très rapide à la limite, le même temps que l'arrêt maladie maintenant.

E : D'accord. Quoi d'autre ? qu'est-ce que vous allez faire d'autre ?

I : Comme ma prescription de kiné va être de suite, je vais lui dire de faire,

E : D'y aller vraiment de suite.

I : Ouais. Alors après, si c'est dans le Protocole et qu'il va chez E. K., peut-être que, il aurait été pris vite, ce qui est possible. Ah oui, ça je me souviens pour une dame qui avant une cervicalgie et une lombalgie, elle est allée là-bas ; Oui, oui, je me souviens avoir fait une prise en charge avec... j'en ai pas eu beaucoup.

E : Et elle, elle est allée la bas ?

I : Finalement, elle était déjà complexe, c'était pas une lombalgie aigue, c'était plutôt dans le cadre d'une lombalgie chronique mais ayant un syndrome dépressif, cervicalgie, une thérapeutique par sa rhumato qui était des étirements donc que je ne connaissais pas non plus. L'étirements, ça lui convenait mais c'était pas suffisant pour le cou, pour le dos, donc en fait, voilà. Et je sais pas quel a été le retour en kiné. Mais c'était déjà une personne très compliquée à remettre au travail. Le but c'est de les remettre au travail.

E : D'accord. Ça pour vous, c'est un des objectifs...

I : Le plus rapidement possible au travail. Sinon c'est... donc le pire c'est bien sûr les accidents de travail. Alors ceux-là se posent dessus, je suis en accident de travail, je veux pas reprendre tout de suite, quoi. Ça c'est la mentalité qu'on peut avoir parfois. On les voit arriver, enfin, on les connaît au bout d'un moment. Ceux qui de toute façon, on leur propose 5 jours, ils nous regardent d'un air, « pas un mois ? » « non, ben non ». Y a parfois ça. Y a des métiers difficiles, je comprends mais bon, voilà.

E : D'accord.

I : Ça sera que anti-inflammatoires, Antalgiques. Je ne donne pas, alors moi, je ne donne pas de Valium ou d'équivalent. Décontracturant musculaire, tranquillisant, jamais, c'est pas possible ça. Mais enfin, bon, c'est pas. La ceinture lombaire, ça peut arriver et en disant bien que ça sera dans les moments difficiles mais jamais au long terme. Mais le kiné le dit après. Ça, il dit toujours. Qu'est-ce qu'il y a d'autre à ..?

E :D'accord. Et en messages ? Est-ce que vous allez leur donner des messages particuliers ou pas ?

I : De bien écouter pour reprendre toute activité. D'écouter le kiné. Disons que c'est le dérouillage, enfin pas le dérouillage, y a quelques exercices, certainement que le kiné apprend pour détendre le dos, peut-être le matin ou alors voir après le travail, là, je ne sais pas ce que fait le kiné mais absolument d'écouter. D'avoir donc la... de se réapproprier leur problème. Pas de laisser à un kiné, intervenir. Pour moi, la personne doit devenir autonome, voilà ; Et de se passer de moi, tant qu'à faire. De ne pas venir voir le médecin, il connaît son problème, ben, il doit le gérer. Je dis peut-être des choses mais...

E : Oui, oui. Il doit apprendre à gérer, c'est ça.

I : Oui, C'est apprendre la gestion de la maladie. Alors, je sais que je le fais pour d'autres, aussi. Je leur dis d'apprendre à gérer leurs médicaments aussi donc, parce que les anti-inflammatoires, c'est pareil, il peut y avoir des problèmes mais ils peuvent aussi refaire des petites cures de moins de temps, 3 jours, pas plus d'Anti-Inflammatoire ou d'Antalgie et d'appliquer ça. Je suis très cataplasme d'argile aussi (Rires) Donc, l'argile, voilà. Et puis, je ne donne pas de Morphine, moi, en tout cas. ça c'est pour des douleurs, non, je vais essayer autre chose avant.

E : D'accord. Et est-ce que dans les messages que vous leur délivrez, vous avez notion dans le Protocole qu'il y avait quelque chose qu'il fallait délivrer particulièrement ou pas ?

I : Je n'ai plus de souvenir. Si vous me rappelez, je vais dire « Ah ben oui » il y était. Je n'ai pas regardé. J'ai pas révisé avant ! ( Rires)

E : D'accord, non mais c'est bien. Est-ce que Vous, dans votre pratique sans parler du Protocole, vous utilisez un outil pour délivrer des messages par exemple ?

I : C'est-à-dire un message papier, quelque chose que j'imprime sur papier ?

E : Voilà, oui. Je parle vraiment sur la lombalgie aigue commune.

I : Non. J'ai un, alors ça, c'est pas souvent, donc je vais quand même vous le montrer parce que c'est un vieux, vieux truc ( elle sort un vieux livret de conseil pratique sur le mal de dos de son tiroir ) ; alors j'ai ça aussi qui est très, très vieux c'est pour vous dire où est le, mais c'est pas celui-là, je vais le trouver, je vais le trouver, il est là, voilà, j'adore ça. Le mal de dos – conseil pratique. Donc je me suis souvent basée là-dessus, mais c'est quelque chose que le kiné doit, doit normalement dire donc, les mauvaises positions, les positions qui faudrait faire quand on se lève et y a comment vous vous tenez. Il y en une que j'aime bien dire, c'est quand on fait la vaisselle. Alors ça dans le canapé, il n'y a pas de problème, c'est bien comme ça qu'on a mal. Il y en a une pour se lever, pour tenir la vaisselle, enfin bon, j'ai des dames qui font, qui font n'importe quoi et donc j'ai déjà montré. Je leur ai déjà montré contre le... Donc Ça, c'est pas bon, ça c'est pour refaire les chaussures ; Donc, ils l'ont appris ça, les kinés, ils le font bien.

E : D'accord. Oui, c'est un guide vraiment pratique...

I : Ah oui,(elle continue à lire le livret) comment équilibrer ? prendre un bébé on sait que c'est quand même pas pratique... Ouais c'est là, ça doit être ça, d'apprendre à avoir les jambes écartées pour être équilibrer, à plier les genoux. Donc des fois, je leur montre parce que... donc j'y mets de ma personne. Voilà, l'aspirateur... Moi, c'était dans la vie de tous les jours quand j'ai des dames et qui peuvent ne pas comprendre ce que je dis et que du coup par un schéma, elles y arrivaient. Donc c'est ça mon support, c'est vrai.

E : D'accord. Oui. C'est de quelle année ça ?

I : ça doit être de [...].

E : Ok. Et ça, ça vous arrive de le ressortir de temps en temps ?

I : Ah oui. C'était pour les images visuels. C'est vrai que j'ai des patients pour la lecture, c'est pas ; mais quelque chose en image, ils peuvent comprendre. Ça serait des films, je pense qu'ils comprendraient très bien. Très souvent les vrais, ceux qui ont des postures difficiles ont déjà fait des stages pour charge lourde ou travail de posture mais ils disent que c'est court et qu'on peut pas appliquer dans leur profession. Mais les dames, j'en parle souvent les femmes de ménage.

E : Ok. Est-ce que vous avez recours au groupe de marche ?

I : Alors, le groupe de marche, pour moi, je travaille avec [...] notre infirmière Azalée qui fait un groupe de marche. Et c'est vrai que c'est venu en même temps que le groupe de marche lombalgie, je sais que j'ai fait des ordonnances.

E : Pour la marche lombalgie ?

I : Pour la marche lombalgie. Et qu'après, c'est pour moi plus facile de voir avec mon infirmière, de dire -est ce que ça serait pas mieux ou équivalent dans ton groupe de marche ? – Donc du coup ç'est un peu flou dans ma tête et du coup je parle beaucoup de la marche avec mon infirmière et plutôt que, en, voilà, on note sur l'ordonnance et je ne sais plus où ça va d'ailleurs, c'est elle qui s'en occupe.

[...]

E : D'accord.

I : C'est bien, parce que la marche c'est bien. Fondamentalement, de marcher, de pas rester immobile chez soi, c'est bien.

E : Ok. Et du coup, en fait ce qui pose problème-là, c'est plus de savoir où est le groupe de marche, -quand est-ce qu'il est ?

I : Où est -ce qu'il va ? Quel est son nom ? Quel est même son tour ? Le temps qui fait, je n'ai aucune information. Je m'en souviens pas qu'on m'en ait donné.

E : D'accord.

I : Le groupe de marche, on fait quoi ? Parce que il faut qu'on y mette du sien pour persuader un patient d'y aller quand il a mal au dos. Donc il faut que je dise avec qui. Alors c'est vrai, comme on travaille avec notre infirmière Azalée, ça arrive qu'ils connaissent bien notre, enfin, pour l'avoir vue plusieurs fois. Donc, y a un contact plus facile mais après, j'sais même pas qui y participe. Peut-être une autre infirmière Azalée du groupe.

E : Et au niveau des horaires ?

I : J'en ai aucune idée.

E : Au niveau du groupe Azalée, vous savez quand est-ce que c'est ?

I : Elles, je sais que c'est le jeudi matin.

E : OK, d'accord. Quel ressenti avez-vous par rapport à ce Protocole ?

I : A ben on est qu'au début (petit rire). Non, je pense qu'il est toujours améliorable puisque moi, j'ai un problème dans la communication. Donc, peut-être de rappeler comment ça marche ; peut-être que de voir quel est... ce qui me manque peut-être... On est trois cabinets et on ne sait absolument pas comment participent les uns et les autres. ça, je sais pas. Je sais pas comment ça marche pour les autres.

E : D'accord. Vous voulez dire concernant le Protocole ?

I : Voilà. Comment ? Est-ce que ils en mettent trois par jour ? Est-ce que ça va être un tous les quinze jours ? Mais c'est compliqué ; oui, c'est compliqué.

E : D'avoir un retour entre professionnels en fait ?

I : Oui. Et puis si on est, on va dire « blanc ». De revenir vers nous et de dire « Ben qu'est-ce qui bloque ? qu'est-ce qui va pas ? qu'est-ce que je n'ai pas ? » Il faut donc une bienveillance professionnelle. (petit rire) Ce qui est une autre histoire.

E : ça marche. Est-ce que tu as une notion des questionnaires Startback, FABQ ?

I : Startback, c'est ce qu'il nous avait fait, le nom me dit quelque chose donc j'ai dû l'entendre. Mais je ne sais plus ce que c'est.

E : D'accord.

I : Si on me dit le nom, oui. Le nom me dit quelque chose, il peut-être là-dedans. Est-ce qu'on a des applicatifs.

E : Finalement, est-ce que ce Protocole a eu un impact sur votre pratique ?

I : Oui.

E : En termes de quoi ?

I : Pas plus le contact avec les patients mais peut-être... Non, je savais que c'était un problème fréquent. Peut-être pour avoir, que nous répondions tous avec un peu la même chose. Et que les kinés nous ont bien dit de pas, voilà, de pas prolonger les arrêts maladie, d'intervenir de suite, de. – (Regarde sur son ordinateur : « La liste déroulante est d'hier, je fais jamais ça. Consultation, examen clinique » – je comprends rien – elle y est là – lombalgie commune – toute destination – oui – je fais quoi ? – j'en sais rien – (bruit de clic)- liste déroulante – y a quelque chose ... y a quelque chose.

E : D'accord.

I : Mais voilà ça c'est utilisation de l'outil Weda.[...] je ne sais pas comment faire. [...]

E : D'accord.

I : Drapeaux rouges, drapeaux, voyez, tout y est là, Startback, je pense que ça veut dire que, on doit avoir la possibilité de faire le questionnaire. (bruit de clic) « donc saisie – hop saisie- et alors, après je fais quoi dans saisie- suivi, voilà – je sais pas comment mettre »

E : D'accord.

I : [...] y a quelque chose qui est là donc peut-être que il y a quelque chose que je peux mettre dans les dossiers médicaux, qui serait déjà prêt... (silence)

E : D'accord. Vous parliez d'un discours commun, d'une façon de faire commune, est-ce c'est quelque chose qui vous a marqué ?

I : Oui.

E : Est-ce que vous pouvez développer ?

I : Ben par exemple de ne pas prescrire un IRM ou je ne sais pas, les examens radiologiques paracliniques. J'sais pas, un intervenant qu'on n'a pas, c'est le rhumato, je ne sais pas ce qui dirait un rhumatologue ; on n'a pas vu de rhumatologue pour les lombalgies mais on n'a pas sur Saint-Martin-d'Hères de contact avec des spécialistes, les gens iront voir, ils ont l'habitude eux. L'ostéopathie, pareil, avant, souvent ils vont voir dans une douleur aigue, ils vont voir un ostéopathe. C'est pas rare, je pense que c'est vraiment pas rare de la part de mes patients. Ils viennent me voir après quand ça été mieux, c'est revenu ou peu importe, enfin, il faut aller voir l'ostéopathe mais c'est prévu dans leur, de voir le médecin et de voir l'ostéopathe.

E : D'accord. Et vous, qu'en pensez-vous de ça ?

I : Ben que je ne connais pas l'ostéopathe mais qu'il y a bien sûr bons résultats mais c'est pareil, c'est ce que fait l'ostéopathe, je ne sais pas. Quel est son diagnostic à lui, comment il le fait, euh.. voilà. Donc je crois qu'on avait pas parlé de ça. Du coup, ça redonne une autre possibilité de nous recentrer sur ce qu'on peut faire avec la lombalgie. Pas de la laisser s'étioler comme ça, comme vous ferez une prise en charge par un ostéopathe ou par un autre médecin, voilà. De vraiment, ne pas banaliser peut-être.

E : Oui, d'accord. Pour vous cela vous a apporté ce côté : ne pas banaliser.

I : Ne pas banaliser. Que c'est un souci, voilà.

E : Et d'essayer de.

I : Donc que les autres médecins, on ait à peu près tout le même, voilà, la même façon de travailler. Ce qui servait à ça, c'était dans le Pôle de santé aussi. D'avoir des mesures un peu communes ; Donc moi, les mesures communes,[...] y a pas de soucis, il faudrait se former là avec et utiliser les outils. Y en a plusieurs que je n'utilise pas mais je sais qu'ils y sont. pour d'autres maladies ou suivis. Après, est-ce qu'il y a d'autres techniques, je ne sais pas, je ne sais pas quoi dire autrement. Qu'est-ce qu'un médecin fait à part ?

E : Ok. Est-ce que vous avez l'impression que ça a amélioré la prise en charge du patient ou pas ? Est-ce que vous avez eu des retours sur la méthode McKenzie ?

I : Celle-là, j'en avais toujours entendu parler avec [...] une kiné que je connais depuis [...] longtemps, qui l'appliquait dans son cabinet. Et du coup, mais elle me l'écrit pas personnellement, je sais qu'il y a des bons retours. Est-ce que c'est la seule méthode de kiné, ça je ne le sais pas ? Est-ce qu'il y en a d'autres ? Y avait l'Ecole du dos avant mais quand on n'avait pas cet outil-là, on pouvait proposer à l'Ecole du dos mais c'était compliqué dans les RDV, etc, Ecole du dos à sud. J'ai eu, passé un moment les protocoles et tout, mais. Du coup, non, je préfère travailler avec les, la kiné de chez nous.

E : Ok.

I : Le côté proche, le côté proximité.

E : D'accord. Et c'est quelque chose que vous faites ou pas, le côté proximité ?

I : Proximité, oui. Si je dis au kiné, je dis d'aller voir les kinés, voilà. Mais peut-être pas dans le Protocole même mais ça sera.

E : Dans votre pratique en tout cas, vous allez me dire

I : Ça sera, allez voir, voilà.

E : Allez voir.

I : Les kinés qui vont prendre en compte votre lombalgie. Qui vont l'analyser peut-être différemment.

E : Et donc, les kinés du Pôle ou pas forcément ?

I : Alors, je leur dis parce que ça fait partie mais pas que et s'ils en ont un, tant mieux, que je connais ou... mais s'ils l'ont pas, je vais leur proposer le kiné du pôle. S'ils ne l'ont pas, automatiquement, y a toujours le cabinet M.A. et le cabinet E. K.

E : Oui, voilà. Donc vous allez leur proposer finalement que s'ils n'ont pas de kiné.

I : Tout à fait. Toujours à proximité, ouais.

E : Et si, ils en ont un, qu'est-ce que vous allez dire peut-être essayer avec ce kiné ?

I : Du tout, je ne le ferai pas changer, non. Ça ne fait pas partie de mon. Ça n'en fera pas partie mais par contre, je leur dis qu'il faut y aller, faut pas attendre.

E : Ok, ok. Et il faut y aller, pourquoi ?

I : Pour les autonomiser. Pas qu'ils se mettent dans la tête 'maladie chronique', je ne peux rien faire, je ne sais rien faire ou c'est pour, voilà. Et en général, je parle d'activité physique aussi, il n'y a pas que la marche. Mais je leur demande toujours, quelle est votre activité à côté.

E : Ah oui. Et en fonction de ce qu'ils vous répondent, vous dites ?

I : Si, ils me disent qu'ils ont arrêté leur activité, je leur dis qu'il faudra reprendre rapidement, le but s'est de reprendre rapidement. C'est pas de laisser passer, rester tranquille 3 mois et ne faites rien, ça va passer. Ça sera pas mon discours 'ça va passer'.

E : D'accord. Et ce discours-là, vous l'aviez déjà avant qu'ils vous en parlent ? Qu'il y ait eu cet échange avec les kinés ou pas ?

I : Alors, « ça va passer », c'était pas dans mon discours. C'est plutôt, peut-être les patients qui me le disaient.

E : D'accord. C'est-à-dire ?

I : Ils venaient me voir peut-être pour, voilà, que ça va passer, voilà. C'est eux qui. Mais, moi non, non, c'était pas possible que je dise ça, ça va passer ou si je le dis c'est dans un certain contexte. Mais ça peut pas être en disant, on va passer 1 mois, 2 mois, 3 mois à rien faire, c'est pas pensable, c'est impensable, impensable.

E : Oui. Mais ce que je veux dire c'est.

I : Je n'aurai peut-être pas fait la prise en charge kiné de suite, voilà. Je l'aurai peut-être fait à la 2<sup>ème</sup> consultation quand les gens m'auraient dit, mais non, ça va pas mieux, ça, voilà. Ah oui, j'ai aussi utilisé le Tens, mais ça, c'est plus rare. Celui-là aussi, il passe.

E : Ok, d'accord. Qu'est-ce que je veux dire...

I : Non mais il n'y a pas grand-chose.

E : Si, si on résume en gros ; De toute façon, on en a déjà bien parlé.

I : Le changement, ça été quand même cet esprit d'équipe qu'il y a eu, avec les kinés. Leur sujet à eux, ça a été la lombalgie, je ne sais pas, ils auraient peut-être pu faire sur autre chose mais ça tombait avec le sujet de la Sécu, qu'ils veulent qu'on fasse plus aucun arrêt maladie et voilà, certainement. Et puis F. s'est intéressé à la chose [...]. Mais nous, on a eu les papiers de la Sécu pour dire... et d'ailleurs la pub, elle est passée à la TV aussi. J'ai pas le retour là (Rires) « bouger quand même »...Oui !

E : Oui. D'accord. Et du coup, les papiers de la Sécu vous les utilisez ou pas ?

I : Ça m'est arrivée pour certains patients qui exagéraient pour leur demande primitive. c'est « pff », c'est n'importe quoi.

E : D'accord. Et dans ces cas-là, vous faites quoi ? Vous sortez... ?

I : J'ai une petite fiche. « Vous avez tel type de poste, c'est 3 jours, vous avez tel type de poste où c'est... ». c'est déjà indiqué la moyenne. Avec le gros sigle de la Sécurité Sociale, alors. On peut se servir de ce support.

E : Oui, oui. Et le livret de la Sécu, l'avez-vous ou pas ?

I : Là, tout de suite là, il est normalement là-dedans.

E : D'accord. Et Qui est ce qui vous l'a donné ?

I : C'est un médecin, médecin-conseil qui est venu ou alors un de, c'est un médecin-conseil en général qui se déplace.

E : Est-ce que vous l'utilisez pour les patients ou pas ?

I : En fait, je l'ai utilisé, là, là, pas récemment, justement peut-être parce qu'après on perd l'idée de l'avoir comme support. Mais par contre, je suis sûre que j'ai mis à jour les, je, il est dedans, ça c'est sûr.

E : Le petit livret mais ?

I : Ça, c'est un petit livret.

E : Oui, c'est quoi ?

I : (Bruits- recherche du petit livret dans son étagère) J'ai pas préparé avant, du coup, je. (bruit) « Ah » c'était ça. (Bruit) Ah ben, c'est ça qui nous avait fait, ça c'est E.K. (retrouve une fiche qui avait été distribuée lors de la soirée lombalgie). voilà ça, j'aimais beaucoup ça. Estimation d'équivalent, de l'imagerie en lien avec l'âge chez les patients asymptomatique donc c'est quand on fait une imagerie entre 20, 30 ans, 60, 70. On trouve tout ça donc ils ont, voilà, on trouve tout ça de toute façon.

E : D'accord. C'est intéressant.

I : ça, c'est moi qui l'ai rajouté (en montrant un dossier information lombalgie de la sécu), ça c'est de la publicité...

E : ( l'enquêtrice aperçoit le petit livret de la CPAM dont elle voulait parler qui peut être utiliser comme un outil dans le protocole) Et celui-là, du coup ? Vous ne vous en servez pas spécialement ? en tout cas, vous ne le donnez pas spécialement au patient ?

I : Il a été donné dans la salle d'attente, puis je sais que j'en ai un là.

E : D'accord.

I : Mais ils sont pas en demande, peut-être qu'ils ne sont plus en demande de ça, maintenant.

E : Il est dans la salle d'attente ?

I : Oui, il devrait y être, oui. Y en a eu plusieurs et du coup j'en ai un là, encore. Ça c'est sûr, j'en ai un. Je l'ai vu y a pas longtemps. (Bruit- recherche du livret)

[...]

E : D'accord. Et vous êtes arrivée dans le Pôle quand ?

I : Alors Moi, c'est en [...].

[...]

E : D'accord, vous exercez depuis quand la médecine générale ?

I : Alors, [...].

E : D'accord, Ok. Et vous avez quel âge ?

I : Ah ben alors donc, [...] bientôt.

E : Ok. Et vous travaillez à peu près par semaine ?

I : Alors [...] actuellement, c'est [...].

E : Ok, Je pense que l'on a fait à peu près le tour. Est-ce qu'il y a quelque chose qu'on peut rajouter dans... ? (Silence)

I : Qu'est ce qui peut y avoir ? que c'est un motif fréquent de consultation ? Ça, on le sait. Euh que ça cache toujours d'autres choses aussi d'ailleurs. Après, je ne sais pas quoi dire. Est-ce que c'est intéressant en soi parmi d'autres ? (Rires) Pour la lombalgie mais c'est un sujet extrêmement fréquent. Peut-être des fois la chronique, mais.

E : Oui, Ok. Est-ce que cela vous pose des difficultés, la lombalgie aigue, la lombalgie ?

I : On va avoir les cervicalgies aiguës aussi, on va avoir, non, on est dans les maladies un peu, comment dire, faut regarder le contexte de la personne. Ça restera pour moi, comme ça. Celui qui a déplacé un piano ou qui a descendu un piano, d'accord, mais il explique. La personne qui se réveille, je sais pas, y a quelque chose qui s'est passé 2 ou 3 jours avant qui a fait générer ça. Et il faut que je trouve avec elle sinon je, voilà, je leur dis que « ben ça arrive ». Que c'est pas une maladie grave. Mais fréquente mais pas grave. Et la douleur, ça se gère.

E : Oui, D'accord. Les messages, c'est ça que vous leur donnez ?

I : Ça sera ça, tôt ou tard, je ne sais pas si je le ferai à la 1<sup>ère</sup> mais tôt ou tard, je vais leur dire ça. Je vais rassurer et on ne ferme pas la porte. Si ça se passe pas bien, y aura toujours quelque chose à voir et que c'est pas le médicament, le principal.

E : Et c'est quoi, le principal ?

I : « Ah » ça sera de 'comment on bouge son corps'. Donc je retourne au kiné, mon coach. Kiné-coach, d'ailleurs souvent je dis ce mot-là, le « kiné-coach », « c'est lui qui va vous dire quand reprendre, quand il vous sentira... ». (petit silence) Voilà. Ça vous va ? (Rires)

E : Oui, c'est bien, parfait, super. Bon, merci beaucoup d'avoir participé et puis je vais couper le dictaphone.