



HAL
open science

Éléments d'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire ambulatoire des lombalgies chroniques sur le territoire du cœur d'Hérault : une approche qualitative

Arnaud Bourdassol

► To cite this version:

Arnaud Bourdassol. Éléments d'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire ambulatoire des lombalgies chroniques sur le territoire du cœur d'Hérault : une approche qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03327478

HAL Id: dumas-03327478

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03327478>

Submitted on 27 Aug 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Arnaud BOURDASSOL

Le 1^{er} Juillet 2021

**ÉLÉMENTS D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE
PLURIDISCIPLINAIRE AMBULATOIRE DES LOMBALGIES
CHRONIQUES SUR LE TERRITOIRE DU CŒUR D'HERAULT
UNE APPROCHE QUALITATIVE**

Directeur de thèse : Docteur Adrien PLASSARD

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL
Assesseurs : Professeur Arnaud DUPEYRON
 Docteur François CARBONNEL
Docteur en médecine : Docteur Adrien PLASSARD

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Arnaud BOURDASSOL

Le 1^{er} Juillet 2021

**ÉLÉMENTS D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE
PLURIDISCIPLINAIRE AMBULATOIRE DES LOMBALGIES
CHRONIQUES SUR LE TERRITOIRE DU CŒUR D'HERAULT
UNE APPROCHE QUALITATIVE**

Directeur de thèse : Docteur Adrien PLASSARD

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL
Assesseurs : Professeur Arnaud DUPEYRON
Docteur François CARBONNEL
Docteur en médecine : Docteur Adrien PLASSARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoit	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUI TER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISI ER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoit	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Héléne	Radiologie et imagerie médicale
<u>PU-PH de 2ème classe</u>	
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques



Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emille	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Dana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danièle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurone	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Malha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIOHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BFRTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUIPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Miéne	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL :

Merci d'avoir accepté d'être le président de ce jury. Merci pour l'enseignement que vous nous offrez, à nous, futurs médecins généralistes. C'est un honneur pour moi de vous avoir comme président de jury.

A Monsieur le Professeur Arnaud DUPEYRON :

Merci d'avoir accepté d'être le 1^{er} assesseur de ce jury. La collaboration entre spécialistes du dos et spécialistes en médecine générale est une force pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique. C'est un honneur pour moi de vous avoir dans mon jury.

A Monsieur le Docteur François CARBONNEL :

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Votre implication au sein du département de médecine générale est remarquable. Merci de nous avoir transmis lors de notre formation vos valeurs, votre rigueur et vos connaissances. C'est un honneur pour moi de vous avoir dans mon jury.

A Monsieur le Docteur Adrien PLASSARD :

Merci tout d'abord d'avoir bien voulu diriger ce travail de thèse, de m'avoir épaulé dans la naissance, la réalisation et l'aboutissement de ce projet. Tu as été présent à chaque étape, toujours disponible, et très bienveillant. Ton enthousiasme contagieux était une grande source de motivation. Tu es un directeur de thèse en or. Merci aussi de m'avoir accompagné lors des GEPT, et lors de mon dernier stage d'internat où tu m'as accueilli dans ton cabinet. Tu es un médecin généraliste exemplaire qui m'inspire chaque jour. J'espère que notre collaboration durera.

A ma famille

A mes parents, qui ont toujours été présents dans toutes les étapes de ma vie, et qui ont su m'accompagner. Merci pour l'enfance heureuse que vous nous avez offerte, les voyages, les souvenirs. Merci de m'avoir supporté pendant cette première année de médecine difficile et les 8 suivantes qui n'ont pas toujours été faciles non plus. Merci d'avoir cru en moi. Merci pour votre soutien financier au cours de ces longues études. Merci pour tout, vous êtes les meilleurs parents que l'on puisse imaginer.

A ma grande sœur Morgane, tu es tout simplement exceptionnelle. Tu m'as aidé à grandir, tu m'as fait voyager, tu m'as guidé. Ta joie de vivre et ton enthousiasme sont toujours d'un grand réconfort. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Merci de remplir ma vie de bonheur et d'avoir fait de moi un tonton !

A mes grands-parents

A Pépé et Mémé, merci pour vos encouragements, merci pour tous ces instants d'innocence à Pulvérières à découvrir la pêche, le jardinage, le vélo. Merci de m'avoir transmis vos valeurs.

A Papy et Mamie, pour toutes ces journées à la plage à faire des châteaux de sable, pour les purée-saucisse de mon enfance. Merci de m'avoir enseigné le goût du travail.

A mes oncles et tantes

A Fanfan et Michel, qui ont toujours été présents malgré la distance. Fanfan merci pour tous ces moments passés ensemble, depuis ma tendre enfance, tu es la meilleure tata du monde. Michel merci de m'avoir fait découvrir la cuisine du sud-ouest et la chimie.

A Michou, Bravo pour ta patience et ton courage silencieux qui forcent l'admiration. Tu es la mémoire de la famille.

A Thierry, pour nos instants guitare d'antan, pour la chartreuse, pour ton rire communicatif et ton humour.

A l'immense Tonton Alain, pour son ouverture d'esprit, son énergie débordante et son application à me faire découvrir les qualités des grands Hommes de notre histoire à travers des lectures pas toujours faciles.

A mes cousins, Rémi et Hugo, pour tous ces moments de bonheur à grandir ensemble. Rémi la joie de vivre et la force tranquille, Hugo le philosophe et l'artiste. A Marco qui fut

le premier à me faire prendre conscience du temps qui passe, et à son réel talent pour le dessin.

A ma belle famille

Guillaume, merci de rendre si facile la consommation de crémant et de rata. Tu es un homme naturel, facile à aimer, et à qui on s'attache vite. Merci de veiller sur ma sœur tous les jours. Merci de laisser un ou 2 brochets dans l'étang pour les autres !

A Catherine, pour son art de vivre et de profiter, merci de m'avoir si bien accueilli dans la famille.

A Adrien pour sa gentillesse et ses nombreuses mousses au chocolat réconfortantes.

A Céline pour sa douceur et ses conseils avisés sur les accouchements inopinés.

Fabien, Merci d'être le technicien de la famille, sans toi on serait perdus ! (Et je ne te parle même pas des voitures !). Tu es adorable.

A la famille Molinari, si je devais avoir une famille d'adoption ça serait sans nul doute la vôtre.

A Cathy pour ton écoute attentive, ta présence rassurante, tu es le roc sur lequel tout repose. Merci.

A Gérard pour les souvenirs d'enfance que tu as forgés en moi.

A Joris pour ta bonne humeur et les bons moments à la campagne.

Maxime, tellement de bonheurs partagés ensemble depuis le début, nos passions communes, la musique, le cinéma. Des nuits blanches à refaire le monde. Tu es un être d'exception.

A Alexis, tes encouragements, tes compliments et ton admiration ont joué un rôle primordial dans l'émergence du médecin que je suis aujourd'hui. Merci.

Aux cousins-cousines de mon papa et à tous leurs enfants, merci pour ces bons moments passés ensemble, les rares occasions de se retrouver sont toujours une belle parenthèse dans la vie.

A Léonard, mon neveu, pour l'énergie débordante de la petite enfance, ton sourire ravageur, tes yeux bleus et les nuits blanches que tu as donnés à tes parents.

A mes amis

A la Dream Team de la glacière,

Anna avec qui tout a commencé en primaire, tu es une femme forte et indépendante. J'ai toujours admiré ton goût pour la perfection. Show must go on.

Aux autres de la bande sans qui la primaire et le collège n'auraient pas eu la même saveur : Clément, Tom, Lucile, Bérengère, Adeline A et F, Laura, Raphaëlle, Robin. C'est toujours un grand plaisir de vous revoir.

Aux amis du lycée :

Florent avec qui nous avons formé la Bour'Bour corporation pour résister à notre classe de surdoués. Tant d'aventures tous les 2, de jeux de société, de soirées au long John, de vacances, de festivals. Tu es un homme droit, sensible, et persévérant, je suis fier de pouvoir te compter parmi mes amis. Petit clin d'œil à Alizée, tu es une femme admirable, merci de rendre Florent heureux.

Edouard, quel partenaire de badminton tu fais ! Notre rencontre au sport n'a pas mis longtemps à se transformer en une belle amitié. Tu es tellement drôle. Ta facilité à savourer la vie est contagieuse, nous partageons les mêmes valeurs essentielles. Merci pour tous les moments qu'on a partagés ensemble. Bravo à la pétillante Julia d'avoir réussi à conquérir ton cœur.

Sarah, Désolé de t'avoir si souvent embêté pendant les cours de maths. Je suis heureux que cela n'est pas impacté notre future amitié. Tu es une personne formidable. Merci d'avoir choisi pour mari l'homme avec le périmètre crânien le plus important de la planète, et qui imite si bien le bruit de la bouteille (Vive Gautier !).

Aux amies de la fac :

Hélène, difficile de résumer en quelques lignes ces 6 années de fac. On s'entend très bien, on rit beaucoup, on ne se voit pas assez souvent. Merci de m'avoir protégé des affronts des méchants à la fac. Chaque soirée passée en ta compagnie est pleine de surprises, tu as beaucoup de ressources. Tu imites beaucoup trop bien Hermione. Je suis tout simplement heureux d'être ton ami, merci pour ça.

Anne-Sophie, il a fallu trouver le bon endroit pour te remercier, pas évident après tout ce qu'on a partagé ensemble depuis le lycée jusqu'à l'internat. J'ai beaucoup d'admiration pour ta force de volonté et ton charisme. Je sais que tu fais partie des personnes sur lesquelles je pourrais toujours compter et pour cela je te dis merci.

Ameline, digne représentante de la tribu des culardes. Merci pour tous ces moments ensemble, ton sens de l'humour et de l'autodérision. Merci à Seb d'avoir sorti les poubelles sans rechigner et d'être devenu le père de tes 2 adorables enfants.

Aux amis de l'internat :

Le groupe Secret défense :

A Gauthier, mon jumeau de l'internat, avec qui j'ai partagé 2 stages et un directeur de thèse ! Quand je t'ai vu enfermé dans ta chambre d'internat à ne pas pouvoir sortir j'ai tout de suite compris qu'on allait bien s'entendre. Ton talent inné pour la fête cache bien d'autres qualités. Merci d'avoir enchanté ces folles années.

A Juliette, pour ton goût douteux pour les peignoirs et le pain aux olives. Ta gentillesse, ta vitalité, ton entrain et ton accent parisien m'ont conquis dès les premiers instants !

A Raphaël, pour ton amour inconditionnel des mocassins, même en randonnée. Merci pour tes séances de psychologie et d'analyse que tu nous offres gratuitement.

A Marine, pour m'avoir fait découvrir à quoi ressemble un poste de secours dans un festival, mais aussi ce tube incontournable de la culture française qu'est la boîteuse. Tu es une jeune femme incroyable.

Aux nouveaux, Julien, Joëlle, Chris, Thierry et Pauline, que j'apprends à connaître de mieux en mieux, merci d'avoir accepté de faire partie de cette bande de fous.

La colocation de Narbonne :

Merci à mes 5 colocataires exceptionnels, avec qui j'ai vécu le plus incroyable des semestres d'été.

Ronron, Merci d'avoir partagé avec moi nos débuts difficiles aux urgences. Très heureux qu'on ait vécu ensemble ensuite nos premiers pas en tant que médecin remplaçant, la découverte de l'URSSAF, de notre passion pour l'escalade sur bloc, nos talents artistiques, le paddle. Tu es une amie attentionnée, et j'ai hâte de vivre avec toi encore d'autres aventures. Je suis très honoré de pouvoir faire partie tes bonnes copines.

Dr Lestreet, merci de m'avoir fait comprendre le sens du mot hyperactif et de m'avoir rappelé que la maladie de Still existe. De nos 1ères randonnées ensemble à une sortie en catamaran en autonomie de 10 jours, il n'y avait qu'un pas. J'ai l'impression que tu as des ressources illimitées et que tu serais capable de tout réaliser. Tu es un ami en or. Merci.

Jean Kev, merci d'avoir été l'animateur hors du commun de toutes nos soirées narbonnaises. Ton accent gardois est inoubliable et tes talents de danseur hors du commun.

Nana, merci pour toutes ces découvertes culinaires, tu étais un peu notre maman. Et merci à Antoine d'avoir animé le Koh Lanta de fin de colocation.

Matthias, c'est toi qui nous as choisi pour cette colocation, et tu as réussi ton coup. Merci de nous avoir si bien accueilli dans cette villa.

Merci aux autres internes de Narbonne qui ont fait de cet été une fête : Flore, Fabien, Sélène, Baptiste, et les autres.

Mais aussi :

Merci au trio infernal : Joana, Marielle et Djamila qui ont fait du stage en médecine polyvalente un moment inoubliable et heureux malgré les longues heures passées au travail.

Merci à tous les internes de l'internat de Caremeau et de Doumergue qui ont fait de mon 1^{er} semestre un moment à part dans ma vie d'interne.

Merci à l'équipage du Balisier : Ophélie, Eddine, Sylvain. Ces braves moussaillons au grand cœur que j'ai découverts en même temps que la voile. Merci de m'avoir supporté dans ma quête incessante des dauphins et des baleines.

Aux personnes qui ont participé à ce travail

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont participé à ce travail de thèse, et notamment au world café. Leur implication sincère et leur motivation à travailler ensemble sur un territoire m'ont beaucoup touché. Je ne peux pas les nommer sous peine de trahir l'anonymat, ainsi je remercie : les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmières, le radiologue, les chirurgiens, le rhumatologue, les médecins de MPR, la médecin du travail, la psychologue, la coach d'APA, l'ostéopathe.

Merci à la famille PLASSARD d'avoir pourvu matériellement au lieu de la rencontre et à l'organisation de cet évènement.

Merci à Pascal ASTIER pour son expertise et son aide à la réalisation d'un world café.

A ceux qui ont contribué à ma formation

Au cabinet médical de Nébian : Merci aux secrétaires, vous avez veillé sur moi depuis mon dernier semestre d'internat jusqu'à mes premiers pas de Docteur. Chaque journée de travail est plus facile grâce à vous. Merci à l'ensemble des médecins du cabinet : Dr PLASSARD, Dr CHATOT, Dr GIMOND-PLASSARD, Dr GUERIN, Dr NEMORIN, Dr ANGUS, Dr BARTHES. Votre disponibilité pour répondre à mes questions, votre bienveillance, et votre enthousiasme m'aident chaque jour à prendre un peu plus confiance en moi. On forme une grande famille, merci de m'avoir accordé votre confiance.

Au cabinet médical de la confiserie à Aniane, et plus particulièrement aux Drs DIETRICH et RIVIECCIO pour leur accueil, leurs conseils et l'accompagnement dans mes 1ers pas en médecine générale. Merci.

Merci par ailleurs à toute l'équipe de médecine polyvalente et plus particulièrement aux Drs RAY, ROUGIER, MNIF et ZANI. Merci également au service de pédiatrie de Nîmes, au service des urgences de Narbonne, au service de médecine du CH de Lunel.

A Léa

A ton courage, à l'immense admiration que j'ai pour toi, à ta grandeur, à ton dévouement pour notre métier, à notre folie partagée, à tes yeux bleus et tes cheveux d'or, à tout l'amour que tu me donnes. A ta modestie, à ta pudeur. A ta soif de vivre. Merci. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	29
INTRODUCTION.....	30
1. CONTEXTE	30
a. <i>Épidémiologie</i>	30
b. <i>Coûts</i>	30
c. <i>Lombalgie et monde du travail</i>	31
2. DEFINITIONS	32
a. <i>Lombalgie commune / Lombalgie symptomatique</i>	32
b. <i>Lombalgie chronique, à risque de chronicité et récidivante</i>	33
3. RECOMMANDATIONS DE BONNE PRISE EN CHARGE.....	34
a. <i>Poussée aiguë de lombalgie</i>	34
i. Principes généraux	34
ii. Traitements médicamenteux	34
iii. Facteurs de risque de chronicisation	35
iv. Suivi.....	36
b. <i>Lombalgie à risque de chronicité</i>	36
c. <i>Lombalgie chronique</i>	37
d. <i>Autres thérapeutiques usuelles</i>	37
4. PLURIDISCIPLINARITE, PLURIPROFESSIONNALITE ET MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL	39
a. <i>Définitions pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité</i>	39
b. <i>Le modèle bio-psycho-social</i> :	39
i. Naissance	39
ii. Application à la lombalgie chronique.....	41
5. LE TERRITOIRE DU CŒUR D'HERAULT.....	42
a. <i>Présentation</i>	42
b. <i>Démographie médicale en lien avec la lombalgie chronique</i>	42
6. LA QUESTION DE RECHERCHE	44
MATERIEL ET METHODES	46
1. LA RECHERCHE QUALITATIVE.....	46
a. <i>La recherche qualitative</i>	46
b. <i>Le World Café</i>	47
i. Définition	47
ii. Déroulement	47
iii. Intérêt et revue de la littérature	48
iv. Recrutement des participants	49
2. METHODE D'INTERVENTION	51
a. <i>Déroulement du World Café</i>	51
i. Choix du lieu.....	51
ii. Déroulement global de la soirée	52
iii. Déroulement du world café	52
b. <i>Recueil des données</i>	53
3. ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES.....	53
a. <i>Retranscriptions du World Café</i>	53
b. <i>Méthode d'analyse des données : analyse thématique</i>	54
RESULTATS	56
1. LES MOTEURS A LA PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE.....	57
a. <i>Prise en charge globale du patient</i>	57
i. L'implication du patient	59

ii.	Psychologie	61
iii.	Environnement.....	63
b.	<i>Les soignants</i>	64
i.	Discours positif.....	64
ii.	Formation.....	64
iii.	Temporalité.....	65
iv.	Imagerie	65
v.	Motivation.....	65
c.	<i>L'activité physique</i>	67
i.	Promouvoir l'activité physique	67
ii.	Les atouts de l'activité physique	68
d.	<i>L'action pluriprofessionnelle</i>	70
i.	Cohérence de la prise en charge	70
ii.	Communication de qualité.....	71
e.	<i>Le travail</i>	72
i.	Recours rapide à la médecine du travail	72
ii.	Reprise de l'activité professionnelle	73
iii.	Prévention au travail.....	73
f.	<i>La prise en charge de la douleur</i>	74
i.	Antalgie	74
ii.	Analyse précise de la douleur / communication hypnotique.....	74
iii.	Apprendre à vivre avec sa douleur.....	75
2.	LES FREINS A LA PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE.....	76
a.	<i>Le manque de coordination</i>	76
i.	Cloisonnement	76
ii.	Dispersion	77
iii.	Moyens techniques	78
b.	<i>Le patient</i>	80
i.	Fausse croyances	80
ii.	Comorbidités.....	81
iii.	Environnement.....	83
c.	<i>Le travail</i>	85
i.	Retard au recours à la médecine du travail.....	85
ii.	Environnement de travail.....	85
iii.	Manque de prévention sur le lieu de travail / Non-respect des gestes et postures	86
d.	<i>Les soignants</i>	88
i.	Manque de formation.....	88
ii.	Relationnel	89
3.	LA COMMUNICATION PLURIPROFSSIONNELLE DANS LA LOMBALGIE CHRONIQUE.....	91
a.	<i>Les différents moyens de communication</i>	91
i.	Les écrits	91
ii.	Le téléphone	95
iii.	Le numérique	95
iv.	Le patient	98
v.	La rencontre	99
vi.	La structure	100
b.	<i>Portrait du moyen de communication idéal</i>	102
i.	Universel	102
ii.	Efficient	103
iii.	Impliquant le patient dans sa prise en charge	103
DISCUSSION		105
1.	LES PRINCIPAUX RESULTATS.....	105
a.	<i>Des thèmes « miroir »</i>	105
b.	<i>Les autres thèmes importants</i>	106
c.	<i>L'ambivalence de certaines rubriques</i>	107
d.	<i>Un axe transversal : le temps</i>	108

2.	COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE ET LES DERNIERES RECOMMANDATIONS DE LA HAS	109
a.	<i>Comparaison avec la littérature</i>	109
b.	<i>Comparaison avec les dernières recommandations de la HAS</i>	110
3.	LES FORCES ET LES LIMITES	111
a.	<i>Sujet de recherche</i>	111
b.	<i>La méthode de recherche et le world café</i>	111
4.	LES PERSPECTIVES	113
a.	<i>Méthodes de communication</i>	113
b.	<i>Le world café</i>	114
	CONCLUSION	115
	BIBLIOGRAPHIE	117
	ANNEXES	119

ABREVIATIONS

AE : Accord d'Experts

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRSNa : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine-Noradrénaline

MPR : Médecin Physique et de Réadaptation

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

PEC : Prise En Charge

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TENS : NeuroStimulation Electrique Transcutanée

INTRODUCTION

1. Contexte

a. Épidémiologie

La prévalence de la lombalgie est de 84 % sur une vie entière. L'évolution vers la chronicité (durée supérieure à 3 mois) est observée dans 6 à 8 % des cas (soit entre 5 à 7% de la population sur une vie entière). Cette prévalence est en constante augmentation : sur 15 années d'observation (de 1995 à 2009) on remarque une augmentation de sa prévalence de 14% (de 5,2 % à 6,9 %) (1).

En 2008-2009, l'enquête Handicap-Santé a inclus l'ensemble de la population résidant en France, qu'importe le lieu de résidence, l'âge, les problèmes de santé ou la situation de handicap. Grâce à un appariement avec les données de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), on a obtenu des informations sur le recours aux soins et les dépenses de santé des personnes enquêtées. L'analyse de données extraites de cette enquête (29 931 sujets représentatifs de la population française) a montré que 27,7 % de la population (soit 17,3 millions de personnes, IC à 95 % [26,9-28,4]) rapportaient présenter une maladie musculosquelettique et rhumatismale, dont la plus fréquente était la lombalgie (pour 12,5 % IC à 95 % [12,1-13,1]). Cette dernière était associée le plus souvent à un changement d'emploi (11,5 %), impact qui était plus marqué chez les hommes (13,2 %) que chez les femmes (10,4 %) (1).

La lombalgie chronique est à elle seule le 8ème motif de recours au médecin généraliste toutes causes confondues (2).

Elle représente aussi 25% des actes de kinésithérapie, 5 à 10% des actes de radiologie et 2.5% de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses (3).

b. Coûts

Dans son rapport annuel charges et produits pour 2017, l'Assurance Maladie mettait en lumière le problème posé par les lombalgies (aigues et chroniques), qui représentent avec un coût direct de plus de 900 millions d'euros par an un véritable enjeu économique (2). Il est admis que le coût indirect serait quant à lui 5 à 10 fois plus important (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de production) (4). Le coût total de la lombalgie

(couts directs et indirects) représenterait 1.5% de l'ensemble des dépenses de santé annuelles soit 2.7 milliards d'euros par an (5).

c. Lomalgie et monde du travail

La lombalgie est devenue la 1ère cause d'exclusion au travail avant 45 ans et le 3ème motif d'admission en invalidité (2).

Dans le secteur professionnel, une lombalgie sur cinq entraîne un arrêt de travail. Elle représente 30% des arrêts de travail de plus de 6 mois et 20% des accidents de travail (6). Rappelons aussi que la lombalgie chronique est responsable de 7% des déclarations en maladie professionnelle (7).

La durée moyenne d'arrêt de travail dans le cadre d'un accident du travail pour lombalgie est de 2 mois, c'est 1 an pour une maladie professionnelle (7).

Dans le cadre du mal de dos, chaque année, environ 10 millions de journées d'arrêt de travail sont prises en charge par la branche AT-MP en accident de travail (c'est 1/4 du total des arrêts de travail pour accident du travail) et 1.5 millions en maladie professionnelle (7).

Il est aussi important de rappeler que la durée de l'arrêt de travail constitue un important élément pronostic du retour au travail : la probabilité de reprise du après 6 mois d'arrêt est de 50%, la probabilité de reprise après 2 ans d'arrêt est proche de zéro (3).

2. Définitions

a. Lombalgie commune / Lombalgie symptomatique

La lombalgie est définie par une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur. Elle peut être associée ou non à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes (AE) (1).

La lombalgie commune, à l'inverse de la lombalgie symptomatique désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte qu'on appelle communément drapeaux rouges. Ces drapeaux rouges sont présentés dans la **figure 1**. Le terme « lombalgie commune » est préféré à celui de « lombalgie non spécifique » en pratique courante (AE) (1).

DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexplicquée.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

Figure 1 : Les signes d'alerte de la lombalgie symptomatique

Dans les dernières recommandations de la HAS de mars 2019, il est proposé d'utiliser le terme de « poussée aiguë de lombalgie » plutôt que « lombalgie aiguë », afin d'englober

les douleurs aiguës, avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements médicamenteux ou non médicamenteux, ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles (1).

b. Lombalgie chronique, à risque de chronicité et récidivante

La lombalgie chronique est définie par une lombalgie qui persiste au-delà de 3 mois (1).

Dans les dernières recommandations de la HAS de mars 2019 Il est proposé d'utiliser les termes de :

- « Lombalgie à risque de chronicité » pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois, et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (en présence de drapeaux jaunes, **figure 2**) (1).
- « Lombalgie récidivante » en cas de récurrence de la lombalgie dans les 12 mois. Elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité (1).

DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

- Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.
- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

Figure 2 : Drapeaux jaunes : indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité

3. Recommandations de bonne prise en charge

La Haute autorité de santé dans son rapport de Mars 2019 (1) définit clairement après analyse de la littérature récente et avis d'experts, des recommandations de bonne prise en charge tant pour la poussée aiguë de lombalgie que pour la lombalgie à risque de chronicité et la lombalgie chronique.

a. Poussée aiguë de lombalgie

i. Principes généraux

Lors d'une poussée aiguë de lombalgie, il convient en 1^{er} lieu de réaliser une consultation médicale classique avec : interrogatoire, histoire de la maladie, examen clinique (avec notamment recherche de signes neurologiques graves et recherche d'une cause extra-vertébrale) afin d'éliminer d'emblée une lombalgie symptomatique (drapeaux rouges, cf 2.a). En l'absence de drapeau rouge, la poussée aiguë de lombalgie peut être qualifiée de lombalgie commune et sa prise en charge est standardisée.

Pour tous les patients, il faut favoriser l'autogestion en informant sur la nature bénigne de la lombalgie ou de la lomboradiculalgie et donner des conseils en s'adaptant au patient. Il faut encourager le patient à poursuivre ses activités quotidiennes (y compris son activité professionnelle) autant que possible et à pratiquer une activité physique adaptée. L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie (grade B). Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient et la possibilité de réaliser une activité progressive et fractionnée (AE). Il est souhaitable d'encourager le développement de la prescription d'activités physiques adaptées.

A ce stade l'imagerie n'est pas nécessairement requise.

ii. Traitements médicamenteux

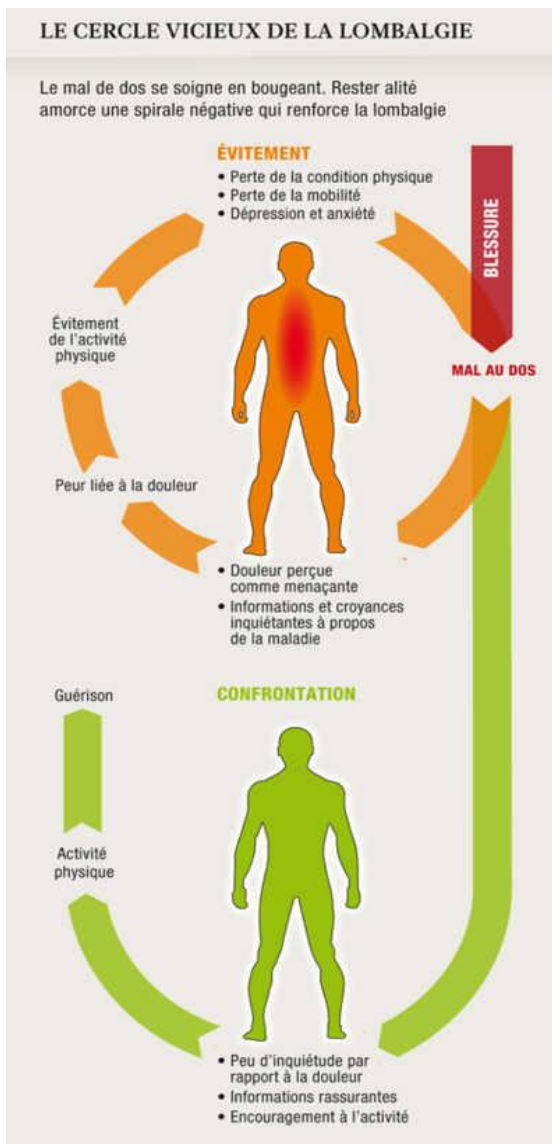
Le traitement antalgique repose principalement sur les AINS après évaluation du rapport bénéfice-risque.

Le paracétamol n'a pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie, mais il peut être utile à visée symptomatique pour traiter la douleur (AE).

Il n'est pas recommandé d'utiliser un traitement opioïde en première intention dans la lombalgie compte tenu du risque majeur de mésusage (Grade B). Un opioïde à faible dose, avec ou sans association au paracétamol, peut être proposé en cas d'échec ou contre-indication à un traitement par AINS, pour la plus courte durée possible (Grade B). En absence d'étude, il n'est pas possible de statuer sur l'intérêt du traitement par corticoïdes (AE). Les myorelaxants ont une balance bénéfices / risques défavorable dans la lombalgie commune (AE).

iii. Facteurs de risque de chronicisation

Il faut dès ce stade rechercher les facteurs de risque de passage à la chronicité (drapeaux jaunes, cf 2.b).



Les patients présentant des drapeaux jaunes doivent d'ores et déjà débuter la kinésithérapie à ce stade, pour éviter la mise en place du cercle vicieux de la lombalgie, conséquence de la kinésiophobie, comme présenté dans la **figure 3**. La réalisation de kinésithérapie doit faire appel à la participation active du patient (grade B). Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances erronées, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale (AE). Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE).

Figure 3 : le cercle vicieux de la lombalgie.

iv. Suivi

Une réévaluation systématique à 2-4 semaines est recommandée afin de suivre l'évolution des symptômes (douleur surtout) mais aussi des activités quotidiennes et de l'activité professionnelle. En cas d'arrêts de travail prolongés et /ou répétés, la HAS introduit de nouveaux drapeaux (bleus et noirs, **figure 4**) afin d'identifier précocement les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail.



DRAPEAUX BLEUS

Facteurs de pronostic liés
aux représentations perçues du travail
et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.



DRAPEAUX NOIRS

Facteurs de pronostic liés
à la politique de l'entreprise,
au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.
- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

Figure 4 : Les drapeaux bleus et les drapeaux noirs

b. Lombalgie à risque de chronicité

En cas de lombalgie à risque de chronicité, il est fortement recommandé de débiter dès que possible une prise en charge pluridisciplinaire et globale : médecin généraliste, rhumatologue, kinésithérapeute, spécialiste de MPR, médecin du travail. A ce stade, la rééducation avec le kinésithérapeute doit être active avec réalisation d'auto-exercices à la maison. Il faut réévaluer le traitement pharmacologique pour permettre la gestion des accès douloureux aigus. Il faut toujours encourager à la poursuite des activités quotidiennes (y compris activité physique et professionnelle) et réaliser une éducation à la neurophysiologie de la douleur (1).

Dans le cas où une radiculalgie est associée à la douleur lombaire on peut envisager à ce stade une imagerie rachidienne afin de discuter une infiltration. Une infiltration épidurale peut être envisagée pour une douleur radiculaire persistante et sévère malgré un traitement médical bien conduit (grade C), si possible après réalisation d'une imagerie en coupes, et dans le cadre d'une décision partagée avec le patient compte tenu des risques et de l'efficacité limitée des infiltrations. En cas d'antécédent chirurgical, la voie d'abord doit se situer à distance de l'étage opéré ou par la voie du hiatus sacro-coccygien (AE) (1).

Il faut procéder à une nouvelle évaluation 6 à 12 semaines après le début des symptômes. En cas de persistance, on bascule dans la catégorie des lombalgies chroniques.

c. Lombalgie chronique

Il faut réaliser à ce stade une imagerie rachidienne, qu'il y ait ou non une radiculalgie associée, et de préférence une IRM rachidienne (1). La prise en charge multidisciplinaire est la règle et doit suivre le modèle bio-psycho-social (cf 4.b). Elle doit s'appuyer sur les mêmes intervenants que pour la lombalgie à risque de chronicité. Cependant on y associera une évaluation psychologique avec plus ou moins TCC, méditation de pleine conscience, hypnose. Il faut aussi rechercher un épisode dépressif caractérisé associé et le traiter si besoin (IRSNa ou tricycliques).

En cas de radiculalgie persistante avec douleur neuropathique, il est licite à ce stade de proposer un traitement par gabapentinoïde ou antidépresseur (IRSNa ou tricyclique) et de demander un avis chirurgical (1).

Une fois toutes ces étapes passées, la HAS recommande de discuter au cas par cas d'un programme de réadaptation multidisciplinaire dans un centre spécialisé ou d'une consultation en centre d'évaluation et de traitement de la douleur (1).

d. Autres thérapeutiques usuelles

La HAS fournit aussi une évaluation globale, basée pour la plupart sur des méta-analyses, afin de donner un avis sur d'autres thérapeutiques usuelles :

Les ceintures ou contentions lombaires rigides n'ont pas montré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie, mais elles peuvent être envisagées sur une courte durée pour aider à une reprise d'activités (AE) (1).

Les semelles orthopédiques ne sont pas indiquées (grade B) (1).

La TENS n'a pas d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie. Elle ne doit pas être proposée comme traitement unique de la lombalgie chronique. Elle peut être utile comme adjuvant chez certains patients pour le contrôle de la douleur afin de réduire le besoin de médicaments, en complément d'une prise en charge non médicamenteuse (AE) (1).

L'acupuncture, l'acupression et le *dry needling* n'ont pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (1).

4. Pluridisciplinarité, pluriprofessionnalité et modèle bio-psycho-social

a. Définitions pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité

Définition du Larousse du terme Pluridisciplinaire : Qui concerne plusieurs disciplines, domaines d'étude (8).

Définition du Larousse du terme discipline : Branche de la connaissance pouvant donner matière à un enseignement (9).

Définition du dictionnaire « le cordial » pour le terme pluriprofessionnel : Relatif à plusieurs professions, concernant plusieurs professions (10).

Définition du Larousse du terme profession : Activité rémunérée et régulière exercée pour gagner sa vie (11).

Concernant ce travail de thèse, nous utiliserons indifféremment les termes pluriprofessionnel et pluridisciplinaire pour décrire l'exercice coordonné de plusieurs métiers de la santé en englobant les activités médicales et paramédicales.

b. Le modèle bio-psycho-social :

i. Naissance

Il naît avec Georges Libman Engel, un interniste et psychiatre américain du 20^{ème} siècle. Il est le 1^{er} à développer le modèle bio-psycho-social à la fin des années 70. A cette époque, on distingue clairement le modèle biomédical qui relève de la science et permet d'expliquer des symptômes à partir d'anomalies biologiques, du modèle psycho-social qui est jugé non scientifique car relevant de la subjectivité. Mais cette scission se heurte à des difficultés notamment dans le domaine de la psychiatrie où deux écoles commencent à émerger : l'une ne s'occupant que des problèmes psychiques en lien avec un dysfonctionnement neurologique et l'autre préférant s'appuyer sur les sciences comportementales pour expliquer les troubles psychiatriques et laisser les troubles neurologiques aux neurologues. Engel reproche aussi au modèle biomédical son réductionnisme et son dualisme corps-esprit (12).

Le traitement dit rationnel, ciblé sur l'anomalie biologique, ne permet pas toujours de restaurer la santé même en face de progrès mesurables et d'atténuation de l'anormalité.

Dans ce cas, d'autres facteurs psychologiques et sociaux concourent pour maintenir le fait de se vivre comme « malade ». L'exemple de la lombalgie chronique est édifiant : les progrès peuvent être flagrants sur le plan fonctionnel sans pour autant faire diminuer la plainte ou les appréhensions d'un patient (12).

C'est la volonté de ne pas avoir à choisir entre ces 2 mouvements qui a conduit Engel à envisager une 3^{ème} voie, un nouveau modèle. Il propose un schéma afin de faciliter la compréhension de sa théorie des systèmes (**figure 5**).

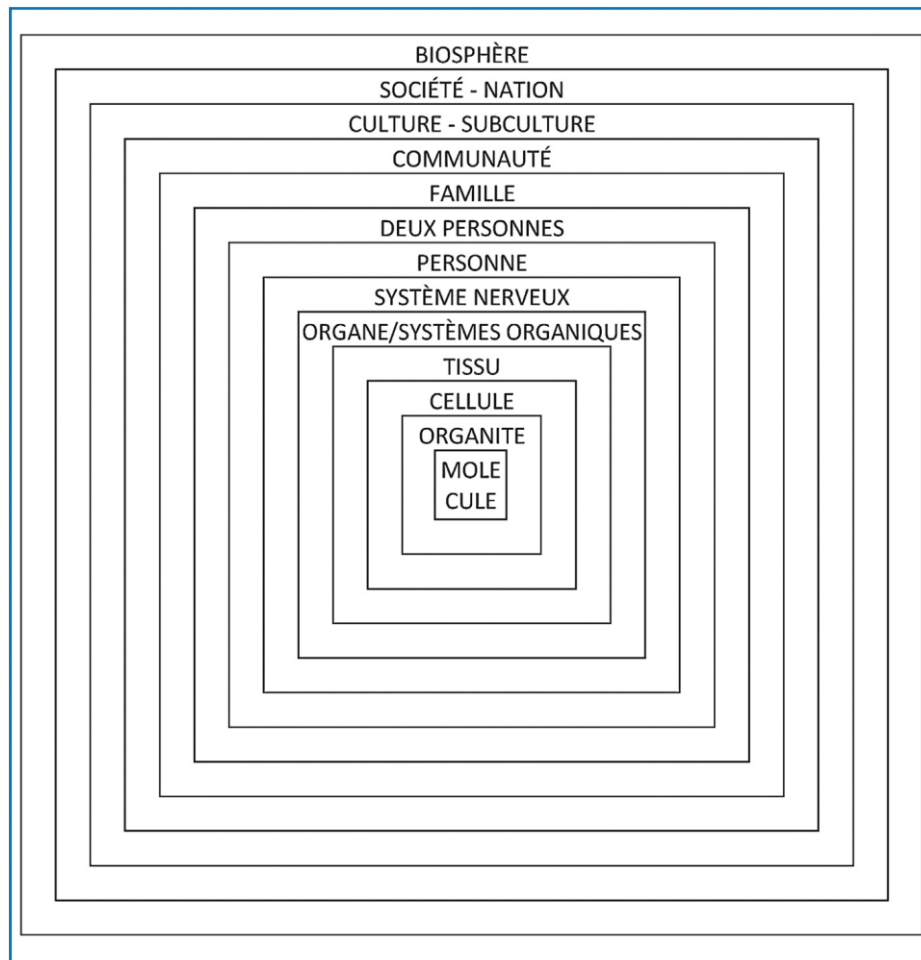


Figure 5 : Théorie des systèmes d'Engel

Et voici comment Engel décrivait lui-même son modèle : « *Chaque système comme un tout a ses propres caractéristiques et dynamiques uniques ; en tant que partie, il est une composante d'un système de plus haut degré* ».

Son modèle permet d'inclure une dimension psycho-sociale sans réduire la maladie à sa seule dimension biologique. Il permet aussi de lutter contre le dualisme corps/esprit induit par le modèle biomédical. Le modèle est systémique et propose une structure intégrative en plusieurs niveaux hiérarchiques de plus en plus complexes (12).

ii. Application à la lombalgie chronique

A l'heure actuelle ce modèle est toujours utilisé et reste fondamentalement central dans l'approche du patient lombalgique chronique. En effet, et comme précisé dans les recommandations récentes de la HAS, seule une approche globale de la lombalgie chronique dans ses 3 dimensions fondamentales permet une prise en charge optimale.

Nous proposons ici, dans la **figure 6** ci-dessous, un modèle adapté à la lombalgie chronique marquant l'intrication entre 3 domaines majeurs : la dimension biologique, la dimension sociale et la dimension psychologique.

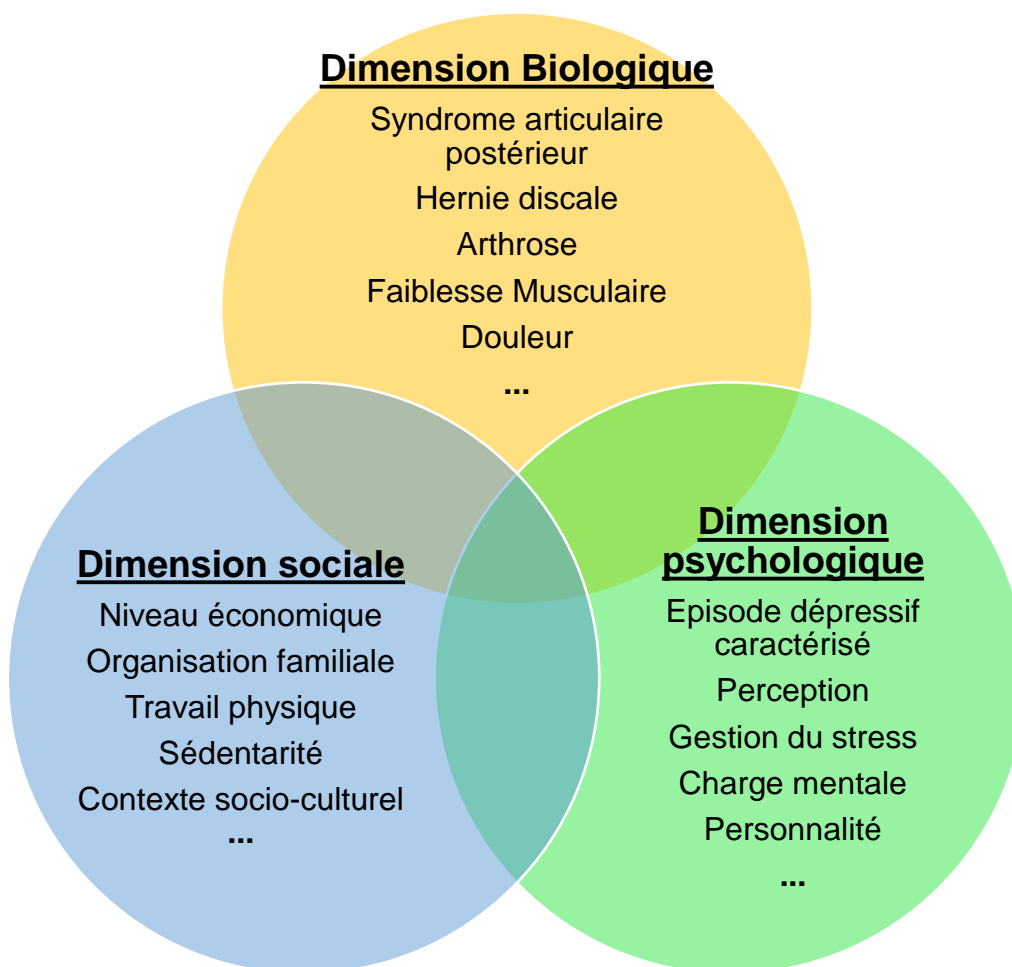


Figure 6 : Le modèle bio-psycho-social dans la lombalgie chronique

5. Le territoire du cœur d'Hérault

a. Présentation

Le cœur d'Hérault est un syndicat mixte de développement local qui regroupe 77 communes réparties sur 3 territoires (**figure 7**) : le Clermontais, le Lodévois et Larzac et la vallée de l'Hérault, pour une population de 77 731 habitants en 2014 (13). On constate une augmentation régulière de la population, supérieure à la moyenne nationale, de 1.93% par an entre 2008 et 2014. Si cette croissance se poursuit, la population devrait atteindre 100 000 personnes en 2040 (13).



Figure 7 : le territoire du cœur d'Hérault

b. Démographie médicale en lien avec la lombalgie chronique

On recense sur ce territoire :

- 144 médecins généralistes en 2017
- 3 infirmières ASALEE
- 147 Kinésithérapeutes
- 3 rhumatologues (Clermont l'Hérault, Gignac, Lodève)
- 1 médecin de MPR (Clermont l'Hérault)

- 3 centres d'imagerie médicale (Clermont l'Hérault, Gignac et Lodève)
- Un centre de médecine du travail

Ce territoire souffre d'un accès difficile à un centre spécialisé dans la lombalgie chronique puisqu'il faut patienter entre 5 et 6 mois environ pour pouvoir participer à un programme de rééducation classique dans le service de MPR du CHU de Montpellier et faire 30 minutes de transport. Une autre alternative est un service spécialisé en rééducation à Lamalou-les-Bains mais là aussi les délais sont longs et le trajet en voiture difficile.

6. La question de recherche

Tout a commencé d'un constat commun au sein du cabinet de médecine générale : la prise en charge de la pathologie lombaire chronique en ambulatoire est frustrante voir même décevante. S'y ajoute une amertume, une sensation d'échec, une impression de pouvoir faire réellement mieux s'il existait une meilleure communication pluriprofessionnelle. C'est cet espoir qui nous a donné envie, et nous a motivé dans la réalisation de ce travail de thèse.

Par ailleurs, la littérature nous a conforté dans cette idée puisqu'on note que dans une thèse de 2017 sur l'analyse des difficultés de prise en charge des patients lombalgiques par les médecins généralistes de Picardie, la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire est l'amélioration qui a le plus souvent été évoquée. Dans le même temps, les médecins interrogés constatent un manque important de moyens dans le sens où les centres spécialisés sont surchargés avec de longs délais d'attente (14). De plus, plusieurs études ont démontré l'efficacité d'un programme de rééducation libéral sur les lombalgies chroniques, notamment d'une étude réalisée par le CHU d'Angers en 2018 (15).

Enfin, la lombalgie chronique, de par sa fréquence, ses conséquences et la complexité de sa prise en charge est un véritable enjeu de santé publique.

Pour toutes ces raisons, il nous a paru indispensable de travailler sur les moyens d'améliorer la communication des professionnels du secteur et l'interdisciplinarité, pour pouvoir offrir aux patients de ce territoire souffrant de lombalgie chronique une prise en charge adaptée et conforme aux dernières données de la science.

Ainsi, Comment améliorer la prise en charge pluridisciplinaire ambulatoire des lombalgies chroniques sur le territoire du cœur d'Hérault ?

L'objectif principal de cette étude est donc de recueillir des éléments d'amélioration concernant la prise en charge globale et pluriprofessionnelle des lombalgies chroniques sur le territoire du cœur d'Hérault.

Les objectifs secondaires sont :

- Mettre en relation les différents professionnels impliqués dans la prise en charge de la lombalgie chronique sur le territoire du cœur d'Hérault afin d'améliorer le dialogue entre eux.

- S'engager dans une démarche de recherche action en vue du développement éventuel d'un réseau pouvant répondre à une des 3 missions socles (obligatoires) de la future CPTS du cœur d'Hérault à savoir : l'Organisation de parcours pluriprofessionnels.

MATERIEL ET METHODES

1. La recherche qualitative

a. La recherche qualitative

Il est maintenant admis que les comportements des professionnels de santé ne suivent pas toujours la logique scientifique et ce même s'il existe des données de haut niveau de preuve. Si la recherche quantitative permet de mettre en lumière ce constat, elle ne dispose pas des armes nécessaires pour comprendre les causes de ce paradigme.

La recherche qualitative est issue des sciences sociales et humaines et elle a pour but d'étudier les représentations et les comportements des « fournisseurs et consommateurs » de soins. Elle a aussi vocation à explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins qui sont confrontés à des réalités de terrain parfois bien loin des recommandations officielles. En résumé elle a pour but d'explorer des phénomènes sociaux dans leur environnement naturel (16).

Il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombres, ou de transformer des comportements en chiffres, mais de prendre en considération des dynamiques au plus près des acteurs de terrain (16).

Il existe plusieurs types d'études qualitatives, comme présenté dans la **figure 8**.

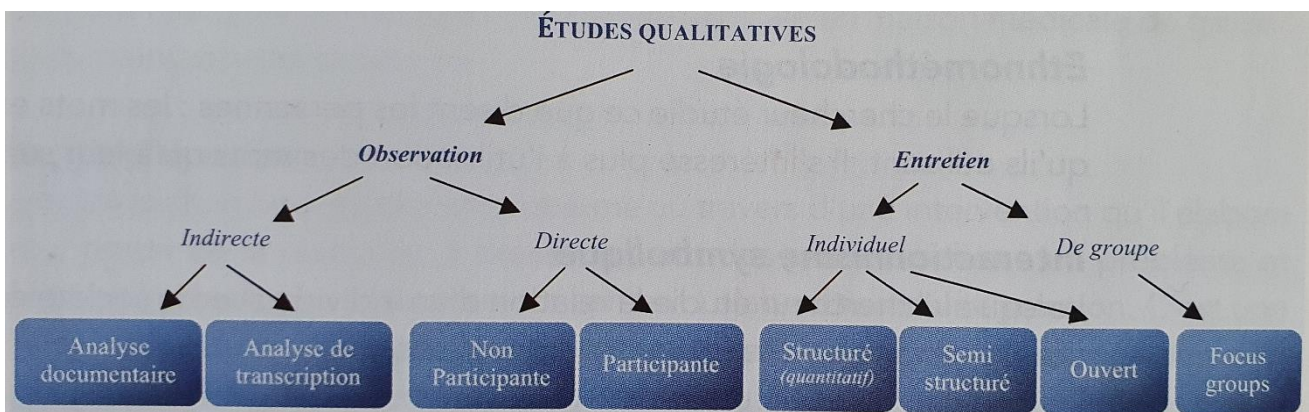


Figure 8 : les différents types d'études qualitatives

Pour pouvoir répondre à notre question de recherche, nous avons besoin d'une méthodologie permettant à la fois de rassembler plusieurs professions différentes ensemble, mais aussi de faciliter la discussion en évitant toute forme de hiérarchie (même implicite) entre les différents participants. C'est pourquoi nous avons éliminé les

entretiens individuels devant une volonté de rassembler autour d'une même table les différents intervenants, mais aussi le « focus group » qui ne nous paraissait pas adapté compte tenu de la pluralité des acteurs de santé (Médecins, Chirurgiens, infirmiers, kinésithérapeutes, coach d'activité physique adaptée, psychologue).

Nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative observationnelle indirecte par analyse de transcription. Cette méthode nous a permis d'utiliser un modèle d'intelligence collective qui n'est, pour le moment, que peu reconnu dans le domaine médical en tant que « méthode de recherche à part entière » : le World Café.

b. Le World Café

i. Définition

« Le 'World Café' est un processus créatif qui vise à faciliter le dialogue constructif et le partage de connaissances et d'idées, en vue de créer un réseau d'échanges et d'actions (17). » Il fait partie des méthodes participatives au même titre que les conférences de consensus, panel d'expert, focus groupe, méthode Delphi par exemple.

Cette méthode reproduit l'ambiance d'un café dans lequel les participants débattent d'une question en petits groupes autour d'une table (17).

Ce concept a été théorisé dans une thèse de 2001 par Juanita Brown (18).

ii. Déroulement

Le déroulement d'un world café est présenté dans la **figure 9**.

L'ensemble des participants est invité à rejoindre une des différentes tables du café afin de participer à une discussion autour d'une problématique ou d'une question. L'un des participants doit jouer le rôle « d'hôte » et a la responsabilité de noter les différentes réponses apportées par les participants. A la fin du temps imparti, les participants sont invités à rejoindre une nouvelle table afin de rencontrer de nouvelles personnes et de discuter autour d'une nouvelle question. L'hôte de chaque table reste en place afin de résumer aux nouveaux venus les réponses déjà apportées à la problématique par le groupe précédent. Cette méthode permet ainsi au fur et à mesure une dissémination et une « fécondation » transversale des idées.

Au terme du processus, les principales idées sont résumées au cours d'une assemblée plénière et les possibilités de suivi sont soumises à discussion.

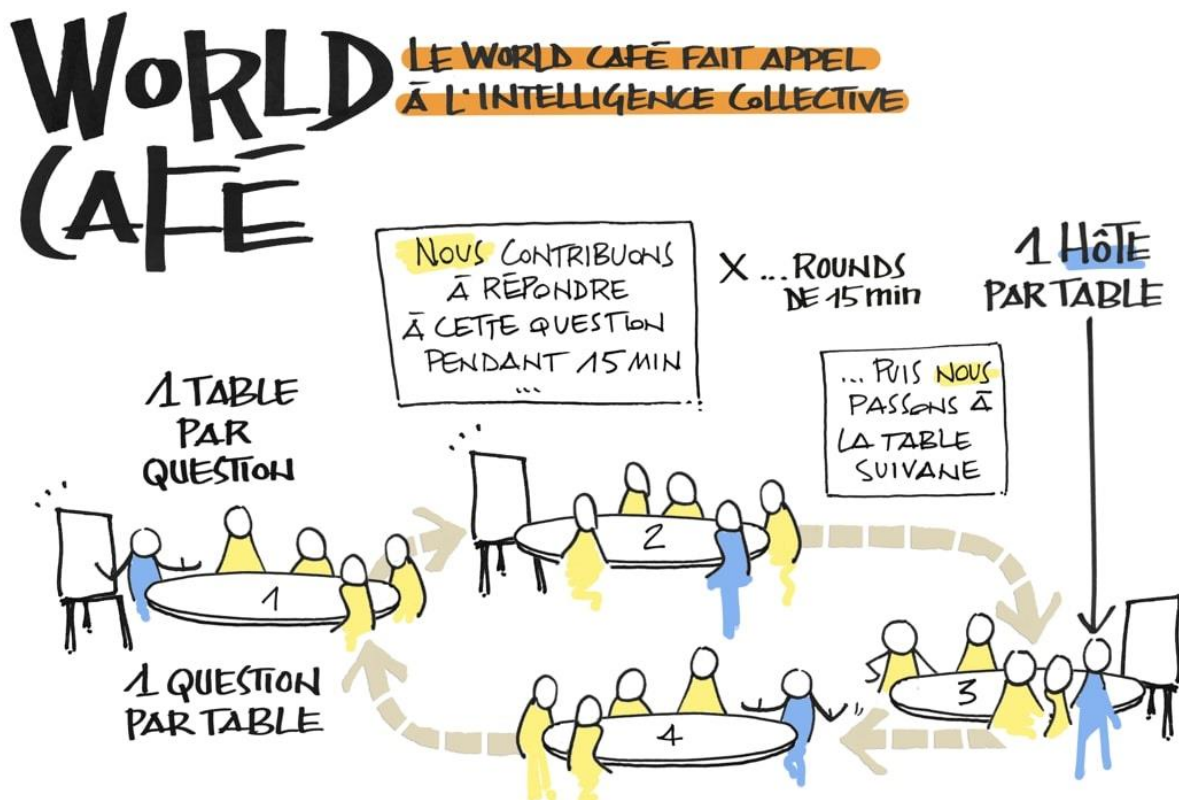


Figure 9 : déroulement d'un world café

iii. Intérêt et revue de la littérature

Il est admis que cette méthode du world café est particulièrement intéressante pour (17) :

- De grands groupes (plus de 12 personnes).
- Faire participer des personnes à une conversation authentique, qu'elles se rencontrent pour la première fois ou qu'elles aient déjà noué des liens.
- La recherche action et la recherche participative.

De plus en plus utilisé, cet outil a fait l'objet d'une publication par un groupe de chercheurs international dans la revue « international journal of qualitative Methods » en 2020 (19). Cette étude s'appuie sur une recherche allemande de 2013 qui compare entretien semi-dirigé, focus group et world café, dans la mise en œuvre d'un système de gestion du conflit dans un projet de recherche interdisciplinaire et international sur la sécurité alimentaire en Tanzanie. Il en ressort que le world café pourrait considérablement enrichir la boîte à outils de la recherche qualitative qui se cantonne pour l'instant aux focus groupes et aux entretiens individuels. Les avantages de cette méthode sont : elle est utilisable sur un grand groupe, sur un court laps de temps, elle est particulièrement

adaptée à l'interdisciplinarité, et elle est peu coûteuse. Par ailleurs, cette expérience permet d'apporter plus de bénéfices aux participants en facilitant le dialogue et le partage des connaissances.

Une étude américaine de 2017 parue dans Family practice montre que le world café permet un engagement fort des participants dans la recherche (20).

Quelques exemples dans le domaine de la santé ont montré de bons résultats avec l'utilisation du world café. Par exemple, cette étude réalisée en 2018 lors des journées d'échanges des acteurs de la lutte contre le sida met en avant l'utilisation de l'intelligence collective grâce à cette méthode (21). Le World café a aussi été utilisé en couplage avec des « rounds delphi » pour arriver à un consensus d'experts autour du thème des médecines alternatives et complémentaires (22).

Pour toutes ces raisons, le world café nous a paru être une bonne méthode à utiliser dans notre projet car il permet de questionner ensemble des professions parfois assez différentes et ce de manière authentique et en garantissant une forte implication des participants. Par ailleurs, c'était une formidable occasion de renforcer l'intérêt des acteurs de santé à participer à notre étude, ces derniers étant parfois lassés des méthodes traditionnelles comme les focus groups.

iv. Recrutement des participants

Nous avons d'abord établi une liste des différentes professions qui doivent être impliquées dans la prise en charge de la lombalgie chronique selon les dernières recommandations de la HAS de mars 2019 (1).

Cette liste comprend :

- Médecins généralistes,
- Médecins rééducateurs,
- Médecins rhumatologues,
- Médecins radiologues,
- Chirurgiens du rachis,
- Médecins du travail,
- Kinésithérapeutes,

- Psychologues.

A cette liste officielle, il nous a paru intéressant, dans la mesure où l'activité physique est la pierre angulaire de la prise en charge de la lombalgie chronique, d'inviter aussi des coachs d'activité physique adaptée. De même, nous avons tenu à inclure les infirmières ASALEE, spécialisées dans la prévention, puisqu'elles pourraient participer activement à la prise en charge de la lombalgie chronique sur le territoire en apportant leur savoir-faire sur plusieurs domaines : alimentation et perte de poids, sevrage tabagique, accompagnement psychologique, éducation thérapeutique entre autres. Enfin, nous avons également invité un ostéopathe, cette technique étant particulièrement plébiscitée par les patients.

Par la suite le recrutement s'est fait par mail ou appel téléphonique. Pour les médecins spécialistes (hors médecine générale) nous avons contacté quasiment tous les professionnels concernés du cœur d'Hérault et la participation s'est faite sur la base du volontariat. Le recrutement des médecins spécialistes de médecine générale s'est fait d'abord dans le cabinet de Nébian où exerce mon Directeur de Thèse. Nous avons aussi recruté un médecin généraliste de la MSP d'Aniane. Le recrutement des kinésithérapeutes et des ostéopathes s'est fait via les médecins qui avaient répondu positivement à l'invitation, en utilisant leur réseau. Le recrutement de la coach d'activité physique adaptée s'est fait en lien avec la CPTS du cœur d'Hérault. Et les infirmières ASALEE des 2 cabinets où travaillent les médecins généralistes présents à la soirée ont été invitées.

La liste des participants est résumée dans le **tableau 1** ci-après.

Enfin, nous avons demandé son aide à Mme Pascale ASTIER, via l'intermédiaire de mon Directeur de thèse, afin de nous aider dans la préparation et le déroulement de cette soirée de world café, forte de son expérience dans ce domaine via son travail au sein de l'éducation nationale.

Profession	Lieux d'exercice
<u>Médecins généralistes (4) :</u> MG1 MG2 MG3 MG4	Nébian Nébian Nébian Aniane
<u>Kinésithérapeutes (6) :</u> MK1 MK2 MK3 MK4 MK5 MK6	Aniane Nébian Clermont l'Hérault Nébian Clermont l'Hérault Clermont l'Hérault
<u>IDE ASALEE (2) :</u> IDE1 IDE2	Nébian Aniane
<u>Médecins de MPR (2) :</u> MPR1 MPR2	Lamalou-Les-Bains Clermont l'Hérault
<u>Chirurgiens du Rachis (2) :</u> CHIR1 CHIR2	St Jean de Vedas St Jean de Vedas
<u>Médecin du travail (1) :</u> MT1	Cœur d'Hérault
<u>Radiologue ostéoarticulaire (1) :</u> RAD1	Clermont l'Hérault/Montpellier/Pézenas
<u>Rhumatologue (1) :</u> RH1	Clermont l'Hérault/Montpellier
<u>Ostéopathe (1) :</u> OST1	Clermont l'Hérault
<u>Coach d'APA (1) :</u> APA1	Cabrieres
<u>Psychologue (1) :</u> PSY1	Aniane

Tableau 1 : Liste des participants au world café.

2. Méthode d'intervention

a. Déroulement du World Café

i. Choix du lieu

Nous avons choisi de réaliser cette soirée dans un lieu authentique, dans le but de créer une ambiance conviviale et non conventionnelle afin de coller au plus près de la philosophie du world café. A défaut de choisir un lieu standardisé comme une salle de réunion de l'hôpital local ou un cabinet de médecine générale nous avons donc opté pour

un gîte, un ancien moulin avec une grande salle commune, permettant de réunir l'ensemble des invités.

Nous avons ensuite recréé dans cette pièce l'ambiance pouvant se rapprocher le plus d'un café, avec la mise en place de 4 tables et d'un décor accueillant avec buffet dînatoire. Sur chaque table étaient disposés des post-it, des paperboards ainsi que des marqueurs pour permettre une synthétisation créative.

ii. Déroulement global de la soirée

Accueil des participants autour d'un apéritif dînatoire et 1ers échanges informels.

Présentation d'un power-point sur la lombalgie chronique réalisé par moi-même avec : définitions, chiffres clés et présentation synthétique des dernières recommandations de la HAS de mars 2019. Le but était d'uniformiser les connaissances, les participants étant assez hétérogènes.

Réalisation du world café à proprement parler, avec tours de table et restitution en séance plénière.

iii. Déroulement du world café

Nous avons-nous-même réalisé la répartition des participants à chaque table. Cette répartition semi-aléatoire avait pour but de permettre une rencontre entre le maximum de personnes différentes au cours de la soirée. Chaque participant devait passer à chaque table, sauf les médecins généralistes. Il y avait 4 à 5 participants par table. Le médecin généraliste de chaque table restait à la même place jusqu'à la fin de la soirée et était désigné comme « hôte ». Leur rôle consistait à résumer les idées évoquées à chaque tour de table sur le paperboard, à présenter aux nouveaux arrivants les solutions apportées lors des tours de table précédents, à animer les tables et bien sûr à participer simplement à apporter des réponses à la question.

Il y avait 4 tables avec chacune une sous-question autour de laquelle débattre. Les sous-questions étaient :

- En pratique, comment améliorer la communication entre professionnels dans le cadre de la prise en charge de la lombalgie chronique ?
- Quels sont les moteurs de la prise en charge de la lombalgie chronique ? (Qu'est-ce qui marche bien selon vous ? Travailler sur l'existant).

- Quels sont les freins à la prise en charge de la lombalgie chronique ?
- Si vous aviez une baguette magique, que feriez-vous pour améliorer la prise en charge de la lombalgie chronique ? (Pistes d'amélioration, innovations)

Au début d'un tour de table, chaque participant est invité à noter 2 éléments de réponse à la sous-question sur un post-it personnel. Le temps des tours de table était dégressif pour s'adapter au fait qu'il y ait de moins en moins de choses à rajouter au fur et à mesure de l'avancée du world café. Les participants avaient successivement 15 minutes, 13 minutes, 11 minutes puis 9 minutes pour débattre autour de chaque sous-question, avant de devoir changer de table.

A la fin des différents tours de tables nous avons réalisé une restitution en séance plénière, avec présentation des paperboards (**Annexes 1 à 4**) où chaque hôte était invité à résumer l'ensemble des éléments de réponse apportés à la sous-question par l'ensemble des participants au cours de la soirée. Il était permis aux participants de la salle de rajouter un ou deux éléments de réponse en plus afin d'arriver à une certaine saturation des données.

b. Recueil des données

Le recueil des données a été fait par enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone ou d'un smartphone avec fonction dictaphone.

Il y avait deux dispositifs par table. Chaque tour de table était enregistré. Il y avait 4 tables donc 16 enregistrements de tour de table ont été obtenus.

La restitution en séance plénière a aussi fait l'objet d'un enregistrement.

3. Analyse des données recueillies

a. Retranscriptions du World Café

Après la soirée de World Café, j'ai retranscrit tous les échanges de toutes les tables ainsi que la restitution finale en séance plénière en verbatims à l'aide du logiciel Microsoft Word.

La retranscription a été la plus fidèle possible.

Des allers-retours dans l'écoute des discussions ont été nécessaires afin d'être le plus fidèle possible à l'enregistrement.

b. Méthode d'analyse des données : analyse thématique

Nous avons choisi d'utiliser l'analyse thématique comme méthode d'analyse pour notre étude. Cette technique nous semblait être la plus appropriée afin de pouvoir analyser les pistes permettant d'améliorer la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique sur le territoire du cœur d'Hérault.

Les différentes étapes que nous avons utilisées sont explicitées dans le livre d'initiation à la recherche de l'association française des jeunes chercheurs en médecine générale (16).

La première étape a consisté à se familiariser avec les données : j'ai ainsi lu et relu les différents verbatims, sans à priori, afin de m'imprégner du texte et de son sens, ce qui correspond à une lecture phénoménologique (23), qu'on peut aussi appeler lecture flottante.

Une deuxième lecture a été plus focalisée afin de commencer à appréhender plus en détails les verbatims (fréquence, ressemblance, ...).

Une troisième lecture m'a permis à proprement parler de réaliser la thématisation, qui est l'opération centrale de la méthode d'analyse thématique, et qui correspond à *la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce en rapport avec la problématique de recherche* (23). Pour cela j'ai utilisé une transcription des verbatims sur un support papier avec annotation des thèmes dans la marge. La thématisation a été réalisée en continu, c'est-à-dire en réalisant un aller-retour permanent et ininterrompu entre la création des thèmes et la fabrication de l'arbre thématique, afin d'obtenir une analyse fine et riche du corpus.

La dernière étape a été la recontextualisation. Il s'agit de structurer les codes (catégories, rubriques, thèmes et sous-thèmes) en un système porteur de sens afin de réaliser une synthèse thématique complète, représentée sous la forme d'arbres thématiques finaux.

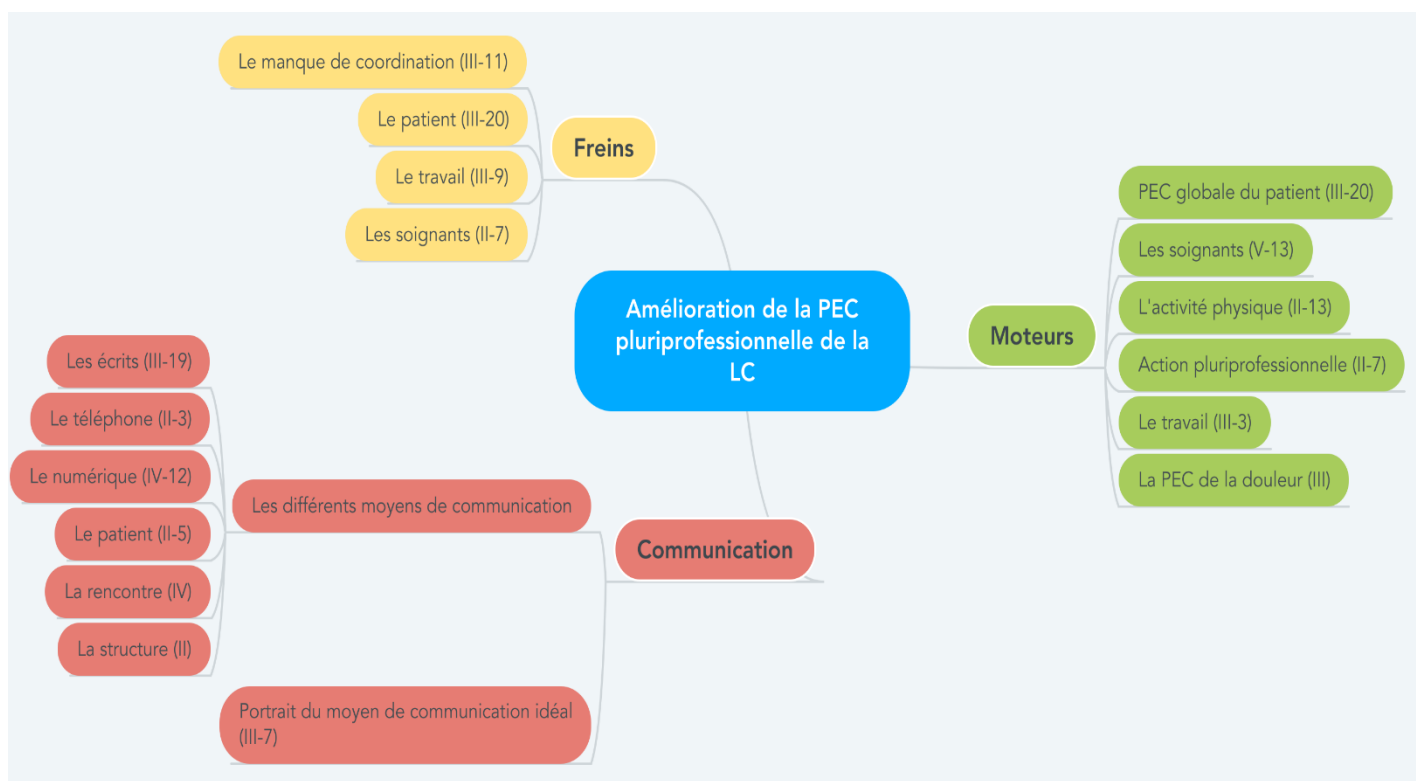
Je tiens à préciser que l'analyse thématique à proprement parler a été réalisée en excluant les extraits de verbatims qui correspondaient :

- aux résumés des tours de tables précédents, qui étaient faits aux nouveaux arrivants lors du commencement d'un nouveau tour de table.
- à la synthèse en séance plénière, réalisée par chaque rapporteur en séance plénière à la fin de la soirée.

Cette exclusion volontaire a eu pour but de ne pas perturber l'analyse thématique en incluant un biais inévitable par l'introduction d'un intermédiaire (personne effectuant le résumé) dans la restitution des idées des participants.

RESULTATS

Suite à l'analyse thématique du corpus, et en adéquation avec les différentes tables du world café, nous avons pu classer les résultats en 3 grandes catégories : les moteurs à la prise en charge de la lombalgie chronique, les freins à la prise en charge de la lombalgie chronique, et la communication pluriprofessionnelle dans la lombalgie chronique. L'ensemble des résultats est résumé dans la **carte mentale**, ci-dessous. Dans la parenthèse les chiffres romains représentent le nombre de thèmes, les chiffres arabes le nombre de sous-thèmes correspondant à chaque rubrique.



Carte mentale : résumé des résultats du World café

Une version agrandie est présentée en annexe 5, p123.

1. Les moteurs à la prise en charge de la lombalgie chronique

Cette catégorie a vu émerger plusieurs rubriques, et ce par ordre d'importance décroissant : la prise en charge globale du patient, les soignants, l'activité physique, l'action pluriprofessionnelle, le travail, et la prise en charge de la douleur.

a. Prise en charge globale du patient

Les différents participants ont mis le patient au centre de la prise en charge de la lombalgie chronique. Il est d'ailleurs considéré comme un moteur à part entière. La globalité de la prise en charge est un thème qui est venu de façon récurrente.

IDE1 : « ... le surpoids, l'obésité, la reprise d'activité physique, mais ça peut être aussi une personne qui a des troubles du sommeil, ça peut être aussi un problème d'alcool, donc c'est une prise en charge personnelle globalisée, globale pour la personne, pour améliorer sa qualité de vie... »

Cette rubrique a été subdivisée en plusieurs thèmes et sous-thèmes, comme on peut le voir dans la **figure 10**.

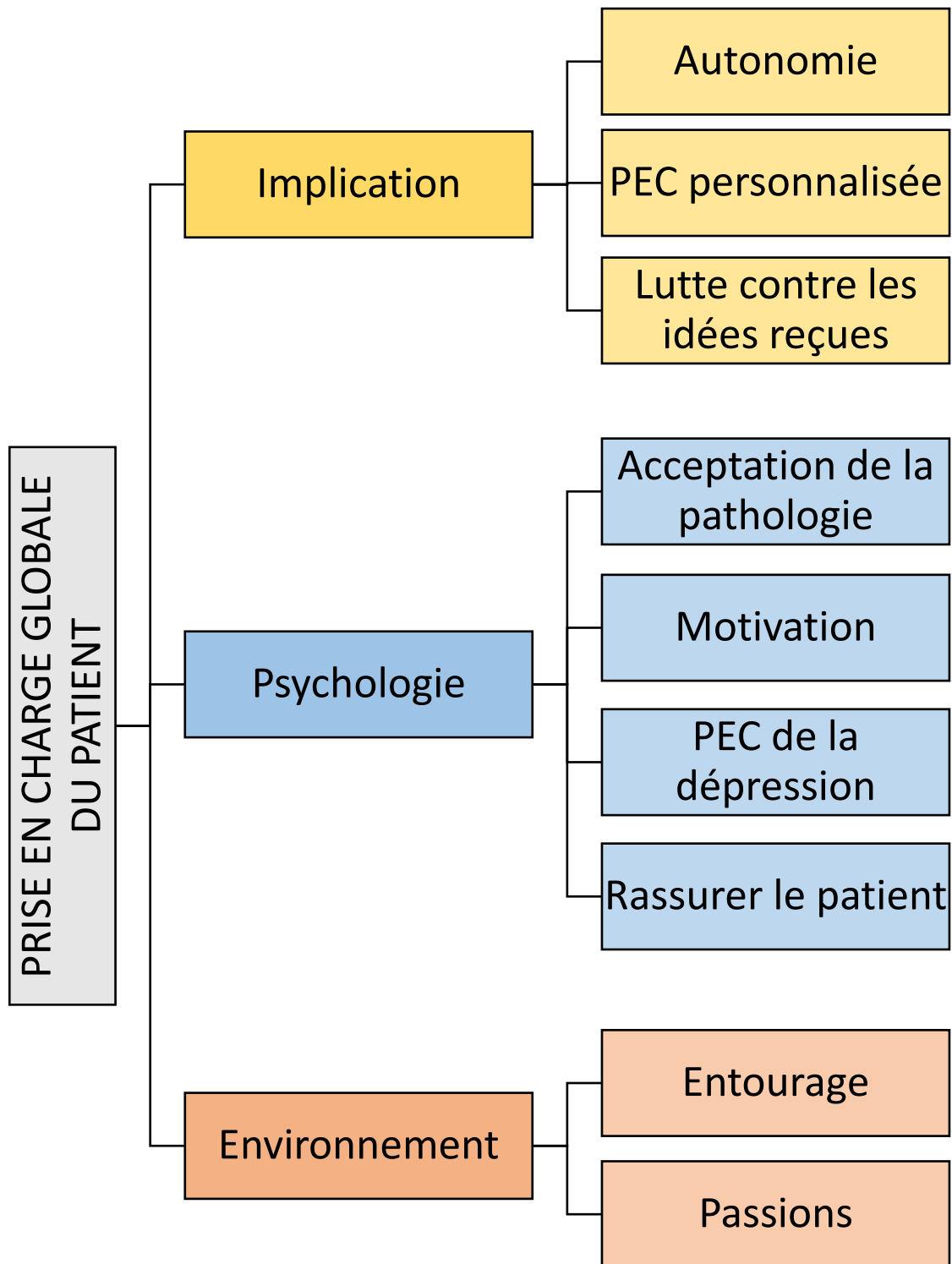


Figure 10 : Prise en charge globale du patient comme moteur

i. L'implication du patient

D'importance capitale, l'implication du patient dans sa prise en charge a été citée de manière importante. L'arbre thématique résultant est présenté en **figure 11**.

IDE2 : « ...impliquer le patient, ..., il faut leur expliquer, il faut les impliquer au maximum, et c'est là qu'ils vont trouver la motivation... »

IDE2 : « Maintenant, peut-être que la première chose, c'est qu'il faut qu'ils se sentent impliqués... »

- Prise en charge personnalisée

Pour favoriser l'implication du patient il est nécessaire de personnaliser sa prise en charge.

OST1 : « D'où l'importance aussi de cibler vraiment le patient, de savoir comment on va présenter les choses. Il faut vraiment cibler la personne, savoir ce qu'elle attend ... c'est vraiment important à la fois dans le traitement et la façon dont on va lui parler. »

Cela va permettre de rendre le patient acteur, de faciliter son adhésion au projet de soin.

MG2 : « C'est l'adhésion aussi du patient à un projet de soin qui fait que ça fonctionne »

Dans cette optique, il faut s'appuyer sur ses ressources, et adapter la kinésithérapie au patient.

IDE1 : « D'autant que chacun a ses propres ressources, qui peuvent l'aider à être mieux, à bien vivre »

MK6 : « C'est bien beau de savoir qu'il a fait 10 ou 15 séances, mais il faut savoir quel a été le type de prise en charge ... »

- Autonomie

Toujours dans l'idée d'impliquer le patient dans sa prise en charge, Il a été noté au cours de notre travail de recherche que l'autonomie du patient est très utile car elle permet à la fois d'augmenter la motivation du patient mais également de lutter contre le phénomène de réactance (Cf 2.d.1.)

MPR1 : « je me dis, peut-être, que le principal moteur finalement c'est l'auto rééducation, ça fait partie de la motivation »

- Lutter contre les idées reçues

La lombalgie est à l'origine de nombreux fantasmes, tant sur son origine que sur son traitement. L'idée que l'activité physique soit l'ennemi du lombalgique ou encore que la hernie soit à l'origine de n'importe quelle douleur lombaire est extrêmement difficile à faire disparaître tant chez le patient que chez certains soignants (cf 1.b.ii). La lutte contre ces fausses croyances est donc primordiale pour améliorer la prise en charge de la pathologie.

CHIR2 : « (La baguette magique) C'est arriver à laver les idées reçues des gens sur leur problème, mais c'est compliqué parce que même les professionnels de santé ils ne donnent pas forcément le bon message. »

La meilleure arme pour lutter contre les idées reçues reste avant tout l'éducation thérapeutique du patient, c'est un thème qui a été abordé de manière très intense au cours de notre travail, à la fois en termes de nombre d'occurrences (plus de 10 fois), mais aussi avec une conviction importante de la part des participants. Il faut à la fois donner des notions d'anatomie, de physiopathologie, mais aussi bien expliquer le projet thérapeutique et les différentes étapes de la prise en charge.

RAD1 : « Expliquer au patient vraiment ce qui va se passer, le plan thérapeutique, du diagnostic jusqu'à la fin ... »

MK6 : « ... si on prend 2 minutes pour dire 'regardez, vous avez ça', un petit dessin, et ça c'est vachement important pour les gens... »

APA1 : « Je pense qu'un moteur c'est une bonne explication, une bonne compréhension, il faut leur faire répéter, reformuler, pour qu'ils aient bien compris. »

Afin de participer à cette notion, il a été évoqué le rôle favorisant des campagnes d'information.

MG3 : « Les campagnes : 'le mouvement, bouger' »

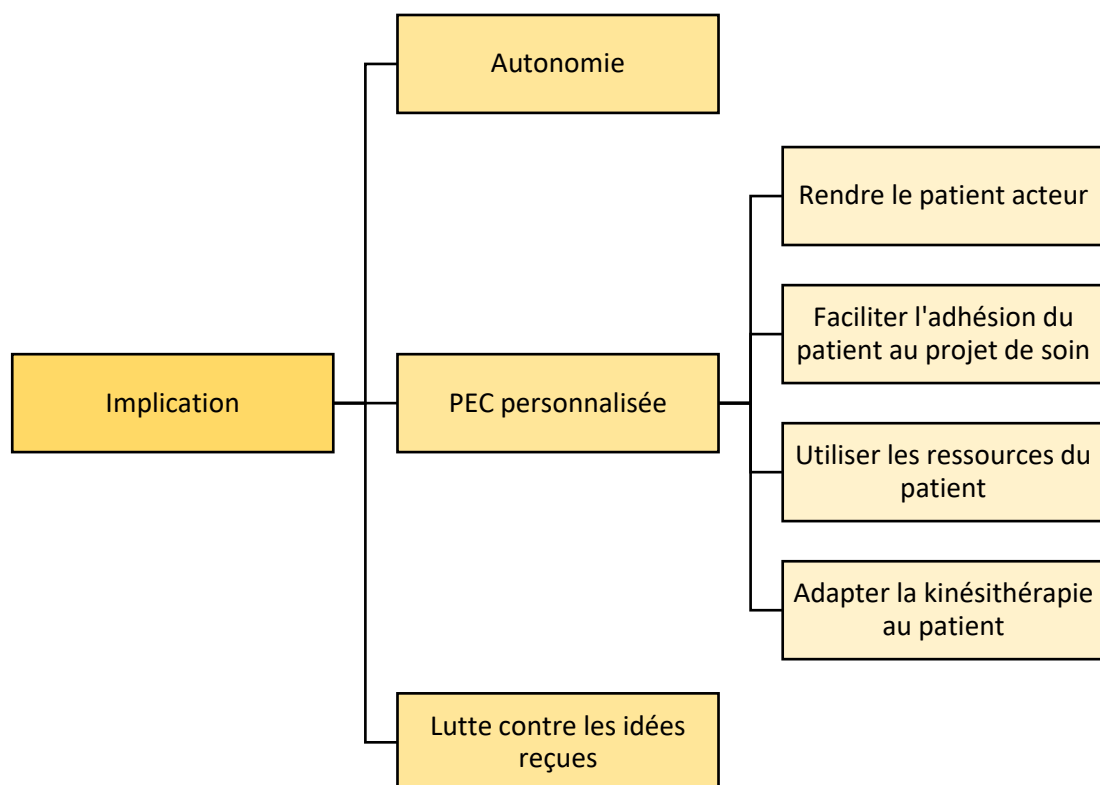


Figure 11 : Implication du patient

ii. Psychologie

L'arbre thématique en lien avec la psychologie du patient est présenté dans la **figure 12**.

- Motivation du patient

La motivation du patient est un thème important, tout comme « l'envie de s'en sortir ». Les participants ont aussi souligné le rôle facilitateur que peuvent avoir certains caractères ou certaines personnalités.

MPR2 : « ... je crois qu'il faut avoir envie de s'en sortir de la lombalgie pour pouvoir s'en sortir... »

MPR1 : « Le caractère du patient est aussi important parce qu'on a des personnes qui sont très volontaires, très partantes pour s'améliorer... »

Cette motivation doit permettre un changement en profondeur du mode de vie des patients.

MPR1 : « ... moi je pense aussi à la motivation du patient, qui est très importante, notamment sur la motivation au changement de mode de vie... »

Plusieurs pistes ont été explorées afin de stimuler l'envie du patient. Il s'agit surtout de l'entretien motivationnel, de l'éducation thérapeutique et de la communication hypnotique. La communication hypnotique est un concept de psychologie qui se base sur le pouvoir des mots et de leur connotation, dans ce contexte il s'agit d'utiliser de préférence des mots avec une consonance positive et d'éviter au contraire ceux avec une consonance négative.

IDE2 : « Après ça peut passer par l'entretien motivationnel, l'éducation thérapeutique, etc, ça marche plutôt bien. »

PSY1 : « Moi je pensais à ce que tous les soignants connaissent la communication hypnotique et ses petites bases, à savoir quels sont les mots qui peuvent effectivement rester ancrés dans la mémoire des patients, ou faire développer des douleurs chroniques et au contraire quels sont les mots qui vont les aider à rentrer dans des processus de motivation ... »

- Prise en charge de la dépression

Le fait que les problèmes émotionnels soient un drapeau jaune n'a pas échappé aux professionnels présents. Ainsi, la prise en charge de la dépression a été naturellement introduite comme un moteur potentiel pour le patient.

MK1 : « C'est souvent des personnes qui peuvent être dépressives, que ce soit lié à la douleur, suite à la douleur, ou que ce soit déjà présent avant parce que c'est un drapeau jaune n'est-ce pas ? Donc ça va vraiment aider sur cette prise en charge là. »

Le suivi psychologique apparaît comme utile, et le remboursement de la psychothérapie ou les ateliers de groupe sont autant de solutions pour favoriser une prise en charge efficace de la dépression.

MK1 : « ... Avec l'importance de la psychologue ... c'est un vrai moteur pour les patients lombalgiques chroniques. »

IDE2 : « Peut-être qu'on peut faire des ateliers de groupe, ... ça fait émerger des idées, chacun va parler de ses problèmes ... »

IDE1 : « et puis aussi surtout la prise en charge de la psychologue par la sécurité sociale parce qu'il y a tout le stress et l'anxiété, la dépression etc ... »

- Rassurer le patient

Il a été noté que rassurer le patient avait un effet positif sur la prise en charge de la maladie.

MPR1 : « Réassurer le patient ça me paraît primordial très très vite, aussi pour faire en sorte qu'il oublie toutes ses angoisses et ses idées de la hernie discale paralysante, celle qu'il ne faudrait pas bouger ... »

- Acceptation de la pathologie

L'acceptation de la pathologie, et notamment de son caractère chronique, est apparue comme un moteur intéressant pour lutter contre la lombalgie chronique.

APA1 : « ... Il faut leur faire accepter la maladie, la lombalgie comme maladie chronique. »

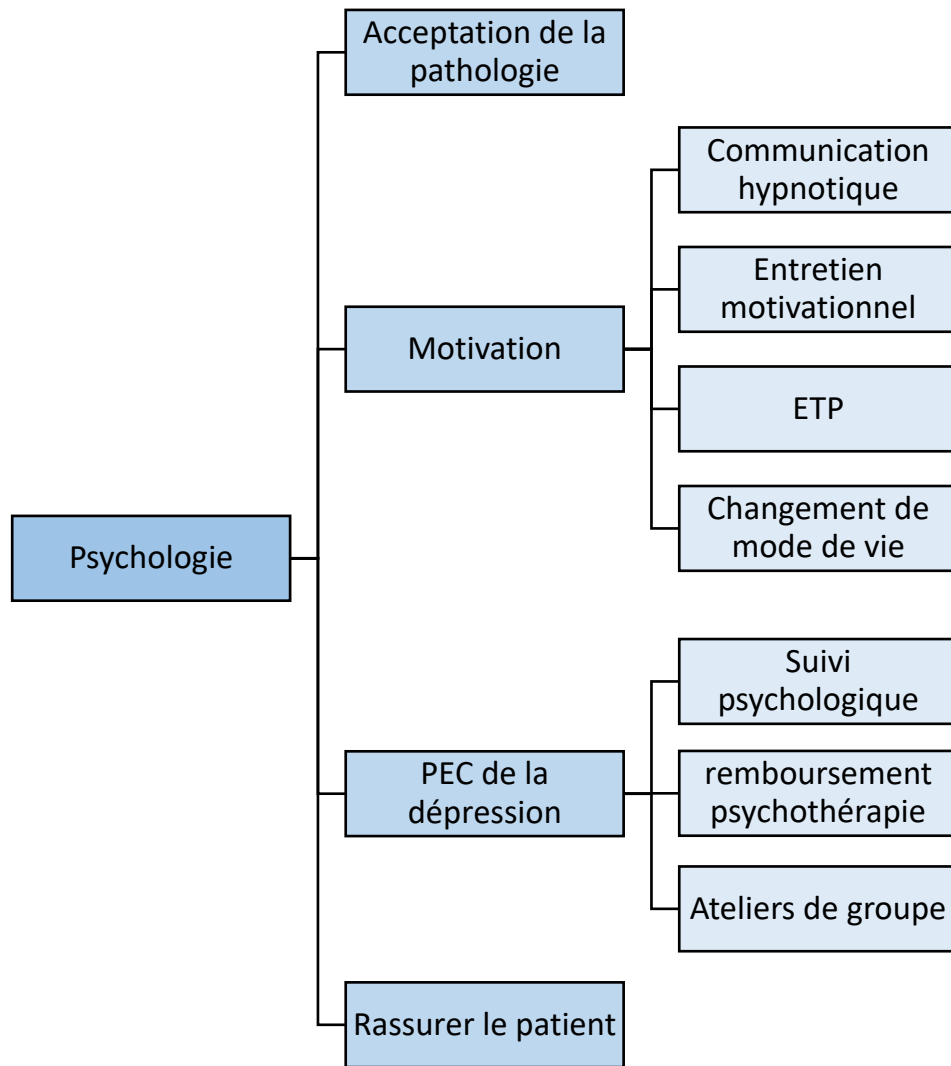


Figure 12 : psychologie du patient

iii. Environnement

- Entourage

Comme dans toute pathologie chronique, le patient doit être envisagé dans sa globalité, selon le modèle bio-psycho-social, ce qui comprend aussi son entourage à la fois familial mais aussi amical. Un bon environnement social va lui permettre d'avoir plus de ressources et de favoriser son état de santé.

MPR1 : « La famille peut être un bon vecteur de guérison. »

- Passions

Les passions, par un effet de levier, sont autant de possibilités qui peuvent être utilisées par le patient afin de gagner en motivation et en efficacité dans la lombalgie.

PSY1 : « ... des passions communes : de voyager, de faire du vélo ou n'importe quoi, ça peut faire partie des moteurs qui ne doivent pas être négligés par les thérapeutes. »

b. Les soignants

L'arbre thématique en lien avec l'effet moteur des soignants est présenté en **figure 13**.

i. Discours positif

- Dédramatiser la pathologie

Thème très fort, cité à de nombreuses reprises, il semble y avoir un certain consensus quant à la nécessité de diminuer le côté dramatique de la lombalgie chronique.

CHIR2 : « ... une fois qu'on a commencé à mettre du Drama c'est compliqué de revenir en arrière ... » ; « ... dédramatiser c'est un peu mon rôle aussi, ..., je leur dis 'c'est normal' ou alors 'ce n'est pas si cata', ou alors je leur explique qu'il y a plein de gens qui ont des hernies sans le savoir, ..., il y a plein de gens qui vivent avec. »

- Bénéfices secondaires comme levier

Beaucoup discuté comme frein, il est important de souligner que les bénéfices secondaires peuvent aussi être utilisés comme un moteur.

PSY1 : « ... le bénéfice secondaire, pour moi, c'est justement quelque chose qui pourrait être presque un levier ... il faut qu'on arrive à le mettre en place grâce à autre chose. »

- Verbaliser les progrès/Fixer des objectifs réalisables

La perception par le patient d'améliorations, même minimales, est très utile à l'avancée de la prise en charge, il faut savoir en tant que soignant les repérer et les verbaliser. Afin de permettre au patient de se rendre compte de ses progrès, il est important de se fixer des objectifs réalisables.

PSY1 : « ... dès qu'il y a une perception d'amélioration, il y a vraiment des espèces de bonds cliniques qui s'opèrent ... »

- Vulgarisation médicale

Parler avec un langage simple et compréhensible permet de rassurer le patient et d'augmenter son implication.

MK6 : « Il faut en tant que thérapeute rester simple au niveau des mots. »

ii. Formation

La formation des soignants est une donnée importante car elle va permettre à la fois de les aider à poser un diagnostic, mais aussi de lutter contre les idées reçues chez le patient mais aussi chez les professionnels de santé.

CHIR2 : « Moi, dans la baguette magique, j'aime bien la notion de formation, moi je pense qu'il faut former les gens à cette pathologie ... que ce soit le patient ou le thérapeute. »

Poser un diagnostic va aussi permettre de faciliter l'acceptation de la pathologie par le patient.

CHIR1 : « ... le fait d'avoir un diagnostic, une réponse et ben au moins ils acceptent plus facilement leur pathologie »

MPR2 : « ... mettre un mot sur un diagnostic ça permet aussi de 'pouf' voilà on sait ce qu'on a, l'inconnu fait des fois qu'on arrive moins à s'en sortir ... »

iii. Temporalité

La notion de temps est notable et revêt deux réalités différentes :

- Avoir du temps pour le patient

IDE1 : « passer du temps avec cette personne »

- Avoir une action rapide

CHIR1 : « La troisième baguette magique ça serait effectivement une histoire de rapidité, de pouvoir réagir rapidement ... et de pas laisser justement la chronicité s'installer. »

iv. Imagerie

Nous avons constaté au cours de cette étude qu'il y a une volonté de la part des participants de permettre un accès plus facile et plus rapide aux examens d'imagerie, ce qui passe par une amélioration de la pertinence des prescriptions.

CHIR2 : « Et l'autre (baguette magique), c'est avoir l'accès illimité comme je veux à une imagerie de mon choix »

RAD1 : « ... il faut améliorer la pertinence des examens ... »

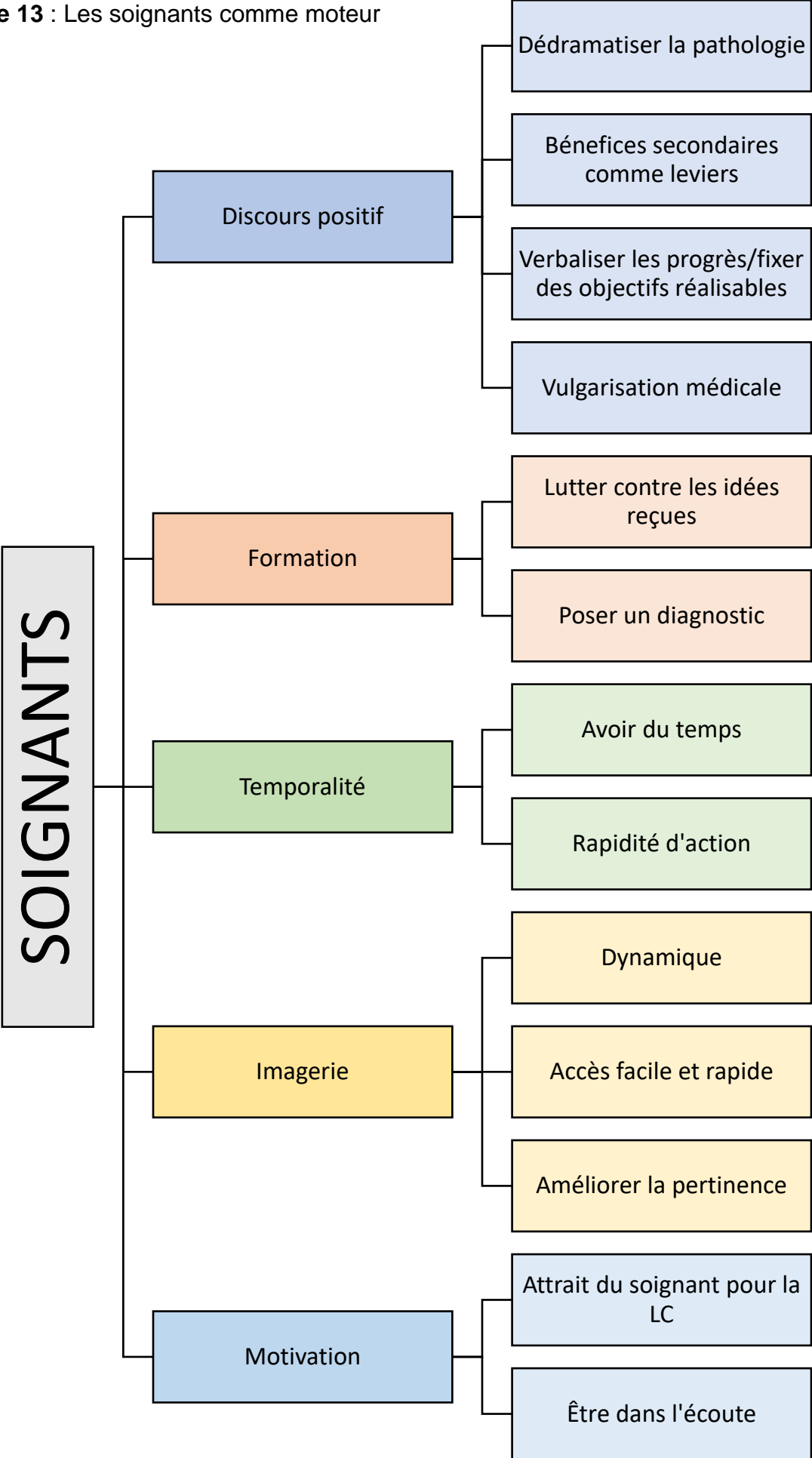
Un participant a fait part de son souhait d'avoir accès à une imagerie dynamique qui pourrait faciliter la prise en charge en ostéopathie.

v. Motivation

La motivation est un pilier essentiel. On pense en premier lieu au malade, mais il ne faut pas oublier que l'attrait du soignant pour le patient lombalgique chronique est une donnée importante, qui lui permet de rester à l'écoute.

CHIR1 : « Je pense qu'il y a vraiment l'envie du thérapeute, si le thérapeute a une envie de soigner et un intéressement à la pathologie, je pense que c'est un vrai moteur ... »

Figure 13 : Les soignants comme moteur



c. L'activité physique

L'activité physique a été tellement plébiscitée que nous avons dû créer une rubrique spécifique à son sujet.

MG2 : « ... le meilleur moyen de traiter le dos est de se mettre en mouvement et de ne pas s'arrêter. »

L'arbre thématique correspondant est présenté dans la **figure 14**.

i. Promouvoir l'activité physique

Il a été rapporté que pour permettre aux patients de faire du sport, il faut tout d'abord redéfinir avec eux ce qu'est une activité physique. Il y a aussi une demande d'encadrement et d'accompagnement qui pourrait être soutenue par la création de groupes de marche, une meilleure utilisation des compétences des coachs d'APA et des kinésithérapeutes. Tout cela dans une démarche de personnalisation du soin à chaque individu et pour permettre, à la fois de lutter contre la sédentarité et la kinésiophobie, mais aussi pour prévenir le surpoids et l'obésité.

- Education/encadrement

MK5 : « ... il faudrait qu'on arrive à leur expliquer l'activité parce qu'au final peut-être aussi qu'il y a des gens qui ne bougent pas parce qu'ils ont l'impression que de faire une activité c'est un truc de fou, au final on arrive tellement avec des gens qui ne bougent plus ... »

- Groupe de marche ou de remise en mouvement

IDE2 : « ... même pour l'activité physique finalement, en groupe on leur propose de la marche, ça fonctionne super bien, ils se motivent entre eux. »

- Former les médecins à la prescription de l'APA/rembourser l'APA

APA1 : « Former les médecins à faire une ordonnance pour le sport adapté et rembourser par la Sécurité Sociale l'activité physique adaptée pour vraiment prendre ce temps-là. »

- Kinésithérapie

Plusieurs notions ont été abordées concernant la kinésithérapie, afin d'en faire vraiment un moteur il faudrait pouvoir faire des séances plus longues et revaloriser l'acte de prise en charge de la lombalgie chronique. Cela permettra notamment de prendre du temps pour faire de l'éducation thérapeutique sur de l'ergothérapie afin de prévenir la rechute.

MK6 : « D'un point de vue kinésithérapeutique c'est vraiment les séances de base en termes de prise en charge, et je trouve que remettre quelqu'un à l'exercice en une séance de 30-35 minutes c'est vraiment peu de chose par rapport à tout le boulot qu'il y a à faire. Pour le prix d'une séance de kiné de base, faire ce boulot là c'est ridicule alors que pourtant c'est une des pathologies les plus lourdes et les plus fréquentes en termes de coût pour la sécurité sociale, je pense qu'il faudrait revaloriser correctement cet acte-là ... »

- Personnalisation.

OST1 : « Il faut que le conseil soit adapté à chaque patient, on ne peut pas donner le même conseil à tout le monde, il y a des gens on sait que quand on leur demande une demi-heure de marche par jour ça va être énorme et il y en a certains pour eux c'est rien. »

- Lutte contre la sédentarité et la kinésiophobie

MK3 : « ... il faut lutter contre la kinésiophobie. »

- Prévenir l'obésité et le surpoids

Les problèmes de surcharge pondérale ont surtout été cités comme des freins à l'activité physique, mais à l'inverse, la prise en charge nutritionnelle est décrite comme un moteur.

ii. Les atouts de l'activité physique

Elle est décrite comme présentant 3 avantages majeurs : être le traitement le plus efficace, permettre une efficacité à long terme, et avoir un rôle de prévention.

MK4 : « ... de toute façon sur le long terme il n'y a que l'activité ... et ça c'est la réalité. »

MK4 : « Il faut leur faire comprendre que c'est l'activité qui fera l'efficacité sur le long terme sur la lombalgie chronique. »

MK5 : « Après c'est vrai que l'activité physique c'est aussi de la prévention. »

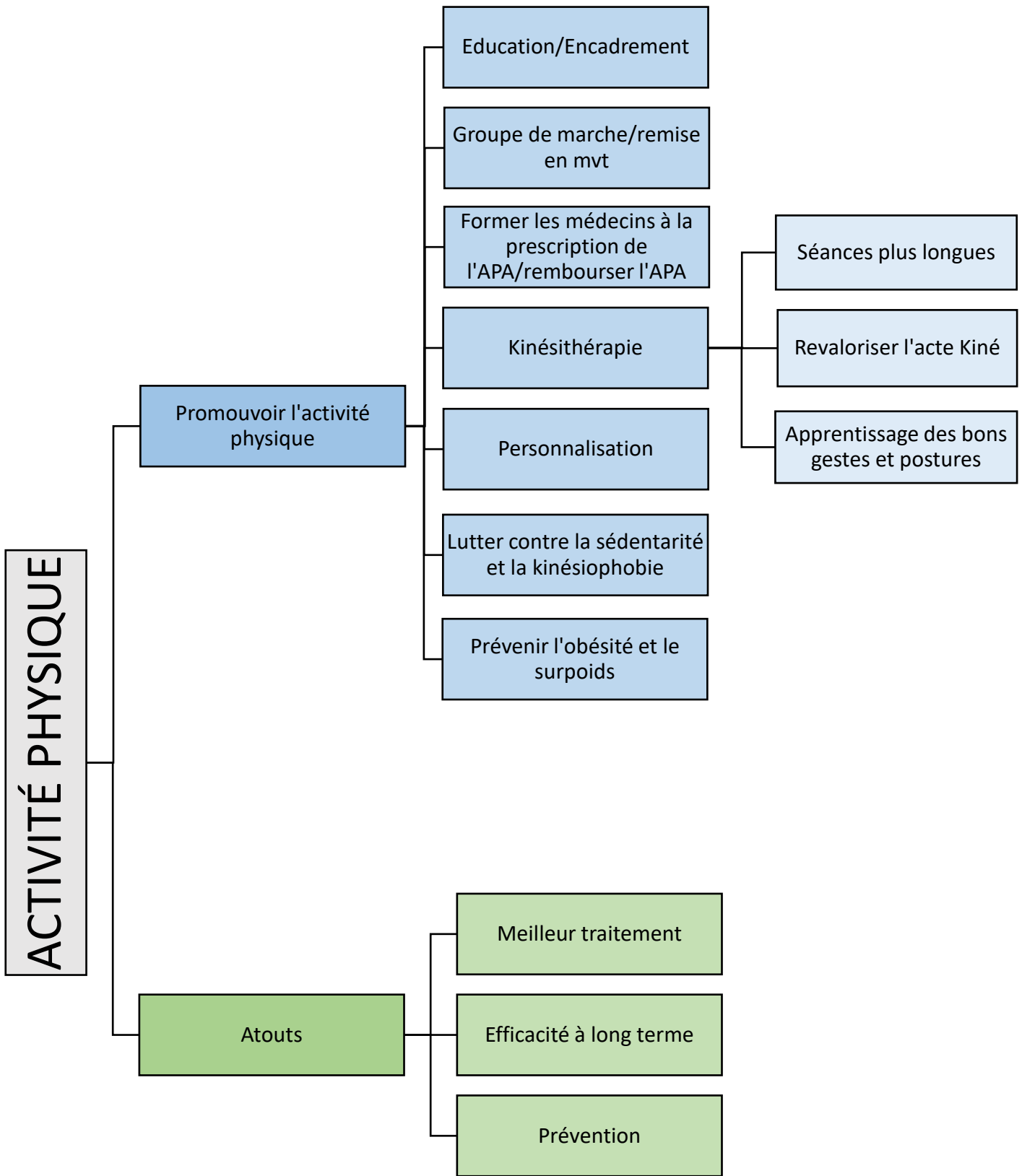


Figure 14 : Activité physique comme moteur

d. L'action pluriprofessionnelle

La pluridisciplinarité est un atout majeur pour la prise en charge de la lombalgie. Cette rubrique a été citée de nombreuses fois par les participants et avec force et conviction. Le diagramme résultant est présenté en **figure 15**.

CHIR1 : « Moi dans les moteurs, je rajouterai bien, la pluridisciplinarité. On est 6 acteurs autour de cette table, 6 acteurs importants dans la prise en charge de la lombalgie chronique, et c'est en mettant les 6 acteurs ensemble que chacun va mener son petit combat sur ce qu'il peut faire ... »

Il y a 2 notions cruciales pour réussir le pari de la pluridisciplinarité dans la lombalgie chronique : la cohérence entre intervenants et la qualité de la communication.

i. Cohérence de la prise en charge

- Croiser les informations

Les professionnels ont fait ressortir qu'afin d'avoir une prise en charge cohérente, il faut nécessairement que les résultats des examens et les différents comptes-rendus soient partagés entre les acteurs.

IDE2 : « ... je pense qu'en fait rien qu'en recroisant, heu, toutes ces informations qui ont été dispatchées sur plusieurs soignants, avec le patient au centre, ben je pense que déjà on aurait peut-être plus de facilités à aider le patient. »

- Cohérence du discours

La cohérence de la prise en charge ne peut pas se faire sans une cohérence du discours entre les soignants, sans quoi on risque de briser l'alliance thérapeutique avec le patient.

MK4 : « Il faut que tout le monde ait le même discours. »

MK5 : « Je pense qu'il faudrait peut-être qu'on ait un discours plus commun, parce qu'ils rebondissent vraiment sur un truc et après tu as du mal. »

- Décision médicale partagée

Une décision médicale partagée, en concertation avec les différents intervenants et le patient permettra au mieux de répondre à ce besoin de cohérence.

MK6 : « Je pense qu'il faut que le projet thérapeutique, que ce soit avec le généraliste ou avec le spécialiste, il soit d'un accord commun et que chacun des participants sache ce qui est fait par qui, pour que ça soit cohérent par rapport au patient, cohérent par rapport au médecin, et qu'il y ait un échange du patient avec le médecin généraliste ou le spécialiste, ou du généraliste avec le kiné, et que ce soit sur un même discours ... »

- S'entre-former

Cette notion rejoint un peu le thème de la formation des soignants, mais elle rajoute une nuance qui n'est pas négligeable à savoir que l'on peut allier apprentissage et cohérence de la prise en charge. En effet si sur un territoire donné chacun forme les autres intervenants sur une spécialité qui lui est propre, cela va naturellement lisser la prise en charge.

CHIR1 : « ... il faut se rencontrer, et chacun dit ce qu'il fait un peu, s'autoformer, chacun raconte un petit peu son métier ... »

ii. Communication de qualité

- Réseau efficient/Facilité des échanges

Pour pouvoir avoir une bonne communication, il a été dit que les échanges devaient être faciles, et pour permettre cela le réseau doit être efficient.

RAD1 : « Essayer de faire un réseau efficient. »

RAD1 : « La facilité des échanges entre les différents intervenants, que ce soit plus fluide, et qu'on puisse avoir les données de tout le monde »

- Rapidité d'action

Tout comme dans la rubrique « soignants », la temporalité est un critère essentiel pour la réussite de la pluridisciplinarité.

MPR2 : « tout avoir à un instant T »

MPR1 : « Pour moi la baguette magique serait d'agir très très vite, c'est-à-dire que dès qu'on détermine des drapeaux rouges il faut avoir une action pas seul dans son coin, à savoir directement une action pluridisciplinaire ... »

- Savoir passer la main

Il faut aussi que le soignant et le patient soient prêts à rentrer dans une démarche pluriprofessionnelle et accepter que pour avancer dans la lombalgie chronique il ne faut pas rester seul.

MK6 : « Des fois, il faut savoir aussi accepter de rompre le soin avec un patient, et de lui dire soit vous allez voir quelqu'un d'autre, soit vous attendez d'être prêt pour rentrer dans la démarche de soins. »

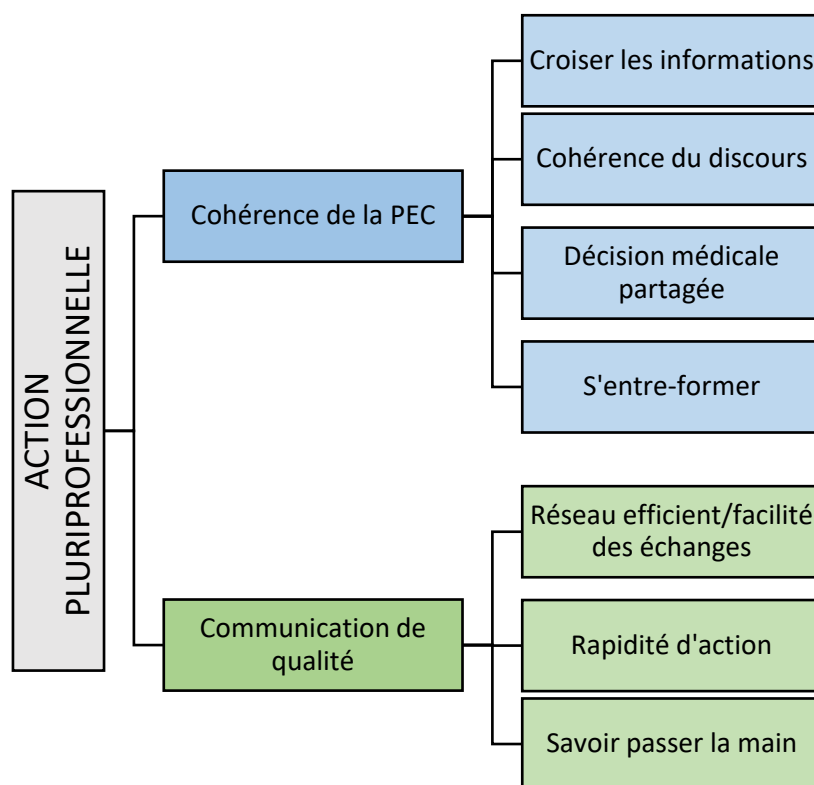


Figure 15 : Action pluriprofessionnelle comme moteur

e. Le travail

i. Recours rapide à la médecine du travail

La présence d'un médecin du travail lors du world café a été particulièrement appréciée. Cela a permis aux personnes présentes pendant la soirée de lui poser de nombreuses questions pendant et en dehors des tours de table. Cette spécialité médicale étant un peu à part, son fonctionnement restait mystérieux pour beaucoup. L'arbre thématique concernant l'univers professionnel est présenté dans la **figure 16**. Au fur et à mesure, le thème de la rapidité d'accès à la médecine du travail a été abordé à de nombreuses reprises car c'est vraiment un élément fondamental pour anticiper la reprise.

MT1 : « Moi, au niveau du travail, c'est vrai que ce qu'on voit, c'est qu'en général les personnes qui viennent nous voir rapidement sont dans une dynamique de reprise, et en général ils reprennent ... »

MT1 : « Il faut faire la demande de consultation dès l'arrêt, parce que nous aussi on est en lien avec l'assistante sociale, avec Cap emploi maintien, on a aussi des cellules de maintien en emploi, et les dossiers sont discutés avec le médecin du travail, l'assistante sociale de la Carsat, l'assistante sociale de notre service. »

ii. Reprise de l'activité professionnelle

La reprise de l'activité professionnelle est un thème décrit comme un moteur pour la prise en charge de la lombalgie chronique. Elle repose sur différents facteurs :

- Envie de reprendre

C'est le premier élément indispensable à la reprise : L'envie de reprendre de la part du patient.

MG2 : « ... l'envie de reprendre le travail ... surtout chez des gens qui aiment leur travail fondamentalement, est un vrai moteur pour, justement, traiter la lombalgie, ... »

Cependant, l'envie seule peut parfois ne pas suffire et il faut donc adapter le poste de travail, ou prévoir une reconversion professionnelle, et tout cela est largement facilité par une implication importante de l'employeur.

- Adaptation du poste de travail / Reconversion professionnelle

RH1 : « Adapter le poste de travail, il faut changer le poste de travail, sinon il va falloir envisager un reclassement ... »

MT1 : « ... quand on les reçoit rapidement on aborde le travail, les aménagements, on prend contact avec l'employeur, on va sur place voir ce qu'on peut aménager dans le poste quand on ne connaît pas le poste, voilà on se rend sur place. Et si après on est sur une pathologie plus compliquée où l'on craint vraiment une inaptitude on enclenche la reconversion professionnelle rapidement ... »

- Implication de l'employeur dans le changement de poste et la reconnaissance de la pathologie

L'adaptation du poste de travail nécessite la participation de l'employeur qui est vraiment un moteur pour la reprise. Par ailleurs, il a été introduit l'idée que la reconnaissance de la pathologie par l'employeur est aussi un moteur pour le retour en entreprise du patient.

MT1 : « ... il y a aussi les possibilités d'aménagement du poste, selon l'investissement de l'employeur, et bien le salarié ne le vit pas de la même façon, et parfois effectivement ça peut être un moteur. »

iii. Prévention au travail

Il ne faut pas oublier que la médecine du travail a avant tout un rôle préventif. Parfois l'application de gestes simples, notamment d'ergothérapie, peut permettre de protéger le dos et d'éviter la survenue d'une lombalgie.

RH1 : « ... c'est la médecine du travail, c'est l'adaptation, c'est l'ergothérapie au niveau du travail. »

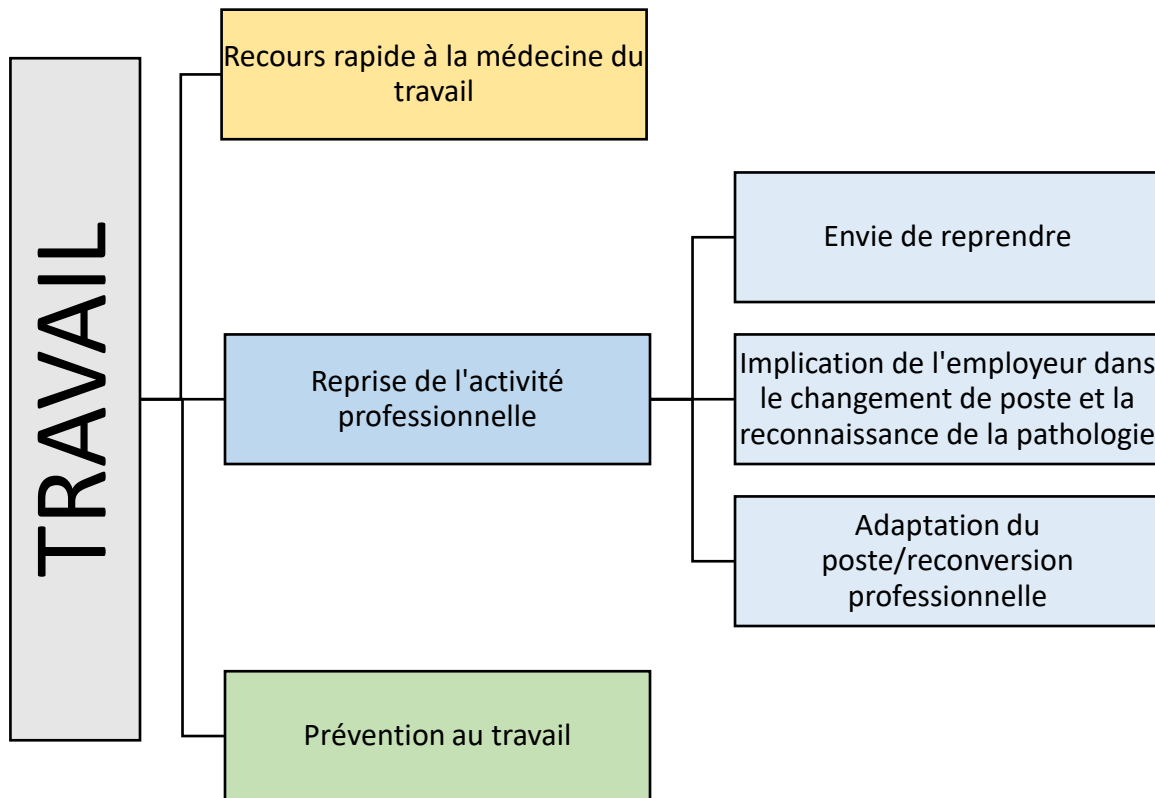


Figure 16 : Le milieu professionnel comme moteur

f. La prise en charge de la douleur

Le thème de la prise en charge de la douleur est revenu assez souvent comme moteur. Il recouvre 3 notions différentes, comme présenté dans la **figure 17**.

i. Antalgie

Le premier thème est tout simplement de soulager la douleur, d'avoir un effet antalgique.

KM : « Dans les moteurs, ça pourrait tout simplement être de soulager la douleur. »

ii. Analyse précise de la douleur / communication hypnotique

Concernant les moyens de gestion de la douleur, la psychologue a apporté quelques pistes à utiliser en plus des antalgiques conventionnels. Il s'agit notamment de faire une analyse précise de la douleur afin de repérer avec plus de finesse les moments où l'on a moins mal. Il s'agit aussi de la communication hypnotique, dont nous avons déjà parlé dans le point 1. a. ii.

PSY1 : « Moi je fais des évaluations douleur très précises, les patients sont d'ailleurs étonnés qu'une psychologue fasse ça, je leur fais dessiner des corps, leur demande

d'inscrire précisément où ils ont mal, avec quelle intensité etc... et du coup ça me permet de dire ok bon de toute façon vous la sentez cette douleur, on y va, on plonge dedans et derrière ça permet de se rendre compte que 'finalement c'est pas tout le temps comme ça', on arrive à avoir des tout petits bouts de 'non mais en fait le matin c'est moins fort ... »

iii. Apprendre à vivre avec sa douleur

En dernier recours, il faut parfois accepter la douleur et trouver des solutions pour vivre avec.

CHIR2 : « Et c'est quelque chose en rapport avec notre époque aussi. Encore un exemple, un patient de 88 / 89 ans que je vois tous les ans, qui est au bout de sa vie, que je fais infiltrer et puis qui revient me voir toujours en disant « j'ai un petit truc là et j'ai un petit truc ici » alors qu'à son âge il fait encore du golf et du foot et à l'inverse on voit des Lozériens de 50 balais qui ont des trucs pas possibles et qui disent rien et qui vont très bien et c'est un peu l'époque qui fait ça, actuellement on veut un résultat, on veut être nickel, on n'accepte pas de ne pas réussir à guérir. »

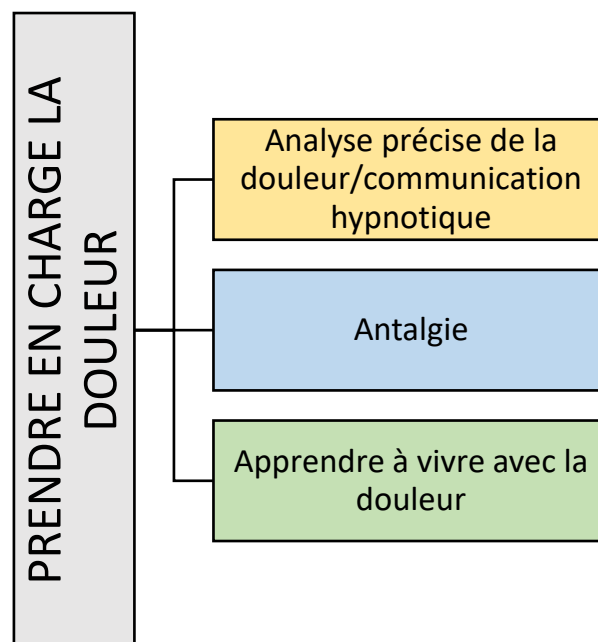


Figure 16 : Prendre en charge la douleur

2. Les freins à la prise en charge de la lombalgie chronique

a. Le manque de coordination

Le manque de coordination est un frein important à la prise en charge de la lombalgie chronique. L'arbre thématique résumant cet aspect est présenté dans la **figure 17**.

i. Cloisonnement

- Manque de communication

Le manque de communication entre les professionnels de santé est un des freins qui a été le plus décrit au cours du world café, preuve que les soignants sont tout à fait conscients du problème. D'ailleurs, on remarque aussi qu'il a été abordé par presque tous les corps de métiers.

APA1 : « ... j'ai mis d'abord le cloisonnement des professionnels, ça revient un petit peu sur ce qu'on a dit au départ, à savoir la multiplicité des intervenants et des intervenants aussi qui ne parlent pas entre eux forcément. »

CHIR1 : « Et la troisième chose que je pense importante, et qu'on est en train de casser ce soir, c'est l'interaction entre les plusieurs types de thérapeute. ... Ce qui serait intéressant c'est d'avoir un contact directement avec ces 6 ou 7 thérapeutes possibles et ça je pense que c'est un truc qui nous manque, qui est un vrai frein dans notre prise en charge. »

RAD1 : « ... on a parlé aussi du manque de communication entre les différents intervenants, chose qui est sortie dans pas mal d'ateliers. On ne sait pas qui a fait quoi, où en est le patient finalement dans sa prise en charge. »

- Manque de temps pour échanger

Naturellement, la temporalité a là aussi toute son importance et le manque de temps est une barrière à la pluridisciplinarité.

MK1 : « Le manque de temps qu'on peut avoir aussi en tant que thérapeute à échanger avec les autres professionnels même si on en a déjà parlé, le cloisonnement. »

- Peur de communiquer avec les médecins

Il a été rapporté une fois, que certains paramédicaux pouvaient avoir une appréhension à communiquer avec les autres, notamment avec les médecins, mais heureusement il a aussi été mentionné que les médecins semblent plus accessibles actuellement que par le passé notamment au sein des MSP.

OST1 : « Non, je ne me l'interdis pas, c'est vrai que des fois j'avais un peu une appréhension à le faire, j'avoue en tant qu'ostéo, je me suis dit est-ce que je suis légitime pour pouvoir communiquer avec d'autres professionnels ? »

- Complexité de la prise en charge globale du patient

Le cloisonnement de la prise en charge est tout à fait nocif pour le malade, car la plupart du temps, un intervenant unique n'aura ni les connaissances, ni les ressources nécessaires et suffisantes à la guérison. Il faut prendre en charge le patient dans sa globalité.

MPR2 : « ... si tu te focalises sur le dos et ben ta prise en charge elle est vouée à l'échec, mais c'est compliqué parce que nous on est dans notre domaine et il faudrait élargir, ce n'est pas facile non plus. »

ii. Dispersion

- Nomadisme médical

Le nomadisme médical est un thème important par sa récurrence dans les tours de table. Il est en partie secondaire à l'errance diagnostique, à l'absence de coordination entre les intervenants et à la discordance du discours entre les soignants motivant le patient à consulter de nombreuses personnes différentes en quête de vérité sur sa maladie.

IDE2 : « Ça c'est un frein aussi, quand ils font du nomadisme médical. Ils ont un médecin qui va dire un truc, et un autre médecin qui va dire un autre truc, et qu'ils vont interpréter aussi. »

- Errance diagnostique

RH1 : « Ces lombalgies chroniques qui ont traîné, qui ont fait 36000 choses, 36 000 examens et qui sont allées voir différentes équipes médicales et qui ont fait de tout, souvent la difficulté elle vient de là. Ils sont partis au centre antidouleur, ils ont fait de la kiné, ils ont fait 36 000 choses. »

- Manque de centralisation des données

La dispersion se reflète dans le manque de centralisation des examens d'imagerie, des comptes-rendus de consultation et de kinésithérapie, ce qui est à l'origine d'une perte d'information et de temps pour les acteurs de la lombalgie chronique et surtout pour le patient. Cela peut entraîner aussi la répétition d'examens déjà réalisés et un coût supplémentaire pour la sécurité sociale.

MK6 : « C'est dommage de ne pas avoir accès à un dossier médical qui pourrait centraliser plus, ça permettrait de ne pas faire des actes répétés, de ne pas faire répéter le patient de savoir exactement où il en est. »

- Discordance du discours entre soignants

Enfin, la dispersion c'est aussi une discordance du discours entre les soignants, chacun utilisant son vocabulaire et donnant son point de vue sur la pathologie.

CHIR2 : « Le problème c'est qu'on va tous trouver un truc : le Radiologue il va trouver une discopathie, le MPR il va trouver une rétraction des ischios, le Kiné il doit trouver un problème d'aponévrose, le Neurochirurgien il va trouver etc... le Psy va trouver un problème psy. »

iii. Moyens techniques

- Complexité du parcours de soin

D'un point de vue technique, les protagonistes ont pointé la complexité du parcours de soin, dans le sens où il n'y a pas de parcours préétabli à proprement parler, les patients sont parfois perdus dans les méandres de l'offre de soin libérale.

CHIR1 : « ... en allant chez le kiné, ... parfois en suivant des séances de psychothérapie, des choses comme ça, aussi se battre pour aller à la médecine du travail pour organiser la reprise. Tout ça, ça demande un investissement important du patient. »

- Longs délais de prise en charge

Les délais de prise en charge, de par leur longueur, peuvent poser un problème par 2 aspects : premièrement car ils freinent automatiquement la rapidité des actions qui peuvent être mises en place pour éviter la chronicité, et deuxièmement car ils sont une cause de renoncement au soin.

CHIR2 : « Moi je dirais plutôt les délais de prise en charge, quel que soit l'intervenant. C'est insupportable, quand on explique à quelqu'un qu'il doit voir un chirurgien et qu'il met 2 mois pour le voir, ce n'est pas possible, quand on explique à quelqu'un qu'il doit aller en centre de rééducation et qu'il met 4 mois pour être convoqué, ce n'est pas possible, quand on dit à quelqu'un qui doit faire une infiltration et qu'il faut 6 semaines pour l'avoir ce n'est pas possible. Je pense que ça c'est un vrai problème. »

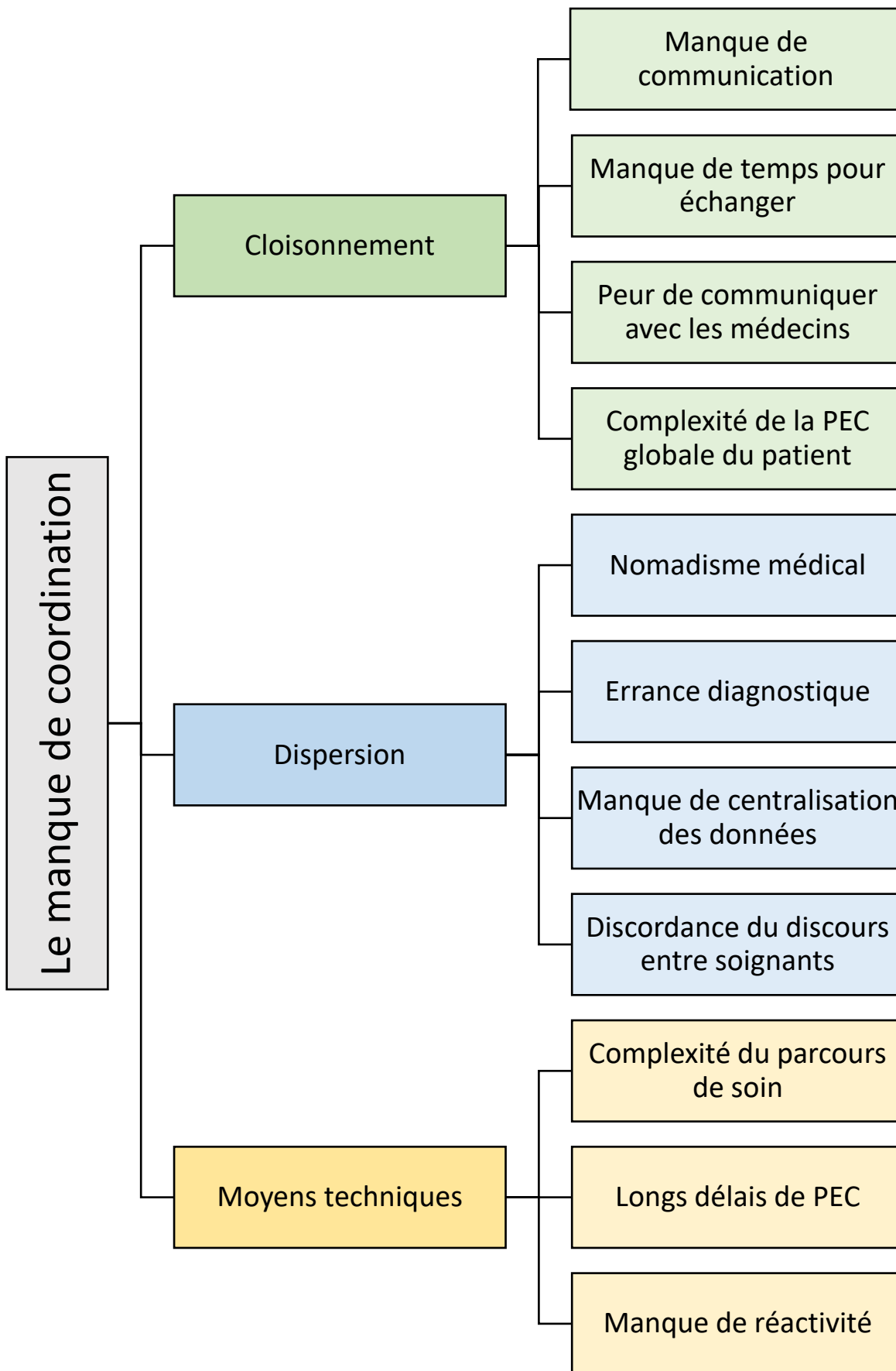


Figure 17 : Manque de coordination

b. Le patient

Après avoir débattu du manque de coordination dans la prise en charge de la lombalgie chronique, le patient lui-même est venu s'inviter au débat comme montré dans la **figure 18**. Deux thèmes ont particulièrement été commentés, il s'agit des fausses croyances, et des bénéfices secondaires.

i. Fausses croyances

La notion de « fausses croyances » est un thème fort, qui a été abordé de manière intense.

CHIR1 : « Je suis d'accord avec l'histoire des fausses croyances, c'est quelque chose qu'il faut absolument casser, parce que c'est à cause de ça qu'on a beaucoup de problèmes derrière. »

Il y a notamment 2 idées qui reviennent : d'abord que la guérison vient du thérapeute et non du patient lui-même et on rejoint un peu le thème de la passivité du patient dans le sens du manque d'implication (cf 2.b.ii).

OST1 : « C'est vrai que les gens pensent que la guérison vient de nous. »

MK4 : « Parce qu'ils s'attendent à venir, moi je parle pour mon cas, ils viennent, ils s'attendent à faire une seule séance et que tout soit fini. Ils attendent que ce soit moi qui les soigne à 100 % et c'est difficile de faire comprendre à certaines personnes que c'est pas ça ... »

Mais aussi que le travail est forcément un élément aggravant dans la pathologie lombaire.

MK2 : « Il y en a qui sont persuadés que leur travail est mauvais pour leur dos. »

Ensuite, on constate simplement que le problème principal dans les fausses croyances c'est un manque de connaissance du patient sur sa pathologie, notamment à cause du manque d'ETP et de la désinformation sur internet. Tout cela entraîne une déformation de l'information avec à la clé la peur du mot « hernie », et l'oubli de l'origine plurifactorielle de la pathologie.

- Poids des mots

Le mot hernie est vraiment considéré par les soignants comme dangereux. Car, s'il est nécessaire et indispensable que le patient comprenne bien sa lombalgie, il est rapporté que cette lésion est prise par le patient comme une véritable catastrophe qui peut fortement freiner la guérison. Il doit donc être prononcé avec tact, et surtout avec l'explication adaptée.

MK2 : « Il y a aussi des mots qui sont ancrés dans la tête du patient, quand on parle d'hernie c'est fini, quand il y a hernie ça veut dire qu'on ne peut plus rien faire, ça c'est plutôt un frein aussi. »

RAD1 : « Tu vois, des fois tu as le patient, il vient, il a une sciatique à droite et toi (radiologue,) tu as dit hernie à gauche. Il dit 'j'ai une hernie' et moi je lui dis : 'bah oui,

mais monsieur, elle n'est pas douloureuse, vous l'avez mais elle ne fait pas mal' mais lui il a retenu le mot hernie. 'J'ai une hernie donc j'ai mal'. ».

MPR1 : « ... quand on a posé le diagnostic d'hernie discale c'est compliqué à gérer ... »

- Manque d'ETP

MK1 : « ... prendre le temps de lui expliquer avec ses mots à lui, clairement son problème de dos ... Les croyances du patient, ..., notamment par rapport à l'imagerie, par rapport à ce qu'il a réellement il a plein de croyance, et ça va compliquer la prise en charge. »

- Origine monofactorielle

Il a aussi été dit qu'il est parfois difficile pour le patient d'appréhender l'origine plurifactorielle de la lombalgie chronique, et qu'il a parfois une tendance à se réfugier derrière un problème parmi d'autres pour justifier l'échec de la prise en charge.

MK5 : « ... les patients ils ont tendance à se dire que c'est un truc qui va régler tout, ils ont du mal avec le côté qu'il y a plein de facteurs en fait. »

- Désinformation sur internet

En plus du manque d'information, il y a aussi des mauvaises informations qui peuvent circuler d'une personne à l'autre ou sur internet

IDE1 : « Je voulais dire par rapport aux croyances du patient par rapport à l'imagerie mais aussi par rapport à ses propres ressources qu'il trouve sur internet. Il va arriver en disant 'mais moi j'ai vu ça', 'je ne peux pas faire si je ne peux pas faire ça'. »

ii. Comorbidités

- Sédentarité

La sédentarité est un problème qui a été assez abordé au cours de ce travail. Elle est à la fois cause et conséquence du mal de dos. Il y a eu des phrases assez fortes, comme par exemple celle-ci :

MK4 : « C'est la sédentarité qui tue les gens. » « Le mouvement c'est la vie, quand on ne bouge plus on est mort. »

Ce manque d'activité physique est un véritable problème sociétal, les participants ont évoqué comme origine la kinésiophobie, la douleur, le manque de connaissance sur le sport et aussi les problèmes financiers d'accès à certaines infrastructures.

IDE2 : « Moi quand je leur parle d'activité physique ils me disent 'ben non, mais moi je ne fais pas d'activité physique, qu'est-ce que vous voulez que je fasse ?' et en fait quand on leur explique que ben juste de la marche c'est de l'activité physique. »

MG4 : « Dans les feins on a vu des difficultés d'accès à l'activité physique à cause des douleurs ... »

- Surpoids/Obésité

Parallèlement au problème de sédentarité, le thème du surpoids et de l'obésité a été décrit assez souvent comme frein à la prise en charge. La prise en charge nutritionnelle est complexe et peut nécessiter l'intervention d'un spécialiste de la question.

MG2 : « On parle du poids effectivement, je réfléchis en même temps, et je me dis 'tiens il n'y a pas de nutritionniste ?' et je me dis que c'est hyper important ... »

IDE1 : « Donc moi j'ai mis le surpoids et l'obésité, parce qu'une personne qui a du mal à se bouger déjà on ne va pas pouvoir lui dire de reprendre une activité physique, enfin ça va être compliqué pour les personnes. »

- Psychologie

La psychologie du patient recouvre des thèmes différents.

Il s'agit à la fois de la pathologie psychiatrique à proprement parler, avec des problèmes d'épisodes dépressifs caractérisés, de non remboursement de la psychothérapie et d'addictions à l'alcool ou à des médicaments (notamment aux antalgiques).

MPR1 : « Alors je voudrais reprendre un petit peu le côté psychologique parce que je pense qu'il y a beaucoup de peur et d'angoisse quand ça devient chronique. Il y a un état dépressif réactionnel qui est présent et qui est très souvent un facteur limitant. »

MG4 : « Peut-on parler des freins financier ... ? » réponse de MT1 : « ça serait un frein surtout pour la psychothérapie. »

MPR1 : « ... il y a beaucoup de patients qui sont dépendants de médicaments et ça c'est très compliqué, pour moi c'est un critère péjoratif pour la suite ... »

IDE1 : « Et je voudrais rajouter aussi peut-être par exemple dans les addictions : l'alcool ça peut être un frein à la prise en charge. »

Mais on parle également de la psychologie à proprement parler du patient avec en premier lieu les bénéfices secondaires, thème extrêmement important et central qui a été très souvent cité par les participants et quelle que soit la table et avec des mots assez forts, et aussi du manque d'implication du patient dans sa prise en charge, thème qui a été modérément débattu et enfin, dans une moindre mesure, des thèmes de fatalisme, et de déni des troubles.

- Bénéfices secondaires :

RH1 : Et puis il y a les feignasses qui restent toujours dans la douleur, qui vont dire 'j'ai mal j'ai mal' or ce n'est pas vrai, moi j'ai vu des gens qui simulaient ... Il y a des gens qui disent 'j'ai mal' juste parce qu'ils veulent qu'on les arrête pour ne pas travailler et toucher les dividendes. Moi je connais même des gens qui sont arrêtés par le médecin traitant et qui travaillent au black dans des sociétés de nettoyage.

MK4 : « ... une espèce de complaisance un petit peu parfois à être 'ah je suis malade, je suis pris en charge', je vais rester passif ... »

- Manque d'implication :

MK4 : « Il y a des gens qui sont réfractaires à toute forme de réflexion, ou d'implication, et là c'est très difficile ... »

RH1 : « Il faut tout lui mâcher sinon il ne bougera pas, tu es obligé de tout lui mâcher, de lui expliquer tout ... »

- Fatalisme :

MK5 : « ... ils ont vraiment l'impression au final que c'est une fatalité et que bon, ben ils sont lombalgiques chroniques donc ben ça sera toujours comme ça et que y'a pas de solution vraiment, ils viennent pour se traiter mais sans espérer en sortir en fait. »

iii. Environnement

Enfin, pour terminer sur cette rubrique du patient comme frein à la prise en charge de la lombalgie, on va parler de son environnement social et familial.

- Contexte social

Tout comme déjà mis en évidence avec la psychothérapie, le manque de moyens financiers peut être un frein par exemple à l'accès au sport.

MK1 : « Et du contexte social aussi, parfois l'accès au sport peut être limité par ce contexte. »

- Contexte familial

Plutôt décrit comme élément protecteur, le contexte familial a été cité une fois comme pouvant être un frein, surtout lorsqu'il y a la notion de responsabilité familiale, de nécessité de pourvoir aux besoins primaires de sa famille. La pression qui en découle est une charge mentale supplémentaire à gérer.

IDE1 : Et puis j'ai mis la situation familiale parce que je pense que quand on a des enfants, une famille, et tout ça, on doit subvenir à la famille donc du coup c'est dire 'est-ce que je vais être capable de pouvoir travailler ?' 'Qu'est-ce que je vais devenir ?' ça peut être des soucis supplémentaires. »

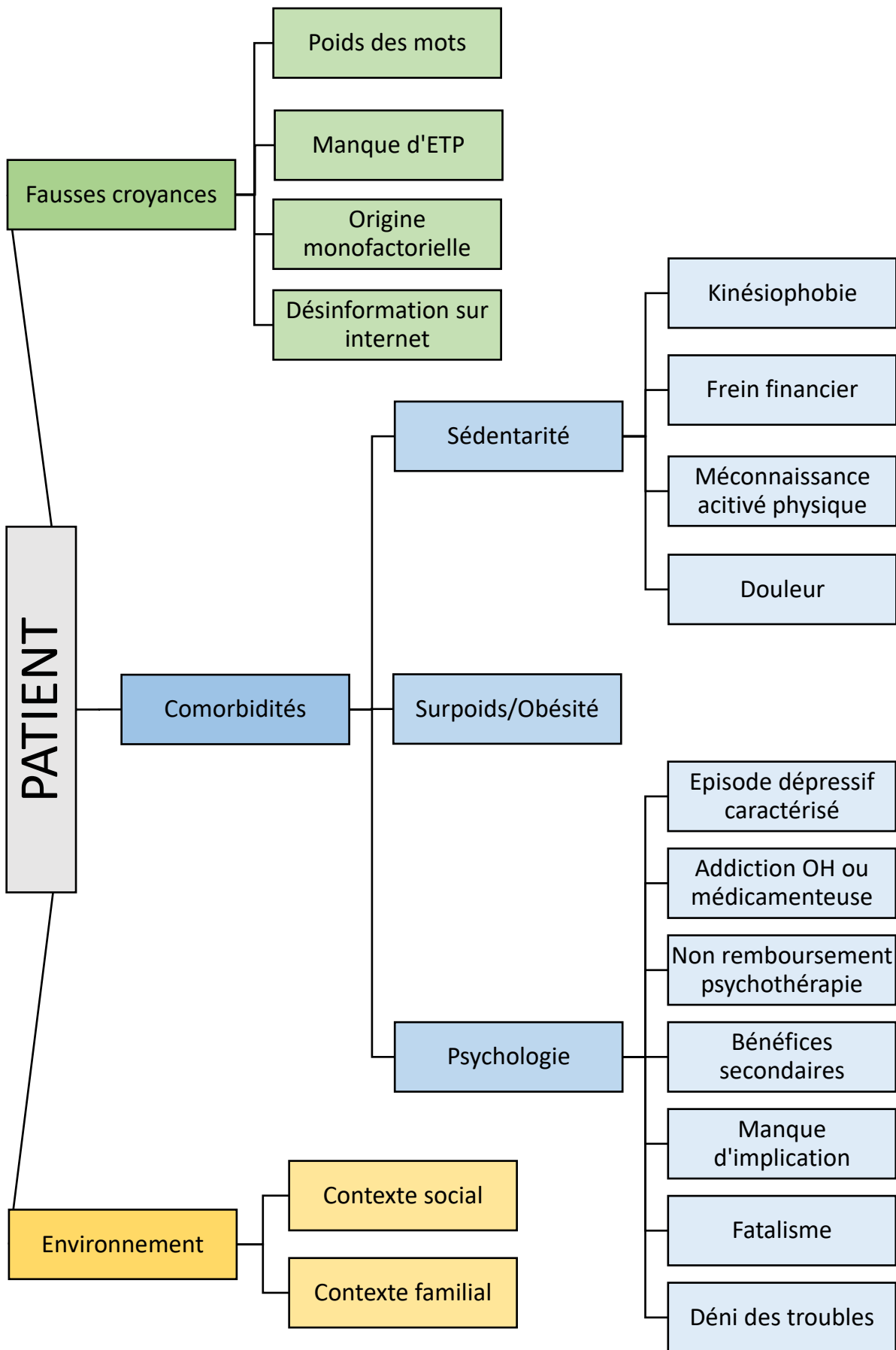


Figure 18 : Le patient comme frein

c. Le travail

Le travail peut être un facteur limitant de la prise en charge de la lombalgie chronique, l'arbre thématique correspondant à cette rubrique est présenté en **figure 19**.

i. Retard au recours à la médecine du travail

S'il y a un thème important dans la rubrique du travail c'est bien ce thème de retard à l'accès à la médecine du travail, car on sait, comme vu dans l'introduction, que plus l'arrêt de travail est long, et moins le patient a une chance de revenir dans son milieu professionnel (3).

MT1 : « ... on les voit au bout de 2 ou 3 ans, et de toute façon pour eux c'est déjà fini, c'est trop tard, et en fait on n'arrive pas à impulser cette envie d'essayer, c'est voué à l'échec ... »

Les causes de ce retard sont multiples et dépendent à la fois du système de santé, des soignants et des patients.

- Méconnaissance des soignants

MK1, au sujet de la médecine du travail : « On sait pas du tout comment ça se passe, là encore c'est un problème de connaissance. »

- Manque de médecin du travail

MT1 : « ... alors c'est vrai qu'il y a un manque de médecins du travail... »

- Isolement des médecins du travail

MT1 : « Nous, on ne fait pas partie du dossier médical partagé, on n'a aucune information, on reçoit un salarié qui nous explique sa situation, on le reçoit pendant son arrêt si on lui a conseillé de venir nous voir. »

- Difficultés d'accès à la médecine du travail

MG4 : « Moi je voudrais rajouter dans les freins l'accès à la médecine du travail. »

- Peur de la consultation du médecin du travail

KM : « Souvent ils ont peur, ils se demandent : 'mais qu'est-ce qu'elle va me demander' Il y a quand même une grosse appréhension du médecin du travail. »

- Manque d'anticipation à la reprise

MG4 : « ... on ne déclenche pas suffisamment tôt la visite du médecin du travail. »

ii. Environnement de travail

- Accident de travail

Il a été soulevé le problème des accidents de travail, ils sont un frein à la prise en charge des patients souffrant de lombalgie et un facteur de chronicisation.

MPR1 : « Dans le côté travail je pense qu'il y a également ... des difficultés liées aux accidents de travail, qui sont souvent les cas les plus difficiles à traiter. »

MPR2 : « Quand tu vois quelqu'un qui arrive, et qu'avant qu'il te dise, soit 'Bonjour', soit 'je viens parce que j'ai ça ou ça', c'est 'je suis un accident de travail' Je sais qu'il ne va pas s'en sortir celui-là ... »

- Mal être au travail

Comme nous avons vu précédemment (1. e. ii.), l'envie de reprendre le travail est un bon moteur pour l'amélioration de la lombalgie chronique, il est donc logique que le mal être au travail soit un frein.

MT1 : « ... le frein qu'on a aussi ... quelqu'un qui se sent mal n'aura pas envie de reprendre, il y aura plus de bénéfices secondaires. »

- Conflits au travail

Il faut toujours explorer le monde du travail chez un patient souffrant de mal de dos. En effet, Cette plainte somatique peut parfois cacher un conflit au travail qui sera un frein à la reprise tant que ce conflit n'aura pas été résolu (drapeaux jaunes).

RH1 : « Dans le côté professionnel, s'il y a un conflit, avec quelqu'un de la société, souvent le patient dit 'j'ai mal, j'ai mal' pour exprimer qu'il y a un problème avec son patron. »

iii. Manque de prévention sur le lieu de travail / Non-respect des gestes et postures

Il y a un manque important de prévention au travail, en lien avec le manque de médecins du travail.

MT1 : « Et c'est vrai qu'il manque de Médecins du travail, donc les visites périodiques il n'y en a plus beaucoup. »

MG3 : « Donc il y a moins de prévention du coup. »

MT1 : « ... un salarié qui n'a pas de risques particuliers il est suivi uniquement par une infirmière et c'est tous les 5 ans. »

MG3 : « Donc la prévention il n'y en a pas. »

Parallèlement au manque de prévention au travail, il y a probablement des efforts à faire dans l'apprentissage de techniques d'ergothérapie pour limiter les risques de blessure au travail. Cela va de pair avec le paragraphe 1.e.iii. où il était question de l'amélioration de l'ergonomie du lieu de travail comme moteur à la prise en charge de la lombalgie chronique.

OST1 : « Moi je pense que le non-respect des gestes et postures au travail c'est parmi les choses les plus importantes, c'est les étiologies les plus fréquentes... »

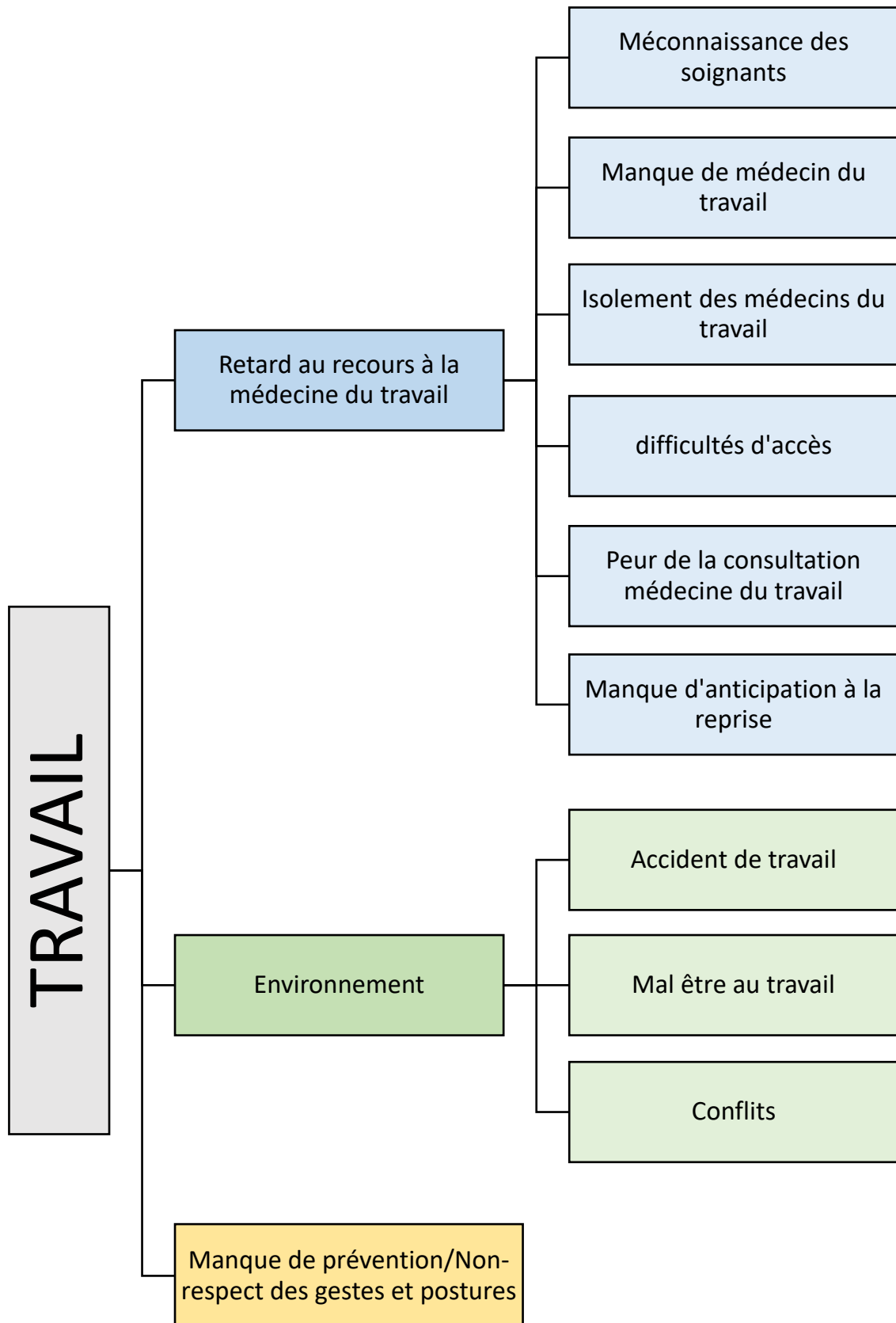


Figure 19 : Le travail comme frein

d. Les soignants

La dernière rubrique des freins à la prise en charge de la lombalgie chronique concerne les soignants, comme présenté dans l'arbre thématique de la **figure 20**.

i. Manque de formation

Le manque de formation est un thème très important, les participants de la soirée n'ont pas hésité à souligner ce thème-là, et à de nombreuses reprises. Il recouvre des concepts différents : surtout les connaissances fondamentales des thérapeutes dans la prise en charge et le diagnostic de la pathologie, dans une moindre mesure la méconnaissance des médecins sur la kinésithérapie mais aussi dans le domaine de la psychologie.

- Connaissances fondamentales

MK1 : « Il y a aussi les croyances du thérapeute qui sont peut-être mauvaises aussi. Et aussi parfois une mauvaise formation du thérapeute à la fois dans la prise en charge, dans l'éducation thérapeutique, et dans la douleur chronique. »

CHIR1 : « La première chose que je voudrais évoquer c'est la méconnaissance des thérapeutes, il y a beaucoup de thérapeutes qui n'ont pas connaissance par exemple des 'Red flags'. »

- Méconnaissance des médecins de la kinésithérapie

MK1 : « ... je trouve que la formation des médecins (sur la kinésithérapie), j'ai quelques internes qui sont venus voir, ils ne connaissent pas du tout notre métier, en fait, ils ne savent pas ce qu'on fait. »

- Domaine de la psychologie

Il y a 2 notions particulières, qui sont importantes dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique, et qui sont probablement sous-exploités à cause d'un manque de connaissance des thérapeutes. Le domaine de l'entretien motivationnel qui permettrait de repérer plus facilement quelles sont les ressources du patient et de s'en servir de levier comme moyen de motivation.

PSY1 : « ... le manque de formation des soignants, peut-être plus les former à l'entretien motivationnel, que les praticiens qui prennent en charge ces patients soient vraiment formés à l'entretien motivationnel, pas seulement 2h, qu'il y ait un vrai entraînement, un ça, aux notions aussi de « coping » face à la maladie, savoir repérer quand un patient il n'a, ne serait-ce qu'une petite ressource pour pouvoir ensuite la démultiplier. »

Et également le concept de réactance, qui est un phénomène psychologique peu connu par les acteurs de la prise en charge de la lombalgie chronique, mais qui peut être dévastateur. Il est très bien expliqué par la psychologue dans l'extrait ci-dessous :

PSY1 : « Ça me fait penser ce que vous dites à la notion de réactance en psychologie, je ne sais pas si vous la connaissez ? Mais c'est cette idée que, soit quand il y a une sensation de perte de liberté par rapport à un choix, qui est perçu comme un choix devant

normalement être personnel, soit quand il y a effectivement un sentiment de non-reconnaissance d'une douleur réelle, dans le cas qui nous occupe, il peut y avoir un phénomène psychologique, en fait, qui va venir empêcher complètement l'adhésion aux soins ... »

ii. Relationnel

- Sentiment d'être démunis

Ce sentiment a été exprimé par certains des participants, il est plus fréquent lorsqu'on est seul face au patient et non en équipe.

MPR2 : « C'est peut-être aussi parce que dans le mot « lombalgie chronique » bah au bout d'un moment on est tous démunis. Notamment dans un certain nombre de cas on se sent démunis, c'est pour ça qu'on voit plus en première intention des freins que des moteurs. »

- Préjugés sur le patient

Les difficultés rencontrées par les soignants peuvent être à l'origine de préjugés négatifs sur le malade. La répétition des échecs des différentes thérapeutiques mises en place va parfois l'amener à penser que le patient est un menteur ou un profiteur.

MG4 : « ... un problème de représentation du malade et du soignant. C'est-à-dire que le lombalgique chronique, quand on est tout seul face au malade, il nous casse les pieds, parce qu'il nous met en échec, donc c'est cette notion de « c'est pas vrai » (dans le sens il fait semblant d'avoir mal), souvent l'imagerie est normale, et les examens cliniques sont souvent pauvres, ..., donc on classe, il y a un problème d'étiquette qui est mise sur ce patient lombalgie chronique. »

PSY1 : « ... je pense que si les professionnels de santé étaient plus largement formés ... ils seraient moins démunis, et du coup ils auraient moins tendance à étiqueter. Parce que, par exemple, le patient profiteur, ou plutôt quand on dit « le patient qui a des bénéfices secondaires = le patient profiteur », moi en tant que psychologue ça me fait réagir ... »

- Fragilité de l'alliance thérapeutique

On peut noter une forme de défiance de la part de certains patients dans la pathologie lombaire. Les discours parfois contradictoires peuvent rompre une alliance thérapeutique qui est déjà fragile.

MG2 : « ... le patient il dit toujours 'ah ben le spécialiste il m'a pris 2 minutes montre en main', le médecin généraliste il dit que de la connerie, et le kiné de toute façon il dit toujours l'inverse du médecin. »

MK6 : « Ce qui est difficile aussi, c'est de récupérer la confiance du patient ... il faut vraiment arriver à gagner la confiance du patient, pour passer à autre chose, parce que souvent ces patients ils sont dans une démarche où ils ne croient plus ni dans leur kiné, ni dans leur médecin généraliste. »

- Manque de temps

Encore une fois la thématique du temps ressurgit concernant les soignants, avec cette sensation de ne pas avoir assez de temps à accorder à nos patients, notamment pour lui expliquer sa maladie.

MK1 : « ... le manque de temps que l'on peut accorder aux patients, prendre le temps de lui expliquer avec ses mots à lui, clairement son problème de dos. »

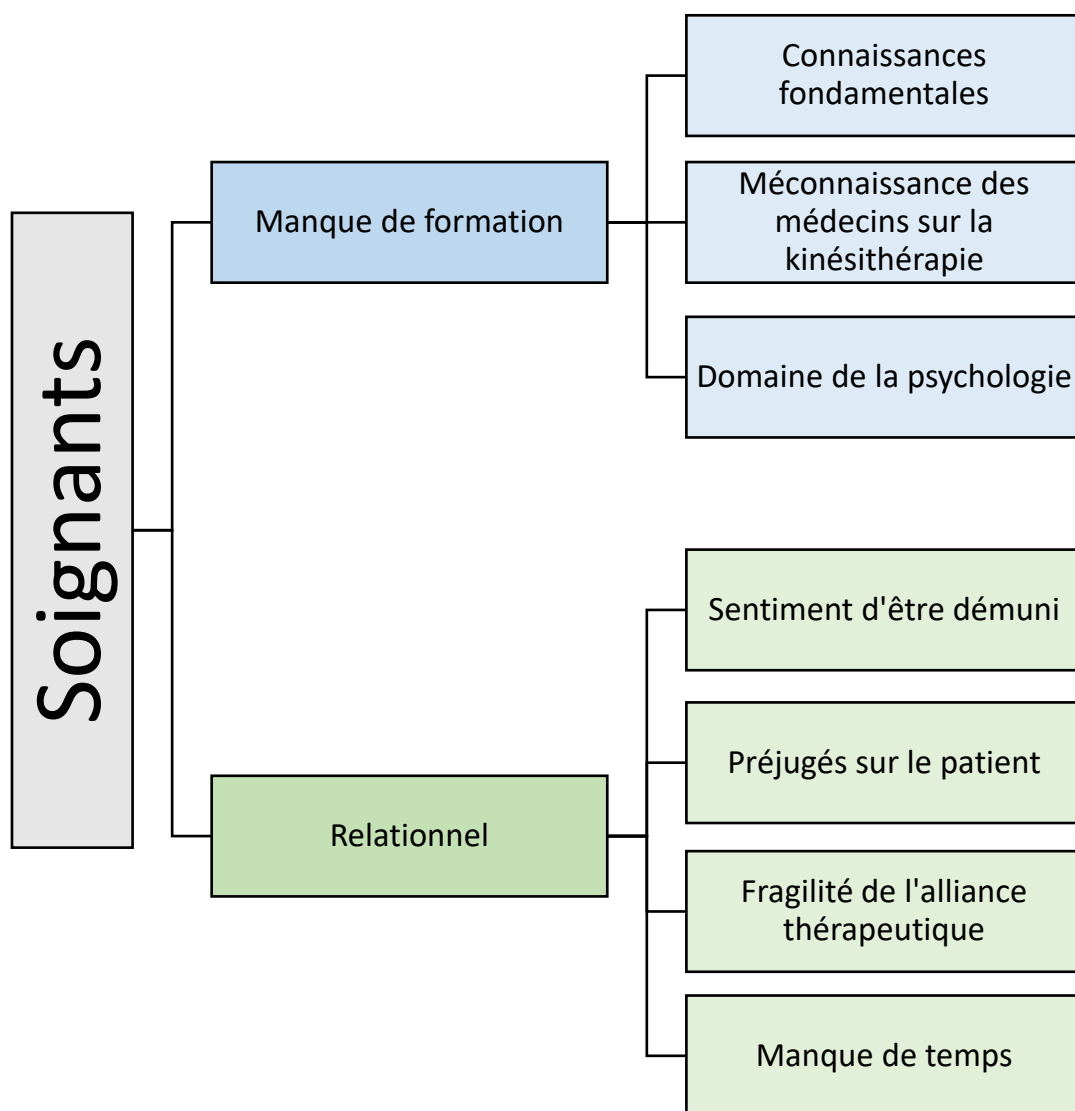


Figure 20 : les soignants comme frein

3. La communication pluriprofessionnelle dans la lombalgie chronique

a. Les différents moyens de communication

Nous avons pu regrouper les différents moyens de communication en 6 rubriques : Les écrits, le téléphone, le numérique, le patient, la rencontre, la structure.

i. Les écrits

Les écrits regroupent 3 thèmes différents : la correspondance traditionnelle, qui fait référence aux courriers du médecin traitant et aux comptes-rendus, le bilan kinésithérapeutique qui a été très débattu au cours de ce travail, et une idée innovante le carnet de santé de la lombalgie. Le diagramme de la **figure 21** représente l'arbre thématique correspondant.

- Correspondance traditionnelle

Le courrier du médecin traitant a été abordé peu de fois, mais il reste un moyen fiable et classique de communication, notamment avec le médecin du travail, c'est parfois sa seule source d'information en dehors des éléments apportés par le patient.

MT1 (médecin du travail) : « Il y a des médecins traitants qui nous adressent des patients, donc il y a un courrier. N'hésitez pas à nous faire des courriers »

Toujours en lien avec la communication, les comptes-rendus des spécialistes et les comptes-rendus d'imagerie peuvent servir de lien entre les professionnels si le patient pense à les amener aux différents protagonistes.

MT1 : « Après ils nous amènent quand même leurs comptes-rendus d'imagerie, s'ils sont passés entre les mains du chirurgien et du rhumatologue, pareil il y a un compte rendu. »

Pour terminer sur ce thème, le radiologue présent à la soirée a insisté sur la nécessité de bien préciser les renseignements cliniques sur les demandes d'imagerie, d'être exhaustif, c'est un élément qui participe à la communication mais surtout à la bonne prise en charge du malade.

RAD1 : « Moi j'avais noté pour améliorer la prise en charge, en tant que radiologue, souvent, quand on a une demande, on n'a rien dans la demande, on nous demande juste 'scanner du rachis lombaire' ou 'IRM du rachis lombaire'. Donc déjà au moins mettre quelques renseignements cliniques ... »

- Le bilan kinésithérapeutique (BK)

Le bilan kiné a été extrêmement discuté au cours de notre travail, les participants ont soulevé beaucoup de notions différentes que nous avons pu regrouper en 3 sous-thèmes : les avantages du BK, les inconvénients du BK, et les pistes d'amélioration.

- Les avantages du BK

Les principaux avantages du BK cités étaient en rapport avec le lien entre le kinésithérapeute et le prescripteur. Il va permettre lors d'une demande de renouvellement de justifier la prescription du médecin, il va également améliorer les relations entre kinésithérapeutes et prescripteurs. Il a aussi été rapporté que le bon niveau de rémunération de cet acte kiné est un plus.

MG1 : « ... ce qui motive les médecins généralistes à demander des bilans kiné aussi, c'est parfois d'avoir des renouvellements systématiques de gens qui sont dans quelque chose de chronique, et parfois tout simplement, pour le justifier, parce que parfois on se dit : 'elle où est notre place dans tout ça ?', on se sent un peu comme juste là pour prescrire et du coup on se dit : 'est-ce qu'on peut repositionner cet intérêt du kiné chez ce patient qui est dans quelque chose de chronique ?' »

CHIR2 : « Parce que le bilan, vous le faites puisqu'il est rémunérable, en plus il est bien rémunéré, même mieux rémunéré que les actes, donc vous avez tout intérêt à le faire. »

- Les inconvénients du BK

Le BK a surtout été critiqué par ses auteurs, à savoir les kinésithérapeutes eux-mêmes. Ils le jugent trop lourd, trop difficile à rédiger, peu diffusable. La sensation que le BK n'est ni utilisé, ni lu par le médecin ne les encourage pas dans sa rédaction.

KM : « ... moi je suis de l'ancienne école, où on n'avait pas de bilan préétabli, et du coup, quand on envoyait un bilan au médecin, c'était un gros truc, il fallait faire des belles phrases, il fallait tout détailler, et ça prend 2 plombes. »

MK3 : « ... pour savoir dans l'assemblée qui parmi les kinés, ... Qui faisait des bilans sur la rhumato ? Donc, par exemple, la lombalgie chronique : les deux tiers. Et qui diffusait les bilans sur la rhumatologie ? Un quart. Et donc là-dessus, moi je pense que la profession, et moi le premier, on a des progrès à faire. »

MK3 : Est-ce que les toubibs sont prêts à accepter qu'un kiné lui dise : 'moi je pense qu'il faut aller vers ça ?' »

- Les pistes d'amélioration du BK

Les protagonistes ont aussi apporté des idées qui permettraient d'améliorer le BK tout en admettant qu'il faudrait en rédiger plus souvent. Par exemple : simplifier le BK, accepter l'absence d'amélioration clinique, introduire des notions sur la prise en charge globale du patient.

CHIR2 : « Moi je pense que même ça, ça peut aider le généraliste qui regarde au moins un peu le score fonctionnel, deux trois trucs : conclusion, raideur de truc, hypotonie de truc, ça suffit, il n'y a pas besoin d'avoir un roman. »

MK6 : « Sur la traumatologie, tu vois vraiment des angulations qui évoluent, c'est moins évident sur la lombalgie chronique. » et MK3 continue l'idée : « C'est vrai que là-dessus il faut évoluer. Si ça n'avance pas, ça n'avance pas : voilà. »

MK6 : « ... le retour par rapport au bilan c'est notamment quelle a été la prise en charge ? Parce que ce que tu disais : 'oui, il a vu un kiné', 'où il en est dans sa rééducation ?' C'est bien beau de savoir qu'il a fait 10 ou 15 séances, mais il faut savoir quel a été le type de prise en charge : est-ce que c'est une prise en charge, a fortiori dans la lombalgie chronique, sur la remise en activité de la personne ? Comment on l'a pris ? Comment on a réussi à l'aborder ? Comment on a réussi à faire comprendre aux patients ? »

- Le carnet de santé de la lombalgie

Au fur et à mesure du déroulement du tour de table sur la communication est apparue une idée nouvelle : la création d'une sorte de carnet de santé du lombalgique chronique que le patient pourrait apporter lors de ses différents rendez-vous. Chaque intervenant pourrait écrire un compte-rendu court et cela permettrait d'avoir un document centralisant la prise en charge de la personne.

APA1 : « ... un carnet de bord qu'ils remplissent et qu'ils ramènent à chaque fois qu'ils vont voir quelqu'un. »

MG1 : « Parfois, ce qui peut être intéressant, c'est ce qu'on peut appeler un ... 'carnet de santé du patient lombalgique' et, lorsqu'il va voir les différents intervenants, le praticien dit avec le patient ce qu'il a trouvé, et ce qu'il aimerait faire, l'avantage pour le patient c'est que ça transite par lui, on n'utilise pas tous les mêmes médias, mais on est tous autour du patient. »

L'avantage de cette méthode est que ce cahier pourrait être un outil pour l'éducation thérapeutique du patient en plus d'un moyen de communication efficace.

PSY1 : « Ça pourrait aussi devenir un outil d'éducation thérapeutique, et aussi pour lui un outil d'action. »

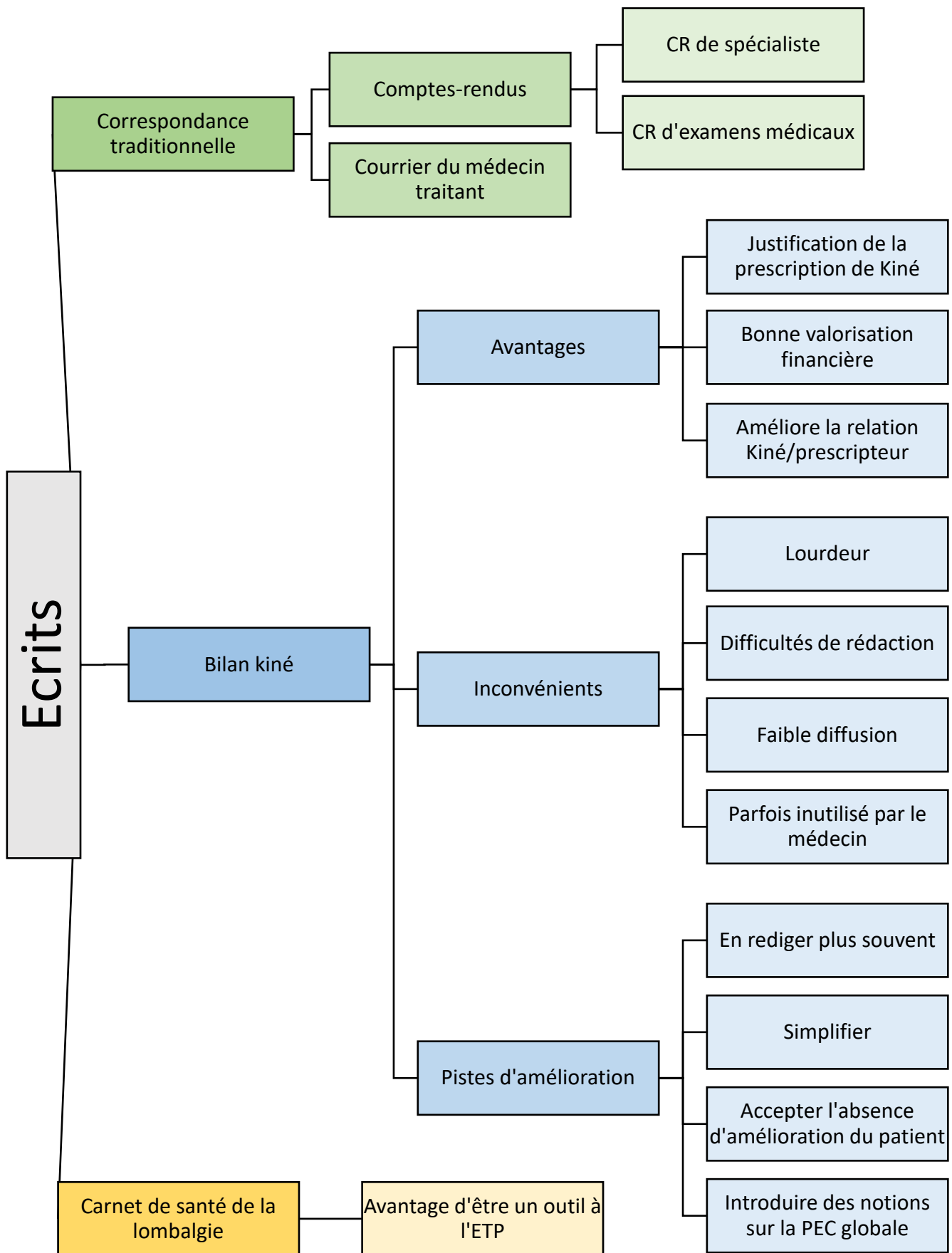


Figure 21 : Les écrits comme moyen de communication

ii. Le téléphone

Le téléphone est également un moyen classique de communication qui est toujours plébiscité par les professionnels de santé même s'il a ses avantages et ses inconvénients comme présenté dans la **figure 22**.

Ses principaux avantages sont qu'il est à la fois simple et efficace.

CHIR2 : « Par exemple quand un patient nous dit qu'il n'a pas rendez-vous avant longtemps avec un kiné, et ben toi tu passes un coup de fil et tu arrives à l'avoir plus tôt, et ce n'est pas parce que c'est magique : c'est parce que tu as pu discuter un peu, justifier un peu le côté important de la chose... »

CHIR1 : « ... se faire notre répertoire, et qu'on s'appelle rapidement quand on a un souci. »

On peut cependant lui reprocher qu'il est parfois difficile de trouver le bon timing pour joindre son interlocuteur, avec la peur de déranger, et le fait que le secrétariat peut être un frein à ce moyen de communication.

MK3 : « ... quand on téléphone au secrétariat, tu es filtré forcément et à ce moment-là c'est terminé. »

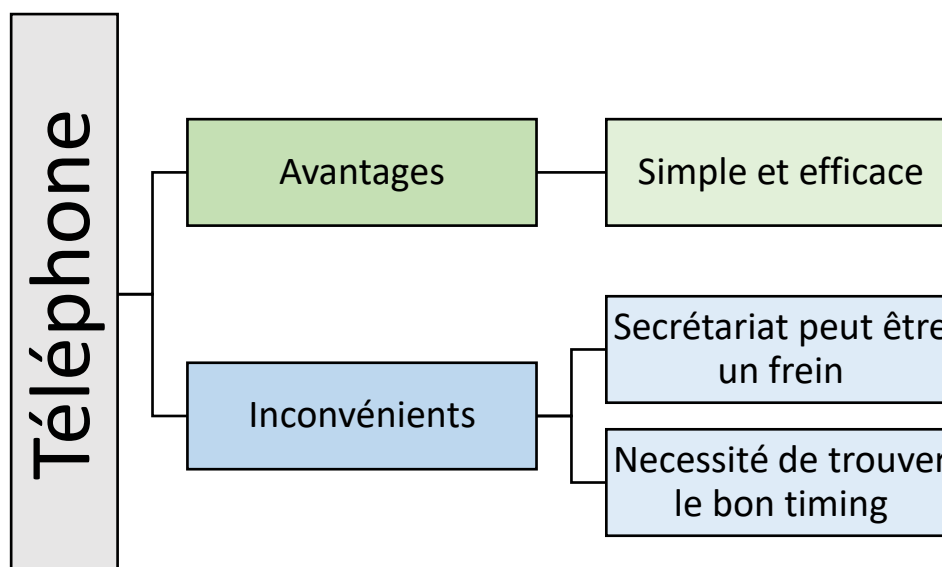


Figure 22 : le téléphone comme moyen de communication

iii. Le numérique

L'informatisation croissante des outils de travail a vu émerger, depuis de nombreuses années maintenant, des outils de communication numériques, l'arbre thématique correspondant est présenté dans la **figure 23**.

- Le dossier médical partagé

Le DMP a été évoqué au cours de la soirée, car il permet de rassembler la plupart des informations importantes concernant la prise en charge de la lombalgie chronique.

RAD1 : « ... peut-être développer le DMP, tout mettre sur la carte vitale, que ce soit le bilan kiné, vraiment tout. »

Après, les acteurs de la prise en charge ont surtout pointé du doigt les inconvénients de cet outil jugé comme complexe, chronophage et d'utilisation difficile avec les logiciels métiers actuels.

MG1 : « ... le DMP ça prend un temps incroyable, c'est pas intuitif ... »

MK4 : « ... Même les logiciels ne sont pas prévus pour, alors que ça serait intéressant quand même, que quand j'ouvre le dossier d'un patient je vois : il a fait une radio de ça, il a fait un scanner, il a eu ceci, il a eu cela, on ne peut pas, le logiciel n'est même pas prévu pour. »

- Les messageries sécurisées existantes

Concernant les messageries sécurisées existantes, les participants ont également surtout mis en évidence leurs inconvénients : inefficience, complexité de mise en place. Mais aussi le fait qu'il en existe plusieurs différentes, rendant la communication encore plus difficile.

CHIR2 : « Parce que quand le médecin a besoin d'une imagerie, quand le kiné a besoin d'un avis urgent, quand on a besoin d'échanger, je pense qu'envoyer un mail sur une messagerie mssanté avec un mot de passe à 22 lettres, que tu regardes une fois par mois, ça ne marche pas. » / Parle toujours des messageries sécurisées : « Non mais c'est bien pour de la correspondance, pour avoir un beau dossier dans ton ordinateur pour le patient, mais ce n'est pas efficient pour la prise en charge. »

OST1 : « ... ce n'est pas intuitif, ce n'est pas très simple finalement. Moi j'ai toujours eu ce frein, c'était juste un frein purement technique. »

MG1 : « Et en fait il y en a plusieurs différentes, c'est ça qui est un petit peu compliqué, il y a mailiz, il y a mssanté, il y a Apicrypt, et chacun utilise un peu son logiciel. »

- WhatsApp

Il a souvent été fait référence à WhatsApp, ce pourquoi nous avons créé un thème à part concernant cette messagerie instantanée. Il semble que pas mal de professionnels de santé utilisent actuellement cette méthode de communication.

Son principal avantage est une grande efficacité et une grande rapidité d'utilisation.

CHIR2 : « J'ai marqué 'WhatsApp' avec un 'point d'exclamation' ... ce qui marche bien, c'est ce qui est simple. Il ne faut pas forcément se connaître très bien pour travailler correctement ensemble je pense, mais il faut pouvoir échanger, il faut des gens qui soient disponibles, et il faut pouvoir échanger facilement. Et c'est vrai que WhatsApp, entre

d'autres trucs, c'est quelque chose de très bien ça permet de fluidifier énormément les échanges ... »

Son principal inconvénient est qu'il n'y a pas une sécurisation suffisante des données.

CHIR2 : (au sujet de WhatsApp) « C'est pas du tout labellisé, ce n'est pas sécurisé, mais c'est vrai que ça règle beaucoup de problèmes et, au final, ce qu'on veut quand même c'est améliorer la prise en charge. »

- Messagerie instantanée sécurisée

Finalement, il est naturellement apparu qu'une association entre les messageries sécurisées et instantanées qui existent actuellement serait un bon moyen pour améliorer la communication dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Cela permettrait d'associer l'efficacité et la réactivité d'un WhatsApp à la protection des messageries sécurisées existantes.

OST1 : « Un genre de WhatsApp sécurisé ça serait quand même un truc. »

IDE2 : « Ben en fait, il faudrait juste un WhatsApp sécurisé. »

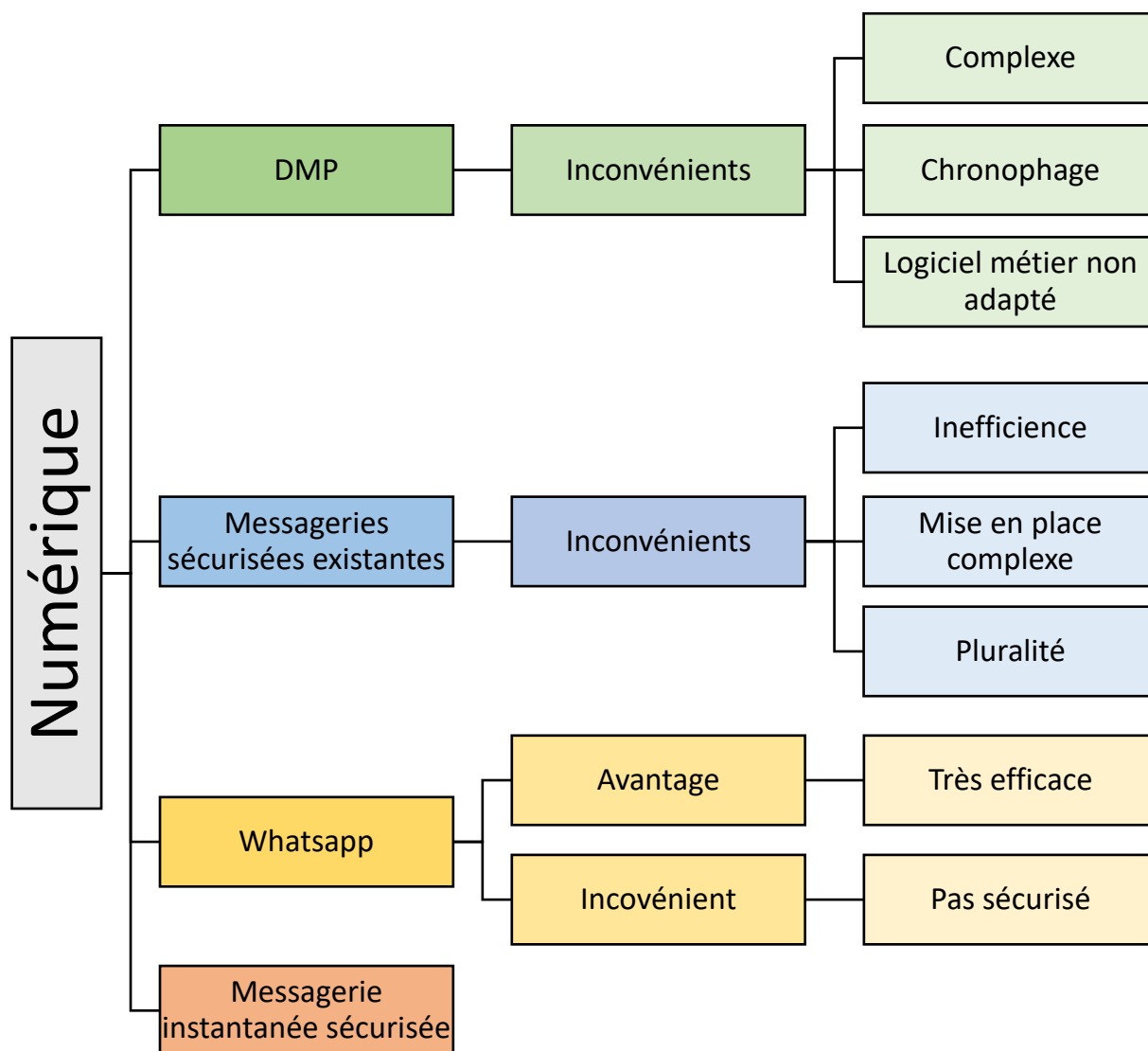


Figure 23 : les moyens de communication numériques

iv. Le patient

Le patient a aussi son rôle à jouer dans la communication entre professionnels comme le montre la **figure 24**.

- Le patient comme vecteur de l'information

Le patient peut servir de lien entre les différents soignants.

APA1 : « ... peut-être il fallait aussi compter sur les patients pour communiquer un peu plus entre professionnels. Je suis dans un monde de bisounours un peu, un monde où les gens se gèrent eux-mêmes. »

MG1 : « ... ça peut être intéressant de remettre l'information au patient, ... »

- Inconvénients

Le principal inconvénient du patient comme moyen de communication est sa subjectivité qui peut être responsable d'une déformation de l'information, et d'un manque de fiabilité dans la retranscription des consultations, des comptes-rendus d'imagerie, et du travail du kinésithérapeute.

OST1 : « ... je me suis rendu compte que les gens ils me disaient, en prenant l'exemple du scanner, « j'ai fait ça je n'ai rien », et combien de fois il a vraiment été salvateur que je regarde le scanner parce qu'il n'y avait pas rien du tout, ... »

KM : « Le patient fait l'intermédiaire entre le médecin et le kiné, ou entre d'autres praticiens, et c'est quand même très très déformé. »

IDE2 : « Après il y a ce que le chirurgien a dit, ce que le patient a entendu, ce qu'il a compris, ce qu'il a retenu. »

MG1 : « Et après il y avait des biais avec le patient, sur les messages des kinés par exemple, ce que va dire le patient sur ce que lui a fait le kiné, ce n'est pas forcément représentatif de ce qu'a effectivement fait le kiné, et puis la même chose avec de la chirurgie, ... »

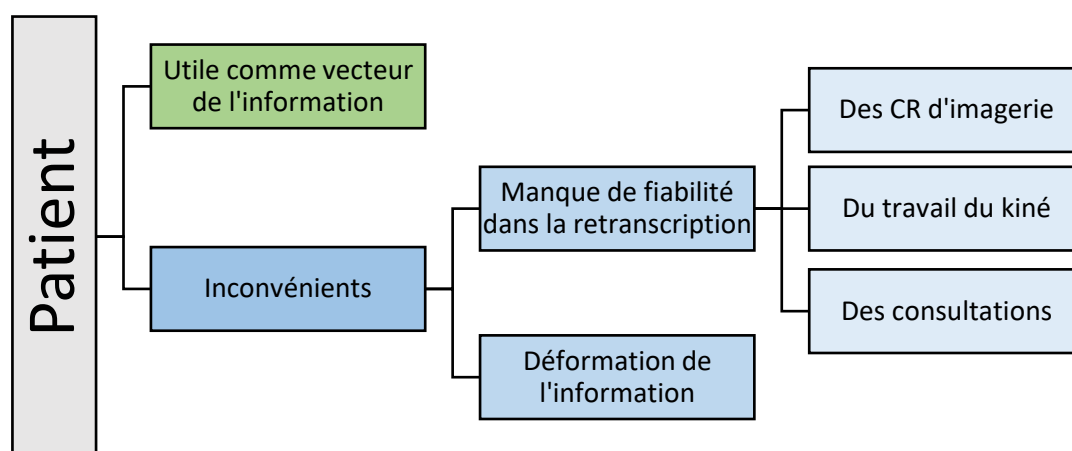


Figure 24 : le patient comme moyen de communication

v. La rencontre

En dehors des moyens de communication classiques, parfois, le plus simple pour échanger c'est de se rencontrer, de faire connaissance, de discuter. Plusieurs idées dans ce sens ont été évoquées au cours de la soirée comme présenté dans la **figure 25**.

IDE2 : « Donc déjà, rien que le fait peut-être de faire tous connaissance, ça va améliorer la communication interprofessionnelle. »

CHIR1 : « ... moi je pense qu'il faut faire pour améliorer la communication : Il faut se rencontrer, et c'est ce qui se passe ce soir, rencontrer les gens, comprendre ce qu'ils font. »

- Un world café

Les participants ont beaucoup apprécié le format du world café, ils ont noté que c'était un outil efficace pour améliorer la communication entre professionnels d'un territoire.

IDE2 : « Peut-être que faire un world café on peut l'écrire ... Parce que je pense que rien que ça, ça va beaucoup aider à améliorer la communication. »

- Un congrès sur la lombalgie

La possibilité de faire des congrès au niveau local sur la lombalgie chronique a été abordée également.

IDE1 : « Moi je pensais à quelque chose mais je ne sais pas si c'est en place, si ça existe par ailleurs, c'est par exemple des congrès sur la lombalgie chronique. »

MG1 : (au sujet d'un congrès sur la chirurgie du rachis) « Moi je suis allé à leur congrès, et j'avais les idées beaucoup plus claires après, et on se dit c'est dommage, il faudrait qu'on soit tous au courant à peu près, qu'il y ait quelque chose d'un peu plus commun pour qu'on évite de perdre du temps. »

- Une visioconférence

Ce travail étant été réalisé pendant la pandémie de coronavirus SARS-Cov-2, il a même été question de visioconférence comme moyen de communication et de formation.

IDE1 : « Et sinon, localement peut-être la visioconférence ça pourrait être un moyen ? »

- Une RCP lombalgie

Pour finir, toujours dans la volonté de rencontre et de partage, il a été mentionné la possibilité de s'appuyer sur des réunions pendant lesquelles les professionnels pourraient débattre entre eux de cas cliniques, mais aussi se former et s'informer sur les différentes techniques chirurgicales par exemple, un peu comme une RCP de la lombalgie chronique.

MPR1 : « Ça serait intéressant aussi de discuter autour de cas cliniques, de discuter des différentes techniques. »

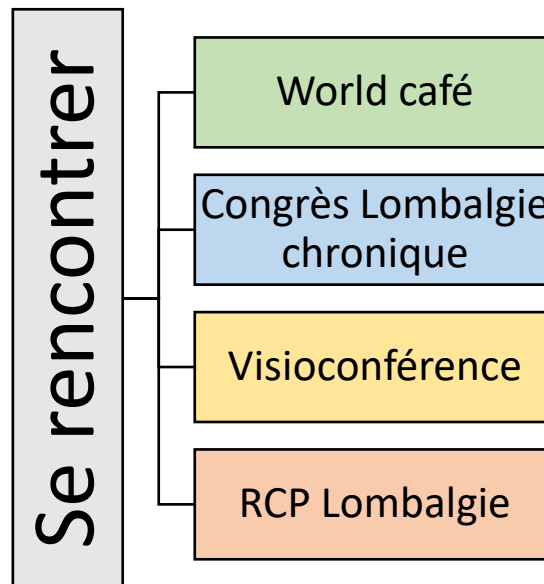


Figure 25 : Se rencontrer comme moyen de communication

vi. La structure

Pour clôturer ce chapitre sur les différents moyens de communication existants, il reste à parler de la notion de structure comme moyen de communication, comme présenté dans la **figure 26**. En effet, regrouper les professionnels au sein d'une unité géographique permet implicitement d'améliorer les échanges.

- Avantage de l'unité de lieu

Une des hypothèses serait de créer un nouveau lieu pluridisciplinaire ou de s'appuyer sur une structure déjà existante telle qu'une MSP.

MPR2 : « Structure multidisciplinaire ... L'intérêt, ..., c'est d'avoir les différents intervenants complémentaires. Grâce à l'unité de lieu, la communication elle est quand même améliorée, et en plus pas unique, c'est-à-dire qu'il y a un échange temporel, on le fait une fois, on le fait deux fois, même pour un seul patient ça permet d'échanger et d'avancer, et de répondre à certaines questions qu'on se pose et pour lesquelles on n'a pas la réponse. »

MG3 : « Faire une structure pour la lombalgie. »

MK1 : « ... la maison de santé, c'est une façon très locale de répondre à cette problématique de communication : avoir un logiciel commun, avec le dossier du patient, rempli par différentes professions, ce n'est pas juste le médecin, c'est toutes les professions. »

- Manque de visibilité des structures existantes

Un des participants, qui travaille justement dans un service hospitalier qui s'occupe de patients atteints de lombalgie chronique, a souligné qu'il y avait peu de communication

autour de ce lieu, et qu'il avait des difficultés à sensibiliser les professionnels du secteur sur le sujet.

MPR1 : (au sujet des services hospitaliers spécialisés dans la lombalgie chronique) « On ne sait pas non plus communiquer, c'est vrai qu'il faudrait trouver des choses peut-être pour communiquer un peu plus, parce qu'on a beaucoup de professionnels : on a des psychologues, on avait un rhumato à une époque, mais on ne sait pas communiquer dessus, on ne sait pas trop comment faire, c'est compliqué de toucher les professionnels. On a eu fait des choses, mais les professionnels n'ont plus le temps de venir, dans les campagnes les médecins et les kinés travaillent comme des fous, et il n'y a plus le temps nécessaire, ce n'est pas si facile de trouver un moyen de communication. »

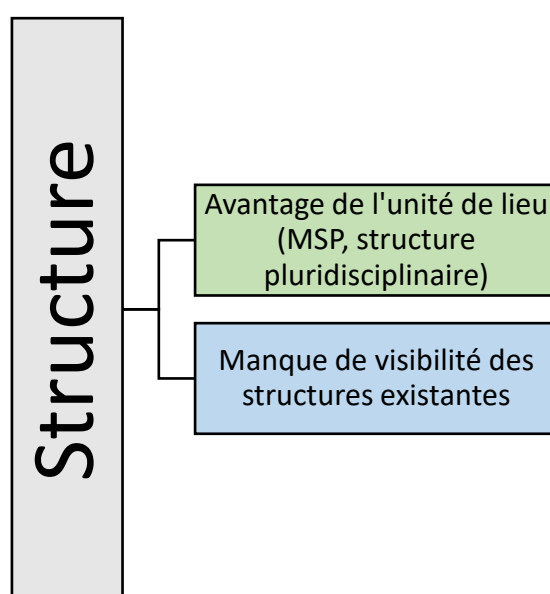


Figure 26 : une structure comme moyen de communication

b. Portrait du moyen de communication idéal

En regroupant les différentes idées rapportées lors du world café, nous avons pu faire émerger les contours d'un « moyen de communication idéal » comme présenté dans la **figure 27**.

i. Universel

Il y a une vraie nécessité d'harmonisation, de regroupement, d'universalité lorsque les professionnels nous font part du moyen de communication idéal.

OST1 « ... je sais qu'il y a les messageries cryptées, mais c'est vrai que ce n'est pas encore hyper répandu, tout le monde ne l'a pas, et ça serait bien d'avoir quelque chose d'universel ... »

Cette notion va même jusqu'à la volonté pour certains de créer un moyen de communication unique à l'échelle nationale.

OST1 : « Mais ce qu'il faudrait c'est que ce genre de chose soit national, par exemple au mois d'août, on va voir beaucoup de gens qui sont en vacances, et qui n'ont pas leurs examens sur eux, parce qu'ils sont en vacances, et du coup, ça serait quand même intéressant de pouvoir accéder aux antécédents, plus ou moins les imageries ... »

- Accès pour tous les professionnels

La 1^{ère} étape lorsqu'on rêve le moyen de communication idéal, c'est bien sûr qu'il soit accessible à tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, et quand on parle de lombalgie chronique cela recouvre un panel assez large tant d'un point de vue médical que paramédical.

CHIR2 : « Il faut que tout le monde y ait accès. »

MG1 : « ... y'a des outils bien, il y a même des outils qui sont très bien : de réseau de professionnels de santé, mais il faut qu'ils soient partagés par tout le monde... »

- Rassemblant toutes les informations médicales et paramédicales

Si tout le monde a accès au moyen de communication parfait, il en découle qu'il doit regrouper l'ensemble des informations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge du malade.

CHIR2 : « Pour moi c'est ça l'amélioration, c'est déjà de transmettre les bilans, mais de tous les professionnels : que ce soit la consulte chir, le radiologue, et puis le kiné et que chacun donne des conduites à tenir. »

- Harmonisation du lexique médical

Si on veut pouvoir communiquer ensemble, il faut que l'on se comprenne et que l'on parle tous la même langue, une harmonisation du lexique médical entre les différents intervenants est donc souhaitable.

MK1 : « ... ce qui pourrait être amélioré, c'est déjà d'arriver à parler le même langage, parce que j'ai aussi une formation d'ostéo, donc je suis kiné ostéo, et c'est vrai qu'en

ostéo on a un langage très spécialisé, et qui n'est pas forcément connu, et compris, par les autres professionnels. »

- Harmonisation des échelles d'évaluation

En parallèle du lexique médical, il faudrait pouvoir harmoniser les échelles d'évaluation pour qu'elles soient comprises par tous et plus facilement intégrables à notre pratique quotidienne.

MK5 : « Après ce qui peut être intéressant c'est d'avoir une trame qui est pertinente, parce que même quand on communique avec certaines personnes, tu vas utiliser des échelles qui pour toi sont pertinentes, et pour une autre personne ça ne serait pas pertinent, donc au final au lieu d'être constructif, ça ne l'est pas. »

ii. Efficient

- Simple d'utilisation

La clé du succès, c'est parfois la simplicité, il en est de même pour la communication dans la lombalgie chronique, plus l'outil sera simple à utiliser, plus il sera utilisé par un large groupe de personnes.

CHIR2 : « ... ce qui marche bien, c'est ce qui est simple. »

- Interlocuteurs disponibles

Pour qu'une communication soit possible il faut également une bonne disponibilité des praticiens impliqués.

CHIR2 : « Il ne faut pas forcément se connaître très bien pour travailler correctement ensemble je pense, mais il faut pouvoir échanger, il faut des gens qui soient disponibles, et il faut pouvoir échanger facilement. »

- Interlocuteurs réactifs

Une bonne communication c'est avant tout un échange, et la réactivité des participants est un moteur non seulement pour la coordination, mais aussi dans la lutte contre la chronicité.

CHIR2 : « J'ai des groupes avec des radiologues quand on a besoin d'une IRM ou d'une cimento, des choses qui permettent d'aller assez vite, et c'est vrai que c'est intéressant pour tout le monde, parce que si dans ta consulte tu dois prendre une demi-heure pour organiser un truc, ça te gonfle, alors qu'au début de consultation tu vois un mec, tu le balances sur le WhatsApp, 20 minutes après tu as ta réponse avec une date de rendez-vous, tout le monde est content. »

iii. Impliquant le patient dans sa prise en charge

On a vu un peu plus haut toute l'importance d'impliquer le patient dans sa prise en charge (1.a.i), Il est donc logique lorsqu'on réfléchit au meilleur moyen de communication d'envisager que celui-ci puisse participer à cet enjeu.

PSY1 : « ... c'est à cette notion de patient acteur qui est très importante dans toutes les pathologies chroniques, et du coup aussi dans comment améliorer la communication entre les professionnels, peut-être que justement le fait de travailler sur comment le patient peut se réapproprier le message et donc cette idée, on revient à l'idée de carnet de santé. »

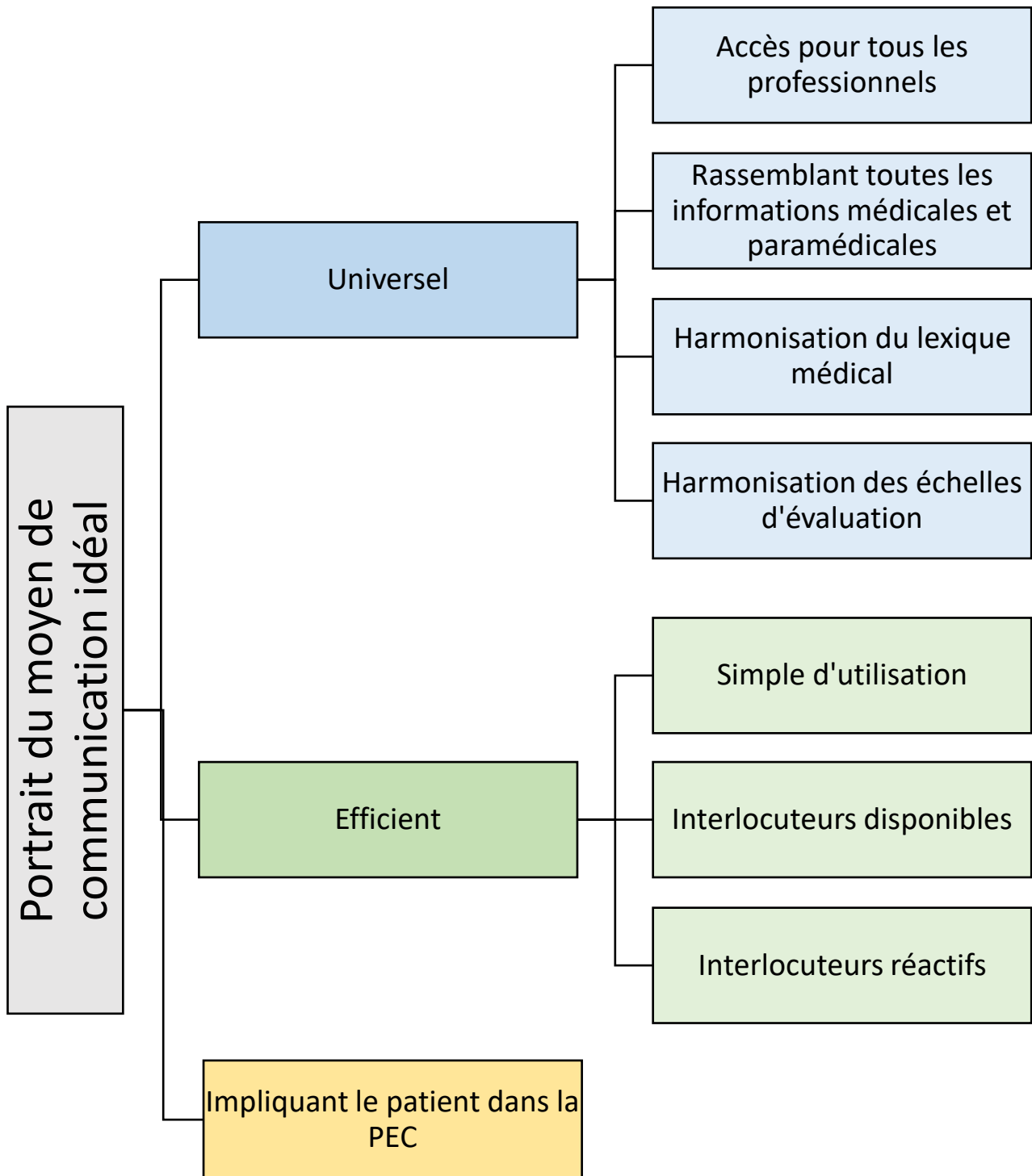


Figure 27 : portrait du moyen de communication idéal.

DISCUSSION

1. Les principaux résultats

L'amélioration de la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique sur le territoire du cœur d'Hérault doit compter sur 3 grandes actions : l'utilisation des moteurs dans la lombalgie chronique, la lutte contre les freins à la prise en charge de cette dernière, et l'amélioration de la communication entre les professionnels de santé sur le territoire.

a. Des thèmes « miroir »

L'importance de ces thèmes se voit déjà dans le nombre élevé d'occurrences, mais aussi aux qualificatifs utilisés : « *la première chose* », « *absolument* », « *vraiment* », « *d'abord* », « *importante* », « *le principal* », « *le meilleur moyen* ».

Il est très intéressant de noter que les thèmes majeurs des moteurs ont leur exact reflet dans les freins :

Impliquer le patient dans sa prise en charge ↔ Manque d'implication du patient

L'implication du malade dans la prise en charge de la lombalgie chronique, est, comme dans toute pathologie chronique, un enjeu majeur pour la réussite de cette dernière. Cela nécessite une personnalisation des soins, de favoriser l'autonomie du patient et de lutter contre les idées reçues.

Education thérapeutique du patient ↔ Fausse croyances du patient

L'éducation thérapeutique est la principale solution à apporter pour lutter contre les fausses croyances du patient. Il faut faire attention au poids des mots, à la désinformation sur internet, et bien expliquer l'origine multifactorielle de la pathologie.

Pluridisciplinarité ↔ Manque de communication entre soignants

On peut considérer que le manque de communication entre soignants est le principal frein à la pluridisciplinarité. Cette dernière est indispensable pour prendre en charge efficacement un patient lombalgique chronique. Elle doit à la fois s'appuyer sur une

communication de qualité et sur la cohérence de la prise en charge entre les différents intervenants.

b. Les autres thèmes importants

- Le thème des « bénéfices secondaires chez le patient » comme frein à la prise en charge.

Les participants ont beaucoup discuté ce point. Il y a eu des mots très durs pour le patient comme celui de « feignasse », de « menteur » ou encore de « profiteur ». Il y a parfois un problème de représentation du malade, de ses traits de personnalité. Une des hypothèses évoquées est que la mise en échec du thérapeute par le patient lombalgique peut entraîner une défiance et pousser implicitement le soignant à poser une étiquette péjorative sur le malade. Une des solutions qui pourrait être apportée est l'utilisation des bénéfices secondaires comme levier en essayant de les obtenir par un autre moyen que celui de la maladie.

- La catégorie de « la communication entre soignants »

En dédiant une table à cette question, nous avons pu bien développer cette idée au cours du world café. Tous les moyens de communications existants ont été abordés, et nous avons bien travaillé sur les caractéristiques d'un moyen de communication idéal : universel, efficient, impliquant le patient dans sa prise en charge.

- Le sous-thème du « nomadisme médical » comme frein à la prise en charge

Il fait partie du thème plus global du « manque de coordination entre soignants ». Il est en partie secondaire à l'errance diagnostique, à l'absence de coordination entre les intervenants et à la discordance du discours entre les soignants, motivant le patient à consulter de nombreuses personnes différentes en quête de vérité sur sa maladie.

- Le thème du « manque de formation des soignants » comme frein à la prise en charge.

On peut saluer le fait que les participants au world café n'ont pas hésité à se remettre en question. Il s'agit à la fois de lacunes concernant des connaissances fondamentales sur la lombalgie (étiopathogénie, recommandations, thérapeutique) mais également de la

méconnaissance des médecins sur la kinésithérapie et le manque de formation des soignants dans le domaine de la psychologie (Entretien motivationnel, communication hypnotique, réactance).

Cependant, d'un point de vue plus global, il faut concéder le fait que les soignants se voient plus comme des moteurs à la prise en charge que comme des freins à la prise en charge de la lombalgie chronique ; en témoigne la différence de taille entre les 2 arbres thématiques correspondants (l'arbre thématique des soignants comme moteur est beaucoup plus développé que celui des soignants comme frein).

- La rubrique de « l'activité physique » comme moteur à la prise en charge

Il semble que l'importance de l'activité physique soit une notion acquise par les acteurs qui ont participé à ce travail. Elle est venue à tellement de reprises qu'il a fallu créer une rubrique à part la concernant. Il faut promouvoir l'activité physique car c'est le meilleur des traitements, qu'elle permet d'obtenir une efficacité à long terme et qu'elle a un rôle de prévention.

- La rubrique de « la prise en charge globale du patient » comme moteur à la prise en charge

Il s'agit de ne pas s'arrêter à traiter la lombalgie chronique comme une pathologie isolée, mais de prendre en charge le patient dans sa globalité bio-psycho-sociale.

- Le sous-thème « Dédramatiser la pathologie ».

Il a été largement cité, il faut nécessairement rassurer le patient sur l'état réel de son dos et sur sa capacité à bouger. Il faut également dédramatiser certains mots comme celui de « hernie », qui peut s'avérer dévastateur s'il n'est pas accompagné d'une explication adaptée.

c. L'ambivalence de certaines rubriques

Il est à noter que 3 rubriques ont émergé à la fois dans les freins et dans les moteurs de la prise en charge de la lombalgie chronique :

- La rubrique « patient », au sein de laquelle les thèmes de la psychologie et de l'environnement ont également été cités à la fois comme pouvant être des freins et des moteurs. La rubrique « patient » est également présente dans la catégorie des « différents moyens de communication ».

- La rubrique des « soignants », avec notamment le thème de la formation des acteurs du système de santé qui apparaît dans les freins et les moteurs.

- La rubrique du « travail ».

Cette constatation vient illustrer la complexité de la prise en charge de la lombalgie chronique avec des paramètres qui peuvent être à la fois facilitants, ou au contraire aggravants, selon la direction prise par le soignant ou le malade et les soins proposés.

d. Un axe transversal : le temps

Le temps est vraiment un élément central qui revient particulièrement au cours de notre travail. Il est transversal par sa présence et sa redondance dans différents thèmes. Il recouvre différentes réalités :

- Le temps c'est un bien précieux, il faut plus de temps pour les soignants pour apprendre, pour échanger, pour centraliser les informations, pour éduquer le patient, pour les soins de kinésithérapie.

- Le temps c'est aussi la rapidité d'action, c'est notre allié, il faut agir vite pour empêcher la chronicisation de la pathologie : raccourcir les délais d'examens, de consultation chez le spécialiste et à la médecine du travail.

- Le temps c'est enfin une contrainte, une barrière, un ennemi qui nous entrave dans la bonne prise en charge des patients dans la lombalgie chronique.

2. Comparaison avec la littérature et les dernières recommandations de la HAS

a. Comparaison avec la littérature

Plusieurs études ont déjà exploré l'efficacité de programmes de rééducation libéraux (15,24), l'applicabilité des recommandations HAS (25) ou encore les difficultés de prise en charge par les médecins généralistes dans la prise en charge de la lombalgie chronique (14), mais il n'a pas été retrouvé dans la littérature de recherches évaluant les pistes d'amélioration de la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique sur un territoire précis.

Toutefois, plusieurs thèses portant sur différents aspects de la lombalgie chronique vont dans le sens des résultats de notre étude.

Ainsi, Florie LE CHEVALLIER, en 2016, a interrogé des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes d'Ille-et-Vilaine sur l'amélioration de la prise en charge fonctionnelle des patients atteints de lombalgie chronique non spécifique (4). Cette étude retrouve plusieurs notions semblables à celle découvertes dans notre travail : L'importance de l'appropriation par les acteurs de la prise en charge du bilan de kinésithérapie, la nécessité d'améliorer la formation des soignants et les échanges pluriprofessionnels, et la possibilité de l'utilisation des structures existantes (telles les MSP) dans la pluridisciplinarité.

D'autre part, un travail de 2014 de Mariam MOHSEN, concernant l'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 sur un échantillon de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon (25) pointait déjà du doigt le manque de connaissance des thérapeutes, notamment au sujet des recommandations, et le thème central du manque de temps.

Ce thème de la temporalité est aussi présent dans l'étude de 2017 de Marion RICHARD qui a pour titre « *Analyse des difficultés de la prise en charge des patients lombalgiques pour les médecins généralistes de Picardie* »(14). Cette thèse aborde aussi des freins retrouvés dans notre étude : le problème du non remboursement de la psychothérapie, la difficulté de réalisation d'une activité physique, ainsi que celle à adresser à un centre

spécialisé, mais également des moteurs : la prise en charge pluriprofessionnelle, l'adaptation du poste de travail, l'information du grand public et la lutte contre les fausses croyances.

Par ailleurs, dans une étude qualitative de 2018, sur la compréhension de leur pathologie par les patients atteints de lombalgie chronique (26) , on retrouve les thèmes de la kinésiophobie, de l'éducation du patient et de la formation des professionnels.

Et enfin, les travaux de recherche d'Elise LEBEAU en 2016, au sujet du vécu de la prise en charge du patient atteint de lombalgie chronique en médecine générale (27) mettent en avant des notions importantes retrouvées dans cette thèse : la prise en charge de la douleur, la personnalisation des soins au patient, la plus-value de la coordination précoce entre médecin généraliste et médecin du travail et plus globalement le rôle fondamental du modèle bio-psycho-social dans la lombalgie chronique.

b. Comparaison avec les dernières recommandations de la HAS

Même si les participants à l'étude ont pointé du doigt le manque de formation des soignants, en regardant les résultats globaux, on constate que toutes les thérapeutiques recommandées dans la prise en charge de la lombalgie chronique (1) ont été abordées dans les différents thèmes de notre travail. Cela va à l'encontre d'une thèse de 2014 qui indiquait que seulement la moitié d'un panel de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon connaissait les dernières recommandations (25). Ceci peut s'expliquer par un biais qui fait que les participants à notre travail avaient un fort intérêt dans cette pathologie et étaient composés d'un échantillon comprenant des spécialistes de la lombalgie.

Ainsi, ont été abordés en lien avec les dernières recommandations HAS de 2019 : la nécessité d'une prise en charge pluriprofessionnelle, la rééducation en kinésithérapie, la gestion des accès douloureux, l'imagerie rachidienne, l'évaluation psychologique, la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé. Mais également les drapeaux bleus et noirs (facteurs de pronostic liés au travail et au système de soin).

3. Les forces et les limites

a. Sujet de recherche

La fréquence, les difficultés de prise en charge et le coût financier pour la société que représente la lombalgie chronique, en font un véritable défi pour les professionnels de santé du XXIème siècle.

Malgré tout, il y a de nombreux travaux de recherche qui portent déjà sur cette pathologie. C'est pourquoi il était audacieux de choisir comme sujet l'amélioration de la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique.

Cependant, en choisissant de cibler cette thèse sur un territoire restreint et déterminé au sein d'une CPTS, avec des acteurs locaux impliqués dans une volonté de perfectionnement de l'offre de soins, nous avons réussi à susciter l'engouement nécessaire à sa réussite. Ainsi nous avons pu rassembler au cours d'une soirée une pluralité de participants d'horizons différents, tous indispensables au bon fonctionnement et à l'efficience de la prise en charge de la lombalgie chronique dans le cœur d'Hérault : médecins généralistes, médecins du travail, rhumatologues, médecins de MPR, chirurgiens du rachis, radiologues, kinésithérapeutes, ostéopathes, psychologues, infirmières de prévention, coachs d'APA. En tout 22 personnes, ce qui constitue un échantillon intéressant dans le cadre d'une recherche qualitative.

b. La méthode de recherche et le world café

L'approche qualitative nous a paru la plus pertinente afin d'explorer les facteurs d'amélioration de la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique, facteurs non quantifiables.

Cela nous a permis d'explorer quels pourraient être les moteurs et les freins à la prise en charge de cette maladie, mais également les représentations et les attentes des professionnels impliqués quant aux moyens de communication.

Nous avons eu connaissance du principe du world café avant notre étude, et les quelques recherches menées sur le sujet nous ont conforté dans l'idée que c'était la méthode la plus appropriée à notre travail car elle permet :

- De réunir un nombre important de participants au cours d'un évènement unique,

- De faire se rencontrer beaucoup de personnes sur un laps de temps court,
- De confronter les points de vue d'acteurs de santé aux profils différents, au sein de tables avec un nombre de personnes restreint, et dans une ambiance conviviale, ce qui favorise la libre communication des idées et limite les biais d'omission, d'autorité et la pression normative.

Le world café était également un bon moyen de s'engager dans la réponse aux objectifs secondaires de notre étude : mettre en relation les différents professionnels impliqués dans la prise en charge de la lombalgie chronique sur le territoire du cœur d'Hérault, afin d'améliorer le dialogue entre eux et s'engager dans une démarche de recherche action en vue du développement éventuel d'un réseau.

Cependant, il faut reconnaître certaines limites à cette méthodologie, la première étant que le world café n'est pas, actuellement, un processus validé par l'ensemble de la communauté scientifique au sein de la recherche qualitative même si certaines études tendent à valoriser et à individualiser cette technique (19). Pour contourner cette contrainte, nous n'avons pas, à proprement parler, réalisé une recherche qualitative par entretien, mais fait une étude observationnelle indirecte par analyse de transcription. Nous n'avons donc pas pu vérifier notamment la saturation des données, mais avons seulement constaté un épuisement progressif des réponses au fur et à mesure de l'avancement de la soirée (pour rappel, la durée des tours de table était dégressive de 15 à 9mins, et pourtant des réponses du type « *tout a déjà été dit* » apparaissaient souvent lors du dernier tour). La richesse des arbres thématiques obtenus reste cependant un gage de qualité de ce travail.

De fait, cette méthode d'analyse est soumise à l'influence du chercheur. Nous avons essayé de rester au plus près du verbatim dans la constitution des thèmes. Le but était de garder un niveau d'inférence le plus faible possible. Cependant, nous ne pouvons exclure que certains thèmes aient subi un certain degré d'interprétation. Le découpage à priori de la question de recherche en 4 sous-questions (une par table) a probablement participé à la répartition des thèmes en 3 grandes catégories de manière un peu artificielle.

4. Les perspectives

a. Méthodes de communication

Nos travaux avaient pour but d'explorer la communication entre les professionnels impliqués dans la prise en charge de la lombalgie chronique sur le territoire du cœur d'Hérault. Ainsi, nous avons pu déterminer les principales attentes des soignants mais aussi des critères techniques concernant le moyen de communication parfait. Il en ressort qu'il doit être universel, efficient, simple, réactif, et qu'il est préférable qu'il implique le patient dans sa prise en charge.

De tous les moyens de communication discutés, une piste innovante ressort : le carnet de santé du patient lombalgique chronique. Cependant, afin de répondre aux exigences des professionnels de santé, il faudrait être novateur dans sa conception. On pourrait imaginer une version numérique plutôt que papier, une sorte de plateforme avec une interface simple et épurée, qui soit accessible depuis n'importe quel ordinateur ou smartphone grâce à un simple accès internet. Pour éviter que chaque soignant ait à se créer un compte avec mot de passe et identifiant, je pense qu'il faut faire un accès unique avec identifiant et mot de passe donné au patient pour qu'il puisse le transmettre aux praticiens impliqués dans sa maladie y compris à la médecine du travail. Cette espace devrait contenir tous les documents : CR d'imagerie, Bilan de kinésithérapie, courrier de spécialistes et du médecin traitant, etc. Il devrait aussi contenir une messagerie instantanée sécurisée afin que les protagonistes puissent communiquer directement et rapidement. Et enfin, on pourrait aussi imaginer que des documents informatifs sur la lombalgie chronique soient présents par défaut sur cet espace, à visée éducative pour le patient, à l'image de l'application activ'dos déjà existante.

Par ailleurs, comme l'ont souligné les acteurs de ce world café, il est très important pour communiquer, de se rencontrer et d'échanger sur nos pratiques, c'est pourquoi l'idée d'une RCP lombalgie ou d'un congrès semble intéressante. Tout comme l'idée d'une structure locale (MSP ou autre) dédiée à cette pathologie.

Ces différentes solutions pourraient améliorer la pluriprofessionnalité sur le bassin du cœur d'Hérault et donc favoriser une bonne prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique. Pour que cela puisse être possible, il va falloir que les acteurs locaux se saisissent de ce travail. Cela pourrait être aidé par une implication de la

communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), dont une des missions principales est d'organiser des parcours de soin pluridisciplinaires.

Dans une dernière mesure, un lien entre ces professionnels et une structure hospitalière tertiaire serait utile, car cela pourrait permettre de prendre en charge les malades en échec de la prise en charge ambulatoire.

b. Le world café

Concernant la méthodologie, notre travail a montré un réel engouement des participants pour la technique du world café. Nous n'avons cependant pas pu évaluer objectivement la valeur ajoutée de cette technique dans le domaine de la recherche qualitative puisque ça n'était pas l'objectif de cette thèse. En conséquence, il serait intéressant de poursuivre les travaux de recherche sur ce sujet. Il existe actuellement quelques publications (19), mais il faudrait augmenter la validité externe de ces travaux.

CONCLUSION

L'amélioration de la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique sur le territoire du cœur d'Hérault passera par 3 actions : l'utilisation des moteurs à la prise en charge, la lutte contre les freins à la prise en charge et l'optimisation de la coordination entre soignants.

D'un point de vue général, on a constaté que le patient, les soignants, et le monde du travail sont des éléments qui peuvent à la fois favoriser ou gêner le processus thérapeutique. L'activité physique, la prise en charge de la douleur et la pluridisciplinarité sont plus spécifiquement en lien avec une évolution positive de la pathologie alors que le manque de coordination est une entrave.

Plus précisément, les thèmes moteurs les plus importants sont : l'implication du patient, l'éducation thérapeutique, l'activité physique, la globalité de la prise en charge et la dédramatisation de la pathologie. A contrario, les principaux freins sont le manque d'implication du patient, les fausses croyances, les bénéfices secondaires, le nomadisme médical et le manque de formation des soignants.

La temporalité est un thème transversal avec à la fois le besoin d'avoir plus de temps pour éduquer, rééduquer et soigner nos patients, mais aussi pour nous former, nous soignants. Mais c'est aussi raccourcir les délais de prise en charge, aller vite, pour éviter la chronicisation de la maladie.

La pluriprofessionnalité semble être la clé de voute nécessaire et indispensable à la prise en charge de la lombalgie chronique. Elle repose sur la communication entre les acteurs du système de soin qui passe par divers moyens : les écrits, le téléphone, le numérique, le patient, la rencontre, la structure. Aucun moyen actuel n'est idéal. Les qualités fondamentales d'un outil d'échange sont l'efficacité et l'universalité, et dans le cadre d'une pathologie chronique, sa capacité à impliquer le patient dans sa prise en charge.

Le world café est un processus intéressant d'utilisation de l'intelligence collective. Il permet de rassembler autour d'un thème, un échantillon hétérogène et de grande taille, et de favoriser l'implication des participants. Mais son rôle en tant que méthode de

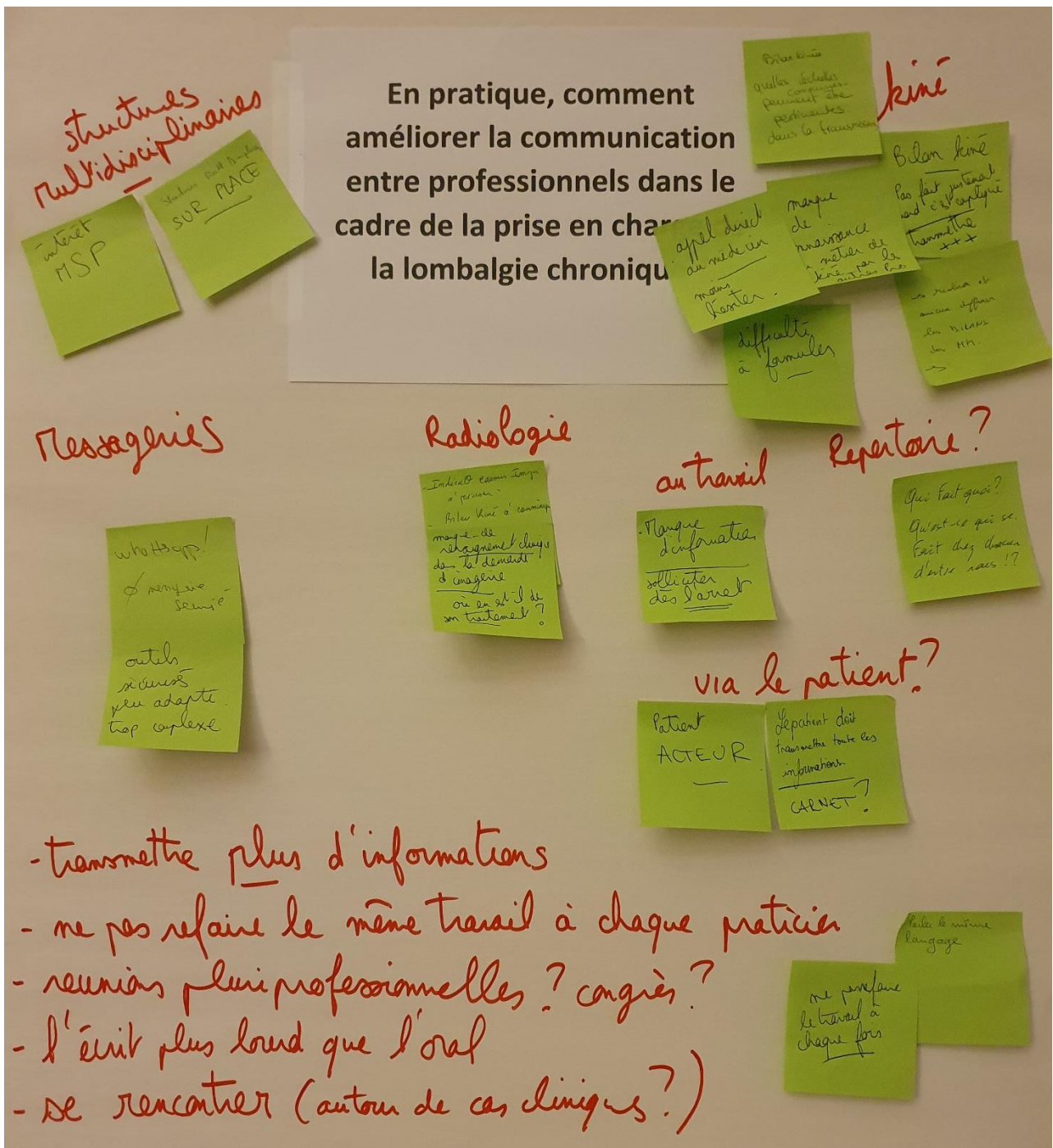
recherche qualitative à part entière reste encore à démontrer par la poursuite d'investigations complémentaires.

BIBLIOGRAPHIE

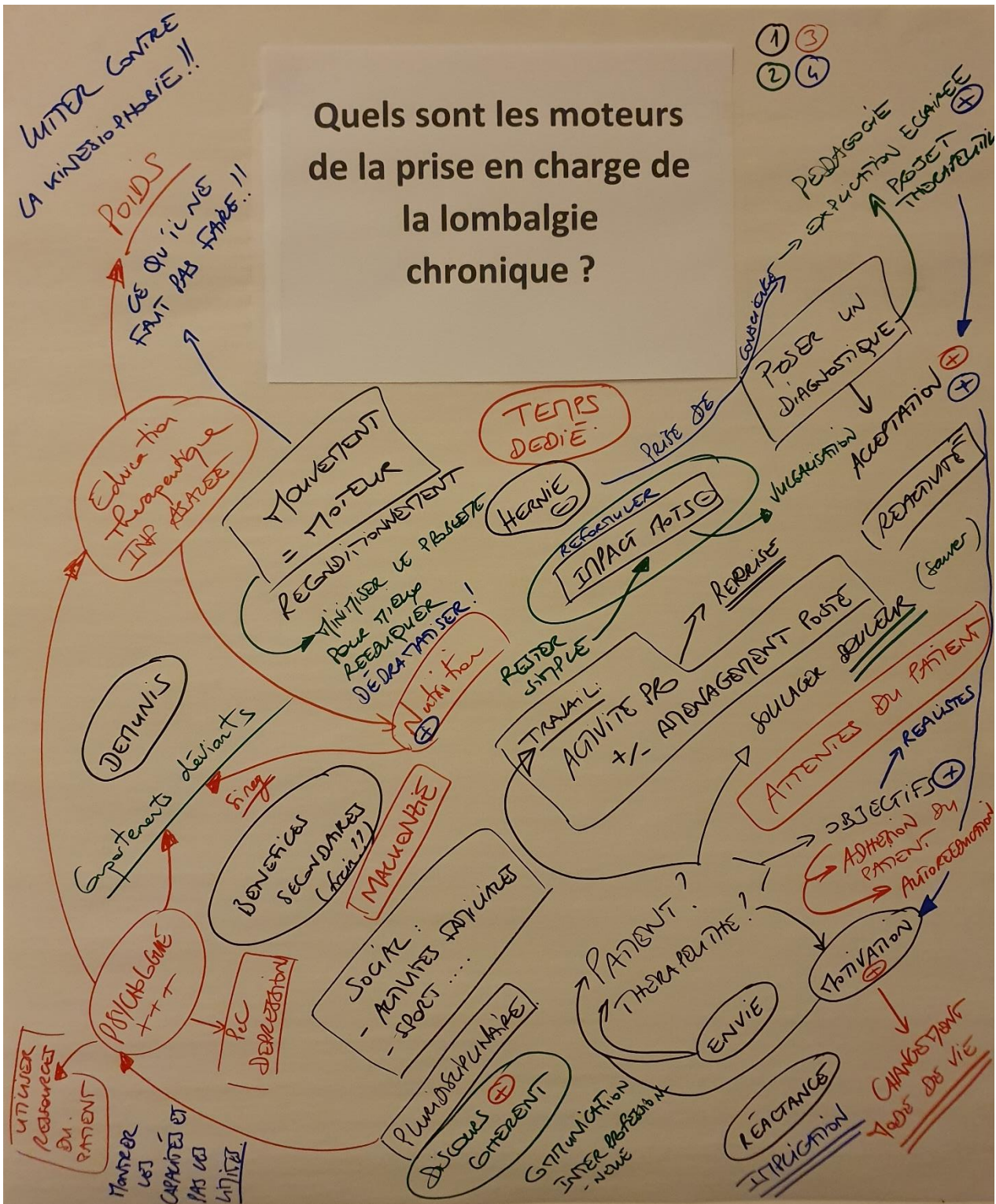
1. Karine P. Haute Autorité de santé. 2019;178.
2. Paris C. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2014. 2013.
3. Menuet S. Lombalgie chronique: étude descriptive d'un programme original de prise en charge associant réentraînement à l'effort en kinésithérapie libérale et approche pluridisciplinaire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
4. Le Chevallier F. Comment améliorer la prise en charge fonctionnelle des patients atteints de lombalgies chroniques non spécifiques à partir des données d'une enquête auprès de médecins généralistes et de masseurs-kinésithérapeutes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
5. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. Médecine Longévité. sept 2011;3(3):137-49.
6. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017. 2016.
7. INRS. Travail et lombalgie du facteur de risque au facteur de soin. 2019.
8. Larousse É. Définitions : pluridisciplinaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pluridisciplinaire/61794>
9. Larousse É. Définitions : discipline - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discipline/25818>
10. Développement S. Définition : pluriprofessionnel - Le dictionnaire Cordial, Dictionnaire de français, adjectif [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cordial.fr/dictionnaire/definition/pluriprofessionnel.php>
11. Larousse É. Définitions : profession - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/profession/64156>
12. Guêné V. Le modèle biopsychosocial : de quoi parle-t-on ? Wwwem-Premiumcomdatarevues17758785unassignS1775878518300432 [Internet]. 27 mars 2018 [cité 17 mars 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezpum.biu-montpellier.fr/article/1205672/resultatrecherche/1>
13. Diagnostic Local de Sante du Pays Coeur d'Hérault - 2017/18 [Internet]. calameo.com. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00194023323e4bad20faf>
14. Richard M, Paupière-Delclitte S. Analyse des difficultés de la prise en charge des patients lombalgiques pour les médecins généralistes de Picardie. France; 2017.

15. Champagne R, Ronzi Y, Roche-Leboucher G, Bègue C, Dubus V, Bontoux L, et al. Étude de l'efficacité d'un programme de rééducation libéral avec approche pluridisciplinaire dans le retour au travail des lombalgiques chroniques. *Douleurs Éval - Diagn - Trait.* 1 avr 2018;19(2):92-100.
16. Frappé P. Initiation à la recherche. CNGE, GMSanté. 2011. 216 p.
17. Slocum N, Fondation Roi Baudouin (Bruxelles). *Méthodes participatives: un guide pour l'utilisateur.* Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2006.
18. The World café, *Living Knowledge through conversations that matter.pdf.*
19. Löhr K, Weinhardt M, Sieber S. The "World Café" as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. *Int J Qual Methods.* 1 avr 2020;19:160940692091697.
20. MacFarlane A, Galvin R, O'Sullivan M, McInerney C, Meagher E, Burke D, et al. Participatory methods for research prioritization in primary care: an analysis of the World Café approach in Ireland and the USA. *Fam Pract.* juin 2017;34(3):278-84.
21. World café - restitution - VIH. 2018.
22. Teut M, Bloedt S, Baur R, Betsch F, Elies M, Fruehwald M, et al. Dementia: Treating Patients and Caregivers with Complementary and Alternative Medicine - Results of a Clinical Expert Conference Using the World Café Method. *Complement Med Res.* 2013;20(4):276-80.
23. PAILLE P, MUCCHIELLI A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* 4e éd. Armand Colin; 2016.
24. Demoulin C, Grosdent S, Capron L, Tomasella M, Somville P-R, Crielaard J-M, et al. Intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire ambulatoire semi-intensive dans la lombalgie chronique. *Wwwem-Premiumcomdatarevues11698330v77i1S1169833009003433* [Internet]. 8 janv 2010 [cité 10 oct 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/238894/resultatrecherche/2>
25. 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.
26. Bourgeois F, Tavares Figueiredo I. *Comment les patients comprennent-ils la lombalgie chronique: une étude qualitative.* France; 2018. 119 p.
27. Lebeau E. *Vécu de la prise en charge du patient lombalgique chronique en médecine générale: étude qualitative* [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.

ANNEXES

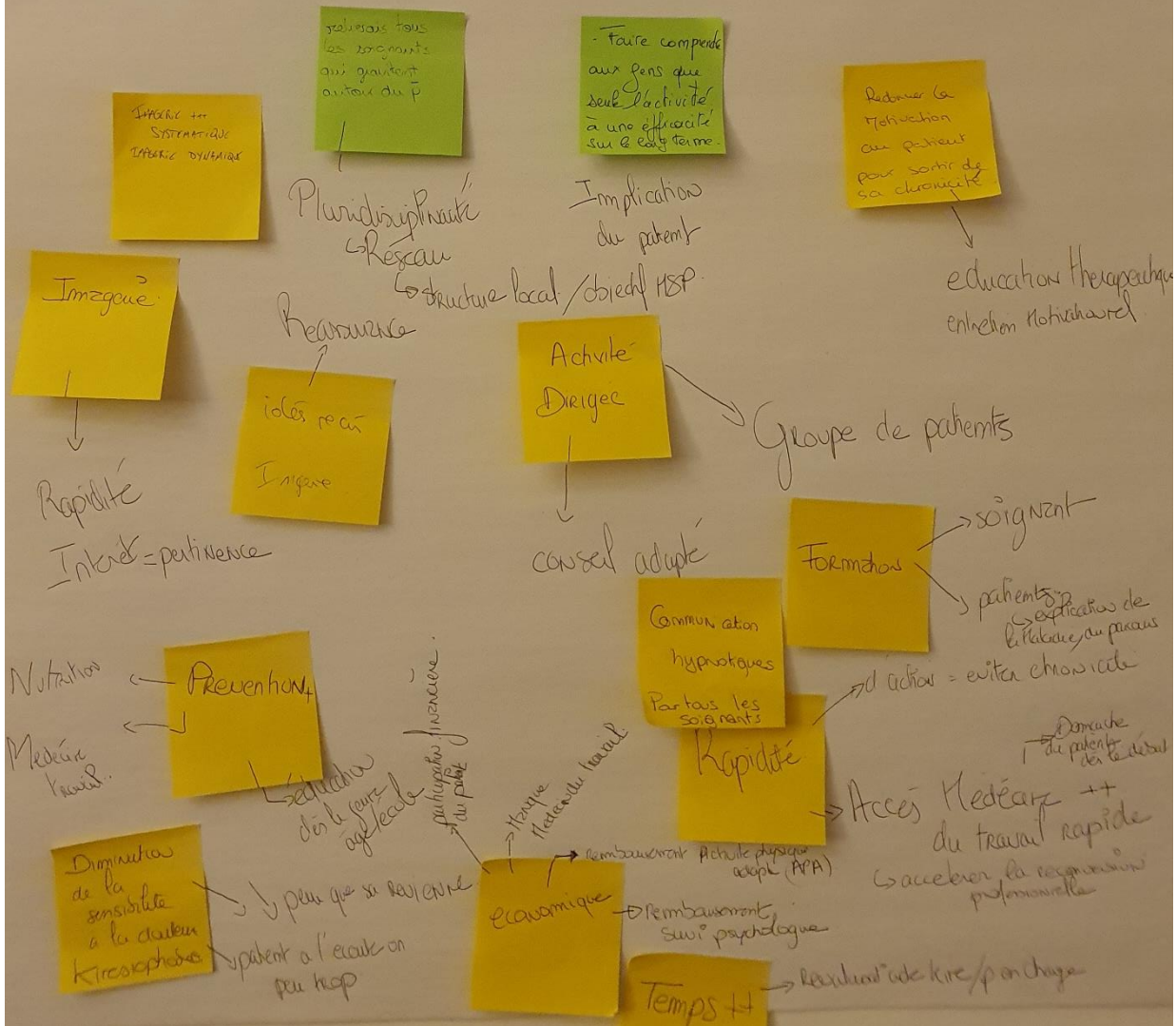


Annexe 1 : Paperboard Table de la communication



Annexe 2 : Paperboard Table des moteurs

Si vous aviez une baguette magique, que feriez-vous pour améliorer la prise en charge de la lombalgie chronique ?



Annexe 3 : Paperboard Table de la baguette magique

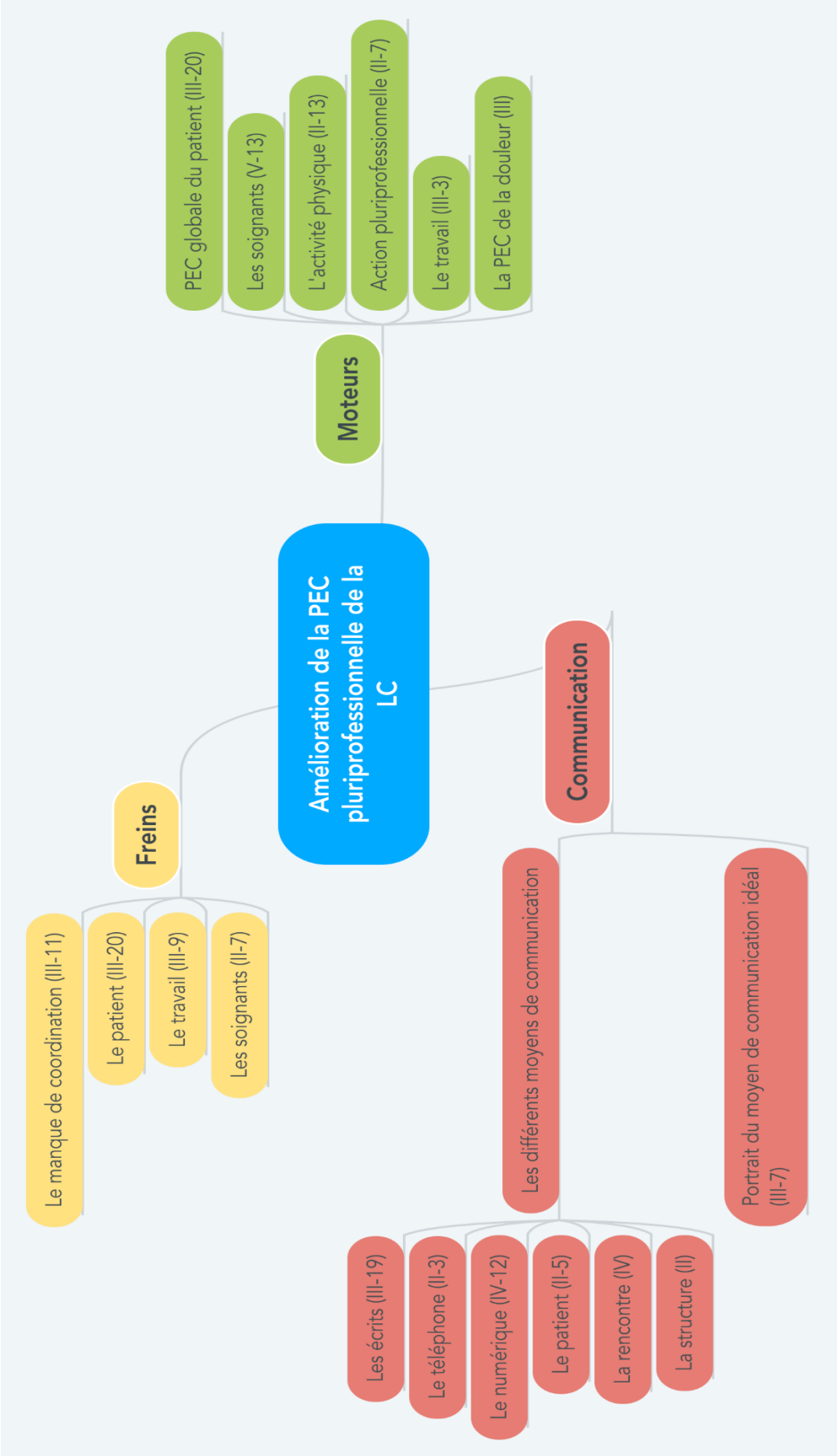
Quels sont les freins à la prise en charge de la lombalgie chronique ?

- Multiplicité de intervenants (collaborant)
- Problèmes psychologiques (dixonna, ^{Addiction ?} anxiété) ^{Notation, tarification,}
- Surpoids, obésité → activités physiques Profiteurs
- Douleurs, gestion de la douleur
- Activité pro. (reconversion) (ATT), ^{reprise facteurs limitants, bien être au travail}
- Situation familiale
- Acceptation (faire autrement) | ^{Reconnaissance de la patho.}
- Impérialisme égérie
- Repos = guérison
- Manque de temps du thérapeute (avec patient et coordination)
- Croyances du patient (—) ^{(Efficacité), Internet, symbole du st et}
- Formation ^{du thérapeute} (retreint motivationnel)
- Contexte social (accès au sois), familial, objectif de vie
- Méconnaissance du système de soins de la part de pro.
- " ^{des prof}
- Manque de réactivité dans la prise en charge
- Absence d'interopérabilité (communication) entre Co & pro) ^{anticipation de la G.N.U.}
- Compréhension de la chronicité
- Ne valent que du usage, ^{de l'activité}
- Investissement du patient : 4, 4, 100
- Pbs. remboursements soins (la santé se doit au patient) ^{montre}
- Patient
- Respect gestes/postures
- Délai de mise en charge (Co avec pro).
- Difficultés étio.
- Chacun à sa spé
- Adhésion au projet de soins

Annexe 4 : Paperboard Table des freins

Annexe 5 :

Carte mentale



Annexe 6 : Verbatims

L'ensemble des verbatims retranscrits est disponible en suivant ce lien :

<https://drive.google.com/drive/folders/1D4IVyEBc36FWpcy6YJQYrX71gf4nn0M9?usp=sharing>

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

But de l'étude : L'objectif principal est de recueillir des éléments d'amélioration à la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique sur le territoire du Cœur d'Hérault. Les objectifs secondaires sont de mettre en relation les différents professionnels impliqués dans la prise en charge de cette pathologie sur ce territoire, et de s'engager dans une démarche de recherche action.

Méthodes : Etude qualitative observationnelle indirecte par analyse de transcription. Recueil des données au cours d'un world café ayant eu lieu en juin 2020 et ayant rassemblé des médecins (généralistes, chirurgiens du rachis, médecin de MPR, rhumatologues, médecin du travail) des kinésithérapeutes et d'autres paramédicaux (infirmières de prévention, psychologue, coach d'APA, ostéopathe). Analyse thématique des verbatims.

Résultats : Les éléments moteurs de la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique sont : l'éducation thérapeutique, l'activité physique, l'antalgie, un accompagnement global, et la dédramatisation de la pathologie.

Les thèmes freins sont : le manque de coordination, les fausses croyances, les bénéfices secondaires, le nomadisme médical, et le manque de formation des soignants.

L'implication du patient, les soignants, et le monde du travail sont des déterminants essentiels, à la fois positifs et négatifs. La temporalité est un thème transversal.

La pluridisciplinarité est la clé de voûte nécessaire et indispensable, mais la communication entre professionnels doit être améliorée. Les qualités fondamentales d'un outil d'échange sont l'efficacité et l'universalité.

Le world café est un processus intéressant d'utilisation de l'intelligence collective, participant à la communication interprofessionnelle, qui gagnerait à être utilisé comme outil de recherche.

Conclusion : L'amélioration de la prise en charge pluriprofessionnelle de la lombalgie chronique sur le territoire du cœur d'Hérault passera par 3 actions : s'appuyer sur les moteurs, tout en luttant contre les freins à la prise en charge, et optimiser la coordination entre soignants.

MOTS CLES : soins primaires, lombalgie chronique, prise en charge pluriprofessionnelle, world café