



HAL
open science

L'approche des patients à risque de lombalgie chronique par les médecins généralistes : étude qualitative de 13 médecins généralistes

Lisa Falconnet, Noémie Szymanski

► To cite this version:

Lisa Falconnet, Noémie Szymanski. L'approche des patients à risque de lombalgie chronique par les médecins généralistes : étude qualitative de 13 médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03430576

HAL Id: dumas-03430576

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03430576>

Submitted on 16 Nov 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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**L'approche des patients à risque de lombalgie chronique par les médecins
généralistes : étude qualitative de 13 médecins généralistes**

T H È S E E N B I N O M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 20 Octobre 2021

Par Madame Lisa FALCONNET

Née le 31 octobre 1994 à Romans-sur-Isère (26)

Et par Madame Noémie SZYMANSKI

Née le 26 novembre 1993 à Gouvieux (60)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LAFFORGUE Pierre

Président

Madame le Docteur TURRIERE Chrystelle

Directeur

Madame le Docteur PICATTO Claire

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**L'approche des patients à risque de lombalgie chronique par les médecins
généralistes : étude qualitative de 13 médecins généralistes**

T H È S E E N B I N O M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 20 Octobre 2021

Par Madame Lisa FALCONNET

Née le 31 octobre 1994 à Romans-sur-Isère (26)

Et par Madame Noémie SZYMANSKI

Née le 26 novembre 1993 à Gouvieux (60)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LAFFORGUE Pierre

Président

Madame le Docteur TURRIERE Chrystelle

Directeur

Madame le Docteur PICATTO Claire

Assesseur



FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON



ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUBE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	<i>GUYYS Jean-Michel Surnombre</i>
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry	JOUVE Jean-Luc KAPLANSKI Gilles
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTHET Marc	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard LAUNAY Franck
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BERBIS Julie	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier	MACE Loïc MAGNAN Pierre-Edouard
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard NGUYEN Karine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	OLIVE Daniel
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	TURRINI Olivier
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine	VALERO René
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	VAROQUAUX Arthur Damien
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	VELLY Lionel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	VEY Norbert
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VIDAL Vincent
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VIENS Patrice
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VILLANI Patrick
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VITON Jean-Michel
PHAM Thao	SCAVARDA Didier	VITTON Véronique
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric	VIVIER Eric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor	XERRI Luc
POINSO François	SIMON Nicolas	
RACCAH Denis	STEIN Andréas	
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal	
REGIS Jean	THUNY Franck	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick	
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
 THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE : RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*
 DARIEL Anne (MCU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/MITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2020) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Professeur LAFFORGUE, vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Merci de vous être intéressé à notre travail et d'avoir été disponible dans une période particulière. Soyez assuré de notre respectueuse considération.

A Madame le Docteur TURRIERE, nous te remercions d'avoir accepté cette mission qui était de diriger notre thèse. Merci de ta grande disponibilité, de tes conseils précieux, de ta motivation et de ta bienveillance. Merci également pour l'intérêt et l'enthousiasme que tu as porté dans l'élaboration de ce travail, nous en sommes très reconnaissantes.

A Madame le Docteur PICATTO, sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail et en représentant le corps enseignant de la médecine générale de la faculté de Marseille, soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre plus grand respect.

A Madame le Docteur JANCZEWSKI, nous vous remercions pour vos précieux conseils concernant la méthodologie et la relecture.

Aux relecteurs, Margaux, Romain et Régine.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude, parce que sans vous nous n'y serions pas arrivés.

Remerciements de Lisa

A Noémie, d'avoir accepté de réaliser cette thèse avec moi et pour ta motivation à chaque moment sur ce travail.

A mes parents, merci à vous d'avoir toujours étant présents depuis le début de ma vie et puis dans mes études. Merci de votre patience et bienveillance. Merci pour tout, tout le temps et d'avoir su me rendre heureuse. Je vous aime.

A Clément, mon petit frère, à toutes tes tisanes et corrections, merci pour tout. Sache que je suis fier de toi, je serai toujours là, je t'aime.

A Romain, de m'avoir supporté et soutenue tout au long de ces études, maintenant un nouveau chapitre commence, que notre vie soit belle. Je t'aime.

A ma Mémé, que je n'oublierai jamais.

A mon Pépé, son amour indéfinissable et nos souvenirs gravés pour toujours.

A ma Mamie, pour toutes ces attentions et sa générosité.

A ma famille.

A ma belle-famille.

A tous les médecins et personnels paramédicaux qui m'ont formé et accompagné durant ces études.

A mes amis, à nos week-ends, à nos soirées, merci de m'apporter autant de bonheur et légèreté.

A mes merveilleuses amies de faculté, à nos anniversaires, à l'Indonésie, à Berlin, merci pour tout.

Remerciements de Noémie

A Lisa, pour m'avoir accepté sur ce projet de thèse, j'ai découvert une personne formidable.

A ma maman, pour son amour, sa bienveillance et son soutien, surtout ces derniers mois éprouvants, merci de tout mon cœur, je t'aime fort.

A mon papa, un exemple de courage et de dévouement, merci pour toutes les choses que tu m'as apporté, toi aussi je t'aime fort.

A mon frère, merci de supporter mon sale caractère, je t'aime.

A mes grands-mères, pour leur amour et les magnifiques souvenirs d'enfance.

A mon grand-père, une force de la nature, un exemple, je pense fort à toi.

A ma famille.

A Marisa et Zineb, mes plus vieilles copines, merci pour les fous rires avec vos histoires toujours plus folles les unes que les autres, les blagues en tout genre. Merci d'être toujours là quand il le faut.

A Suzanne et Sonia, merci pour votre sensibilité, votre bonne humeur et votre soutien.

A Acanthe, merci de mettre toujours un grain de folie dans nos aventures, et de ton soutien quand j'ai le cœur lourd.

A toutes les personnes rencontrées en stage ou dans ma vie personnelle qui m'ont permis de grandir et de me pousser vers le haut.

Table des matières

1	Introduction	5
1.1	Définition.....	5
1.2	Epidémiologie.....	7
1.3	Coûts socio-économiques	7
1.4	Objectif de notre étude.....	8
2	Matériel et méthodes	9
2.1	Type d'étude.....	9
2.2	Recherches préalables et apprentissage de la méthode	9
2.3	Population	10
2.4	Recueil des données.....	11
2.5	Analyse des données.....	12
2.6	Cadre éthique et légal	13
3	Résultats.....	14
3.1	Généralités	14
3.2	Résultats des entretiens des médecins généralistes	15
3.2.1	Prévenir	15
3.2.1.1	Prévenir semble difficile	15
3.2.1.2	Prévention à cibler	16
3.2.1.3	Prévention : intervention d'une multitude d'acteurs.....	16
3.2.1.4	Facteurs limitants de la prévention	18
3.2.2	Dépister les facteurs de risques de lombalgie et de chronicité ainsi que les conséquences.....	18
3.2.2.1	Mode de vie	20
3.2.2.2	Alimentation, sédentarité et surpoids.....	23
3.2.2.3	Profession.....	24
3.2.2.3.1	Facteurs déclenchants.....	24
3.2.2.3.2	Facteurs de risque de chronicité	26
3.2.2.4	Facteurs psychologiques.....	28
3.2.2.4.1	L'aborder	28
3.2.2.4.2	Type de patients	33
3.2.2.4.3	Impacter positivement par la kinésithérapie	36

3.2.2.4.4	Difficulté à expliquer l'aspect psychologique.....	36
3.2.2.4.5	Gérer par les médecins généralistes seuls	37
3.2.3	Soulager le patient	38
3.2.3.1	Soulager sur le plan de la douleur	39
3.2.3.2	Soulager sur le plan psychologique	40
3.2.4	Eduquer le patient.....	40
3.2.4.1	Expliquer	41
3.2.4.1.1	Expliquer la maladie	41
3.2.4.1.2	Expliquer les imageries.....	41
3.2.4.1.3	Expliquer les limites de la chirurgie.....	42
3.2.4.1.4	Expliquer les facteurs de risques et conseils préventifs	42
3.2.4.2	Modifier le comportement du patient.....	43
3.2.4.2.1	Efficacité ou inefficacité	44
3.2.4.2.2	Observance difficile à contrôler	45
3.2.4.3	Se sentir limité	45
3.2.4.3.1	La formation des médecins	45
3.2.4.3.2	Education appuyée par campagne Assurance Maladie	46
3.2.4.3.3	Education renforcée par la kinésithérapie	47
3.2.4.3.4	Education, un nouvel outil à disposition	48
3.2.5	Prescrire des examens complémentaires	49
3.2.5.1	Quand prescrire ?.....	49
3.2.5.2	Examens complémentaires limités par délai	51
3.2.5.3	Doute sur l'interprétation des imageries.....	51
3.2.5.4	Limité la prescription d'examens complémentaires par la kinésithérapie	51
3.2.5.5	Porte d'entrée dans la chronicité	52
3.2.6	Travailler en équipe.....	52
3.2.6.1	Accès difficile.....	53
3.2.6.2	Communication difficile	53
3.2.6.3	Différents acteurs	54
3.2.6.4	Prescrire de la kiné.....	55
3.2.7	Gérer les arrêts et la reprise du travail	57
3.2.7.1	Conséquence sur patient et médecin	58

3.2.7.2	Médecine du travail	59
3.2.7.2.1	La relation avec le médecin du travail.....	59
3.2.7.2.2	Aménager le poste	61
3.2.7.2.2.1	Limité par employeur	61
3.2.7.2.2.2	Limité par le patient	62
3.2.7.2.3	Se reconvertir	62
3.2.7.2.4	MDPH.....	63
3.2.7.2.5	Inaptitude	63
3.2.7.3	Médecin conseil	64
3.2.7.4	Médico-social	64
3.2.8	S'ajuster à l'autre dans la relation médecin-patient.....	65
3.2.8.1	Se sentir en difficulté	65
3.2.8.1.1	Prise en charge médicale pure non complexe mais complexe sur le plan psycho-sociale.....	66
3.2.8.1.2	Sentiment d'impuissance	66
3.2.8.2	Prendre en compte le patient.....	67
3.2.8.2.1	Lombalgie prétexte.....	67
3.2.8.2.2	Volonté de reconnaissance	68
3.2.8.2.3	Motivation	68
3.2.8.2.4	Capacité de compréhension et acceptation.....	69
3.2.8.2.5	Mode de vie / COVID	70
3.2.9	Suggestion	70
3.2.9.1	La kinésithérapie et les écoles du dos	70
3.2.9.2	Faciliter le travail multidisciplinaire	72
3.2.9.3	Prévention primaire	74
3.2.9.3.1	Au travail.....	74
3.2.9.3.2	En sport.....	74
3.2.9.3.3	Via les campagnes télévisées	74
3.2.9.4	Créer un ROSP	75
4	Discussion.....	77
4.1	Comparaison des résultats.....	77
4.1.1	S'ajuster au patient	77

4.1.2	Prise en charge des facteurs de risque de chronicité de la lombalgie.....	79
4.1.2.1	Aspect psychologique	80
4.1.2.2	Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos	82
4.1.2.3	Comportement douloureux inapproprié	86
4.1.2.4	Problèmes liés au travail	87
4.1.2.5	Application des outils de dépistage	91
4.1.3	Prévention primaire	92
4.1.4	Travail Multidisciplinaire	93
4.2	Critique de l'étude et validité.....	98
4.2.1	Force.....	98
4.2.1.1	Intérêt de l'étude	98
4.2.1.2	Validité externe.....	99
4.2.1.3	Validité interne	99
4.2.2	Limites	100
4.3	Les perspectives d'amélioration.....	101
5	Conclusion.....	103
6	Bibliographie	104
7	Annexe	109
7.1	Guide d'entretien	109
7.2	Caractéristiques de la population interrogée	112
7.3	Questionnaire STarT Back Screening Tool.....	113
7.4	Questionnaire Orebro	114
7.5	Questionnaire FABQ.....	115
8	Glossaire des abréviations	116

1 Introduction

Au XXème siècle comme au XXIème siècle le mal de dos est toujours qualifié comme le « Mal du siècle ». La question qui demeure est pourquoi ? Il est possible de commencer par le fait que notre rachis est notre tuteur et que la moindre contrariété peut l'affecter. Alors comment peut-on éviter ce mal ? Malheureusement aucune solution miracle n'a été trouvée jusqu'à maintenant, mais des recommandations, des ressources ont été présentées pour essayer de limiter ces douleurs lombaires.

L'expérience acquise au cours des stages nous a très vite confronté au problème de patients venant pour lombalgie. Nous nous sentions surtout en difficulté lorsque la chronicité était installée et pour lesquels nous avons le sentiment d'être bloquée, de ne pas avoir de solutions à leur proposer. Nous nous sommes donc demandées si nous étions les seules à rencontrer ce genre de situation problématique et nous en avons fait notre sujet de thèse.

Notre thèse s'intéresse donc à la prise en charge des lombalgies à risque de chronicité par les médecins généralistes pour étudier leurs comportements face au « mal du siècle ».

1.1 Définition

La **lombalgie** est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur, elle peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes (1).

Cette définition est en accord avec celle de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui a publié en 2000 des recommandations professionnelles sur la prise en charge de la lombalgie chronique, définie comme une douleur inhabituelle de la région lombaire pouvant s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou.

Seul l'Assurance maladie ne précise pas la présence ou non d'une irradiation dans sa définition (2) (3) .

Pour comprendre ce qu'est une lombalgie il est nécessaire de savoir ce qu'est une douleur. Une **douleur** est, selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ». La douleur repose alors sur le ressenti du patient ce qui rend difficile à la fois le fait de la quantifier et de la qualifier. Dans le monde, 30% des adultes souffrent de douleurs chroniques toutes causes confondues (4).

Il faut ensuite différencier les lombalgies communes des lombalgies secondaires. La lombalgie **commune** désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (ou "drapeaux rouges") décrits dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019. Les lombalgies dites **secondaires** ou symptomatiques ont donc par définition une cause qui peut-être traumatique, tumorale, infectieuse ou inflammatoire, qui sont à éliminer avant de poser le diagnostic de lombalgie commune. Elles sont à évoquer à l'aide des "drapeaux rouges" (1).

Ces drapeaux lorsqu'ils sont présents font suspecter une pathologie sous-jacente : douleur de type non mécanique (d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit), symptôme neurologique étendu (déficit de 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 une chute de sa hauteur), perte de poids inexplicquée, antécédent de cancer, usager de drogue intraveineuse ou prolongé de corticoïdes, 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.

Concernant la durée, toutes les définitions sont unanimes pour parler de lombalgie **chronique** quand la douleur évolue depuis plus de 3 mois (1) (2) (3).

La lombalgie **récidivante**, c'est-à-dire une lombalgie qui récidive dans les 12 mois, doit être considérée comme à risque de chronicité.

1.2 Epidémiologie

Selon l'assurance maladie, au 15 mai 2020, 4 personnes sur 5 souffriront de lombalgies communes au cours de leur vie et plus de 50% de la population française a eu au moins un épisode de mal de dos dans les 12 derniers mois (3). Les lombalgies aiguës se situent au 2nd rang des motifs de consultation et les lombalgies chroniques au 8^{ème} rang. La lombalgie ne devient chronique que dans 3 à 6% des cas (5).

A l'échelle européenne, 43% des travailleurs européens disent avoir souffert du dos au cours des 12 derniers mois, selon la 6^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound), il s'agit du problème de santé le plus rapporté (6).

La lombalgie chronique peut altérer la qualité de vie des patients avec des risques de désinsertion professionnelle et sociale. En effet, les syndromes dépressifs sont souvent associés à la lombalgie chronique. En France, les lombalgies chroniques ont une prévalence de 21,3% dans les pathologies mentales. Pour certains, le syndrome dépressif est un facteur de risque tandis que pour d'autre c'est la conséquence de la lombalgie. Ces conséquences sur l'état mental peuvent provoquer des conduites à risque et notamment un abus médicamenteux (7).

1.3 Coûts socio-économiques

Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), organisme de référence dans les domaines de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels, les lombalgies représentent 20% des accidents du travail et 7% des maladies professionnelles (8).

La durée moyenne des accidents du travail dus à des lombalgies est de 2 mois, elle a quasiment triplé en 40 ans. Pour les maladies professionnelles, la durée moyenne des arrêts est d'un an et leur coût moyen est de 44 000 euros. Au total, on peut donc en déduire que près de 11.5 millions de journées de travail sont perdues du fait des accidents du travail (soit

¼ des arrêts de travail pour accident du travail) et maladies professionnelles liés aux lombalgies.

Elles représentent 1/3 des arrêts de plus de 6 mois et sont la 3^{ème} cause d'admission en invalidité. En terme de coût, au total, les lombalgies en lien avec le travail représentent pour la branche accident du travail / maladie professionnelle uniquement, plus d'un milliard d'euros par an. Dans la plupart des cas une lombalgie se guérit mais elle peut également se chroniquer, et c'est les lombalgies chroniques qui représentent la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans.

L'évaluation du coût global est d'autant plus complexe qu'elle doit prendre en compte les coûts directs (consultations médicales, consommation de médicaments, frais pharmaceutiques, explorations complémentaires) et les coûts indirects (arrêts de travail, pertes des cotisations sur les personnes en arrêt de travail). La lombalgie représenterait 1% du Produit Intérieur Brut (PIB) dans certains pays.

C'est en raison des coûts qu'elles engendrent sur le plan économique, social et médical qu'il est important de prévenir ces lombalgies, autant les aiguës que les chroniques.

1.4 Objectif de notre étude

Comme nous l'avons vu, la lombalgie est un motif de consultation fréquent. C'est d'ailleurs après avoir vu en consultation à de multiples reprises des patients souffrant de ces maux que l'idée d'une thèse sur ce sujet est apparue.

Nous nous sommes donc intéressées à l'approche des patients lombalgiques à risque de chronicité par les médecins généralistes.

2 Matériel et méthodes

Pour réaliser cette étude nous avons choisi de faire une étude qualitative en binôme. En effet, les études qualitatives permettent de s'intéresser aux déterminants des comportements des acteurs et notamment des acteurs de la santé. Elles permettent également d'explorer les phénomènes nouveaux, émergents. La recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative et non à quantifier (9).

2.1 Type d'étude

Qu'est-ce que la méthode qualitative? Il n'y a pas de définition standardisée. Les méthodes de recherche qualitative visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie. Les méthodes de recherches qualitatives sont traditionnellement utilisées en sciences sociales.

La recherche qualitative présente plusieurs spécificités, notamment avec différentes sources de données (observation, documents,...) et dont le but est de décrire, comprendre en profondeur le problème étudié. L'un des points forts de la recherche qualitative c'est qu'elle étudie les gens dans leur milieu naturel, leur vie quotidienne, sans expérience. Ce type de recherche fait fréquemment recours à plusieurs méthodes pour répondre à une seule question de recherche, c'est donc la triangulation (confronter les résultats de plusieurs sources de données, ici la littérature et les propos recueillis). Enfin la recherche qualitative est itérative, doit être revue à partir de supposition, d'hypothèses ou des théories générales qui changent et se développent tout au long des étapes successives du processus de recherche (10).

2.2 Recherches préalables et apprentissage de la méthode

Avant de débiter le travail de recherche, un certain nombre de prérequis ainsi qu'une démarche rigoureuse ont été nécessaires.

Nous avons étudié avec soin la méthodologie des études qualitatives, aidées par le livre *Initiation à la recherche qualitative en santé* et de nombreux autres documents cités par la suite (11). La recherche bibliographique concernant notre sujet a eu lieu tout au long de notre travail en parallèle de la collecte et de l'analyse des données. En effet, en vue de ne pas démarrer la recherche avec trop d'*a priori*, la bibliographie a dû être réalisée tout au long de l'étude. Ceci est une des spécificités de la méthodologie qualitative.

Chacune des deux chercheuses a tenu un carnet de bord durant toute la durée de l'étude, permettant de consigner par écrit des pensées, extraits de documents ou de lectures, servant de fil conducteur au processus de recherche.

2.3 Population

L'échantillonnage s'est fait de manière raisonnée c'est-à-dire que les participants sélectionnés sont tous considérés comme typiques de la population cible. Cette technique d'échantillonnage permet de garantir la validité externe. Nous avons établi au préalable des variables puis des classes de variables pour tenter de recruter des participants pour chaque variable identifiée.

La population étudiée était celle des médecins généralistes installés ou remplaçants des Alpes de Haute Provence et du Vaucluse, en particulier là où les chercheurs ont exercé en tant qu'interne sans spécificité de sexe, d'âge ou de cadre de vie (urbain, semi-rural ou rural). Les critères d'inclusion à l'étude étaient en premier lieu la volonté des médecins généralistes. Les critères de non-inclusion étaient l'absence de consentement, les personnes non francophones.

Le nombre de participants à inclure n'a pas été déterminé en amont pour rester conforme à la méthode qualitative.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone, SMS ou par demande directe lors d'une rencontre. La question de recherche n'était pas dévoilée, seul le grand

thème était annoncé, pour éviter une réflexion au préalable des médecins interrogés. Les médecins savaient donc qu'ils seraient interrogés sur la lombalgie.

2.4 Recueil des données

Plusieurs techniques pour recueillir les données existent, les principales étant la réalisation d'entretiens individuels, de focus groups et d'observation.

La méthode de recueil choisie pour l'élaboration de ce travail a été la réalisation d'entretien individuel semi-dirigé. Celui-ci permet une analyse des représentations et des expériences, mais également d'aborder plus facilement les émotions, les expériences, le ressenti de la personne interrogée. La collecte de données se déroule en interrogeant les participants en face à face par des techniques de conversation. Le fait d'être en face à face permet d'établir une certaine intimité, propice à la liberté de paroles, permettant d'aborder des sujets plus sensibles, intimes. Le but est de parler librement, sans influence de la part de l'enquêteur sur les données recueillies. L'entretien est structuré par un guide préétabli, reprenant la liste de questions ouvertes ou de sujet à aborder (10) (12) (13).

Nous avons choisi cette méthode car elle permet de s'intéresser aux causes et aux logiques qui guident les comportements des individus. L'individualité étant nécessaire puisqu'aucune interaction entre les participants n'était recherchée.

Le guide d'entretien (annexe n°1) a permis de définir les grands thèmes à aborder pendant l'entretien tout en gardant une certaine souplesse notamment sur l'ordre des questions. Ce guide a pu être modifié au fil des entretiens, il a d'ailleurs été testé au préalable sur un médecin externe à l'étude. Etant donné que nous réalisons des entretiens semi-dirigés, les questions devaient être les plus ouvertes possibles.

Le guide d'entretien est composé de plusieurs parties. Tout d'abord la partie introductive qui comporte l'explication de notre sujet, la demande d'autorisation d'enregistrement audio, puis quelques questions sur la personne interrogée (âge, durée d'installation...). Ensuite, il se poursuit par une question « brise-glace » suivit de questions

ouvertes, sans connotation positive ou négative associée, pour ne pas influencer la personne interviewée. Des questions de relance peuvent être préparées si la personne n'aborde pas les sujets inhérents à l'étude de manière spontanée. Chaque question correspond à un seul thème. Enfin, le guide d'entretien prévoit une partie remerciement.

Tout ce guide a dû être écrit comme il devait être dit à l'oral, mais comme dit précédemment il était flexible c'est-à-dire que les questions pouvaient être posées dans n'importe quel ordre notamment pour suivre le cheminement de la personne interrogée.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à un téléphone portable après accord des participants et avec respect de l'anonymat. Pour cela les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes interrogés ont été relevées avant chaque début d'entretien donc non enregistrées. Le lieu des entretiens était variable (cabinet du médecin, domicile....) mais il devait être rassurant, accueillant pour permettre une ambiance décontractée et propice à la discussion.

La fin de l'étude s'est faite à saturation théorique des données c'est-à-dire lorsque les entretiens n'ont plus apporté aucune donnée nouvelle. La saturation des données a 2 rôles :

- Elle indique à quel moment le chercheur doit arrêter la collecte de données
- Elle permet de généraliser les résultats à l'ensemble de la population auquel le groupe analysé appartient (14)

2.5 Analyse des données

L'analyse des données s'est inspirée de la méthode de théorisation ancrée adaptée par P. Paillé de la grounded theory décrite par B. Glaser et A. Strauss. En effet, il existe une différence entre ces 2 méthodes, la théorisation ancrée comme l'indique le nom a un objectif de théorisation, et est donc moins précise que la grounded theory. L'analyse par théorisation ancrée s'appuie "sur des données recueillies dans le cadre d'une recherche qualitative dont l'une des caractéristiques majeures est la simultanéité de la collecte et de l'analyse, du

moins au cours des premières étapes, contrairement aux façons de faire plus habituelles où la collecte de données est effectuée en une seule occasion et suivie de l'analyse de l'ensemble du corpus. L'analyse débute donc en même temps que la collecte des données” (15).

Les enregistrements audio des entretiens ont donc été retranscrit mot pour mot pour constituer le verbatim sur Microsoft Word®. Le langage non verbal (rires, pauses, silences,...), les hésitations ont également été retranscrits afin de faciliter la compréhension du texte. L’anonymisation des entretiens s’est faite en codant chaque entretien par une lettre et un numéro. Chaque retranscription était relue par l’enquêteur n’ayant pas participé à l’entretien pour être le plus précis possible.

Ces verbatims ont ensuite permis de faire l’analyse par théorisation ancrée, cette analyse était réalisée à la fin de chaque entretien. Elle consistait en un codage ligne par ligne sous la forme de mots-clés c’est-à-dire résumer, dégager, renommer les propos tout en évitant de répéter le verbatim. Ceci a été réalisé avec le logiciel Microsoft Word®. Ensuite l’étape suivante consistait en la catégorisation, c’est-à-dire un codage axial regroupant les codages initiaux en catégorie. Il peut se dégager ainsi des “codes centraux” et des “codes de réserve” (16). Chacune de ces étapes d’analyse des données a été réalisée par les deux enquêtrices pour assurer la triangulation des données et ainsi éviter le biais d’interprétation. Ainsi après chaque entretien, les codes étaient ré-exploités, confrontés les uns aux autres lors d’une mise en commun des données interprétées individuellement par chacune des deux enquêtrices, aboutissant au codage final dans un logiciel Microsoft Excel®. Puis par la suite il a permis l’émergence d’un modèle explicatif à l’aide du logiciel Microsoft Word®.

2.6 Cadre éthique et légal

Les participants ont consenti librement à leur participation en toute connaissance de cause. Toutes les données ont été conservées de façon anonyme. L’anonymisation s’est faite par numérotation des participants lors du travail de retranscription. Toutes les informations permettant de reconnaître quiconque (noms, prénoms, lieu,...) ont été remplacées. A l’issue de ce travail de thèse, les fichiers audio seront détruits.

Selon la Loi Jardé, notre thèse n'a pas pour objectif de développer des connaissances biologiques et médicales, nous avons donc pu nous passer d'un avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP). Notre étude ne relève pas du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et n'a nécessité aucune démarche particulière auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

3 Résultats

3.1 Généralités

Nous avons interrogé 13 médecins généralistes entre octobre 2020 et mars 2021, cinq hommes et huit femmes. Les médecins interrogés étaient âgés de 30 à 62 ans avec une moyenne de 44,85 ans et une médiane de 40 ans. Les entretiens ont duré entre 13,25 et 38,58 minutes avec une moyenne de 24,2 minutes et une médiane à 22,4 minutes. Les entretiens ont été réalisés dans les lieux choisis par les interviewés, sur le lieu de travail, à domicile ou en extérieur.

Au niveau de l'environnement, le nombre de participants exerçant en zone urbaine, semi-rurale et rurale était respectivement de 4, 5 et 4.

Un des médecins interrogés était remplaçant, un exerçait dans un cabinet seul, les autres étaient en cabinet de groupe (collaboration, MSP, SCP ou SCM).

Certains médecins possédaient des diplômes complémentaires. Nous avons sciemment fait le choix de ne pas intégrer ceux-ci au tableau dans un souci d'anonymat.

Un tableau a été réalisé détaillant les caractéristiques de cette population en annexe n°2.

La saturation des données a été obtenue à E11 et confirmée avec E13.

3.2 Résultats des entretiens des médecins généralistes

Tous les médecins généralistes interrogés étaient d'accord pour dire que la lombalgie est un motif de consultation fréquent, qui nécessite ensuite des consultations répétées.

E1 : « Intervenant : Parle-nous de la dernière consultation que tu as faite chez un patient lombalgique.

Médecin : Mmh il y en a tellement... »

E3, en parlant d'un patient : « J'ai dû le revoir en un an, j'ai dû le voir 17-18 fois tu vois, c'est quasiment une consultation mensuelle. »

E4 : « Mmh la dernière consultation pour lombalgie... (rire) il y en a plein. »

E11 : « Alors c'est des gens qu'on voit régulièrement. »

3.2.1 Prévenir

La prévention primaire a été abordée par bon nombre de médecins généralistes, permettant de discuter du travail réalisé en amont de l'arrivée des lombalgies.

3.2.1.1 Prévenir semble difficile

Du point de vue du médecin généraliste, la prévention primaire est difficile d'autant plus qu'elle peut se faire dans plusieurs domaines médicaux (hypertension, tabac,...).

E10 : « La prévention, c'est toujours penser que le rôle de prévention du médecin généraliste il est compliqué à mettre en application, il faudrait faire que ça quasiment. Faudrait avoir de la consultation dédiée à la prévention et c'est très difficile »

Même si elle paraît être essentielle pour les médecins généralistes.

E10 : « Je pense que, oui, il faut le faire hein, je pense que la base de la prévention sur le dos elle doit être faite. »

3.2.1.2 Prévention à cibler

Plusieurs médecins généralistes soulignent le manque de prévention notamment dans certaines professions. Il serait ainsi intéressant de cibler cette prévention aux personnes à risque.

E5 : « Le gamin qui commence à 16 ans comme manœuvre en maçonnerie, il a aucun apprentissage sur le dos, sur la façon d'économiser son dos, sur ce qu'il faut faire, ce qu'il faut pas faire. Il a aucune formation et il commence comme apprenti à 16 ans sans problème en maçonnerie avec tous ces problèmes de dos qu'il va avoir plus tard voilà. Les femmes de ménage qui font des lits, elles ont aucune formation, aucune formation alors qu'elles remuent énormément de poids en fin de journée. »

3.2.1.3 Prévention : intervention d'une multitude d'acteurs

Les médecins soulignent les différents acteurs de la prévention primaire qui peuvent être multiples, notamment les **caisses de sécurité sociale** permettant de cibler certaines professions.

E3 : « la MSA est un partenaire privilégié ici, la mutuelle des paysans et le mal au dos chez le paysans c'est culturel tu vois ? [...] la MSA fait des documents intéressants. »

Mais aussi la **médecine du travail**, en travaillant plus spécifiquement sur les facteurs d'exposition et l'ergonomie au travail.

E3 : « Ensuite y a un travail avec la médecine du travail pour que les gens ne s'exposent pas à des douleurs lombaires »

E7 : « Je sollicite un peu [la médecine du travail] de façon active aussi pour qu'il puisse y avoir des aménagements euh et revoir un peu les postes de travail, revoir tout ça. »

E5 : « Il faudrait intervenir en formation pour euh les techniques d'appui, de poids, de se pencher en avant, de soulever. »

Les **campagnes réalisées par l'Assurance Maladie** jouent un rôle dans cette prévention primaire, pour intervenir dans les comportements des patients de façon générale.

E7 : « Donc ce côté prévention, on peut le faire hein, en amont, avec des grandes campagnes, essayer d'amener les gens à être, à manger 5 fruits et légumes, à faire du sport, des activités saines pour éviter d'avoir du surpoids, tout ça c'est ce qui est très en amont... »

Plus localement, au sein même des **entreprises**, certaines commencent à mettre en place des moyens de prévention primaire.

E5 : « Alors ça commence, selon les entreprises tu as des ateliers dos. »

Concernant **les médecins généralistes** leur rôle est d'après eux de rappeler les règles hygiéno-diététiques, dépister les facteurs de risque et d'aborder, de diffuser et répéter certains messages importants.

E10 : « C'est-à-dire c'est de dire « préservez votre capital lombaire en essayant d'être régulier dans la pratique de sport, faire attention à votre hygiène de vie quotidienne » et puis essayer de diffuser ce message qui finalement avec le temps a fini par rentrer dans le collectif c'est : « les antibiotiques c'est pas systématique », « la radio du dos c'est pas systématique », « l'arrêt de travail n'est pas systématique, il faut aller bosser rapidement », pleins de messages qu'il faut essayer de passer. »

3.2.1.4 Facteurs limitants de la prévention

D'après les médecins généralistes, plusieurs éléments sont à l'origine d'une prévention primaire non optimale, notamment des travailleurs saisonniers ne permettant pas l'intervention en prévention primaire.

E5 : « Il faudrait intervenir en formation pour euh les techniques d'appui, de poids, de se pencher en avant, de soulever et c'est des gens qui euh malheureusement sont bien souvent que des saisonniers, saisonnières donc qui rentrent, qui échappent à tout ça quoi, voilà.»

Un manque de connaissances par les médecins généralistes est souligné concernant l'ergonomie du travail.

E6 : « C'est plus par manque de connaissance, 'fin je fais de la petite prévention ouais « faite attention quand vous vous baisser, au port de charge, etc. »

Enfin les patients exposés à des facteurs de risque de lombalgie n'ont souvent pas de formation.

E5 : « Et ça y a un gros déficit en formation en ergonomie du travail des postures chez les gens qui travaillent avec leur dos. »

3.2.2 Dépister les facteurs de risque de lombalgie et de chronicité ainsi que les conséquences

L'interrogatoire est qualifié par les médecins généralistes d'important, notamment il permet d'évoquer tous les thèmes qui vont suivre, consacrés au dépistage des facteurs de risque, important pour élaborer la suite de la prise en charge.

Lors de l'interrogatoire sont alors évoqués les facteurs de risque de lombalgie et les facteurs de risque de passage à la chronicité.

E8 : « L'interrogatoire de la personne est important. »

Justement, lors des entretiens, il a été demandé aux médecins généralistes s'ils connaissent les recommandations de l'Assurance Maladie concernant les lombalgies communes, sorties en 2019 qui parlent notamment du dépistage des facteurs de risque de chronicité, sur les 13 médecins interrogés, 6 connaissent ces recommandations.

Ceux qui les connaissent essaient au maximum de les appliquer tout en s'adaptant aux patients.

E5 : « Tu essaies de les mettre en application en fonction de la négociation que tu peux mener avec le patient. »

E10 : « On lit tout ça après y a une réalité de terrain que vous apprendrez. Il faut arriver à... L'intérêt toujours, c'est l'intérêt de votre malade [...] C'est-à-dire qu'y a des fois où il faut durcir le ton, y a des fois il faut être à contre-courant de certaines recommandations. »

Pour d'autres, ils les ont lu mais ne les connaissent pas par cœur.

E4 : « J'utilise pas parce que euh enfin j'utilise pas, j'utilise pas, en gros ça fait partie des signes qu'on, que je suis d'habitude donc effectivement j'ai pas retenu le système des drapeaux. »

Un des médecins pensait que les drapeaux rouges faisaient aller plus vite aux examens complémentaires alors que le but était l'inverse.

E6 : « Après je trouve que y en a certains quand même euh qui finalement, j'ai l'impression qu'ils vont plus pousser à des examens complémentaires que ce qu'on dit de faire. »

Concernant les facteurs de risque, les médecins ont une facilité à les aborder par la connaissance antérieure, le suivi de leur patient.

E1 : « Après, c'est des gens qu'on connaît, c'est l'avantage de la médecine générale, c'est que souvent bon, c'est rare les gens qui arrivent pour la première consultation pour ça, que tu connais pas du tout avant. [...] Tu connais les gens, tu connais leur caractère, tu connais leur travail, tu connais un peu dans leur famille. »

E9 : « C'est l'avantage du dossier médical où tout est inscrit quand vous avez déjà fait ça l'année dernière ou il y a 2 ans. »

Alors que ces facteurs de risque sont plus difficiles à aborder lorsque que le patient n'est pas connu du médecin ou quand il s'agit d'un médecin remplaçant.

E2 : « Comme après j'ai pas forcément le suivi derrière, j'ai pas toujours l'idée de ce que je vais pouvoir faire par la suite quoi »

E4 : « Souvent c'est des gens qu'on voit peu en consultation aussi. »

E8 : « Des fois, elle est allée voir quelqu'un d'autre, un autre médecin, un autre kiné, etc et vous vous la découvrez lombalgique et il faut tout reprendre. »

Par ailleurs lorsqu'on demande à certains médecins s'ils font un dépistage des facteurs de risque de passage à la chronicité lorsque les patients se présentent avec une lombalgie, ils ne pensent pas le faire ou alors pas de manière systématique.

E4 : « Je pense pas... que je fasse un dépistage... »

E8 : « Je pense que ça dépend des personnes. »

E12 : « Non je crois pas que je fasse ça (rire), ben peut être que je le fais sans..., il faudrait qu'on me dise les questions qu'il faut poser mais là comme ça, ça me dit rien. »

3.2.2.1 Mode de vie

Selon les médecins, le **mode de vie** des patients joue un rôle dans le déclenchement des lombalgies, avec de nombreux éléments présents dans notre vie courante qu'il faut savoir évoquer, qui peuvent aussi être à l'origine d'une chronicisation. Certains posent alors ouvertement les questions.

E8 : « Quelle est votre vie ? [...] Vous avez combien d'enfant ? Quels âges ils ont ? Est-ce que vous conduisez beaucoup dans la journée ? euh est-ce que vous portez du poids ? Euh votre

maman comment voilà ? Est-ce que vous avez des frères et sœurs ? Est-ce que voilà ? »

E6 : « 'Fin dans l'interrogatoire du patient lombalgique j'aborde le contexte environnemental aussi et savoir si y a des... si c'est une période qui est stressante en ce moment, si y a des problèmes familiaux [...] du coup je leur pose la question et souvent y a quelque chose qui sort à ce moment-là, si en effet c'est en cause »

E10 : « Dans cette interrogatoire, on en revient à ce qu'on disait au départ, il faut intégrer tout ce qui est à côté, [...] quel milieu socio-professionnel, quel milieu économique est le patient [...]. Mais le facteur quand même relativement déclenchant c'est le mode sociétal c'est-à-dire qu'on passe une grande partie de notre temps assis ou à avoir une contrainte de boulot, dans un travail toujours plus »

Les médecins généralistes évoquent l'importance d'aborder **l'impact** des lombalgies sur la qualité de vie des patients, le handicap induit.

E2 : « Je me pose plutôt la question du nombre de fois où ils vont être handicapé par ces lombalgies et euh et comment les prévenir »

E10 : « Quelle implication cela a ? C'est-à-dire quelle est la gêne fonctionnelle que tu retiens ? »

Le contexte socio-professionnel, avec l'aspect financier est un point à aborder pour certains médecins.

E11 : « Le coté socio professionnel est important, [...]. Euh mais, il faut le prendre en charge, il faut le prendre en compte rapidement parce qu'au final bah, c'est l'argent le nerf de la guerre et les gens on pas envie d'un arrêt long parce qu'il se retrouve financièrement mal ».

Certains facteurs déclenchants sont décelés par les médecins généralistes tel le port de charge dans le cadre de bricolage domestique, la pratique de sport ou même des gestes classiques de la vie quotidienne.

E7 : « Le gars qui euh veut juste bricoler le dimanche qui soulève un truc et qui se fait euh,

'fin qui fait des cata, qui se fait une hernie ou autre »

E8 : « Un patient très jeune qui a un peu forcé à la salle de gym et qui s'est fait mal au dos »

E8 : « La vie au jour d'aujourd'hui c'est : vous allez travailler, votre femme va faire les courses, vous ramenez les enfants de la voiture, de l'école, etc. et vous portez, vous portez des charges en permanence. »

Les médecins soulignent que dans la vie de tous les jours certains mouvements habituels peuvent être le point de départ d'une lombalgie notamment les faux mouvements ou les malpositions.

E6, médecin qui parle d'un de ces patients : « Elle s'est levée brutalement un matin, c'était vraiment classique, elle s'est levée brutalement un matin avec l'impression d'avoir fait un faux mouvement euh et bloqué. »

E8 : « Ca peut être une personne âgée entre guillemet bien, euh, qui fait toujours le même geste, je sais pas moi pour aller ramasser sa plante sur le balcon, pour aller euh, pour descendre ses escaliers, pour aller chercher son courrier euh, qui fait toujours la même chose et puis ce jour-là allez savoir pourquoi, ce jour-là ça fait mal. »

E10 : « A 20 ans, je veux dire, les problématiques lombaires à part les problématiques positionnelles y en pas »

Un médecin fait remarquer que la lombalgie touche majoritairement des femmes.

E8 : « D'ailleurs euuh, la lombalgie est très féminine »

D'autres font remarquer que les lombalgies touchent maintenant des patients jeunes.

E10 : « Et j'ai beaucoup de gens jeunes, de plus en plus jeunes, qui viennent me voir. Parce qu'il a mal au dos, parce que caissière, il faut être assise pendant plus de 5 min donc ça fait mal donc je me retrouve avec des gens qui ont de plus en plus dans leur historique des arrêts de travail, ils ont 20 ans »

E11 : « Euh c'est souvent des patients jeunes »

Tandis que d'autres ne sont pas forcément de cet avis.

E5 : « Chez les jeunes, c'est pas un motif de plainte très fréquent quand même »

Un médecin pense que les patients qui sont à risque de chronicité sont plus âgés sans préciser d'âge.

E11 : « Intervenant : Comment vous réalisez, on peut dire dépistage des patients qui risquent de passer en lombalgie chronique, comment vous essayez de les repérer ces patients-là ?

Médecin : Euh alors c'est souvent des personnes plus âgées du coup. »

3.2.2.2 Alimentation, sédentarité et surpoids

L'alimentation est évoquée par les médecins généralistes, faisant partie intégrante du mode de vie et à terme pouvant être un facteur de risque de lombalgie.

E8 : « Voilà, c'est un problème diététique aussi. »

Il est aussi évoqué la sédentarité, le manque de musculature comme facteur de risque de lombalgie.

E1 : « C'est des gens souvent qui sont un peu en surpoids, qui font pas de sport, euuuh fin voilà qui se bouge pas. »

E2 : « Souvent c'est des personnes sédentaires. »

E5 : « C'est une autre catégorie de personne euh, qui euh, qui ont des plaintes de dos quoi, c'est voilà, mais qui travaillent pas assez la musculature de leur dos. »

E3 : « Les femmes qui sont en péri-ménopause, vont perdre leur abdos donc la ceinture abdominale se casse la gueule donc le muscle. »

Les médecins généralistes évoquent en majorité le surpoids, l'obésité comme facteur de risque de lombalgie, conséquence de problème diététique et de sédentarité.

E1 : « C'est des gens souvent qui sont un peu en surpoids. »

E2 : « C'est aussi que souvent c'est des personnes [...] en surpoids les lombalgiques. »

E10 : « C'est des gens qui ont une obésité ou une surcharge pondérale souvent. »

Mais certains évoquent quelques difficultés à l'aborder avec les patients.

E2 : « Ca, c'est difficile à aborder en consultation, moi j'ai du mal, y a des médecins qui le font facilement, moi, mais en fait ça devrait quand même faire partie des conseils, dans les premiers à donner ».

3.2.2.3 Profession

3.2.2.3.1 Facteurs déclenchants

L'un des éléments déclencheurs souligné par l'ensemble des médecins généralistes interrogés est le travail.

E12 : « 'fin souvent, hein, les gens qui ont mal au dos souvent, c'est qu'ils font quand même des métiers à risque ».

Certaines professions avec port de charge sont responsables de lombalgie.

E4 : (parlant de l'un de ses patients) : « S'est fait mal au dos dans le cadre de son travail il y a quelques mois en soulevant une plaque qui était lourde »

Certains ont abordé le risque de lombalgie lors des gestes répétitifs réalisés au travail.

E8 : « Euh les lombalgies sont souvent dues au travail et aux problèmes, enfin aux gestes répétitifs. », « Bien sûr que les gestes répétitifs au travail sont un facteur de lombalgie. »

Certaines professions sont d'ailleurs plus recensées dans le cadre des lombalgies selon les médecins, notamment les agents d'entretien, les travailleurs du Bâtiment et des Travaux Publics (BTP), les manutentionnaires, les agriculteurs puis certaines professions plus rarement évoquées tels que les facteurs, les livreurs.

➤ Femmes de chambre

E5 : « Les femmes de chambre [...] représentent une quantité importante de de personne ici quand même, [...] elles travaillent très penchées en avant pour faire les lits, elles font pas, elles plient pas les genoux, elle ne se mettent pas en position chevalier servant. [...] Elles soulèvent du poids parce qu'elles ont des sacs de linges qui sont très lourds. [...] Elles sont pressurisées pour travailler, pour le rendement.»

➤ Livreur

E5 : « Le gars qui est livreur [...], chaque caisse fait 20kg minimum entre la caisse, les bouteilles et le contenu, tu remues du poids et à la fin de la journée tu as sortis quelques caisses de boissons de ton camion. »

➤ BTP

E1 : « Y a pas mal de BTP. »

E5 : « Et après tu as l'autre pathologie des lombalgiques c'est les gens du bâtiment. »

E5 (*en parlant des travailleurs du bâtiment*): « Ils ont des dos à la radio, ils arrivent à 50 ans, ils ont des dos euh pourris hein, y a pas d'autres mots hein, y a plus rien. »

➤ Manutention

E12 (*en parlant d'un patient*) : « Un monsieur qui fait de la manutention qui charge les rayons en grande distribution. »

➤ Facteur

E5 : « une factrice à la fin de la journée [...], ils ont manipulé beaucoup de poids quoi.»

En revanche, il est relevé par un médecin que peu de déménageurs se présentent pour lombalgie évoquant alors une meilleure ergonomie et un meilleur équipement professionnel.

E7 : « J'ai jamais eu l'occasion de voir un déménageur pour des problèmes de dos parce qu'ils sont tellement justement euh, habitués et équipés, ils ont tellement d'ergonomie dans leur boulot que en fait ils ont jamais mal, 'fin sont jamais mal »

Certains médecins soulignent que les métiers plus manuels sont réalisés par des personnes d'un milieu social défavorisé.

E10 : « Bizarrement les lombalgies souvent, sont beaucoup plus marquées, plus compliquées à gérer dans des milieux socio-professionnels défavorisés [...] qu'à certains d'autres niveaux parce que ben voilà le travail est plus manuel. »

Des professions sans port de charge sont évoquées par les médecins généralistes comme à l'origine de lombalgie, consistant en des travaux plus sédentaires, tels les personnels de secrétariat.

E5 : « J'ai l'impression mais j'ai jamais fait de stats là-dessus, qu'une partie des plaintes que l'on entend le plus chez les lombalgiques, c'est aussi bizarre que ça paraisse chez des gens qui sont assez sédentaires, [...] j'ai des secrétaires des ci des ça qui se plaignent de lombalgie alors qu'elles ne font pas d'effort, ne soulèvent pas de poids ni rien mais c'est par manque de musculature. »

Les médecins nous ont fait part de leur ressenti face au travail, facteur déclenchant de lombalgie mais ils l'évoquent aussi en tant que facteur de risque de chronicité, ce que nous allons développer dans le chapitre suivant.

3.2.2.3.2 Facteurs de risque de chronicité

Dans le cadre du dépistage du risque de chronicité de la lombalgie, lors du déroulement des entretiens, il a été demandé aux médecins généralistes interrogés si les problèmes liés au travail étaient abordés, la grande majorité a répondu de manière positive. Ils par-

laient volontiers de l'aspect professionnel avec leur patient, assez facilement et de manière systématique.

E7 : « Ça vient naturellement, en tout cas dans ce contexte-là. »
« Mais donc oui, le boulot est forcément aborder d'une façon ou une autre. »

E13 : « Alors j'ai pas de mal à aborder la question. »

Plusieurs questions sont soulevées par les médecins généralistes sur le thème du travail. Ils cherchent à savoir quel est la profession exercée et quelles contraintes physiques ou positionnelles sont présentes. Ils recherchent aussi la présence d'un mal être au travail ou une pression professionnelle.

E6 : « Savoir si y a des... si c'est une période qui est stressante en ce moment si y a des problèmes [...] professionnels, du coup je leur pose la question et souvent y a quelque chose qui sort à ce moment-là si en effet c'est en cause. »

E7 : « Forcément je lui demande quel boulot il fait et ne serait-ce pour savoir s'il peut y retourner le lendemain voilà euuh et donc forcément selon le boulot qu'il fait euh on n'envisage pas forcément à la première consult' ou ça dépend un peu des cas, mais on envisage la suite. »

E9 : « Ça part de qu'est-ce que vous faites comme travail 'fin normalement je le sais si c'est des patients que je connais mais euuh dans quelle position ils sont, quels voilà est-ce que oui oui y a des tensions au travail, est-ce que ça vient pendant les vacances ou pendant les périodes de travail. »

Un des médecins disait être bloqué lorsqu'il aborde le travail devant peu de solution à apporter, notamment en terme de reconversion.

E7 : « Après c'est pas évident parce que quand on parle boulot, on parle aussi euh peu d'offre de boulot et les gens ben ont besoin de leur boulot déjà et les possibilités de reconversion sont quand même pas évidente. »

Parfois l'aspect professionnel n'est abordé qu'après plusieurs récurrences de lombalgies afin de programmer l'avenir.

E7 : « C'est clair qu'on fait pas forcément d'emblée un projet de carrière pour quelqu'un qui a qu'une lombalgie mais quelqu'un qui en fait plusieurs ça c'est clair et nette qu'on aborde le sujet »

Un des médecins interrogés, aborde très rapidement l'avenir professionnel.

E11 : « 6 mois d'arrêt euh, pour eux c'est inimaginable de retourner au travail et c'est trop tard, la sécurité sociale a déjà, veut déjà les remettre donc il faut anticiper ça. Je force en tout cas les internes et les remplaçants que j'ai à se poser la question très tôt même au bout d'un mois. »

3.2.2.4 Facteurs psychologiques

Le facteur psychologique est un aspect important dans la prise en charge de la lombalgie, c'est un des facteurs de risque de passage à la chronicité, nous développerons dans cette partie toutes les étapes, du dépistage à la prise en charge en passant par les conséquences sur le patient et les difficultés, du point de vue des médecins généralistes interrogés.

3.2.2.4.1 L'aborder

Les médecins généralistes sont en grande majorité d'accord pour dire que l'aspect psychologique est **très important**.

E7 : « Mais c'est vrai que c'est quand même très lié euh lombalgie, lombalgie chronique et psychisme. »

E2 (*en parlant du facteur psychologique*) : « Je trouve que c'est hyper important parce que c'est vrai que tu constates qu'en fait, c'est euh, dans les 2 sens que ça marche je trouve, d'expérience. »

E12 : « Ah oui oui y a un retentissement psychologique très important. »

E13 : « Euh je pense [...] que dans le facteur de lombalgie, il y a quand même beaucoup de chose, le facteur psychique »

Ils abordent alors pratiquement tous l'aspect psychologique, à des **moments différents et de manières différentes.**

Certains médecins vont plutôt se laisser quelques consultations avant d'aborder cet aspect-là, progressivement.

E8 : « Une fois que je les ai examinés 1 fois, 2 fois, 3 fois et que j'ai un peu creusé la question et que je vois les larmes qui arrivent sur les yeux je leur dis « Ecoutez euh bon, est-ce qu'on peut parler d'autre chose ? Oui, vous avez mal au dos mais qu'est ce qui s'est passé, expliquez-moi ? ». Non, non, moi j'aborde les sujets de plein front. »

E11 : « Souvent on le creuse alors c'est des gens qu'on voit régulièrement du coup on le découvre souvent. »

Si certains médecins ne vont pas du tout aborder cet aspect...

E2 : « C'est vrai que je pense pas à aborder le sujet, de ce que ça peut amener sur le plan psychologique. »

... D'autres vont l'aborder facilement et rapidement.

E4 : (*Intervenant*): Est-ce que vous abordez facilement la partie psychologique quand vous avez quelqu'un qui vient pour une lombalgie ?
(*Médecin*): Ouais, ouais, oui, assez rapidement. »

E6 : « J'aborde assez facilement le sujet typique parce que ça se sent aussi je trouve, quelqu'un qui n'en peut plus. »

Parler de ce terrain va dépendre du patient pour certains médecins.

E13: « Ca dépend comment je sens les choses, 'fin la personne, mais si je sens que la personne est pudique, oh là, là en général quand on a mal au dos c'est qu'on en a plein le dos, donc j'essaye de lui dire « Et alors qu'est-ce qui se passe ? Et alors si et alors ça. » et puis voilà quoi [...] ça dépend comment je sens la personne, si la personne est fermée comme une huitre non je vais pas aller là-dedans. »

E8 : « Surtout que le patient ou la patiente euh n'exprime pas à la première ou à la deuxième consultation euuuh pourquoi elle a mal au dos. »

E9 : « En fonction de ce qu'il dit d'avancer et de creuser un peu le sujet. »

Certains médecins évoquent la **complexité** dans la manière d'aborder l'aspect psychologique.

E5 (*en parlant du dépistage des facteurs de risque psychologique de chronicisation*) : « C'est compliqué, c'est compliqué. »

E7 (*en parlant du dépistage des facteurs de risque psychologique de chronicisation*) : « Ben c'est forcément plus compliqué, c'est forcément plus compliqué puisque c'est le psychisme alors y a différentes façon de l'aborder. »

Les médecins généralistes ont différentes manières d'aborder cet aspect-là. Un bon nombre d'entre eux utilisent l'expression « en avoir plein le dos » pour aborder avec leur patient l'aspect psychologique.

E6 : « Euh je leur redis je leur sors souvent l'expression que c'est pas pour rien qu'on en a « plein le dos », qu'elle a un sens du coup ils l'entendent aussi par ce biais-là. »

E12 (*en parlant de comment aborder l'aspect psychologique*) : « Oui ça c'est facile, en général moi je leur dis vous en avez plein le dos. »

E8 : « On peut parler avec euh, comme je vous ai dit dès le départ euh mal au dos c'est j'en ai plein le dos donc quelle est votre vie. »

Un des médecins l'évoquait lors de l'examen clinique.

E9 : « Dans la lombalgie, c'est plus 'fin tu dois le voir maintenant que tu fais des consultations toutes seules, ça va être plus des questions comme ça, en examinant, et comment vous dormez, comment vous vous sentez. »

Lors des entretiens il a été demandé aux médecins généralistes s'ils utilisaient les **échelles de dépistage anxio-dépressives**, aucun ne les utilisaient de manière systématique.

E5 : « J'utilise pas, j'utilise pas les échelles. »

E7 : « Euh non euh j'y pense pas forcément. »

E13 : « Non pas d'échelle, non les échelles c'est euh (rire), je pense que je suis, que j'ai l'œil quoi, j'ai pas besoin d'échelle. »

Mais certains évoquaient cependant les utiliser de manière indirecte.

E11 : « Je les utilise, non pas formellement mais euh on le fait dans la pratique, euh à l'interrogatoire finalement on revient un peu à ça. »

E9 (*en comparant les échelles de dépression*) : « Mais bon 'fin j'ai envie de dire c'est pas tout à fait le sujet mais c'est comme les questions sur l'hypertrophie bénigne de prostate je sors pas la liste des questions mais je lui demande s'il est dysurique, pollyakiurique s'il a des symptômes mais ça se fait dans la consultation, dans l'interrogatoire ou dans la conversation quoi voilà. »

Les médecins évoquent plusieurs raisons à la non-utilisation de ces échelles, trop rigides pour certains.

E9 : « Le problème de ces échelles c'est standardisé ok mais c'est un peu rigide. »

D'autres disent manquer d'occasion de le faire.

E6 : « Je les utilise pas, je sais qu'elles existent et qu'en effet je pourrais les utiliser mais

pour l'instant j'ai pas eu l'occasion de les utiliser. »

D'autres encore ne sont pas habitués à s'y référer spontanément.

E7 : « J'y pense pas forcément et c'est vrai que je sais pas trop les manier les échelles, 'fin je sais pas, ça n'a pas l'air compliqué mais c'est pas ancré dans ma pratique, faudrait hein. »

Notamment car elles n'existent pas dans leur formation initiale.

E5 : « Dans ma formation initiale je pense, où à l'époque, ça n'existait pas et j'ai eu du mal à me mettre à ces très très nombreuses échelles qu'y a sur tout et qui codifient. »

D'autres les utilisent mais dans le contexte de la dépression uniquement par crainte que le patient ne comprenne pas l'objectif de leur utilisation dans le cadre des lombalgies.

E9 : « Ben les échelles, moi je vais les utiliser plus euh dans un cadre euh on va dire évaluation effectivement d'une dépression de quelqu'un qui vient pour ça. [...] Tu te retrouves, le patient il vient pour lumbago, tu lui fais une échelle d'anxiété, tu lui fais ci [...] 'fin on part un peu dans tous les sens 'fin voilà et le patient à l'impression que tu 'fin oui mais j'ai mal au dos en fait voilà. Lui il vient pour ça, même si toi tu sais que derrière il y a peut-être autre chose, il faut quand même entendre sa plainte et quand tu commences à lui demander, à faire une échelle d'anxiété si tu lui sors le papier il va dire mais elle a rien compris quoi. »

Et d'autres n'y trouvent pas d'intérêt dans la pratique thérapeutique.

E5 (*en parlant des échelles de dépressions*) : « Qui permettent de codifier, qui permettent de donner certes un abord, de regarder l'évolution mais ça change pas toujours grand-chose dans la thérapeutique quoi euh c'est un abord, c'est un, ça te permet de faire euh comment dire un comptage métrique, d'avoir un chiffre, une numérisation mais la pratique thérapeutique c'est pas si j'ai pas, je les ai vu mais j'ai pas retenu un intérêt pour la pratique thérapeutique. Je me trompe peut être mais j'ai pas euh voilà, ça m'a pas apporté un truc particulier dans la pratique. »

Enfin un des médecins interrogés ne savait simplement pas où les trouver.

E6 : « Je sais même pas où la trouver pour l'instant cette échelle. »

3.2.2.4.2 Types de patient

Selon les médecins interrogés plusieurs profils psychologiques peuvent être identifiés chez le patient lombalgique.

Certains patients ont un **terrain anxio-dépressif sous-jacent** et somatisent sous forme de lombalgie.

E8 : « Qu'est-ce qui vous fait mal finalement ? C'est votre dos ou c'est autre chose ? » et euh souvent c'est autre chose et souvent il faut aller creuser plus loin c'est pas forcément le dos, [...] ça peut être un problème psychologique »

E11 : « Je trouve que c'est plutôt secondaire (*en parlant du moment où elle aborde l'aspect psychologique*) c'est-à-dire que ces gens qui sont en arrêt de travail un peu forcé, qui finalement ont pas de prise en charge médicale à part le kiné et puis me voit de temps en temps pour la paperasserie euh on découvre de l'éthylisme chronique, on retrouve de l'enfermement, euh un syndrome dépressif sous-jacent souvent ».

E13 : « C'est sûr que si c'est une personne qui est totalement déprimée, c'est sûr que son mal de dos ne va pas passer quoi. »

Avec des difficultés à prendre en charge ces patients par manque d'éléments objectifs.

E7 : « Euh y a le dépressif qui euh qui en a plein le dos et qui euh du coup à des lombalgies souvent des rachialgies et qui sont souvent beaucoup plus fourbes et sur lesquelles on se plante plus facilement parce que mine de rien on n'a pas grand-chose d'objectif hein, le gars qui a mal au ... on n'a pas grand-chose d'objectif. »

Et parfois manque d'expression direct de la part du patient.

E8 : « Surtout que le patient ou la patiente euh n'exprime pas à la première ou à la deuxième consultation euuuh pourquoi elle a mal au dos. »

Les médecins généralistes ont repéré qu'il existait une **part psychologique à l'intégration de la douleur**, ce qui rend difficile leur évaluation.

E8 : « Vous dites elle vient me voir pour un mal au dos mais là elle bouge complètement, voilà la lombalgie c'est quelque chose de très psychologique. »

E7 : « Bien souvent on a que le discours quoi, le discours, un peu l'examen mais qui euh 'fin, moi si j'ai un examen qui me semble correct mais que le gars me dit que c'est insurmontable je ne peux pas me permettre de lui dire « non non ». Donc là c'est beaucoup plus compliqué parce que savoir quel est le vrai du faux, quel est le vrai ressenti, euh de la recherche de bénéfices secondaires, 'fin ça c'est beaucoup plus fourbe. »

E10 : « Y a des gens qui ont 40 ans d'exercice qui sont dehors qui pleuvent, qui neigent, qui ventent qui ont les articulations comme ça (montre une grosse articulation inflammatoire), qui ont jamais fait un arrêt, qui vous arrive tout vouté comme ça et que c'est vous qui avez besoin de dire « Putin, calme, arrête-toi, je veux dire, regarde ta radio quand même (rire), c'est normal que tu ais fait 5 sciatiques ». Et puis y a des gens de 20 ans qui ont une radio parfaite qui ont juste une malposition et qui vont vous dire « Pfff il faut que tu me fasses un dossier RQTH parce que moi je peux pas travailler. »»

Cette variabilité d'intégration de la douleur varie selon les cultures, l'âge, le terrain psychologique selon certains médecins.

E5 : « Y a une intégration psychologique de la douleur qui varie beaucoup selon les cultures et selon les gens. Et moi je me souviens très bien du nombre de vieilles qui arrivaient ici très très très arthrosiques avec des dos vraiment minables et qui s'en plaignaient euh, c'était pas leur problème, elles avaient mal ben oui mais je vais travailler, je vais piocher mes fleurs, mes pommes de terres, mes carottes tout ça mais voilà et ça c'est quelque chose qui culturellement à totalement évolué. »

Enfin **l'impact psychologique** est largement détecté par les médecins généralistes comme une **conséquence de la lombalgie** lorsque celle-ci perdure dans le temps.

E2 : « La chronicisation te rend aussi au bout d'un moment, euh ben psychologiquement, ça tape sur les nerfs, c'est des gens qui te disent qu'ils peuvent plus rien faire, qui ont du mal à dormir que ... »

E7 : « Euh y a le lombalgique chronique qui a sa lassitude qui joue sur son moral et qui euh et qui du coup euuuh ben euh devient dépressif, ben à différents degrés hein mais du coup qui a ce retentissement psychique sur son quotidien euh donc ça s'est fréquent. »

E10 : « Le risque c'est qu'une fois qu'on est passé dans la chronicité, les gens euh en effet commencent à développer des syndromes anxio-dépressifs qui acutisent. »

Pour l'un des médecins interrogés, l'entrée dans le circuit MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) est un des facteurs déclenchants de trouble psychologique.

E10 : « Le mec vient avec un dossier (MDPH) et dès qu'on est dans ce sens-là on va rentrer dans un processus anxio-dépressif réactionnel souvent parce que le mec quelque part il fait la démarche parce qu'il sait que ça va l'aider mais dans sa tête ça y est, il est handicapé. »

Selon les médecins interrogés, la lombalgie impacte tous les domaines, elle a un impact sur l'estime de soi, la motivation, les relations amicales, familiales, sexuelles et le travail.

E3 (*en parlant d'un patient*) : « Il a fait un syndrome anxio-dépressif, avec une part anxieuse importante, ça pose des problèmes de couple, que ce soit au niveau de la sexualité parce qu'il ne peut pas aussi tout faire et aussi au niveau du rapport en général parce qu'il est irritable tout ça. [...] Le mec il se sent... y'a une estime de soi qui s'est complètement dégradé donc ça met de la tension. »

E10: « Ils se sentent inutiles, ils se sentent euh oui, ils ont peur donc y a une appréhension de retourner au boulot etc. Il faut arriver à les convaincre et ça c'est très compliqué et ça ce rôle-là c'est à nous de l'assumer je pense. »

E11 : « Compliqué sur tous les plans et on se rend pas compte de l'impact derrière, la douleur euh, le quotidien, le changement de profession euh l'épreuve dans le couple euh l'espèce de sédentarité d'un des conjoints d'un coup alors que ça allait bien quoi. »

3.2.2.4.3 Impacter positivement par la kinésithérapie

Une partie des médecins interrogés pensent que la kinésithérapie joue un rôle sur le plan psychologique.

E1 : « La kiné [...] psychologiquement ça leur fait du bien aussi. »

Un des médecins faisait appel aux kinésithérapeutes pratiquant la méthode McKenzie pour l'aider à évoquer l'aspect psychologique.

E6: « En fait quand ça devient un peu trop gros aussi même si pour moi y a que le côté en effet psychologique qui rentre en compte j'hésite pas à les envoyer à ce moment-là encore plus chez le kiné Mackenzie. »

3.2.2.4.4 Difficulté à expliquer l'aspect psychologique

Plusieurs médecins exprimaient une difficulté à expliquer aux patients ayant des lombalgies d'origine psychosomatique leur provenance.

E7 : « C'est pas simple à dire hein aux gens euh, aux gens justement qui ont, qui ont plutôt des douleurs euh, alors je vais te dire psychosomatique, c'est pas psychosomatique, les douleurs ils les ont mais les ressentent probablement plus fortes qu'elles le sont réellement.»

Pour prouver cette origine, certains médecins la justifiaient au patient par des examens complémentaires et s'appuyaient même parfois sur l'avis d'un spécialiste.

E1 : « Quand tu les connais tu leur dit, tu leur dit euuuh après, 'fin à un moment c'est dans votre tête quoi enfin vous pouvez pas avoir mal au dos alors que vous avez rien quoi bon après souvent il faut quand même faire des examens. »

E7 : « C'est vrai que quand on a une imagerie qui est normale et un rhumato qui dit « Non mais euh ça va aller » c'est quand même beaucoup plus de force pour dire « Bon allez euh le dos ça va euh ça va aller. », plus de force que de dire « Non non mais c'est rien. ».

3.2.2.4.5 Gérer par les médecins généralistes seuls

Un bon nombre de médecins généralistes évoquait faire une « psychothérapie » eux-mêmes, avoir un rôle d'écoute chez certains de leur patients devant le manque d'accès aux spécialités ou parfois lorsque c'est transitoire.

E8 : « Alors des fois, souvent je fais appel à moi parce que vous avez des gens euh, vous savez comment c'est hein le CMP (Centre Médico-Psychologique) euuuh hein, on n'arrive pas forcé... C'est pas qu'ils sont pas présents mais on n'arrive pas forcément à les trouver euh à les contacter donc ben je oui je fais appel à moi. »

E10 : « Donc on n'a pas l'accès au psychologue, on n'a pas l'accès au psychiatre donc ça veut dire que ça incombe au médecin généraliste de faire de la psychothérapie. [...] Je le fais la psychothérapie, faut le faire sur un nombre de patient très limité, que vous avez sélectionné avec qui vous savez que vous allez pouvoir apporter un soutien mais ça va être, c'est quelque chose d'extrêmement chronophage. »

E7 : « Parfois si c'est juste le gars qui est justement lombalgique chronique qui a un petit coup de mou ben parfois le simple fait de discuter ou de réorienter sur les projets parce que souvent ils perdent un peu le projet et ça « c'est bon ma vie est foutu j'arrive plus à faire » simplement nous en consultation on peut, ben on peut réexpliquer et euh et du coup redonner un peu d'élan 'fin voilà parfois. »

Alors que d'autres médecins ne se sentent pas compétent et orientent les patients.

E13 : « Mon rôle c'est pas de les prendre en charge moi je suis pas compétente pour ça, c'est de, c'est de les amener à se dire que ce serait pas mal d'aller voir un psychologue quoi, éventuellement si c'est vraiment lourd je peux les envoyer sur le CMP. »

Certains médecins font remonter les difficultés à adresser au psychologue devant l'aspect financier.

E10 : « Et l'accès au psychologue est pas remboursé en France et vous savez qu'on est dans un système de santé où les gens sont très attachés à ce que ça leur coûte rien donc y a beaucoup de gens que vous voulez orienter en disant « Tu aurais besoin d'un travail de psychothérapie et ce travail de psychothérapie te ferait beaucoup de bien » et ils vont te dire « Non mais attend 40 euros ou 60 euros la séance moi je les ai pas quoi ». »

E13 : « Un psychologue souvent ça n'est pas pris en charge par la sécurité sociale, c'est pris en charge par quelques mutuelles mais pas toutes. Il faut avoir un bon niveau voilà et c'est juste quelques séances qui sont prises en charge. »

Les facteurs de risque de chronicité sont donc nombreux et parfois difficile à maîtriser. Nous allons voir dans la prochaine partie comment les médecins soulagent leurs patients.

3.2.3 Soulager le patient

Certains médecins interrogés ont souligné le rôle de prescription du médecin généraliste et notamment la difficulté de ne pas céder à la demande du patient. Soulager le patient se fait à la fois sur le plan de la douleur mais aussi sur le plan psychologique comme nous l'avons vu précédemment.

3.2.3.1 Soulager sur le plan de la douleur

Dans la lombalgie aiguë, quasiment tous les médecins généralistes déclaraient prescrire des antalgiques en première intention et de manière systématique.

E10 : « On va commencer par faire une prise en charge qu'on essaie d'être le plus médical léger, c'est-à-dire un antalgique, généralement on part sur du paracétamol d'accord ou on passe du paracétamol avec un palier 2 doux sur un laps de temps qui est relativement défini c'est-à-dire généralement c'est 3 semaines - 1 mois pour avoir une visibilité. »

Certains prescrivent également des antalgiques plus optionnels tels que les décontracturants, les ceintures lombaires voir les thérapies alternatives telles que la photo-bio-modulation.

E10 : « ... Les décontracturants musculaires bah on les met pas de façon systématique. »

E12 : « Alors je sais plus si je lui ai mis une ceinture ou pas parce que depuis qu'une ancienne interne est passée ici je mets des ceintures de soutien lombaire alors que j'en mettais jamais avant. »

E11 : « Et alors nous ici, on a une particularité mais qui est pas encore développée mais on fait de la lumière froide sur tout ce qui est sciatique et lumbago donc on peut leur proposer cette alternative-là, on peut essayer de l'acupuncture, on peut essayer euh des autres alternatives à la médecine traditionnelle. »

La prescription est à adapter à chaque patient avec parfois une escalade thérapeutique mais pour certains médecins il y avait peu d'intérêt à majorer les traitements antalgiques.

E10 : « On essaie de pas être trop stéréotypé, c'est-à-dire que le mec qui a mal au dos c'est pas systématiquement anti-inflammatoire, antalgique, décontracturant, on essaie de moduler, d'abord aux antécédents du patient, aux thérapies, aux effets croisés, à l'âge, aux risques de comorbidités ou d'effets secondaires. »

E11 : «Bah souvent c'est des gens auxquels vous donnez des paliers 1, des paliers 2, des morphiniques et ça passe pas quoi, on finit au versatis euh et ça marche pas. »

E12 : « D'augmenter les traitements ça va pas servir à grand-chose il faut plutôt essayer de, surtout de continuer à bouger. »

Un médecin trouvait que la kinésithérapie permettait de diminuer les antalgiques.

E7 : « Je pense que une kiné bien faite euh ça sauve la vie, souvent, en rééducation bien sûr, ça sauve la vie souvent, ça épargne beaucoup de traitement, d'anti-inflammatoire et surtout euh ben de récurrence, de gravité, de complication. »

3.2.3.2 Soulager sur le plan psychologique

Devant une part psychologique importante, certains médecins instaurent des traitements par antidépresseurs ou anxiolytiques selon le patient.

E7 : « Fin voilà parfois on peut aussi gérer simplement certains coups durs ou autres avec bon un peu d'anxiolytique ou prise en charge d'une dépression, 'fin voilà antidépresseur temporairement ou autre on peut gérer. »

E11 : « Souvent et même des fois, quand on est dépassé et qu'on n'arrive pas à les soulager physiquement euh on finit par donner des antidépresseurs, parce qu'il y a une part psychologique qui est énorme. »

3.2.4 Eduquer le patient

Une grande majorité des médecins interrogés nous ont évoqué l'importance de l'éducation, en donnant des explications sur plusieurs thèmes. Certains ont également signalé leur limite face à l'éducation surtout par un manque de connaissance. Pour pallier à ce manque, certains ont confié s'aider du kinésithérapeute.

3.2.4.1 Expliquer

Expliquer c'est important mais cela prend du temps, beaucoup nous ont dit ne pas le faire ou le faire trop brièvement car ça demandait des consultations trop longues. Plusieurs thèmes sont abordés dans ce temps d'explication.

3.2.4.1.1 Expliquer la maladie

Plusieurs médecins nous ont rapporté l'importance d'expliquer la lombalgie aux patients et pour cela ils ont différentes méthodes d'explication, en dessinant, par des modélisations de colonne vertébrale ou en donnant des chiffres pour expliquer que c'est une pathologie fréquente.

E6 : « Euh, je leur explique, je leur fait un dessin de leur colonne vertébrale. »

E7 : « Je leur explique que tout le haut du corps repose sur la 5^{ème} lombaire d'un point de vue osseux et que donc qu'il faut faire attention et qu'une bouteille d'eau ici elle pèse 1 kg et ici elle pèse 10kg, donc porter plutôt près du corps. Je leur explique qu'il faut pas faire de mouvement brusque si on veut soulever un truc mais plutôt prendre un dixième de plus et penser à verrouiller le dos. »

3.2.4.1.2 Expliquer les imageries

Les patients sont souvent demandeurs d'une imagerie du rachis lombaire, la plupart des médecins tentaient alors de donner une explication sur l'intérêt de l'imagerie qui parfois n'est pas toujours justifiée et dans ces cas-là certains ont constaté un manque de compréhension des patients du refus de réaliser une imagerie.

E10 : « C'est-à-dire que quand vous avez 40 malades et que le mec il a mal, il dit « j'ai mal au dos, vous pouvez pas me faire une petite radio ? ». Bon des fois quand on est bien, on est punchi on dit, on lui explique, des fois quand on n'a pas le temps on lui dit « Fait ta radio casses-toi et tu me la ramèneras. » »

E12 : « Les radios ben ça sert pas à grand-chose de toute façon, qu'on va pas soigner que les imageries, on va pas soigner de toute façon votre imagerie et que vous ayez une hernie discale ou pas c'est pas ce qu'on va traiter. »

3.2.4.1.3 Expliquer les limites de la chirurgie

Pour la plupart des médecins la chirurgie n'a pas d'indication dans la lombalgie à risque de chronicité mais ils se sentent en difficulté devant certains patients insistant pour une consultation avec un chirurgien.

E5 : « Tu as beau essayé de limiter un petit peu avec le refus de lettre, faire traîner tes lettres pour pas qu'il y aille de suite tout ça, c'est de faire traîner un peu mais au bout d'un moment il va y aller. »

3.2.4.1.4 Expliquer les facteurs de risque et conseils préventifs

Les facteurs de risque de la lombalgie sont, pour les médecins interrogés, un des premiers éléments à expliquer au patient. Ils sont nombreux : port de charge, sédentarité, surpoids, facteurs professionnels, facteurs psychologiques, les postures...

E1 : « Que y a eu un facteur déclenchant entre guillemet et que c'est des gens souvent qui sont un peu en surpoids, qui font pas de sport euuuh fin voilà qui se bouge pas donc du coup euh bah je leur dit déjà il faut régler ça. »

E4 : « Euh je les éduque sur tout ce qui va éviter de se retrouver coincé donc maintenir la musculature, l'entretien physique, l'activité physique aussi, le poids, l'hygiène de vie. »

Pour autant, les médecins sont d'accord pour dire qu'il faut éduquer en donnant des conseils préventifs. Dans ce sens, la marche a été mentionnée systématiquement.

E1 : « Je leur dit « Bah euh oui oui, contrairement à ce que vous croyez bah il faut marcher quoi, il faut marcher, il faut faire du sport, il faut..., ça n'empêche pas de marcher bien au

contraire quoi. Puis vous aurez beau aller voir tous les kinés du monde la première chose qu'il vous dira c'est qu'il faut marcher. ». »

E9 : « Je les éduque comment (rire) en les faisant maigrir, bouger, en les encourageant euuh ouais sur l'hygiène de vie. »

L'explication des postures a également été souvent rapportée par les médecins mais de manière limitée car souvent mal maîtrisée.

E5 : « Puis je t'avoue que moi je leur fais des démonstrations pour comment se baisser pour soulever un poids sans plier le dos, comment se mettre en position chevalier servant, comment faire des exercices le long du mur talon au mur, des trucs tout simples. »

E10 : « C'est-à-dire que le mec dès qu'il fait une première lombalgie il faut tout de suite le mettre dans un circuit où quelqu'un lui apprend à dire, faut mettre ton dos comme ça, y a tout un travail d'éducation, on en revient à la fameuse école du dos. »

E13 : « Oui ça oui comment on se lève du lit, comment euh on bascule sur le côté, tout ce genre de chose oui ça je leur dis, fléchir les jambes, chevalier servant et tout ça oui. »

Un des médecins a mentionné l'existence de fiches explicatives sur les postures à remettre aux patients.

E2 : « J'avais fait mon dernier stage aux *** et donc la kiné pour les détenus c'était vraiment très compliqué et du coup ils avaient des fiches avec des dessins de personne en train de faire les exercices pour les lombalgies. »

3.2.4.2 Modifier le comportement du patient

Les médecins nous ont fait remarquer que l'explication de la pathologie et des facteurs de risque pouvaient impacter le patient de manière positive ou négative, mais il n'en reste pas moins que c'est l'un des meilleurs moyens pour limiter le passage à la chronicité.

3.2.4.2.1 Efficacité ou inefficacité

La compréhension par le patient des explications données était importante pour le médecin car cela permettait de diminuer le nombre de consultation, de diminuer les examens complémentaires et favorisait l'acceptation du patient.

E6 : « Et en fait, le fait de leur expliquer comment ça fonctionne euh ils comprennent un peu mieux et ils sont plus compréhensifs sur le fait qu'il y ait pas forcément de, d'examen complémentaires dans l'immédiat et ils reviennent moins de façon systématique. »

Mais la plupart des médecins constataient que les patients n'appliquaient pas les explications, consignes données soit par difficulté d'application dans la vie quotidienne et professionnelle soit par un relâchement dans le temps sur les postures notamment.

E7 : « Et après euh je leur explique un petit peu 'fin voilà pas trop porter de poids euh 'fin comment dire, plier les genoux mais ça, ça les gens le savent les gens le savent et ils disent tous « Je sais qu'il faut faire comme ça mais je le fais pas. », tous ils le disent. Et euh c'est vrai qu'en pratique ça se fait pas, ça se fait pas (rire) [...], je pense qu'ils sont réceptifs, euh je pense qu'ils appliquent certaines choses dans l'immédiat avec la douleur aiguë parce que de toute façon la douleur est là pour leur rappeler après euh y a des choses qui sont oubliées très très rapidement comme dans tout ce qui est chronique, comme dans tout ce qui est quotidien. »

E8 : « Donc on leur explique, voilà, faites comme ci, faites comme ça, faites comme ci et puis une fois qu'ils sont sortis du cabinet et bien euhuuuh, ben ils reprennent leur vie quoi [...]. Mais en général les gens ne le font pas ouais, ils le font un jour ou 2 mais après ils oublient parce que la pression euh sociale, salariale est telle que voilà quoi. »

E10 : « Et le mec il a pas le temps de faire attention à son dos, de se positionner, de faire en sorte que la charge qu'il va prendre elle est trop lourde pour son dos ou pas assez adapté : « Attends, je mets ma ceinture », « Attends, on va se mettre à 2, attends » « Attends je vais me positionner » parce que y a plein d'autre travail. »

3.2.4.2.2 Observance difficile à contrôler

Une des difficultés rencontrées par les médecins était de ne pas avoir de réelles solutions pour contrôler l'application des explications par les patients, nécessaire à la suite de la prise en charge.

E9 : « C'est toujours difficile de savoir ce qu'ils en font après, une fois à la maison. »

3.2.4.3 Se sentir limité

Plusieurs médecins ont reconnu éduquer les patients sur la lombalgie mais ils estimaient malgré tout manquer de connaissance notamment sur les postures et exercices à recommander aux patients.

3.2.4.3.1 La formation des médecins

Quelques médecins disaient avoir été sensibilisés sur l'importance de l'explication chez les lombalgiques soit dans leur formation universitaire pendant l'externat soit par des maîtres de stage pendant l'internat.

E2 : « ... il faut surtout continuer ces activités quotidiennes et ça par contre c'est un truc que je dis souvent tellement ils nous en parlaient quand on était en cours (rire). »

E6 : « C'était mmh mon maître qui m'avait fait toute une explication là-dessus quand j'étais en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) et ça marche super bien en fait. »

Certains médecins disent faire de l'éducation mais ont l'impression de mal le faire par manque de connaissance.

E6 : « Médecin : je fais de la petite prévention je trouve, pas suffisante mais parce que c'est par manque de connaissance précise sur la gestuelle à adopter. [...] J'ai pas du tout la connaissance et euh et j'ai l'intention 'fin de bosser dessus mais c'est plus par manque de con-

naissance 'fin je fais de la petite prévention ouais « faite attention quand vous vous baisser, au port de charge, etc. ». »

3.2.4.3.2 Education appuyée par la campagne de l'Assurance Maladie

La campagne de l'Assurance Maladie sur la lombalgie n'était pas connue par tous les médecins. Pour ceux qui la connaissait, le livret permettait pour la plupart d'apporter un complément à leurs explications, de permettre une répétition des informations et servait de support à l'éducation.

E11 : « C'est bien fait, euh est-ce que ça les aide vraiment NON parce que c'est de redire des choses qu'on dit nous déjà, euh je sais pas après ce qu'ils en font, je suis pas sure que euh. L'important c'est de la redite, c'est la redite donc à partir du moment où nous on l'a dit le fait de donner un papier c'est encore de la redite, c'est toujours bien pour ancrer les choses. »

E4 : « Médecin : Oui c'est plus le livret qui venait en complément de mes explications
Intervenant : Oui vous expliquiez d'abord et puis ...
Médecin : Ouais et puis en lisant tout est repris dedans. »

Les affiches de la campagne et les spots télévisés ont permis de modifier la vision des patients sur la lombalgie et notamment l'importance de la marche.

E4 : « Oui oui, ça a facilité les choses, les gens, je trouve qu'ils ont changé leur vision de la lombalgie, pendant longtemps c'était surtout je fais plus rien, on se repose euh quand on a mal et là ils ont compris, ils ont compris qu'il fallait au contraire marcher, déjà ne serait-ce que marcher. »

E4 : « Intervenant : Et est-ce que du coup vous avez vu un intérêt de cette campagne ?
Médecin : Ils aiment bien, ça a facilité les choses sur la remise en mouvement. »

3.2.4.3.3 Education renforcée par la kinésithérapie

Un grand nombre de médecins ont expliqué recourir aux kinésithérapeutes pour l'éducation des postures. Pour certains médecins, c'était leur rôle de le faire notamment car leur plus grand temps de consultation avec un patient est un facteur facilitant dans l'éducation posturale.

E5 : « Mais je pense que euh en théorie c'est le job du kiné quand tu prescrites rééducation du dos, apprentissage ergonomique et autre, c'est le job du kiné, c'est à lui de travailler ça, travailler la posture, c'est euh alors ça devrait être à lui tout au moins de travailler ça et de faire ça, c'est pas mettre une lampe infra rouge sur la personne. »

E7 : « Après euh je pense que les kinés ont beaucoup plus le temps parce que forcément ils vont rarement faire une seule séance donc sur 3, 5, 10 séances ils vont pouvoir aborder quand même plein de choses dans le postural et puis euh c'est leur job donc ils connaissent beaucoup plus de choses que nous donc voilà. »

Plusieurs médecins ont tout de même exprimé leurs doutes sur la qualité de la rééducation par les kinésithérapeutes, notamment en regrettant l'absence ou la trop petite quantité d'éducation posturale. Cela s'expliquerait pour certains par le manque de formation sur la kinésithérapie du rachis.

E5 : « Après euh je suis pas du tout sûr que le kiné le fasse hein, quand tu réinterroges les patients ou les patientes après euh tu leur demandes ce que leur fait faire le kiné euh pff bien souvent c'est pas grand-chose quoi. C'est pas très euh, pas très actif comme kinésithérapie bien souvent. »

E12 : « Mais bon les kinés euh, les kinés du dos euh je vais être méchante hein, c'est je pense que ça les intéresse pas forcément donc ils mettent 3 électrodes et ils laissent les gens sur la table avec leur électrodes pendant 20 minutes quoi. »

E10 : « Je veux dire aujourd'hui la problématique de la prise en charge de la lombalgie commune ou de la lombalgie chronique, elle repose essentiellement sur la réalisation d'une rééducation fonctionnelle adaptée. Mais aujourd'hui en France et c'est une vraie lacune

qu'on a, on n'a pas de kinésithérapie standard, spécifique sur la prise en charge de lombalgie, chacun fait un peu comme il sent. »

3.2.4.3.4 Education, un nouvel outil à disposition

Il a aussi été demandé lors des entretiens si les médecins généralistes connaissaient l'application Activ'Dos, sur les 13 médecins interrogés, seulement 1 la connaissait et l'appliquait et 4 la connaissaient mais ne la diffusaient pas aux patients. Soit au total 8 personnes ne connaissant pas l'application.

Elle est qualifiée de ludique pour celui qui la connaissait.

E12 : « Ouais je leur donne l'application Activ'dos, je trouve que c'est bien quand même c'est assez sympa, c'est rigolo quoi 'fin voilà. »

Ceux qui ne la connaissaient pas restaient parfois septiques par le manque de spécificité ou par la réalité de l'utilisation par le patient.

E3 : « Elles sont pas toutes adaptées aux patients. [...] Je voudrais pas qu'il y ait un manque, que les applications fassent faire des conneries aux patients par un manque de spécificité par rapport aux patients. [...] Il faut une éducation, faut un encadrement. »

E8 : « Je trouve que c'est intéressant [...] mais ce qui est plus important pour moi en tant que médecin c'est donner la possibilité aux personnes, aux patients, d'utiliser, quand est-ce qu'ils vont utiliser l'objet. »

Alors que d'autres pensaient intéressant pour toucher la nouvelle génération, tout en restant ludique.

E7 : « C'est pas mal, c'est pas mal parce que euh parce que sur le lombalgie euh jusqu'à l'âge moyen on va dire souvent les nouvelles technologies ça accrochent bien quoi. C'est une façon, c'est quand même une bonne façon de sensibiliser, de sensibiliser d'une autre façon parce que c'est vrai que euh bon le prospectus euh, pas tout le monde va y être sensible. [...] Puis pas tout le monde va le ressortir c'est vrai que l'application ça peut être plus

ludique. »

3.2.5 Prescrire des examens complémentaires

3.2.5.1 Quand prescrire ?

La prescription d'examens complémentaires varie selon le contexte du patient mais ils sont largement demandés de façon secondaire par les médecins.

E8 : « Si c'est répétitif, on va faire une radio. »

E10 : « On leur dit « Voilà, dans 3 semaines si ça va pas mieux, tu reviens et à ce moment-là on se posera des questions, à ce moment-là on se posera des questions de faire une radio. » »

E11 : « C'est compliqué souvent de parler tout de suite d'imagerie parce que pour lui c'est bon bah il a porté un truc, il a mal au dos sauf qu'en cas de récurrence c'est quand même bien de le faire. [...] Je renouvelle pas forcément les imageries si c'est vraiment ponctuel une fois par an ou une fois tous les 2 ans. »

Mais il peut arriver que parfois certains les prescrivent en aigüe surtout devant une atypie.

E7 : « Après l'imagerie, jamais en aigüe, 'fin jamais, rarement en aigüe parce que c'est souvent simple sauf si vraiment y a un doute sur autre chose que simplement le lumbago. »

E12 : « Il avait quand même une douleur qui était un peu atypique c'est-à-dire qui irradiait un petit peu au flanc droit ben ça faisait pas vraiment douleur lombaire classique, je lui ai quand même prescrit des radios mais bon radio du rachis lombaire et hanche. »

Pour un des médecins parfois les examens complémentaires permettaient d'aider à l'explication de l'évolutivité.

E11 : « On essaie le plus souvent pour qu'ils prennent conscience, c'est de refaire les IRM, refaire les scanners en fonction de ce qu'ils ont eu et leur montrer qu'il y a une évolutivité,

alors souvent c'est de l'arthrose donc on sait que c'est un peu un fléau donc on essaie de leur faire comprendre que ça s'améliorera pas, que l'arthrose on pourra pas l'enlever euh mais qu'il va falloir, il va falloir le prendre en charge sérieusement. »

Plusieurs médecins ont fait remonter que les patients avaient besoin de savoir, de trouver une cause à leur douleur et ils étaient alors demandeurs d'examen complémentaires pour répondre à cette question. La problématique pour les médecins était d'expliquer l'absence d'intérêt devant des patients demandeurs.

E1 : « Ceux qui te disent « Non mais ça fait 6 mois que ça dure, il faut faire quelque chose. » et qu'ils sont pas venu te voir avant quoi, bon euh après tu sais que de toute façon à un moment tu vas y arriver donc (rire), globalement le temps qu'ils aient l'examen et tout donc autant leur marquer et puis euh je sais que de toute façon, ils lâcheront pas et que mmh, et que enfin ils voudront quand même leur imagerie au bout d'un moment. »

E12 : « Les gens ils aiment savoir ce qu'ils ont et dans les douleurs de dos franchement si y a pas de signe de prise en charge opératoire [...] 'fin voilà mais sinon y a rien à faire quoi [...] les gens ils entendent pas trop ça, dur sujet (rire) [...] c'est dur hein ils veulent tous leur radio, leur scanner, IRM machin, le si, le truc. »

Parfois quand tous les examens sont réalisés, l'absence de causes secondaires permet de rassurer le patient.

E10 : « Des fois bah on va être obligé de les aider en faisant une petite escalade au niveau de la paraclinique, en disant voilà « Ecoute, je t'ai fait ton scan, je t'ai fait un EMG, le scan est bon, y a pas de hernie, ton EMG est correct, t'as plus ta sciatique, vas-y tu peux reprendre le boulot ET si y a quoi que ce soit je serai là. », il faut essayer de les rassurer là-dessus. »

D'après certains médecins généralistes, dans certains cas, il pouvait arriver que ce soit le kinésithérapeute qui demande des examens complémentaires.

E10 : « J'ai une proportion non négligeable de gens qui viennent me voir en me disant: « Le kiné m'a demandé de faire une écho de l'épaule. », « Le kiné m'a demandé de faire une

radio du dos. ». »

E11 (*en parlant du kinésithérapeute*) : « L'imagerie des fois c'est lui qui me redemande une imagerie à quelques mois d'intervalles. »

E12 : « Le kiné il a dit qu'il fallait une radio parce qu'il comprend pas pourquoi j'ai toujours mal. »

3.2.5.2 Examens complémentaires limités par délai

Certains médecins font remonter que parfois certains examens complémentaires ont un délai de réalisation long.

E2 : « Je trouve que le temps d'accès au kiné [...] ça peut être assez embêtant [...], pareil je trouve que l'imagerie enfin radio ça va mais quand t'as besoin d'une IRM si y a une sciatique associée que tu veux avoir une image [...] les délais sont très très longs et du coup c'est compliqué parce que parfois c'est pareil y a des kinés qui veulent travailler avec l'imagerie et puis ça retarde tout. »

3.2.5.3 Doute sur l'interprétation des imageries

Plusieurs médecins disaient ressentir un manque de compétence de la part des radiologues dans l'interprétation des imageries.

E12 : « Les gens sont pas compétents, les radiologues sont pas compétents, les interprétations d'imagerie c'est n'importe quoi, euh les donc moi je dis d'aller aux gens d'aller loin mais même en allant loin tu sais pas sur qui tu vas tomber. »

3.2.5.4 Limité la prescription d'examens complémentaires par la kinésithérapie

Quelques médecins étaient d'accord pour dire que la kinésithérapie permet de réduire l'escalade des examens complémentaires.

E10 : « Un mec de 45-50 ans qui a mal depuis un petit moment, qui a tout un travail de mauvaises positions, de mauvaises postures, qui se tient mal, qui conduit mal, qui est pas bien, tout ça y a un travail, et ça doit être fait, avec par exemple une ergothérapeute, tout ce qu'on a jamais le temps de faire en fait, faut être réaliste, pour éviter ce passage à la chronicité qui commence à partir du moment où lorsqu'on fait des examens complémentaires un peu plus agressifs. »

3.2.5.5 Porte d'entrée dans la chronicité

La plupart des médecins tentent de limiter les examens complémentaires qui peuvent être la porte d'entrée dans la chronicité.

E10 : « Dès qu'on a commencé à faire des examens complémentaires un peu agressifs on rentre dans la chronicité. On entretient ce mécanisme-là. [...] Donc il faut qu'on essaie d'éviter là-dessus. »

E12 : « Après ouais pff j'essaie d'éviter les examens mais bon c'est compliqué hein. »

3.2.6 Travailler en équipe

Le travail multidisciplinaire pour la lombalgie était très important pour les médecins, cela pouvait avoir un vrai intérêt dans la prise en charge, permettant de limiter la chronicité. Mais par le manque de spécialiste et parfois des communications interprofessionnelles compliquées, ce travail multidisciplinaire est difficile à réaliser.

E11 : « Mais là pour le coup la pluridisciplinarité est importante. »

3.2.6.1 Accès difficile

Les médecins se sentaient limités dans le travail multidisciplinaire devant le manque de certains spécialistes tels que les kinésithérapeutes, les rhumatologues... Ce manque d'accès entraîne les patients à faire de longue distance pour pouvoir consulter un spécialiste, ceci créer une inégalité d'accès aux soins, par la distance mais aussi par l'aspect financier quand le seul spécialiste disponible est dans une clinique privée.

E13 : « Et je trouve qu'ici aussi c'est très compliqué parce qu'on est isolé, 'fin on est euuh, on a 'fin, il y a mon collègue qui me disait on a des spécialistes à portée de main mais on a de moins en moins de spécialistes à porter de main et donc pour tout et n'importe quoi il faut envoyer sur Aix. »

E13 : « C'est difficile, on n'est pas égaux, on n'a pas l'accès aux soins, le même accès aux soins en fonction d'où on habite voilà. »

En plus de l'accès difficile géographique, les médecins regrettaient les délais longs de consultation des spécialistes.

E3 : « La multidisciplinarité c'est bien mais c'est pas tellement multi rapidement. »

De ce fait, les médecins généralistes reconnaissent adresser en seconde intention à certains spécialistes la plupart du temps.

E6 : « Si les antalgiques que je propose commence à grimper euh et que je voilà on est voilà, ça devient hyperalgique... et que le kiné non plus ne suffit pas, ouais, j'adresse. »

3.2.6.2 Communication difficile

Le travail en équipe est important mais il peut être limité par le manque de communication entre le médecin traitant et le spécialiste. Beaucoup de médecins se plaignaient du manque de retour par les kinésithérapeutes qui est un des piliers de la prise en charge de la lombalgie.

E10 : « Voilà, donc je veux dire... Y a les médecins, les kinés, la médecine du travail et les ponts entre les 3 ils sont voilà, ça dépend de la bonne volonté des uns et des autres, c'est pas toujours évident et ça, je pense que la lacune de la prise en charge sur la lombalgie elle est, elle ressort là-dessus. »

E5 : « Intervenant : Mais vous communiquez avec les kinés ?

Médecin : Jamais !

Intervenant : Jamais.

Médecin : En 30 ans je n'ai jamais eu de bilan de retour de kiné, je l'ai toujours demandé je ne l'ai jamais eu ! Je demande un bilan préalable et un bilan final, je ne l'ai jamais eu en 30 ans, toujours demandé, jamais eu ! »

La multidisciplinarité permet aussi de mettre un autre intervenant médical ou paramédical pour suivre l'évolution du patient et l'encadrer. Mais ceci ne peut se faire que s'il y a un échange entre les intervenants.

E3 : « Ça c'est, y a une politique de santé là-dessus euh pour mettre un autre intervenant, pour avoir un retour aussi d'intervenants, ce qui est un problème, c'est qu'on n'a pas souvent des retours d'intervenants. »

3.2.6.3 Différents acteurs

Les rhumatologues sont cités par les médecins généralistes pour permettre de donner un avis supplémentaire et de rassurer sur leur prise en charge.

E7 : « Et euh alors quand c'est rien il faut le dire hein, quand c'est rien mais il faut en être sûr. Faut en être sûr donc il m'arrive d'adresser au rhumato pour confirmer qu'il y a rien, pour être certain que je passe pas à côté de quelque chose voilà. »

Les neurochirurgiens et chirurgiens orthopédiques sont parfois cités par les médecins généralistes.

E6 : «... J'adresse pour le coup parce que j'avais assisté à sa conférence qui était très bien et qu'il nous avait donné son contact, un neurochirurgien qui travaille à * et à * et qui lui travaille en réseau avec toute une, plusieurs équipes. »

E4 : « Ben après ça dépend de l'évolution oui mais euh les chirs ortho rachidiens assez rapidement pour justement trancher sur ces gens qui je sens passer à la chronicité, pour aller un peu plus rapidement. Il faut que vous vous bougiez vous parce que le problème il est pas purement médical là, il faut que vous vous bougiez assez rapidement. Euh rhumato le problème c'est qu'on n'en a pas assez ici en fait. »

E11 : « Euh les neurochirurgiens alors maintenant euh avec *, même de * euh on est, ils sont, on s'appelle sur nos portables, on a les mails directs euh quand ils voient le neurochirurgien, je reçois le compte-rendu dans la seconde quoi donc j'avoue que ça aide beaucoup parce que pour le suivi, pour parler d'une seule voix euh ça donne de la crédibilité quoi. »

Enfin certains n'hésitent pas à faire appel à des méthodes alternatives.

E11 : « On peut essayer de l'acupuncture, on peut essayer euh des autres alternatives à la médecine traditionnelle [...] alors nous on a une ostéopathe ici, je pense qu'au départ elle aide beaucoup parce que ça peut être musculaire, parce que son avis est intéressant.»

3.2.6.4 Prescrire de la kiné

Le kinésithérapeute est un des spécialistes chez qui le médecin traitant adresse le plus dans la prise en charge des lombalgies. Pour certain, le kinésithérapeute est un partenaire. Pour beaucoup, la kinésithérapie a un impact positif sur la lombalgie. Cela permet aussi de limiter les récives et le passage à la chronicité.

E3 : « Le kiné pour moi c'est..., enfin le kiné qui fait bien son travail, faut dire les choses, qui fait bien son boulot, c'est vraiment euh, c'est top, euh je veux dire qui prend le temps d'expliquer un verrouillage. »

E7 : « Euh j'ai des confrères qui pensent que les kinés servent pas à grand choses, je fais pas

parti de de de cela, je pense que une kiné bien faite euh ça sauve la vie, souvent, en rééducation bien sûr, ça sauve la vie souvent, ça épargne beaucoup de traitement, d'anti-inflammatoire et surtout euh ben de récurrence, de gravité, de complication voilà. Je pense que les kinés correctement faites et à bon escient c'est vraiment vraiment efficace. »

E1: « La kiné bon après, je sais pas si c'est vraiment... bah après ils leur apprennent toujours des exercices à faire c'est toujours bien mais euh, puis psychologiquement ça leur fait du bien aussi. »

Le fait de prescrire de la kinésithérapie permet aussi de temporiser la prise en charge et de faire accepter au patient l'évolution parfois longue sur quelques semaines.

E5 : « Je prescris sur ces dos, je prescris de la kiné t'façon en plus les gens sont très demandeurs de kiné donc t'façon ils te poussent à prescrire la kiné et euh au bout d'un moment t'façon tu vas leur prescrire la kiné, ça te permet aussi de leur prendre du recul dans l'évolution de la maladie parce que quand tu prescribes 6 ou 10 ou 12 séances ça va durer entre 3 et 4 semaines ce qui bien souvent correspond à une évolution physiologique un peu normale des lombalgies et ça leur permet aussi de patienter, de reprendre une activité progressive si le kiné les fait vraiment travailler mais c'est pas trop le cas. »

Un des médecins a évoqué la méthode McKenzie et trouvait un vrai intérêt notamment dans les lombalgies qui durent dans le temps. Cette méthode permet une prise en charge globale du patient et ce dernier s'implique dans sa prise en charge.

E6 : « Quand ça commence à devenir chronique ou en tout cas quand c'est récidivant je les adresse euh à des kinés qui pratiquent la méthode McKenzie. »

E6 : « Ça permet notamment euh d'aller de l'auto-rééducation par les gens enfin des auto-exercices dès que tu as un début de douleur qui arrive les gens vont faire plus rapidement, spontanément leurs exercices et ça évite justement laaa, que les douleurs deviennent plus périphériques. »

E6 : « Et en fait quand ça devient un peu trop gros aussi même si pour moi y a que le côté en effet psychologique qui rentre en compte j'hésite pas à les envoyer à ce moment-là en-

core plus chez le kiné Mackenzie parce que dans leur bilan eux ils ont justement cette échelle qui permet de doser l'état psychologique, de prendre en compte l'état psychologique et ils travaillent dessus aussi. »

Ce médecin regrettait le peu de kinésithérapeute la pratiquant et donc un accès difficile.

E6 : « Euh ce qui est compliqué c'est l'accès au kiné (rire) qui pratique la méthode McKenzie, y en a très peu dans le coin, 'fin moi j'en connais que 2. »

3.2.7 Gérer les arrêts et la reprise du travail

Les arrêts de travail sont relevés comme un motif fréquent de consultation pour lombalgie. L'arrêt de travail initial va jouer un grand rôle dans la suite de la prise en charge de la lombalgie. Pour certains, ils sont bénéfiques au départ mais ils sont prescrits selon la profession, la clinique ou dans un but de favoriser la rencontre avec le médecin du travail ou le médecin conseil.

E10 : « Parce que arrêt de travail pour lombalgie commune c'est le, à mon avis c'est le motif d'arrêt de travail le plus fréquent avec « J'ai mal à la gorge, j'ai le nez qui coule. ». »

E2 : « En général, je leur demande quand même quelle profession ils exercent parce que ça joue aussi dans le cadre de l'arrêt de travail si y a besoin. »

Les médecins ont constaté une différence entre les patients, certains sont très demandeurs d'arrêt de travail tandis que pour d'autres c'est compliqué de leur faire accepter l'arrêt.

E9 : « Ou euh je leur demande de prendre rendez-vous avec le médecin du travail en lui demandant si on peut faire quelque chose pour éviter des arrêts de travail notamment quand c'est des gens qui ont tendance à demander des arrêts de travail ou à être arrêter trop souvent. »

E10 : « Et donc après y a des conflits générationnels où y a des gens qui ont 40 ans d'exercice qui sont dehors qui pleuve qui neige, qui vente qui ont les articulations comme ça (*montrant grosse articulation inflammatoire*), qui ont jamais fait un arrêt qui vous arrive

tout vouté comme ça et que c'est vous qui avez besoin de dire « Putain, calme, arrête-toi je veux dire, regarde ta radio quand même (rire), c'est normal que tu aies fait 5 sciatiques. ».»

3.2.7.1 Conséquence sur patient et médecin

Les médecins se sentaient souvent en difficulté face à ces arrêts de travail prolongés et répétés. Pour certains ils avaient le sentiment d'être pris en otage.

E7 : « La lombalgie c'est vraiment un cas où je me sens souvent pris en otage, mais sur des arrêts de longue durée quoi hein, 6 mois, un an tout ça le problème, c'est que euh y a des fois c'est très claire et net c'est dans le cadre c'est carré ça c'est voilà c'est indiscutable mais y a parfois des des moments où euh où on a vraiment l'impression que c'est, que c'est un peu un peu excessif, un peu abusif, on a du mal à remettre les gens au boulot. »

E11 : « Parce que je pense qu'une fois qu'on est dans un arrêt long, ça m'est arrivé hein, bah c'est plus compliqué de s'en sortir, c'est un peu un engrenage c'est-à-dire que quand on dépasse les 6 mois on arrive vite sur 2 ans (rire). »

Les arrêts de travail prolongés ont un impact négatif sur les patients notamment avec une difficulté à reprendre le travail. Pour beaucoup il faut donc limiter ces arrêts mais aussi anticiper le retour au travail.

E3 : « Alors que tu sais très bien que l'arrêt à répétition est mauvais pour le patient psychologiquement. »

E5 : « Ce qu'on a tous vu, ce que l'on sait tous, ce que la CPAM sait très bien, c'est que les gens qui traînent plus de 6 mois d'arrêt de travail ne le reprenne pas ou ils le reprennent très rarement sur des postes particuliers donc il faut à tout prix essayé de les garder actifs. »

E11 : « 6 mois d'arrêt euh pour eux c'est inimaginable de retourner au travail et c'est trop tard, la sécurité sociale a déjà, veut déjà les remettre donc il faut anticiper ça. Je force en tout cas les internes et les remplaçants que j'ai à se poser la question très tôt même au bout d'un mois. »

L'essentiel serait d'expliquer l'intérêt et les risques de l'arrêt de travail dès le début pour éviter les prolongations inutiles.

E11 : « Finalement parce que si on a pris l'habitude de se voir et de renouveler le, bah pour eux c'est acquis alors que si la question se pose toujours et que je laisse un peu en suspend le fait de savoir si je vais les prolonger sachant que je les prolonge mais faut pas que ce soit de l'acquis. Y a des gens qui peuvent très bien se pointer en disant « ah bah tient mon arrêt s'est terminé faudrait qu'elle me le renouvelle », si vous tombez là-dedans sans les voir sans leur réexpliquer c'est foutu après pour rattraper. [...] Je pense qu'il faut prendre vraiment particulièrement du temps pour ces gens-là alors qu'au final peut-être que la finalité elle sera la même mais il faut prendre du temps et leur expliquer pourquoi on fait un certificat médical. »

3.2.7.2 Médecine du travail

3.2.7.2.1 La relation avec le médecin du travail

Les médecins généralistes adressaient les patients au médecin du travail pour qu'il les aide à adapter les postes afin de limiter les arrêts de travail.

E4 : « La médecine du travail euh je l'aborde en général sans doute pas assez en prévention, c'est plus une fois qu'il y a eu des complications, euh les envoyer à la médecine du travail pour demander une adaptation, une aide, une vigilance. »

E11 : « On n'est pas médecin du travail, faut aussi avoir les limites, il faut s'appuyer (*sur les médecins du travail*) parce que des fois y a des métiers qu'on connaît pas, on sait pas les positions, on sait pas la posture, on sait pas l'évolutivité aussi voilà. »

Mais les médecins généralistes ressentaient un manque de confiance envers le médecin du travail et peu de solutions apportées à leurs difficultés.

E1 : « Ouais la médecine du travail c'est un peu difficile parce qu'après la médecine du travail ils sont un peu..., ils te disent..., je sais pas si ils sont plus avec les patients ou plus avec les... le boulot ou quoi mais tu vois à chaque fois ils te redemandent des examens qui ser-

vent à rien ou enfin du moins, moi après les expériences que j'ai eu. »

E1 : « Y'en a vraiment qui justifie d'aménager les postes (*en parlant de certains patients*) et où c'est pas simple non plus (*d'aménager le poste*) et on le fait pas et du coup bah tu fais des prolongations et euuh. 'fin tu prolonges, tu prolonges, prolonges jusqu'à ce que ils trouvent une solution... ou pas d'ailleurs. Et si tu veux, c'est des arrêts de travail qui sont inutiles quoi globalement ils seraient mieux organisés euuh on pourrait s'en sortir mieux quoi. »

E3 : « Moi je suis d'accord de discuter médecin du travail, médecin de sécu c'est un peu pareil, médecin de sécu on arrive un peu plus à les chopper mais les médecins du travail... Puis alors les médecins du travail faut voir ce qu'ils te font, ils te font des petits papiers écrits à la main de trois lignes et machin, c'est dommage j'en ai pas sous la main mais faut que je retrouve un dossier où ils te mettent un truc, tu te dis "mais qu'est-ce que je fais de ça moi ? » [...] Ils te font 3 lignes avec un truc imprimé puis 2 lignes, 4 mots à la main, euh ouais merci (rire). »

Quelques médecins généralistes avaient l'impression que le médecin du travail répondait à leurs attentes mais ils adaptaient quand même les consignes données.

E9 : « Et oui en général c'est utile de travailler avec le médecin du travail sur ces sujets-là. »

E3 : « Mais le médecin du travail « Bon bah vous l'arrêtez 6 mois. », bon toi tu l'arrêtes 3 mois parce que d'un tu veux le revoir, tu veux pas le laisser 6 mois à la campagne comme ça, à fromager du psychisme euh tout seul euh dans son coin. »

Pour certains la communication avec le médecin du travail est compliquée tandis que pour d'autre il n'y a pas de difficulté de correspondance.

E2 : « Après peut-être parce que comme je suis pas installée, je me suis pas non plus eu... souvent je m'investit pas plus que ça, c'est à dire que je fais un courrier au patient et je lui demande de contacter son médecin du travail par l'intermédiaire de l'employeur mais genre... même quand j'ai fait des courriers, j'ai pas eu de retour de médecin du travail, on n'a pas d'accès direct privilégié pour leur parler. Fin même si tu regardes dans l'annuaire du

cabinet de la T... y a tous les spécialistes mais y a pas un seul médecin du travail (rire). Donc non je trouve pas que ça soit évident de travailler avec eux. »

E4 : « Médecin : Oui oui, souvent même c'est enfin souvent, non, mais c'est déjà arrivé que ça soit la médecine du travail qui m'envoie les patients.

Intervenant : D'accord donc pour vous il y a une communication facile euh entre les 2 ?

Médecin : Oui quand on en a besoin, on arrive à les avoir. Globalement chez tous les salariés la médecine du travail on identifie mieux, après c'est plus les difficultés qui sont en fonction des collectivités locales, c'est des sortes de commission, c'est pas vraiment le médecin du travail là c'est plus compliqué mais pour les salariés c'est pas un problème. »

Le médecin du travail est également important pour la visite de pré-reprise qui a un grand intérêt pour les médecins généralistes. Mais parfois il est difficile d'accéder à cette visite de pré-reprise pour les patients.

E7 : « Et ouais c'est compliqué hein, c'est compliqué, le gars qui me dit « je suis incapable de reprendre le boulot » c'est compliqué. D'où l'intérêt de la visite de pré-reprise. [...] Mais qui est pas forcément accessible toujours voilà. »

3.2.7.2.2 Aménager le poste

L'aménagement de poste est une des premières étapes dans la reprise du travail chez les patients lombalgiques. Malheureusement aménager un poste est ressenti comme difficile pour les médecins généralistes même s'il est souvent demandé.

3.2.7.2.2.1 Limité par employeur

Une des premières limites pour l'aménagement de poste est l'employeur et notamment sa volonté à aménager le poste. La taille de l'entreprise peut être aussi un facteur limitant pour aménager un poste.

E3 : « Les médecins du travail disent qu'il faut le reconvertir, l'entreprise veut pas le reconvertir, ils ne veulent pas le reclasser à un travail sans portage lourd. Le mec, il prend les sacs,

il les met dans les voitures des clients euh les tuyaux, les poutres de 4 mètres de long tu vois ? Donc euh... Ils ont pas, ils ont pas un travail intellectuel à lui proposer tu vois.
[...] Même si c'est une grosse entreprise. Alors les petites entreprises t'as aucune chance ! »

3.2.7.2.2 Limité par le patient

Le patient peut être également un facteur limitant, par son manque de connaissance dans un autre domaine ou par manque de volonté.

E10 : « Et quand vous avez un gars euh de de 55 ans, euh qui est pas allé très longtemps à l'école, qui a fait maçon toute sa vie, qui est un super maçon et qui n'arrive plus à monter les agglos parce qu'il a très très mal au dos et qui peut encore faire des choses, il peut faire du placo, il peut faire des manip comme ça, dans son entreprise le mec ça l'intéresse pas que le gars fasse que du placo, il veut qu'il monte des murs, il veut qu'il soit soit dehors et donc euh voilà donc toi quand tu dis il faut aménager le poste de travail il aménage pas le poste de travail. »

E12 : « C'est plutôt qu'il a pas de formation, qu'il va être viré quoi (rire), le problème c'est qu'y aura pas de reclassement possible. »

3.2.7.2.3 Se reconvertir

Parfois il peut être proposé au patient de se reconvertir si sa profession n'est plus compatible avec son état de santé. Cette reconversion peut être limitée par le manque de formation du patient mais aussi par des problèmes financiers.

E12 : « Ben c'est toujours pareil les gens qui ont mal au dos et qui sont pas capables de se prendre en charge au niveau de leur dos c'est des gens qui ont pas la possibilité de faire une reconversion parce qu'ils ont pas d'étude suffisante. C'est des gens qui ont pas les moyens de le faire, c'est des gens qui euh voilà, c'est c'est compliqué quoi. »

E10 : « Et donc on se retrouve avec des patients qui sont en inaptitude au poste de travail et

qu'on envoie à pôle emploi, les mecs viennent vous voir avec un dossier MDPH, en vous disant donc voilà j'ai mal au dos faut me déclarer travailleur adulte handicapé, ce qu'on fait et après ils se retrouvent à Cap Emploi qui leur dit aller faire un stage en informatique, ce sont des mecs qui ont 55 balais, qui ont pas de formation scolaire et le mec vous regarde « Informaticien de quoi ? Moi je suis maçon. ».»

3.2.7.2.4 MDPH

La MDPH peut apporter une aide mais pour certains médecins ça peut aussi être une porte d'entrée dans la chronicité. La demande d'aide par la MDPH peut avoir un impact psychologique sur le patient qui se sent diminué, « handicapé ».

E10 : « Et puis on essaie de croiser les doigts pour qu'ils viennent pas avec ce fameux dossier MDPH parce que le patient qui est passé en MDPH il est reconnu comme travailleur handicapé pendant 3 ans et là ça y est on y est dans la chronicité c'est bon. »

E10 : « Y a des fois on se retrouve dans une impasse donc on va dans le sens donc on va remplir le certificat de RQTH et après on se retrouve avec des patients qui sont, qui se retrouvent un petit peu en errance parce qu'ils sont trop jeunes pour être à la retraite, ils sont trop vieux pour faire une reconversion professionnelle. »

3.2.7.2.5 Inaptitude

L'inaptitude est décidée par le médecin du travail et peut avoir un intérêt pour faire avancer les choses. Si le patient est inapte à son travail il faut envisager une reconversion, un reclassement.

E11 : « Donc là c'est à l'employeur de faire son boulot et des fois ça nous aide, ça nous aide énormément quand il y a une inaptitude parce que pour nous en tout cas ou puis pour les gens au moins ça les force à dire voilà « soit vous êtes reclasser soit il va falloir trouver autre chose » et on les accompagne jusqu'au bout. »

Parfois les médecins ressentent l'inaptitude comme le dernier recours et ne trouvent pas toujours cela justifié.

E12 : « Ben après effectivement, on les envoie à la médecine du travail mais de toute façon la médecine du travail au bout d'un moment ils vont finir par les mettre inapte quoi donc... Ou bien dans un poste adapté mais comme il y a pas de poste adapté... »

E7 : « Moi je me sens pris en otage là-dedans, on en arrive après à des inaptitudes au poste, des invalidités des trucs comme ça sur euh, sur quelque chose pour lequel je suis pas convaincu à la base qu'il y est un truc. Donc moi je suis pas très à l'aise là-dessus quand même. »

3.2.7.3 Médecin conseil

Le médecin conseil était perçu comme un soutien et une aide pour les patients qui sont en arrêt de travail prolongé ainsi que pour les patients qui sont dans le refus de reprendre le travail.

E11 : « Et pourtant on fait tout ce qu'on peut et on les voit tous les mois si il faut et on sollicite, alors maintenant avec les mails de la SECU c'est top hein. On a des réponses très vite et on peut être soutenu parce que votre parole seule suffit pas souvent, il faut souvent mettre ça sur le dos de la SECU ou sur le conseil de l'ordre (rire). »

E11 : « La sécurité sociale c'est plus pour le médico-légal mais ça reste important d'être soutenue aussi, d'avoir le même discours »

3.2.7.4 Médico-social

Le contexte médico-social était important à aborder pour les médecins même s'ils se sentaient limités. L'aspect médico-social était perçu comme un facteur limitant, ils le percevaient comme un frein à la reprise de l'activité professionnelle et avaient la sensation d'être passif par manque de solution ce qui donne lieu à des prises en charge longue.

E10 : « Et dans cette interrogatoire on en revient à ce qu'on disait au départ, il faut intégrer tout ce qui est à côté c'est-à-dire quel type de boulot, quel milieu socio-professionnel, quel milieu économique est le patient, bizarrement les lombalgies souvent sont beaucoup plus marquées plus compliquées à gérer dans des milieux socio-professionnels défavorisés, je sais pas si c'est ce qui ressort dans votre étude ? »

E10 : « Et c'est là-dessus où l'essentielle de la prise en charge est lacunaire parce nous on n'a pas le temps de s'occuper de ça, c'est un travail médico-social. »

E11 : « Ouais, on essaie de les accompagner parce qu'on fait aussi de l'accompagnement social mais c'est vrai que après on peut pas aller beaucoup plus loin. »

3.2.8 S'ajuster à l'autre dans la relation médecin-patient

Globalement, les médecins généralistes étaient d'accord pour dire qu'il est nécessaire d'agir dans l'intérêt du patient.

E10 : « C'est-à-dire ce qu'il va falloir que vous fassiez dans votre pratique de tous les jours c'est d'essayer d'être utile à votre malade, c'est de lui rendre service, pas de lui faire plaisir, c'est de lui rendre service en fonction de ce que vous estimez être le plus juste et le plus protecteur pour lui voilà. C'est-à-dire qu'y a des fois où il faut durcir le ton, y a des fois il faut être à contre-courant de certaines recommandations parce que vous savez. »

3.2.8.1 Se sentir en difficulté

Les médecins rencontrent des difficultés dans la relation avec les patients à plusieurs niveaux : la prise en charge psycho-sociale difficile et leur propre sentiment d'impuissance.

3.2.8.1.1 Prise en charge médicale pure non complexe mais complexe sur le plan psycho-sociale

Les médecins généralistes sont en accord pour dire que la lombalgie est complexe non pas sur le plan médical pure avec de nombreux outils à disposition mais parce qu'elle a une dimension psycho-sociale.

E10 : « On néglige un petit peu ce type de prise en charge, on se retrouve avec une pathologie qui est une pathologie simple, pas difficile spécifiquement à traiter en phase aigüe mais excessivement complexe à gérer en phase chronique et pour laquelle on est relativement limité. »

3.2.8.1.2 Sentiment d'impuissance

Bon nombre des médecins interrogés disaient ressentir un sentiment d'impuissance, d'impasse pour différentes raisons.

E3 : « En fait, tu lui proposes pas grand-chose de plus à chaque fois parce qu'on est monté jusqu'à des grades 3 de traitements antalgiques, on a rajouté les anxiolytiques, on a arrêté, il en pouvait plus. Enfin, c'est sans arrêt des allers retours. [...] Pour un monsieur qui en fin de compte est pas bien soigné donc pour lui c'est pas terrible et pour nous baaah on est un peu emmerdé à ce que l'on propose parce qu'on n'a pas grand-chose de plus, on a tout essayé les grades 2 je les ai tous fait, alors lui je les ai tous fait euuh pffff puis voilà. »

E11: « Souvent, on est un peu dans l'impasse parce que les neurochir ils vous disent « Bah il marche, il a pas de déficit moteur, pas de déficit sensitif, kiné quoi, kiné balnéo ». Euh donc c'est des gens qui ont mal au dos tout le temps, arrêts de travail sur arrêts de travail si c'est pas accident du travail souvent, c'est des accidents de travail, qui finissent en reconversion voir euh licencié entre guillemets 'fin en tout cas en rupture conventionnelle et bah ça leur suit toute leur vie on finit en RQTH (Reconnaissance en tant Que Travailleurs Handicapés). »

E13 : « Euh pfff que c'est un sujet qui me gonfle quand je vois quelqu'un arriver avec mal de dos ça me gonfle (rire) [...] parce que c'est insoluble, non c'est pas que c'est complexe

c'est que c'est insoluble. »

3.2.8.2 Prendre en compte le patient

3.2.8.2.1 Lombalgie prétexte

Les médecins généralistes étaient en accord pour dire que dans la lombalgie il y a plusieurs types de patient, comme on l'a vu plus haut, il y a ceux qui somatisent avec des problèmes psychologiques sous-jacent, ceux qui font des travaux de force, ceux qui ont des problèmes relationnels dans leur travail et ils évoquaient aussi les patients qui utilisent la lombalgie comme la cause de tous leurs problèmes.

E3: « Y a le trainard qui a mal mais qui accroche la dessus tous ses problèmes existentielles de boulot, de couple, de d'enfants, tout ce que tu veux [...] Et là c'est un prétexte la maladie c'est c'est un... c'est quasiment l'objet transitionnel tu vois ? C'est le doudou, le doudou. »

Et aussi le patient simulateur, demandeur.

E1: « Tu as d'autres catégories où c'est des patients qui sont un peu tir au flanc et qui ont mal au dos (rire) et qui du coup font traîner comme ça et en te disant qu'ils ont mal et que ça va pas et qu'il faut aller voir mmmh le spécialiste et qu'il faut faire des imageries euuuh à tire larigot enfin bref voilà quoi. Il y a un peu tout, enfin les lombalgies c'est un peu, un peu tout le panel des patients que tu peux avoir quoi.»

E3: « Y a le vrai branleur qui essaie de rentrer, le simulateur, il existe celui-là euh. »

E10: « C'est des gens beaucoup plus jeunes qui commencent à bosser et qui s'aperçoivent que le boulot c'est dur en fait, faut se lever le matin, y a des horaires etc ... et donc qui ont vu que le père, le cousin, le voisin quand il a mal au dos finalement bah il s'arrête. »

Avec des difficultés parfois à cerner les patients.

E7: « Quelqu'un qui me dit qu'il a mal au dos et qu'il est pas capable de faire son boulot avant même de l'avoir examiner je ne peux pas ne pas le croire sauf que, il n'est pas rare, je

vais pas dire que s'est souvent parce que... parce que c'est pas vrai mais il n'est pas rare qu'on ait le sentiment immédiat ou qu'on connaisse les gens qui sont des habitués et le sentiment immédiat de se faire avoir et euh que ce soit « je viens acheter mon arrêt de travail ». Et moi je me sens beaucoup bloqué sur ce genre de situation. »

3.2.8.2.2 Volonté de reconnaissance

Certains médecins généralistes pensaient que les patients souhaitaient une reconnaissance de leur pathologie par les médecins.

E10: « Ce qu'il veut est que la problématique de la lombalgie soit considérée, suivit, adaptée avec un retour. »

3.2.8.2.3 Motivation

Dans la prise en charge des patients lombalgiques, les médecins ont rapporté que la motivation des patients peut être un facteur limitant. Et la difficulté réside principalement dans le fait qu'elle s'amenuise dans le temps.

E3: « Il se dit « Je m'en sors pas, je m'en sors pas, je m'en sors pas. », tu vois ? Et et euh ça c'est quelque chose qui est très très difficile à contrer. »

E6: « Intervenant : Quelles sont les facteurs limitants pour toi, pour bien prendre en charge quelqu'un qui a une lombalgie récidivante ou chronique ?

Médecin : La motivation du patient [...] l'état d'esprit du patient (rire) [...] mais donc ça prend en compte en effet le contexte professionnel du patient et toutes les difficultés de si il faut vraiment s'arrêter ou pas euh de, du contexte personnel à la maison, est ce que il peut décharger des tâches ménagères etc sur d'autres, de l'état psychologique du patient. »

3.2.8.2.4 Capacité de compréhension et acceptation

Les médecins mettaient en évidence un autre facteur limitant dans la prise en charge des patients lombalgiques, la capacité de compréhension et d'acceptation.

E11: « Intervenant : Quelles sont les facteurs limitants pour vous, pour une prise idéale pour la lombalgie et notamment le passage à la chronicité ?

Médecin: Euh ce sera le patient (rire), euh parce que là je parle de, dans le meilleur des cas il comprend et il entend ce qu'on dit, euh dans le moins bon côté et bah il va pas vous écouter et il va s'énerver parce que vous allez pas lui faire le papier dans la seconde. Euh je pense que le facteur limitant c'est la compréhension du patient. »

E5: « Moi je leur dis, il faut qu'ils le croient et qu'ils l'acceptent. Quand tu proposes quelque chose c'est quelle est l'acceptabilité de cette chose-là, est-ce que les gens vont l'accepter, est-ce qu'ils vont l'exécuter après c'est très compliqué mais c'est pour tout, pour le régime, tous les conseils que tu donnes à ton patient. C'est problématique quand tu passes de ce que tu dis à la réalité, c'est pas gagné hein. »

Avec des patients impatients qui remettent en question parfois l'avis des médecins.

E3: « Tu vois, c'est... c'est... les gens qui ont mal au dos... c'est tout le temps il pense que ça va être guéri comme ça (claquement de doigt) tu vois ?

C'est ... enfin sauf exception rarissime où t'as une hernie paralysante tu ... Les mecs y a pas de miracles ! Si ! Quand le mec il marche plus et qui marche oui y a un truc miraculeux mais tous les autres c'est dur, c'est dur il faut sans arrêt leur expliquer que c'est long et que c'est dur. Et eux ils veulent pas entendre. C'est toujours une grande frustration. »

E12: « Ben c'est dur de justifier [...] que c'est pas parce qu'on leur prescrit pas 3 tonnes de traitement que on les prend pas en compte quoi c'est ça qui est compliqué.»

3.2.8.2.5 Mode de vie / COVID

L'environnement du patient va aussi, d'après les médecins jouer un rôle dans cette prise en charge.

E8: « Comment ils peuvent se reposer, mais que voulez-vous la vie au jour d'aujourd'hui c'est vous aller travailler, votre femme va faire les courses, vous ramenez les enfants de la voiture, de l'école etc. et vous portez, vous portez des charges en permanence. »

D'autant plus en ce moment avec le contexte du COVID 19.

E8: « En tout cas aujourd'hui dans ces temps-ci on peut pas en faire (*sport*) d'accord, on va travailler, on rentre chez soi euh euh donc pff on peut pas en faire ça fait 1 an qu'on peut pas en faire. »

3.2.9 Suggestion

Plusieurs médecins ont fait des propositions d'amélioration pour éviter le passage à la chronicité des lombalgies.

3.2.9.1 La kinésithérapie et les écoles du dos

Les médecins ont proposé une formation adaptée des kinésithérapeutes sur la rééducation de la lombalgie.

E12 : « Intervenant : Pour vous, quelle serait la prise en charge idéale pour prendre en charge ces patients lombalgiques ?

Médecin : Ben des kinés formés petit 1 »

Un des médecins déplorait l'accès difficile en balnéothérapie notamment en zone rurale.

E3: « Ici t'as pas de balnéo, [...]. Y en avait une de balnéo mais ça coûte tellement cher qu'ils l'ont fermé [...]. Il faut qu'il y est un volume d'activité assez important donc à ce moment-là comment on fait, est ce que la SECU paie le transport pour des personnes, faut déjà que y

en ai une et qui paie le transport pour les personnes. [...] Ca veut dire euh que par exemple l'ARS et la CPAM 04 disent la balnéo, faire une balnéo, relancer la balnéo à ... est intéressant on met un peu d'argent pour la relancer et on aide pendant 2-3 ans les kinés à avoir, financièrement pour lancer le système. »

Ils sont également très demandeurs d'avoir des comptes rendus des kinésithérapeutes, ceci pourrait être favorisé dans les MSP par les logiciels partagés.

E6 : « Médecin : Après je comprends ils ont beaucoup de monde, d'où l'intérêt de la MSP (rire) dans laquelle nous travaillons par exemple avec un logiciel partagé pour avoir un suivi euh, pour avoir accès au suivi des patients en commun.

Intervenant: Et les kinés ils ont accès aussi au logiciel ?

Médecin : Ils devraient. [...] C'est ce qu'on est en train de mettre en place. »

Quelques médecins nous ont parlé des écoles du dos très développées dans d'autres pays, pour eux ces structures seraient à développer davantage en France car elles permettent de prendre en charge le patient dans sa globalité avec la présence de plusieurs intervenants médicaux, paramédicaux et permettent d'impliquer le patient dans sa pathologie.

E10 : « Un va faire des massages, l'autre il va faire du positionnelle, l'autre va faire de la fascia thérapie, chacun fait en fonction de son On n'a pas ces écoles du dos qu'ils ont dans les pays nordiques, qui, où le patient prend part à sa rééducation de façon active, puisqu'il va venir dans ces centres-là de façon open, il va faire ces exercices, il aura un kiné qui sera là pour superviser etc. Ça c'est une part qui manque et souvent la faillite de la prise en charge repose sur le fait que, il y ai pas ce relai-là, parce que souvent si on avait un travail de posture, si on avait un travail de rééducation adaptée à un moment bien adéquat avec un suivi... »

3.2.9.2 Faciliter le travail multidisciplinaire

Ce qui limite beaucoup les médecins généralistes dans la lombalgie et le passage à la chronicité c'est l'accès difficile aux spécialistes. Ils demandaient notamment de raccourcir les délais de consultation pour la médecine du travail et de faciliter les aménagements de poste.

E3 : « Ensuite ce qui est intéressant, euh médecine du travail bah faut qu'il y en ai plus. »

E10 : « Donc l'essentiel de la prise en charge doit être, à mon avis, permettre aux médecins généralistes de passer le relai très vite à des structures qui feraient le lien, c'est-à-dire des structures médico-sociales avec de le méd... en concertation avec la médecine du travail pour permettre des aménagements de postes de travail bien adaptés à ces gens-là, surtout pour les milieux socio-professionnels défavorisés. »

E12 : « Petit 3 euh dees, dans les bisounours, des des perspectives d'adaptation de postes euh pour tous et pour tout le monde et pour l'avoir vécu personnellement c'est vraiment galère hein vraiment donc les gens voilà quand on leur dit ben faut changer de boulot, ben ouais, mais qu'est-ce que tu veux que je fasse, je fais ça depuis que j'ai 15 ans, j'ai un CAP, ben ouais ok je comprends donc voilà c'est difficile. »

Un médecin a suggéré d'impliquer davantage le médecin conseil en pouvant cocher une case sur le CERFA pour demander un avis. Le fait d'impliquer le médecin conseil permettrait d'avoir plus de poids sur les arrêts de travail prolongés.

E7 : « Et petite case sur les arrêts de travail pour euh demander un contrôle au médecin conseil quand euh quand euh on se fait 'fin quand on a le sentiment de se faire piéger [...]. Partager une décision d'avoir un arrêt de travail qui peut être long parce que peut-..., des fois on s'enferme des mois avec ce genre de truc, partager la décision que ce soit validé ou alors partager la décision de dire « non mais là c'est, là c'est abusé », ça ça m'aiderait beaucoup mais finalement ce n'est pas trop la prise en charge de la lombalgie mais c'est la prise en charge du lombalgique. »

Les neurochirurgiens dont l'accès est difficile pourraient renforcer le discours du médecin sur l'absence d'intérêt d'une chirurgie.

E5 : « Ce qui manque peut-être un peu c'est un accès qui est difficile hein ici par manque de personnel entre guillemet à une autorité qui puisse affirmer que c'est la kiné, c'est l'exercice physique, c'est la posture qui vont améliorer ce mal de dos pour confirmer le médecin, pour conforter le diagnostic qui a été fait au préalable. »

Le manque de rhumatologue et de rééducateur fonctionnel pèse aussi beaucoup sur la difficulté de prise en charge des patients à risque de devenir chronique.

E7 : « Un accès plus facile au rhumato peut-être que ça serait simple parce que forcément y a des gens pour qui on aimerait bien un deuxième avis mais sans avoir trop d'argument, 'fin trop de force pour l'orienter donc si c'était pas autant un calvaire pour avoir un rhumato peut-être qu'on pourrait travailler ensemble plus facilement. »

E13 : « Qu'on augmente aussi les possibilités ben pff, c'est pas normal qu'on n'est pas de rééducateur fonctionnel ici autre que ça quoi je veux dire. »

Il est évoqué aussi sur le plan des imageries une meilleure qualité des imageries et interprétation.

E13 : « Petit 2 euh des imageries bien faites quand on en a besoin. »

Enfin un des médecins proposait de faire intervenir l'infirmière asalée dans la prise en charge des lombalgies, dans la réalisation des échelles de dépression, le dépistage des facteurs de risque de passage à la chronicité.

E3 : « Est ce qu'on peut faire faire l'éval par l'infirmière. C'est une bonne question ça ? Parce qu'on a une infirmière dans, dans la maison de santé, ça c'est intéressant, ça c'est une question qu'on peut poser. »

3.2.9.3 Prévention primaire

3.2.9.3.1 Au travail

Certains médecins ont suggéré de mettre en place une prévention primaire au travail et notamment ont proposé de rendre obligatoire une formation sur les postures avec un certificat d'aptitude pour les travailleurs de force.

E5 : « Ah moi je pense que c'est pas notre pratique qu'il faudrait changer, c'est faire de la prévention c'est-à-dire vraiment c'est euh surtout les gens qui ont un petit peu mal au dos ou qui ont euh ou ont une activité propice au mal de dos c'est pour qu'ils aient une formation obligatoire si c'est dans un cadre professionnel ou facultative gratos euh un atelier dos bien fais dans un cadre d'inscription je sais même pas si ça existe style SOFIA ou un truc comme ça. Voilà ça je pense que ça serait intéressant de dire euh on monte les ateliers dos car dans les communautés... ça pourrait être un rôle de CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) quoi dire ? On va travailler sur le mal de dos [...]. Ça serait le rôle de la loi qui devrait imposer des certificats d'aptitudes euh de résultats de stage ou de formation euh aux travaux effectués. »

3.2.9.3.2 En sport

Certains évoquaient la possibilité d'agir en amont avec de la gymnastique.

E3 : « Ensuite euh pff faut pas qu'il se fasse mal au dos donc là tu vas rentrer, tu as le volet préventif de ton mal au dos, donc là tu as des trucs très à la mode, la gymnastique préventive t'sais qu'ils veulent faire d'état tout ça, donc là y a un travail. »

3.2.9.3.3 Via les campagnes télévisées

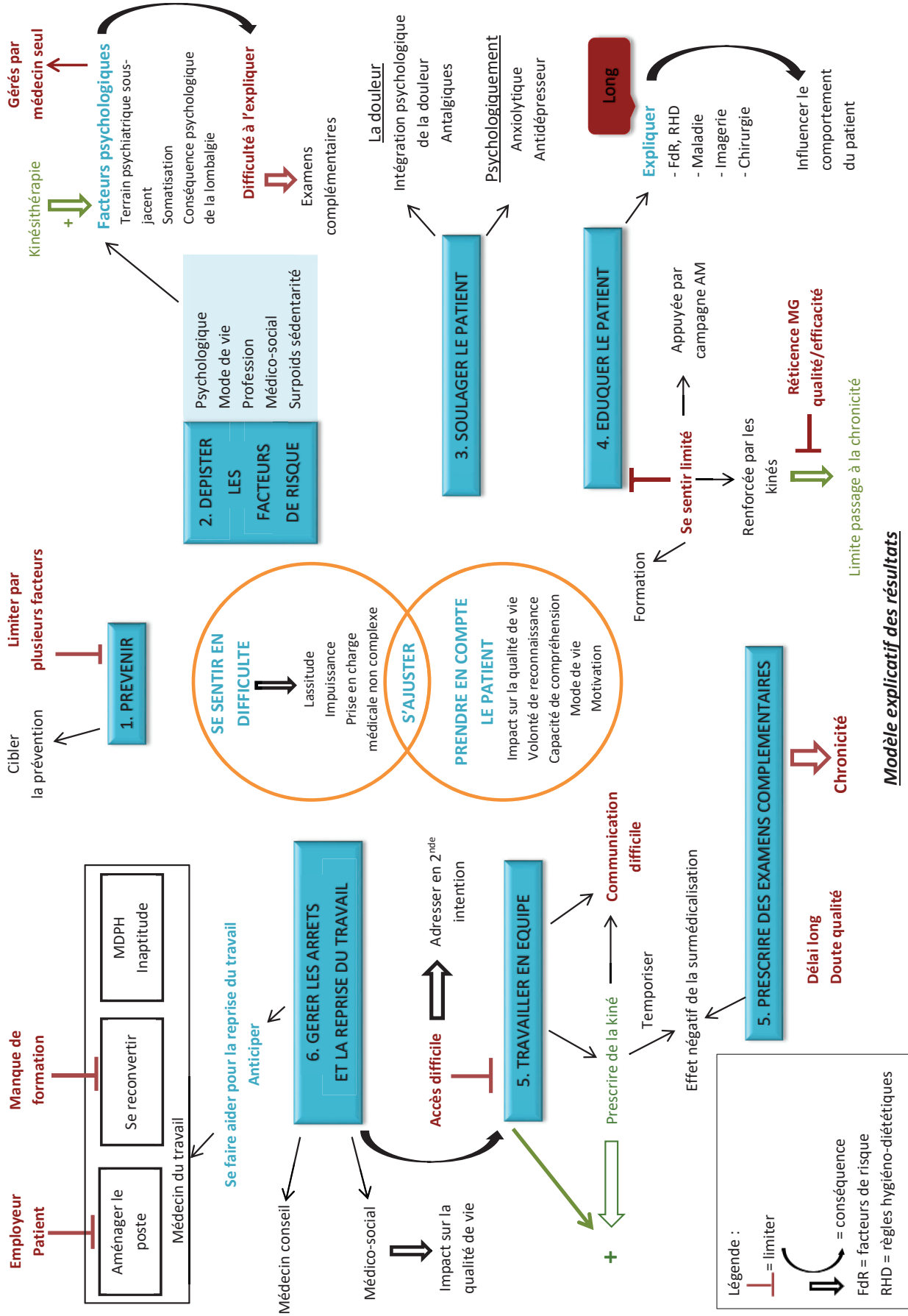
Un des médecins proposait de faire une campagne télévisée notamment pour la promotion de l'application Activ' Dos, encore peu connue.

E13 : « Et puis euh que peut-être il y ait beaucoup plus de spots publicitaires sur la prise en charge du mal de dos, c'est qu'on puisse proposer des applications mais que les gens puissent les voir aussi, que l'assurance maladie fasse des spots publicitaires. »

3.2.9.4 Créer un ROSP

Un des médecins évoquait la création d'un ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) pour permettre aux médecins généralistes de connaître leur coût dans leur patientèle pour les lombalgies: antalgique, radio, kiné,..., ce qui pourrait motiver les médecins à faire des économies.

E3 : « Moi ce que je serai intéressé d'avoir c'est, tu vois ? T'as les ROSP, c'est combien coûte la lombalgie sur ma patientèle. [...] Et en détaillant qu'est ce qui coûte ma consultation, qu'est-ce qui coûte le kiné, qu'est-ce qui coûte les médicaments tu vois ? C'est intéressant de savoir qu'est ce qui coûte la balnéo tu vois ? Et tout, les codes part de chacun du coût global donc là c'est vraiment intéressant. [...] Euh c'est intéressant parce que ça influence quelque part dans ma pratique et ça peut influencer positivement. [...] Donc en économie de la santé, ce qui est intéressant c'est qu'on pourrait même faire des indicateurs de pondération c'est-à-dire que le médecin qui soignent les gens avec des critères, ça rentre dans les critères de la CPAM mais en plus si il coûte lui moins cher il a une prime tu vois ? Et l'argent motive les gens, tu vois ce que je veux dire ? »



4 Discussion

4.1 Comparaison des résultats

La lombalgie à risque de chronicité est, comme vue dans l'introduction, un problème de santé publique mais aussi de désinsertion professionnelle. La HAS a sorti en 2019 des recommandations pour la prise en charge des lombalgies, avec pour objectif de prévenir le passage à la chronicité des lombalgies et la désinsertion professionnelle (1). Dans notre thèse nous demandions aux médecins interrogés s'ils avaient connaissance de ces dernières, seuls 6 sur 13 les connaissaient. Ces recommandations insistent sur l'importance de l'activité physique mais surtout l'importance de reconnaître précocement les patients à risque de devenir chronique. Pour prévenir cette chronicisation, il est préconisé de réaliser de la kinésithérapie et en l'absence d'amélioration de faire intervenir un spécialiste du rachis pour un travail multidisciplinaire. La prise en charge bio-psycho-sociale doit être centrée sur le patient. Notre thèse est la première à s'interroger sur la prise en charge et la perception des médecins généralistes du passage à la chronicité des lombalgies et s'inscrit donc dans cette ambition de la HAS à sensibiliser les médecins généralistes sur ce problème de santé publique. Notre thèse a permis de recueillir la perception des médecins généralistes mais également d'envisager des pistes pour améliorer ce dépistage de la chronicité. Nous aborderons ces pistes au fil de la discussion.

4.1.1 S'ajuster au patient

Les médecins généralistes ont fait ressortir l'ajustement au patient comme idée centrale dans la prise en charge des patients à risque de lombalgie chronique. En effet, cette prise en charge est un accord entre médecin et patient, avec d'un côté des médecins qui se sentent en difficulté et de l'autre des patients à prendre en compte dans leur globalité.

Les médecins interrogés se sentent impuissants, face à une prise en charge psycho-sociale complexe, en effet, pour la plupart ce n'est pas le côté médical qui leur semble le plus difficile.

Selon la HAS, la prise en charge des patients lombalgiques doit être centrée sur le patient :

elle prend en compte le vécu du patient et le retentissement de sa douleur (dimensions physique, psychologique, et socioprofessionnelle). Cette prise en charge globale est habituellement nommée «bio-psycho-sociale» et s'appuie sur une décision médicale partagée.

Dans un bon nombre de situation les médecins ressentent ce sentiment d'impuissance. Certaines situations sont plus étudiées comme les soins palliatifs ou la psychiatrie mais parfois il peut concerner des pathologies plus courantes de médecine générale. Ce sentiment d'impuissance de ne pas arriver à empêcher ce passage à la chronicité met en difficulté le soignant et crée un sentiment d'angoisse de ne pas pouvoir soulager ou guérir. Il peut alors réagir en agissant, pour échapper et trouver une réponse. Mais l'absence de réponse ne fait qu'accentuer cette angoisse. La réponse est nécessaire, autant pour soulager l'autre que pour se soulager soi-même en ayant fait son devoir. Cette défaite peut conduire au désinvestissement. Il n'est pas rare que ce désinvestissement alterne avec des périodes de surinvestissements. Il est important de s'interroger sur le motif et le bien-fondé de l'agir, notre action pouvant être conduite non pas par le désir d'aider mais par la satisfaction du pouvoir (17). Cette notion de pouvoir médical est ancienne. Le médecin détient d'abord un pouvoir d'appréciation sur l'état de santé et la situation du patient. Ensuite, il exerce sur ce patient un pouvoir d'influence en indiquant le traitement ou l'acte médical le plus approprié à entreprendre. A la fin, c'est un pouvoir de décision qui s'exprime rendant le déséquilibre entre le médecin et le patient encore plus concret, d'autant que le patient se trouve souvent impuissant à y faire face (18).

Ce sentiment d'échec permet au médecin de se rendre compte des limites de leur "pouvoir", et le remet alors en considération l'invitant alors à s'interroger sur son rôle. Prendre de la distance, renoncer à vouloir trouver "la solution magique" c'est aussi prendre la mesure de ce qu'est être soignant. Le travail en équipe permet d'éviter l'installation de ces sentiments de doute, de perte de confiance en soi et en l'autre, ou de repère (19).

A la difficulté à gérer son propre sentiment d'impuissance s'ajoute la difficulté à prendre en charge globalement le patient. Les médecins interrogés pensent qu'il faut prendre en compte le patient en s'intéressant à l'impact de la lombalgie dans leur vie quotidienne et d'évaluer leur capacité de compréhension de la lombalgie ainsi que leur motivation à aller mieux. D'après les médecins, les patients souhaitent une reconnaissance de leur

pathologie aussi bien par le médecin que par l'entourage.

L'approche narrative en consultation consiste à laisser le patient raconter son histoire et son vécu de la maladie dans une ambiance bienveillante et une écoute constructive en décodant la dimension émotionnelle du discours. Pour cela on peut s'appuyer sur le discours verbal et non verbal, reprendre et reformuler ce que nous dit le patient, vérifier qu'il a bien compris ce qu'on lui a expliqué. Cette écoute constructive est très importante chez les patients douloureux chroniques car souvent ils rapportent une incompréhension, un manque de considération de la douleur par les soignants, une banalisation de leur pathologie. Il faut dépister ce type de pensées pour pouvoir retrouver la confiance du patient et ainsi avancer dans le traitement de la pathologie. Les attitudes iatrogènes du médecin peuvent s'exprimer par une négation de la douleur ou rapporter à la somatisation ("c'est psychosomatique", "vous n'avez rien"), par une inadéquation des explications (soit absentes soit inadaptées), culpabiliser le patient ou le rejet du patient (20). Sur le plan organisationnel, on peut se poser la question de l'applicabilité de cette approche par les médecins généralistes.

La motivation du patient concernant sa prise en charge est importante à évaluer. Les médecins interrogés déclaraient d'ailleurs qu'un des facteurs limitants était l'absence de motivation du patient (refus de faire les séances de kinésithérapie, absence d'application des conseils hygiéno-diététiques). Depuis plusieurs années les entretiens motivationnels se sont développés dans multiples pathologies, quelques études se sont intéressées à l'entretien motivationnel dans la lombalgie. Vong et al., ont étudié l'efficacité d'association des entretiens motivationnels avec les thérapies physiques. Ils ont montré une différence significative avec le groupe contrôle qui recevait uniquement une thérapie physique, l'association entretien motivationnel et thérapie physique semble apporter une meilleure compliance. Ces résultats malheureusement ne s'intéressent pas aux effets à long terme, il serait intéressant de refaire cette étude avec suivi à 1 an (21).

4.1.2 Prise en charge des facteurs de risque de chronicité de la lombalgie

Avant de prendre en charge les patients à risque de chronicité, il convient d'abord de dépister ces personnes. Ces facteurs de risque de chronicité ont été abordés par la HAS dans

les dernières recommandations, ce sont des indicateurs psychosociaux ou « drapeaux jaunes » présageant du risque de passage à la chronicité et d'incapacité prolongée. Ils correspondent aux **problèmes émotionnels** (tels la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales), aux **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. Ils correspondent aussi aux comportements **douloureux inappropriés**, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur. Enfin les **problèmes liés au travail** font partis des "drapeaux jaunes" (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité). Les autres facteurs de risque reconnus par la HAS et connus des médecins généralistes interrogés sont l'obésité, le tabagisme actif, des malformations du rachis, une grossesse.

4.1.2.1 Aspect psychologique

L'aspect psychologique a été évoqué par tous les médecins. En effet, il représente un des aspects les plus difficiles à prendre en charge. L'état moral du patient joue directement sur la douleur, les arrêts de travail, etc.

Certains parlent de somatisation ou de "lombalgie prétexte" dans les entretiens. La somatisation est un concept complexe et polysémique avec trois grandes acceptions du terme somatisation :

- manifestation masquée de troubles psychiatriques
- groupe de désordres psychiatriques spécifiques ou troubles somatoformes
- conduite de maladie déviante résultant de l'interaction complexe de symptômes, de détresse psychologique, de mécanismes cognitifs et du recours au système de soin (22).

Les médecins nous ont effectivement parlé de ces trois grands concepts.

Outre ce terme de somatisation, certains trouvaient qu'il s'agissait parfois plus d'une dé-

compensation d'une pathologie psychiatrique sous-jacente tandis que pour d'autres c'était la lombalgie qui provoquait cet état dépressif ou anxieux. Dans les études, ces 2 aspects ont été retrouvés et sont d'ailleurs considérés comme facteurs de risque puisque les patients lombalgiques ayant un syndrome dépressif ont souvent des douleurs plus fortes, une qualité de vie plus altérée (23).

L'aspect moral est considéré comme un des facteurs limitants retrouvé à la prise en charge soit par manque d'accès aux psychiatres soit par manque de temps pour proposer des consultations d'écoute. Aucun des médecins n'a évoqué l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), hors plusieurs études ont montré qu'elles pouvaient être intéressantes pour ces symptômes qui souvent ne sont malheureusement pas reconnus par les médecins comme des manifestations somatiques. Dans le cadre de la lombalgie non spécifique, une étude sur les lombalgies chroniques avec un suivi des patients sur 3 ans a montré qu'il existait une meilleure efficacité sur l'invalidité à long terme des TCC comparé aux thérapies manuelles et exercices. Concernant la douleur, une efficacité des TCC est retrouvée à 1 an mais pas à 3 ans (24). Il existe encore peu d'étude sur le sujet et notamment sur le long terme. Les TCC pourraient être une piste et une solution à proposer aux médecins généralistes quand ils ont l'impression que l'aspect psychologique est au premier plan.

Plusieurs médecins nous ont dit faire des "psychothérapies à leur manière" pour ces patients lombalgiques sans être formé. Une thèse réalisée en 2015 sur les TCC en médecine générale constate que pendant les études médicales peu de stage pratique sont proposés en psychiatrie. Des simulations par jeu de rôle sont de plus en plus utilisées pour la formation dans ce domaine. Concernant les formations post-doctorales il existe des DU, DIU sur les thérapies cognitivo-comportementales. Une des pistes serait de former ou sensibiliser davantage les médecins généralistes pendant leur formation initiale aux TCC pour pallier le manque de psychiatre (25).

Les psychologues qui ont été évoqués par les médecins généralistes sont parfois refusés par les patients par soucis financier. Dans l'étude SISTEPACA (Système d'Information en Santé, Travail et Environnement Provence-Alpes-Côte d'Azur), un groupe de professionnels de santé a mené une réflexion entre 2014 et 2016 suivant la méthodologie du chemin clinique, axée sur la coopération interprofessionnelle, pour identifier les acteurs clés de la prise en

charge du patient lombalgique, et les moments clés dans le parcours de soins à partir de l'épisode aigu. Les psychologues ont aussi été interrogés dans cette étude, et comme retrouvé dans notre étude, les patients sont réticents à les consulter avec une nécessité de motivation par les professionnels en amont. Le coût de la consultation d'un psychologue est aussi un frein (26).

Certains médecins pensent important d'évoquer l'impact des lombalgies sur la qualité de vie des patients, en effet lors d'une étude qualitative réalisée en 2015 concernant l'impact de la lombalgie chronique sur les relations familiales, sociales et professionnelles, il a été mis en évidence des sentiments de honte, de frustration limitant les activités de la vie quotidienne. Une sensation d'incompréhension a été relevée, de non soutien, ce qui aboutissait à une perte significative de leur identité sociale avec une impossibilité d'assurer leur rôle social dans leur environnement familial et professionnel (27).

L'aspect psychologique est donc essentiel à prendre en charge mais limité par plusieurs composantes. Un autre facteur à prendre en compte est les attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos qui peuvent être limitants si non détectés.

4.1.2.2 Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos

Selon les médecins interrogés, l'éducation des patients est un élément important de la prise en charge de la lombalgie notamment pour éviter ces comportements inadaptés. Dans une étude méthodologiquement bien conduite, une équipe américaine a analysé l'impact d'un apprentissage d'une technique de protection rachidienne à mettre en œuvre lors du lever du lit au réveil : une réduction significative de la douleur lombaire a été observée dans le groupe formé mais pas dans le groupe contrôle (28). Dans cette même optique du mouvement, Foltz et Al, ont étudié l'impact de l'éducation des patients. Après l'analyse de 25 revues de la littérature, ils concluent que la proposition aux patients de refaire les exercices au domicile est efficace. Le type d'exercice n'a pas d'importance, le but est de maintenir une activité régulière.

La campagne de l'assurance maladie sur la lombalgie était quasiment connue par tous les médecins et permettaient un complément à leurs explications, en revanche ils trouvaient que l'impact sur les patients était difficile à évaluer. Une étude sur l'impact de cette campagne est en cours de réalisation. Mais une étude, à plus d'un an de la campagne de l'assurance maladie, est disponible et met en évidence une efficacité significative à court terme (puisque'il n'y a qu'un an de recul) sur les croyances et comportements vis-à-vis de la lombalgie, à la fois sur la population générale et sur les médecins généralistes concernant le maintien de l'activité physique dans la lombalgie. D'autres études sont donc en attente pour l'évaluation de l'impact de cette campagne à plus long terme. Il serait intéressant également d'étudier l'impact sur les arrêts de travail et le coût des lombalgies post campagne (29). En 2018, 45% des actifs pensent que le repos est le meilleur remède contre le mal de dos. C'est 23 points de moins qu'en 2017, avant le lancement de la campagne «Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement.» (30).

L'application Activ'dos lancée par l'assurance maladie n'était quasiment pas connue des médecins interrogés et quand le principe était expliqué certains restaient dubitatifs sur son intérêt. Certains avaient des craintes sur les risques de cette application, notamment en terme de dangerosité des exercices s'ils sont mal réalisés par les patients. Nous nous sommes donc interrogés sur cette éducation moderne via application. Une revue systématique s'est intéressée aux applications existant en anglais et concernant les lombalgies. Cette revue met en évidence qu'il n'existe pas de réelle évaluation de ces applications et notamment sur leur efficacité et leur sécurité. Bien souvent les applications ne remplissent pas les réglementations et recommandations en vigueur. De plus, le nombre croissant d'applications faisant leur apparition complique le choix du lecteur (31). L'application Activ'dos lancée par l'assurance maladie a pour but de lutter contre les fausses croyances sur la lombalgie et de changer les comportements. Elle propose des vidéos explicatives sur la lombalgie, des vidéos expliquant les bonnes postures à adopter et des exercices à faire à domicile. Une évaluation qualitative de cette application par des patients souffrant de lombalgie et des kinésithérapeutes a montré que les patients réalisent plus facilement et plus régulièrement les étirements qu'ils connaissent et qu'ils ont déjà réalisés avec leur kinésithérapeute. Les patients reconnaissent préférer garder quelques consultations, en plus de l'application, avec leur kinésithérapeute pour avoir des conseils et un suivi. Les kinésithérapeutes interrogés don-

nent des réponses similaires en voyant dans l'application un complément de leur séance, mais cela demande aussi un changement dans leur pratique. Certains ont demandé à ce que l'application ait plus de validité scientifique (32).

Quasiment tous les médecins trouvent un intérêt positif à la kinésithérapie mais pour beaucoup ils se sentent limités par l'accès difficile et le manque de communication interprofessionnelle.

Une majeure partie des médecins prescrivent de la kinésithérapie plus ou moins précocement or les recommandations HAS de 2005 conseillent de ne pas la prescrire trop précocement. La rééducation peut être commencée après 4 semaines d'évolution. Aucune étude n'a vraiment prouvé l'efficacité de la kinésithérapie lors des phases aiguës, du fait d'une guérison spontanée en moins de 6 semaines dans 90% des cas. De la kinésithérapie active trop précoce génère une surmédicalisation impactant les coûts financiers directs. Dans certains cas, la kinésithérapie avant 4 semaines d'évolution, peut être prescrite à visée antalgique avec les massages (33).

Dans les recommandations HAS de 2019, il est fait mention de kinésithérapie surtout pour les patients chroniques et ceux à risque de chronicité, pour pousser à l'activité physique mais de manière encadrée, notamment chez les personnes qui ont peur de bouger de crainte de déclencher une douleur. Il s'agit d'une kinésithérapie qui fait participer le patient, les méthodes passives ne sont pas recommandées. Elle s'appuie donc sur des étirements, du renforcement musculaire des extenseurs du rachis et du transverse de l'abdomen et un travail de proprioception lombo-pelvien. Le kinésithérapeute a également le rôle d'éduquer le patient et notamment sur les postures. L'intérêt de cette éducation est de prévenir la chronicité et permet également aux patients de connaître les gestes à faire au domicile pour prévenir les douleurs (34).

La méthode McKenzie a été mentionnée par un médecin qui trouvait une vraie utilité de cette méthode puisqu'elle permet d'inclure le patient dans sa pathologie. La méthode McKenzie, ou diagnostic et thérapie mécanique (Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT)), est largement utilisée comme système de classification pour le diagnostic et le traitement des lombalgies et cervicalgies. Elle repose sur 4 groupes de syndromes mécaniques respon-

sables de la douleur lombaire en fonction de la réponse aux mouvements proposés (syndrome de dérangement, de dysfonction, postural et les autres) et le traitement appliqué dépend ainsi du groupe dans lequel le patient est situé. Il s'agit d'une méthode centrée sur le patient pour que celui-ci soit orienté dans sa rééducation de sorte à gérer lui-même sa douleur (35).

Peu d'analyses ont été réalisées sur ce sujet et souvent il n'y a pas de distinction entre lombalgie aiguë et chronique. D'après la méta-analyse de Lam, pour les lombalgies aiguës, la méthode McKenzie ne montre pas une efficacité supérieure aux autres techniques d'interventions en termes de douleur et d'incapacité. Pour les lombalgies chroniques, la méthode McKenzie montre une différence significative en termes d'incapacité par rapport aux exercices seuls mais aucune différence significative en comparaison avec les thérapies manuelles plus l'exercice en termes de douleur et d'incapacité. Les preuves de qualité de la méthode McKenzie sont moyennes à élevées pour dire qu'elle n'est pas supérieure à d'autres interventions pour réduire la douleur et l'incapacité en lombalgies aiguës. Pour la lombalgie chronique les preuves de qualité sont modérées à élevées pour dire que la méthode McKenzie est supérieure à d'autres interventions de réadaptation pour réduire douleur et incapacité selon le type d'interventions comparées (36).

Une autre thérapeutique, souvent utilisée et mentionnée par les médecins, est la balnéothérapie. De nombreuses études ont étudié l'impact de la balnéothérapie dans la lombalgie mais toutes dans le cadre de la lombalgie chronique. La balnéothérapie semble permettre le reconditionnement à l'effort sur une période a minima de 3 semaines dans la lombalgie chronique. Elle est un moyen de réduire la douleur et d'améliorer la fonction et la qualité de vie à court terme. Cependant, elle ne peut se suffire à elle-même dans la rééducation du lombalgie chronique et nécessite donc des séances de kinésithérapie en salle (37).

Les écoles du dos ont également été mentionnées par quelques médecins comme une solution à la prise en charge des lombalgies à risque de chronicité. Ces écoles du dos consistent à éduquer les patients sur la lombalgie et à faire réaliser des exercices aux patients. Elles ont été créées en Suède par Zachrisson-Forsell en 1969 dans le but de réduire la douleur et de réduire les récives de lombalgies. Ce sont des écoles qui enseignent aux patients l'anatomie du dos, la biomécanique, les postures à réaliser et l'apprentissage des exercices du dos.

Nous avons trouvé des études avec des résultats divergents notamment sur l'efficacité de ces écoles du dos. Les programmes des écoles du dos sont variables et les études peu nombreuses sur le sujet, ce qui limite la significativité de la méta-analyse réalisée par Parreira (38). Dans cette étude, il est montré une faible évidence de l'efficacité des écoles du dos par rapport à d'autres thérapeutiques. L'étude de Lonn et al. démontre la possibilité d'avoir une action réelle sur la douleur à travers un modèle d'auto-apprentissage. Les résultats les plus nets ont été obtenus par un programme norvégien d'école du dos «active», celui-ci s'étant traduit par une réduction du nombre de récurrence douloureuse, un allongement de la durée des périodes asymptomatiques et une réduction du nombre de jours d'absence durant les 12 mois de suivi, par rapport au groupe des patients témoins (39). Cet effet positif est attribuable, selon les auteurs, au caractère répété de l'apprentissage proposé (20 leçons de 60 minutes étalées sur une période de 13 semaines) et à la nature active de l'école.

Même si effectivement peu d'études existent sur ce sujet, on peut se questionner sur un intérêt positif à les développer davantage en France notamment dans le but de pallier au manque de kinésithérapeute et ainsi réduire les délais d'accès. Ces centres permettraient aussi de favoriser le travail et la communication interprofessionnelle.

Au total nous avons vu plusieurs approches de kinésithérapie, dans l'étude SISTEPACA, les kinésithérapeutes demandaient à avoir une formation plus homogène sur la prise en charge des lombalgies et une meilleure éducation pour permettre l'auto-rééducation des patients (26).

4.1.2.3 Comportement douloureux inapproprié

Le modèle de Vlaeyen considère que le passage de l'état douloureux aigu à la lombalgie chronique s'explique par un défaut d'ajustement dans ses dimensions sensitive et émotionnelle au cours du processus douloureux aigu. Ce défaut d'ajustement est souvent associé à une distorsion cognitive négative (catastrophisme), volontiers associé à une perception de préjudice. Cela conduit à un évitement lié à la peur vis-à-vis des activités physiques, mais aussi à une restriction de la participation à la vie en société, à une hypervigilance focalisée sur la région lombaire. L'évitement lié à la peur peut conduire à des

croyances erronées concernant l'activité physique et à une kinésiophobie. Ce modèle a ensuite été complété en incluant un comportement de déni du processus (40).

Les conséquences de la lombalgie chronique sont physiques, sociales et psychologiques. Le processus douloureux chronique va entraîner une modification du recrutement musculaire caractérisée par l'inversion du couple extenseurs-fléchisseurs du tronc, une augmentation du tonus musculaire, conduisant à une perte de mobilité du rachis lombaire et à une rétraction des muscles lombo-pelvi-fémoraux associées à une perte d'endurance et de force. Pour la part psychologique, le patient va présenter une perte de confiance en soi et d'estime, une kinésiophobie. Des syndromes dépressifs peuvent apparaître ou décompenser s'ils étaient présents avant. Cela va conduire à une limitation des sorties et des déplacements, le patient va ainsi s'isoler socialement.

Les médecins interrogés ont conscience du comportement de ces patients et interviennent en expliquant aux patients la maladie et sa prise en charge que nous aborderons plus tard.

4.1.2.4 Problèmes liés au travail

Le travail a été évoqué pour tous les médecins généralistes interrogés, comme facteur déclenchant de lombalgie aiguë mais aussi facteur de risque de chronicité.

L'aspect psychosocial au travail joue un rôle important dans le déclenchement de pathologie rachidienne mais bloque aussi le retour aux activités, ce qui en fait un facteur de risque de passage à la chronicité.

Lors des entretiens, les médecins parlent assez facilement de ces différents aspects avec leurs patients. Les principaux facteurs psychosociaux à rechercher sont la monotonie des tâches, la forte exigence psychologique (quantité de travail, contrainte de temps), une insatisfaction professionnelle, une faible autonomie des décisions, un faible soutien social, un manque de reconnaissance (1) (41).

La HAS a défini des facteurs pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur ou "drapeaux bleus": 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 et peur de la rechute.

Pour encourager le maintien de l'activité physique, il est recommandé par la HAS de limiter les arrêts de travail. Evidemment ceci se fait après une évaluation et notamment la prise en compte de la profession du patient, de l'âge, des conditions physiques, du temps et du type de transport. Les médecins généralistes réalisent souvent des arrêts de travail en phase aiguë, l'assurance maladie recommande un arrêt de 5 jours (42) (43).

Environ 74 à 90 % des personnes en arrêt de travail reprennent leur activité habituelle avant la fin de la quatrième semaine d'absence, 5 à 10 % des patients sont encore absents pour lombalgie, six mois après l'épisode aigu.

La difficulté concerne ces arrêts prolongés pour lesquels les médecins se sentent pris en otage avec une difficulté à envisager une reprise d'activité. Lors de l'étude SISTEPACA, les médecins se sentaient en difficulté devant cette durée longue des arrêts de travail (26).

Pour cela la HAS évoque des temps partiels thérapeutiques permettant la reprise progressive de l'activité professionnelle et redonnant au patient confiance en ses capacités à retravailler. Certains essaient d'anticiper la reprise le plus tôt possible avec la visite de pré-reprise. En effet, au bout de la quatrième semaine d'arrêt de travail, il est important de demander au patient de prévoir cette visite précoce dans le but de mettre en lien médecin généraliste et médecin du travail mais aussi pour anticiper les éventuels aménagements de poste. La visite de pré-reprise est obligatoire pour les arrêts de travail supérieurs à trois mois, elle peut être demandée par le patient, le médecin généraliste ou le médecin conseil.

Quant à la visite de reprise, elle est obligatoire pour un arrêt de travail supérieur à 30 jours. Si l'arrêt de travail dépasse les six semaines, il est conseillé de diriger le patient vers un rhumatologue ou un médecin de médecine physique et de rééducation (MPR)(2).

Lorsque des aménagements sont préconisés, les médecins ont la sensation que ceux-ci ne sont pas mis en place par les entreprises. Dans une étude réalisée par le SISTEPACA (44), interrogeant les employeurs et les employés sur le maintien dans l'emploi lorsqu'il existe des troubles musculo-squelettique, il a été révélé une méconnaissance globale des salariés et des employeurs du dispositif français de maintien dans l'emploi et la sous-utilisation des procédures à la fois par les salariés et les employeurs. Il semblerait que le dispositif ne soit pas bien lisible par les entreprises, encore moins par les TPE que la multiplicité des dispositifs

et interlocuteurs ne facilite pas l'orientation des individus. De plus, certaines dispositions ne seraient pas totalement adaptés aux besoins des salariés et à l'organisation des entreprises (selon la taille, le secteur d'activité, etc.) et nécessiteraient un accompagnement dans leur mise en place. Enfin, la désinsertion professionnelle et le retour à l'emploi ne sont pas anticipés ni par les entreprises ni par les salariés.

A noter l'existence des missions des services de la santé au travail, assurées par une équipe pluridisciplinaire (médecin du travail, intervenants en prévention des risques professionnels (IRPP) tels que les psychologues, les ergonomes et les infirmiers pouvant être complété par des assistants de service de santé au travail (ASST) et des professionnels recrutés après avis du médecin du travail) prenant en compte l'ensemble des facteurs liés à la lombalgie. Par ailleurs, ils communiquent avec les médecins traitants et employeurs pour prévenir les facteurs de risque et favoriser le retour précoce des travailleurs en arrêt.

La HAS dans ces recommandations de 2019 parle de facteurs pronostic de la chronicité liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance ou "drapeaux noirs": 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 et durée de l'arrêt maladie.

Pour les médecins interrogés, un des facteurs limitant à la prise en charge des patients à risque de chronicité est principalement les difficultés d'aménagement de poste et les reconversions professionnelles lorsque la profession est en cause. Dans l'étude SISTEPACA, concernant le point de vue des médecins du travail, le frein ressenti était les possibilités variables d'aménagement de poste dans l'entreprise. Les médecins du travail ont conscience de leur rôle de coopération interprofessionnel, sont conscients de leur rôle clé du maintien dans l'emploi et demandent une visite de pré-reprise le plus tôt possible dans les cas difficiles, ce qui était appliqué par certains de nos médecins interrogés (26).

En faisant appel à la médecine du travail, les médecins recherchent une aide dans la prise en charge, là où ils ont des difficultés, ils pensent que les médecins du travail ont plus de connaissances pour prendre en charge le patient dans son milieu professionnel. Malgré tout, leur principal problème est le défaut de communication.

Lors d'un groupe d'analyse des pratiques entre pairs réalisé en 2018 et mentionnant la rela-

tion de l'équipe médicale de santé au travail avec le médecin généraliste, il a été mis en évidence un problème de communication avec des certificats péremptoires circulant ou se croisant avec peu ou pas de concertation, des échanges oraux de plus en plus difficiles à mettre en place pour des raisons d'accessibilités mutuelles, des échanges écrits peut être trop succincts avec insuffisamment d'explicitation des causes ou des effets du lien santé travail. Les médecins traitants sont amenés à répondre à la demande de leur patient et aux pressions, parfois anticipées ou alléguées, du médecin conseil. Ainsi qu'à des connaissances inégales des conditions de travail réelles. La médecine du travail est confrontée à un rythme d'organisation peu favorable à l'écriture, à une dispersion quantitative des postes de travail et du suivi des salariés, ou à une coopération en construction avec les infirmiers du travail (45).

Quant au médecin conseil, son rôle est de prévenir la désinsertion professionnelle, son accord est indispensable pour une reprise à temps partiel. D'après SISTEPACA, les médecins conseil ont aussi un rôle dans le maintien de l'emploi, ils contrôlent et sollicitent si-besoin différents acteurs (26).

L'impact social est un point soulevé par un bon nombre de médecins généralistes sans pour autant évoquer un travail avec les assistantes sociales.

Lors d'une thèse réalisée en 2015 évaluant la collaboration entre les médecins généralistes et les travailleurs sociaux, il a été mis en évidence que les partenaires en jeu ont une conception duale commune de leur métier avec une asymétrie dans les attentes, les intérêts et les besoins. Afin de faciliter et d'améliorer la prise en charge des patients, les participants ont proposé des pistes de travail autour de trois grands axes qui sont la rencontre, la formation et l'organisation du système médico-social.

4.1.2.5 Application des outils de dépistage

Nous allons développer ici comment détecter ces facteurs de risque de chronicité.

Dans les recommandations de la HAS, des échelles sont mentionnées pour évaluer le risque de chronicité : Start Back Screening Tool, questionnaire Orebro et FABQ (Annexes 3,4 et 5). Le STarT Back screening tool propose une prise en charge stratifiée sur le risque. Il s'agit d'un autoquestionnaire de 9 questions, traduit et validé pour la France, qui permet de classer le patient en faible, moyen ou fort risque de passage à la chronicité (46) (47). La version courte du questionnaire Örebro est prédictif de l'absentéisme au travail. Une échelle d'évaluation pour le syndrome dépressif est également mentionnée, la HAD. Ces échelles n'étaient pas connues de tous les médecins interrogés et parfois certains ne savaient pas où les trouver, pour beaucoup elles avaient peu d'intérêt dans leur prise en charge, pour certains c'était aussi un problème de temps durant la consultation. Un des médecins a soumis l'idée de faire faire ces échelles par les infirmières Asalée (Action de Santé Libérale en Equipe) en amont de la consultation par le médecin généraliste justement pour éviter cette perte de temps. En effet, ces infirmières du dispositif Asalée interviennent pour des pathologies chroniques bien précises autorisées par l'ARS en proposant un accompagnement individuel en complément de la pratique médicale au sein du cabinet d'un médecin généraliste. La lombalgie étant un problème de santé publique et pouvant devenir chronique on pourrait imaginer ajouter cette compétence aux protocoles Asalée et notamment dans le dépistage du risque de chronicité.

Un des médecins a également mentionné l'intérêt des ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) pour la lombalgie. D'après lui, cela pourrait permettre aux médecins généralistes de connaître leur coût à leur patientèle pour les lombalgies et ainsi motiver à faire des économies et à limiter les examens complémentaires de "complaisance". Les ROSP permettent de valoriser l'atteinte des objectifs de Santé Publique par une compensation financière. Elle repose sur 29 indicateurs de pratique clinique avec 3 thèmes le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience. Encore une fois, la lombalgie étant un problème de santé publique cela pourrait être une piste pour inciter davantage les médecins généralistes à être plus attentif au risque de chronicisation.

4.1.3 Prévention primaire

La prévention primaire commune de la lombalgie serait intéressante également pour limiter l'incidence des lombalgies. Une méta-analyse de Shiri publiée en 2017 a notamment étudiée l'efficacité de la prévention primaire sur des patients n'ayant jamais eu de lombalgie. Malheureusement les biais trop importants de cette étude ne permettent pas d'utiliser les résultats (48). Une autre méta-analyse a été menée par Steffens qui s'intéresse à l'efficacité de la prévention dans les lombalgies. Elle démontre que l'éducation combinée aux exercices réduit le risque de manière significative de faire une lombalgie. L'exercice sans éducation permettrait de réduire le risque d'un épisode de lombalgie et de réduire les arrêts de travail pour ce motif (49).

Les médecins ont davantage abordé le manque de prévention professionnelle pour les professions à risque. Effectivement certaines professions ont été plus évoquées que d'autres, notamment les maçons ou les femmes de ménages. Selon l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), il existe de multiples facteurs de risque liés au travail et à la vie de tous les jours: manutentions manuelles, vibrations du corps entier, travail physique dur, postures contraignantes et chutes, associés à des facteurs de risque psychosociaux. Les chutes sont également un facteur de risque important puisque cela représente ¼ des lombalgies reconnues en accident du travail (41).

Certains médecins ont fait remarquer que la lombalgie touche des personnes de plus en plus jeunes. Selon l'INRS, avec l'avancée en âge, apparaissent des troubles locomoteurs liés ou non à la profession, facteurs de handicap. Ainsi, l'expérience aidant, le nombre d'accidents du travail avec arrêt diminue avec l'âge, par contre, la durée des arrêts est deux fois plus longue chez les plus âgés par rapport aux plus jeunes. Ces durées traduisent des handicaps plus importants chez les plus âgés avec des retours au travail et des fins de vie professionnelle difficiles.

Il a été proposé d'élaborer des formations obligatoires pour ces professions pour accéder au poste. Une campagne de l'assurance maladie en collaboration appelée "Mal de dos au travail ?" a été lancée en 2018 en collaboration avec l'INRS.

Elle est basée sur des dépliants d'informations générales et des dépliants spécifiques à certaines professions (tels les professionnels du secteur du bâtiment, du commerce, du transport et de la logistique, d'aide et de soins à la personne et dans le secteur de la collecte et du tri des déchets) et à visée des entreprises. Il leur est notamment rappelé qu'ils peuvent demander conseil auprès du service de santé au travail, Carsat/Cramif/ CGSS... L'INRS a également mis en place le poste cadre vert qui permet à l'entreprise de favoriser le retour au travail d'un salarié lombalgique le plus tôt possible en aménageant au mieux son accueil pour éviter les arrêts de longue durée et une évolution vers une lombalgie chronique. L'idée est de permettre à l'entreprise et aux préventeurs de s'assurer que le salarié lombalgique sera accueilli à un poste de travail qui lui permette de bouger "comme dans la vie de tous les jours", sans excès en termes d'efforts et d'intensité. Il s'agit d'un outil qui permet d'adapter progressivement le poste aux peurs et croyances du salarié lombalgique. Le cadre vert est donc une situation transitoire qui doit permettre un retour à une activité normale en 8 à 21 jours.

Des formations existent au sein des entreprises, les formations PRAP (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique) pour connaître les risques liés à son métier, adopter de bonnes techniques et gestes appropriés à la tâche concernée. Cette formation est valable 2 ans et doit donc être renouvelée (50).

4.1.4 Travail Multidisciplinaire

Selon la HAS, en cas de lombalgie à risque de chronicité, il est utile d'envisager une prise en charge pluridisciplinaire.

Justement la communication interprofessionnelle a été pointée comme un élément limitant par les médecins généralistes. Ils considèrent que le travail en équipe est important et permet d'avoir plus d'impact quand une décision importante est à prendre mais souvent celle-ci est limitée par le manque de retour des spécialistes ou la difficulté d'accès. Beaucoup des médecins interrogés ont insisté sur l'importance de la collaboration, notamment dans ce contexte de risque de passage à la chronicité, pour renforcer la décision du médecin généraliste encore plus quand elle n'est pas acceptée par le patient.

Par exemple dans l'étude SITEPACA, les rhumatologues étaient sollicités pour approfondir ou confirmer le diagnostic, donner un avis spécialisé, avec une coopération interprofessionnelle essentielle.

Bien qu'une communication entre professionnels semble améliorer la satisfaction et le bien-être des patients et de leurs proches, de même que ceux des professionnels de la santé, peu de recherches ont été menées pour explorer comment ce processus peut être implanté dans la pratique pour favoriser la communication des volontés du patient et sa participation active au processus de choix de soins (51).

Plusieurs études ont montré une relation entre la qualité des soins et l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle. La performance d'une équipe joue un rôle capital dans la sécurité des patients (52) (53).

En ambulatoire, cette collaboration s'organise toutefois le plus souvent sur des bases empiriques, plus proche d'une mutualisation des compétences que d'une réelle interprofessionnalité. Des études ont montré des divergences de point de vue et d'attitudes entre les professions concernant l'interprofessionnalité, représentant un obstacle majeur à sa réalisation (54). Le parcours de soins, coordonné par le médecin généraliste, au sein de territoires de santé, structure dorénavant l'organisation du système de santé français et définit les soins primaires étendus (55). Des politiques de coordination des soins (réseau ville-hôpital, filière de soin spécialisé, protocoles de soins...) émergent et tentent de répondre aux enjeux du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des affections chroniques. L'objectif étant l'efficacité des prises en charge au moindre coût. La collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins impliquent les notions de communication et d'adressage entre les professionnels de santé. Paradoxalement, ces notions sont peu étudiées à l'échelle nationale et même inexistantes à l'échelle locale. Or, celles-ci sont indispensables à la mise en place d'une coordination cohérente et efficace.

Des programmes multidisciplinaires de restauration fonctionnelle du rachis existent en France. Ils sont souvent disponibles dans les CHU. Ils s'appuient sur le modèle biopsychosocial qui associe reconditionnement physique, thérapie comportementale et prise en charge de la douleur. Souvent, on retrouve un déconditionnement physique à l'effort chez le lombalgique qui intensifie les symptômes et les incapacités. La thérapie comportementale intervient sur le schéma comportemental erroné du patient qui évite certaines activités par peur

de la douleur ou par peur d'aggraver les lésions, ce qui participe à son déconditionnement physique et donc à son incapacité chronique. Les différentes études réalisées sur l'efficacité de ces programmes de réhabilitation multidisciplinaire sont parfois contradictoires (56). Ces programmes auraient une efficacité sur la réduction des douleurs même si pour certains cette efficacité est significative que sur le long terme, l'incapacité fonctionnelle, la durée des arrêts de travail et le temps de retour au travail. Concernant la part anxieuse et le risque de kinésiophobie, un score a été développé par Waddell pour évaluer les peurs et les croyances chez les patients lombalgiques : le Fear-avoidance beliefs questionnaire (*FABQ*). Ce score permet de repérer les patients à risque élevé de développer un comportement d'évitement de la douleur. Il est composé de deux sous-parties : l'activité physique et le travail. Il faut donc rester vigilant sur les études qui s'intéressent à l'efficacité des réhabilitations multidisciplinaires sur ce *FABQ*. En effet certains patients auront un bon score à la partie physique mais pas pour le travail par exemple, mais le score total se rééquilibre.

Une méta-analyse a étudié l'efficacité de la réhabilitation multidisciplinaire psychosociale dans la lombalgie. Concernant la douleur, une faible efficacité est retrouvée pour la douleur à court terme, et une meilleure efficacité à long terme sur la douleur par rapport aux soins habituels. Concernant les arrêts de travail, de manière peu évidente, la réhabilitation multidisciplinaire permet de diminuer la durée des arrêts de travail et le temps de retour au travail.

Pour ces programmes de réhabilitations multidisciplinaires on peut se poser la question de quand adresser les patients dans ce type de programme ? Pour beaucoup ils sont adressés tardivement, autour de dix mois, ce qui renforce le risque d'anxiété et d'évitement de la douleur. Il faudrait aussi que ces programmes soient rapidement complétés d'une action du médecin du travail pour potentialiser le retour au travail.

Il demeure toutefois la question du point de vue du patient. Une étude qualitative sur l'expérience et les attentes des patients souffrant de lombalgies chroniques non spécifiques avant et après un programme de rééducation de 3 semaines en Suisse s'y est intéressé. Les patients avant le programme définissaient une vraie rupture avec leur vie d'avant par l'apparition de la douleur : alors qu'ils s'identifiaient à une personne saine, ils devenaient des personnes souffrantes. Face à la douleur constante, les patients ont l'impression que leur corps leur échappe, qu'ils n'en ont plus le contrôle, qu'il devient un corps fragile sur

lequel on ne peut plus compter. Cela va créer les autres niveaux de rupture avec la vie d'avant. Le deuxième niveau c'est la perte des activités significatives : s'occuper de la maison, des enfants, les activités sportives et sociales, les relations sexuelles. La lombalgie induit une difficulté à tenir son rôle dans la vie familiale et sociale. Cela provoque une discontinuité entre le moi du passé et celui du présent. Le troisième niveau de rupture concerne la sphère professionnelle. La lombalgie entraîne des arrêts de travail prolongés et parfois jusqu'à une incapacité ou invalidité entraînant la perte de l'emploi. Cela peut aboutir à l'apparition d'une précarité notamment quand la reconversion professionnelle peut être compliquée. Après le programme, les patients évoquent un effet réparateur. L'éducation faite lors de ces programmes permet une réassurance et une modification de la représentation de la douleur. Une notion de meilleure robustesse du dos ressort, il redevient un outil en lequel on peut avoir confiance, redonne confiance pour assurer son rôle familial et social. Moins d'effets ont été ressentis au niveau professionnel car ces programmes étaient surtout centrés sur la personne (57).

Un médecin nous a mentionné des méthodes alternatives telles que la photobiomodulation. Elle consiste à utiliser certaines longueurs d'onde présentes naturellement dans la lumière notamment le rouge et le proche-infrarouge que l'on diffuse via des LED sur le corps et/ou le visage. C'est une technique d'exposition à une lumière froide et pulsée (LED) participant à la régénération des cellules, l'oxygénation du sang et l'élimination des bactéries (58). Elle est donc multi-usage et se retrouve dans de nombreuses applications médicales et esthétiques. Dans une méta-analyse réalisée en 2020, étudiant la photobiomodulation chez des patients ayant une lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique non spécifique, sans comparaison à d'autres traitements, il n'a pas été mis en évidence de réduction de la douleur et de l'incapacité chez ces patients (59).

Une autre méthode alternative controversée est l'ostéopathie. Selon l'association américaine de l'ostéopathie, à travers une méta-analyse de 2016, il a été prouvé que les manipulations ostéopathiques réduisaient les douleurs et amélioraient l'état fonctionnel des patients lombalgiques aiguë ou chronique comparé aux effets placebo mais des essais contrôlés randomisés de plus grande envergure avec des groupes de comparaison robustes sont

nécessaires pour valider davantage les effets de l'ostéopathie dans la lombalgie. Dans les recommandations de la HAS, cette méthode est recommandée en seconde intention. En 2012, l'INSERM n'avait pas pu réaliser de méta-analyse sur la prise en charge des lombalgies avec l'ostéopathie devant des essais divergents par de nombreux points pouvant influencer sur l'évaluation de l'efficacité des thérapies ostéopathiques. Selon une thèse publiée en 2019 sur la prise en charge de la lombalgie commune et l'intérêt de l'ostéopathie, analysant la pratique des médecins généralistes en Seine-Maritime, les indications d'ostéopathie ne font pas l'unanimité reflétant la littérature actuelle qui ne permet de standardiser cette prise en charge complémentaire. Les médecins interrogés dans notre étude utilisent volontiers l'ostéopathie selon leur expérience professionnelle, sont convaincus de son intérêt et l'ont intégré au parcours de soins. Dans l'étude SISTEPACA, les ostéopathes regrettaient surtout un manque de coordination avec les médecins (26).

Ces méthodes alternatives seraient également un moyen de lutter contre la surmédicalisation. Certains médecins l'ont évoqué dans les entretiens, la multiplication des examens radiologiques entretiendrait la chronicité et pour beaucoup les imageries qu'ils prescrivent aux patients permettraient de les rassurer sur la bénignité de cette pathologie. Dans l'étude SISTEPACA, en effet, les freins retrouvés par les médecins généralistes étaient la pression des patients pour les imageries (26). La surmédicalisation pouvait passer aussi par une escalade des thérapeutiques antalgiques avec la mention du risque d'accoutumance.

La surmédicalisation correspond aux pratiques médicales non validées en termes de bénéfices apportés aux patients, elle apparaît désormais comme un véritable problème de santé publique et ses causes sont nombreuses: expansion des examens complémentaires et traitements, gestion inadaptée de l'incertitude diagnostique, conflits d'intérêt ou manque d'engagement des médecins et des patients dans une démarche de décision médicale partagée. Elle serait alors due à un déficit de formation des professionnels de santé et des usagers sur les processus de décision médicale et seule une recherche pluridisciplinaire entre monde médical et non médical permettra la mise en œuvre d'intervention correctrices(60).

En 2012, la campagne Choosing Wisely a émergé aux Etats-Unis, visant à la réduction des examens et des traitements en santé, c'est seulement en 2017, qu'en France, la Fédération Hospitalière de France signe la charte d'engagement dans cette campagne sous le nom

de “Choisir avec soin”. Leur but est d’identifier par spécialité des prescriptions pour lesquelles la balance bénéfiques/risques doit être évaluée avec soin et le risque de non pertinence réel. Elle met au centre la relation patient-médecin et la qualité du dialogue et de l’information délivrée comme clé de prescription pertinente. En France, depuis 2017, seulement une campagne en Bretagne avec les gériatres et une avec des médecins internistes ont été retrouvées, en revanche d’autres pays sont plus actifs tel que la Suisse (61).

Concernant la lombalgie, selon la HAS, la prescription d’une imagerie ne sera pas systématique, elle sera faite si présence de drapeaux rouges ou si lombalgie chronique et l’IRM lombaire sera l’examen de référence. Les patients sont très demandeurs d’imagerie d’après les médecins interrogés, souvent ils ressentaient une pression pour prescrire des examens qu’ils ne pensaient pas forcément nécessaires. D’après les études, on constate des divergences entre les douleurs ressenties par les patients et les images du rachis lombaire. En effet, plusieurs radiologues se sont étonnés d’observer des anomalies structurales sévères du rachis chez des patients non douloureux. Leurs recherches ont montré qu’il existe bien, à l’échelle d’une population, une corrélation entre anomalies radiologiques et douleurs. Cependant cette corrélation est faible et ne permet pas de prédire chez un individu isolé si les anomalies anatomiques sont la cause de la douleur (62).

4.2 Critique de l’étude et validité

4.2.1 Force

4.2.1.1 Intérêt de l’étude

Les lombalgies sont un sujet d’actualité, en effet elles font partie d’un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale, 2nd rang des motifs de consultation en aigüe et 8^{ème} rang pour les lombalgies chroniques. De plus, elles sont responsables d’un coût important en termes de santé publique, raison pour lesquelles des recommandations ont été publiées par la HAS en 2019.

De nombreuses études évoquent la prise en charge de la lombalgie chronique sans aborder le dépistage des patients à risque de chronicité, il nous semblait alors essentiel de savoir comment les médecins généralistes abordaient ces patients.

4.2.1.2 Validité externe

Utilisant une méthode qualitative, notre but était d'avoir un échantillon raisonné.

L'échantillon de la population de médecins généralistes interrogés était diversifié, que ce soit au niveau de l'âge, du sexe ou du lieu d'installation (rural, semi-rural et urbain). La majorité des médecins exerçaient en cabinet de groupe.

4.2.1.3 Validité interne

Pour cette étude, la méthode qualitative paraissait être la plus adaptée permettant d'étudier des phénomènes subjectifs, d'avoir une vision d'ensemble de la prise en charge par les médecins généralistes des patients lombalgiques à risques de chronicité.

La réalisation du travail en binôme a été une véritable force avec un double codage par les deux investigatrices séparément puis une mise en commun, permettant une triangulation des données et donc une limitation du biais d'interprétation.

Chacune des deux chercheuses a réalisé le même nombre d'entretiens auprès des médecins généralistes (à un entretien de différence) permettant de diminuer l'aspect subjectif de notre interprétation et le biais d'enquêteur.

La saturation des données a été atteinte, cependant un nombre plus important d'entretiens auraient pu modifier les résultats.

Il est à noter qu'aucun participant n'a abandonné l'étude avant la fin.

Chacune des deux chercheuses a tenu un carnet de bord durant toute la durée de l'étude, permettant de consigner par écrit des pensées, extraits de documents ou de lectures, servant de fil conducteur au processus de recherche.

Enfin notre travail s'applique à suivre la grille des critères COREQ afin de garantir une qualité optimale de notre recherche qualitative (63).

4.2.2 Limites

La méthode qualitative est une méthode complexe et nouvelle pour nous ce qui est une vraie limite. Pour nous familiariser à cette méthode nous avons assisté à des cours de présentation générale sur cette méthode d'analyse et nous nous sommes formées à travers différents ouvrages recommandés. Plusieurs médecins nous ont apporté leur aide à différentes étapes de la réalisation de notre thèse.

Dans la méthode qualitative certains biais sont inéluctables, inhérents à la méthodologie choisie. C'est notamment le cas du biais de désirabilité sociale par lequel le participant répond de manière à plaire à l'enquêteur (il ne dit pas forcément ce qu'il pense sincèrement et peut s'autocensurer).

Nous avons été confrontés au biais de sélection, qui peut se retrouver lors d'un recrutement par effet boule de neige / de proche en proche. En effet une partie des médecins interrogés était des anciens et actuels maîtres de stages car ils étaient plus faciles à contacter et souvent plus sensibles aux travaux de thèses des étudiants en médecine.

Le territoire géographique des médecins interrogés était limité aux 2 départements que sont les Alpes de Haute Provence et le Vaucluse, la restriction à cette zone nous limite donc à ces particularités territoriales en terme de service de santé. Nous aurions alors dû nous étendre à d'autres départements pour permettre une meilleure représentation de la densité médicale.

Lors de la réalisation des entretiens semi-directifs, devant notre manque d'expérience concernant cette méthode, il était parfois délicat de rebondir à certaines réponses, avec parfois une difficulté à ne pas poser de questions fermées. Ceci a parfois pu être à l'origine d'entretiens de courtes durées.

L'enregistrement des données a été réalisé à partir d'un téléphone portable, ce qui a été accepté par chacun des médecins interrogés mais qui a pu être à l'origine d'un biais de recueil de données avec une perte de spontanéité et d'honnêteté pendant l'enregistrement. Cela a pu avoir le même effet sur l'investigateur étant donné qu'il était enregistré également.

Parfois certains médecins étaient limités par le temps, ce qui a pu être à l'origine d'entretiens de plus courtes durées et donc de pertes d'informations. Peut-être des entretiens prévus en fin de journée auraient pu limiter ce problème.

Par ailleurs, nous avons pris très peu de notes lors du déroulement des entretiens ce qui a pu nous priver d'une partie du langage non verbal. Filmer ces entretiens aurait sans doute permis de mieux percevoir le langage non verbal.

Ayant réalisé chacune plusieurs semestres dans les départements interrogés, nous connaissons parfois les médecins interrogés, pouvant être à l'origine d'un biais d'investigation. Etant conscientes de ce biais nous nous sommes efforcées de rester les plus neutres possible afin de ne pas fausser les résultats.

Puis notre expérience en tant qu'internes en médecine générale ayant déjà été confronté à ce sujet a pu jouer sur notre neutralité même si avant la réalisation de l'étude nous avons respecté l'étape de "déconstruction des a priori" comme précisé dans la méthodologie.

4.3 Les perspectives d'amélioration

Notre étude a pu révéler plusieurs freins à la prise en charge des patients à risque de chronicité. Une des pistes serait de favoriser la création de ces fameuses écoles du dos et de permettre l'accès aux programmes de réhabilitation plus précocement. Aussi, la lombalgie commune étant un problème de santé publique important, nous pouvons imaginer la création d'un parcours de soins fléché avec des référents spécialistes dans chaque grande ville ou centre hospitalier périphérique avec des créneaux dédiés à la prise en charge de ces patients à risque. Cela permettrait aussi une correspondance plus facile entre les différents intervenants, même à imaginer un logiciel commun national pour avoir un dossier médical partagé.

La communication justement était souvent posée comme problème notamment avec les kinésithérapeutes. Avec les MSP et les logiciels partagés qui émergent en nombre, on peut imaginer que ce point s'améliore dans les années à venir. Concernant ces structures, la piste de faire intervenir les infirmières Asalée pour les échelles est également à considérer, elles pourraient participer également à l'éducation des patients. Un ROSP sur les lombalgies pourrait être créé permettant aux médecins généralistes de connaître leurs coûts concernant la lombalgie.

Le développement des formations en TCC dans la formation initiale des médecins généralistes serait aussi intéressant pour les lombalgies mais aussi pour d'autres problèmes de santé publique. Cela permettrait de moins dépendre des psychiatres ou CMP, de permettre une consultation abordable pour le patient financièrement et de prendre au plus tôt les facteurs de risque psychologique.

Le retour au travail reste difficile à mettre en place, comme dit dans l'étude réalisée par SISTEPACA, l'information des acteurs du monde de l'entreprise sur les outils existants et sur le fonctionnement des procédures apparaît ici comme un préalable nécessaire pour favoriser l'utilisation et l'efficacité des dispositifs dédiés. La sensibilisation des employeurs, des salariés et des médecins généralistes sur la démarche et l'anticipation des situations de handicap devraient permettre d'optimiser le processus.

Il serait intéressant de refaire l'étude SISTEPACA après la sortie des recommandations de la HAS en 2019 pour mesurer l'impact des recommandations. De plus, devant ces freins constatés pour chaque acteur, des solutions semblent difficiles à trouver.

Enfin, il serait intéressant de refaire cette thèse en interrogeant les médecins du travail sur le dépistage du risque de passage à la chronicité des lombalgies pour avoir leur ressenti sur les freins à ce dépistage. Aussi, un travail sur l'amélioration des aménagements de poste et les reconversions professionnelles serait utile mais il semblerait que cela soit plutôt du domaine politico-économique plutôt que du domaine médical.

5 Conclusion

Il existe plusieurs études et recommandations qui relatent de la prise en charge des lombalgies communes et chroniques. Cependant, seules les dernières recommandations de la HAS évoquent un dépistage du passage à la chronicité des patients lombalgiques. Nous nous sommes intéressées à l'approche des médecins généralistes concernant ce dépistage encore peu étudié à ce jour.

D'une manière générale, les participants ont mis au centre de leur prise en charge l'ajustement au patient même si cela est limité par plusieurs facteurs. Le patient est à considérer dans sa globalité c'est-à-dire qu'il faut prendre en compte son mode de vie, ses capacités de compréhension, sa motivation et sa capacité à mettre en place les différentes thérapies proposées.

L'éducation des patients face à cette pathologie reste au cœur de la prise en charge, d'autant qu'elle a prouvé son efficacité, même si parfois elle reste fastidieuse. Les médecins généralistes nous ont expliqué dépister les patients à risque de chronicité mais leurs limitations se trouvaient dans les propositions apportées concernant l'aspect psycho-social. En effet, le travail multidisciplinaire semble être un moyen de lutte contre la chronicité mais difficile à réaliser en pratique. Le constat a été identique concernant la prise en charge du patient dans son milieu professionnel avec des difficultés à reprendre une activité.

L'étude SISTEPACA, s'intéressant aux multiples intervenants impliqués dans la prise en charge de la lombalgie, constate des freins similaires à ceux retrouvés dans notre étude mais sans solutions apportées depuis.

En définitive, il faudrait renforcer le travail multidisciplinaire notamment en développant d'avantage des écoles du dos ou programmes de réhabilitation, ceux-ci permettraient également une meilleure communication interprofessionnelle.

L'aspect professionnel reste encore problématique et nécessite d'être exploré, notamment du point de vue des médecins du travail. Il serait intéressant de trouver par la suite des solutions en équipe en particulier avec le médecin conseil ou les assistantes sociales. D'autres pistes pour améliorer le dépistage et la prise en charge des lombalgies sont évoquées telles que développer avec l'ARS des entretiens motivationnels dans le cadre du programme Asalée ou encore créer un ROSP sur les lombalgies.

6 Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. [consulté le 25 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
2. ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Rev Rhum. déc 2000;69(3):338-43.
3. Assurance Maladie. Enjeu de santé publique. [consulté le 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
4. INSERM. Douleur. Inserm - La science pour la santé. [consulté le 9 février 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
5. INRS. Lombalgie. Effets sur la santé - Risques - INRS. [consulté le 15 avril 2021]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/effets-sur-la-sante.html>
6. Parent-Thirion A, Biletta I, Cabrita J, Llave Vargas O, Vermeulen G, Wilczynska A, et al. 6th European Working Conditions Survey: overview report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
7. Husky MM, Ferdous Farin F, Compagnone P, Fermanian C, Kovess-Masfety V. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. Health Qual Life Outcomes. 26 sept 2018 [consulté le 11 déc 2020];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6158815/>
8. INRS. Lombalgie. Statistique - Risques - INRS. [consulté le 25 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
9. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. mars 2004;10(1):79-86.
10. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;Tome LIII(4):67-82.
11. Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé, CNGE Productions. 2021. 192
12. FAYR-GP. Initiation à la recherche. 2ème édition. Global Média Santé, CNGE; 2018. 224
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;(84):142-5.

14. Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. *Rech Qual Enjeux Épistémologiques Méthodologiques*. 1997;113-69.
15. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 27 avr 2011;(23):147-81.
16. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 4 déc 2017;24(1):9-18.
17. Michon A. L'impuissance thérapeutique et ses conséquences. *Espace éthique/Ile-de-France*. 2015 [consulté le 9 août 2021]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/limpuissance-therapeutique-et-ses-consequences>
18. Académie nationale de médecine. Le pouvoir médical – Une institution dans son temps. [consulté le 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-pouvoir-medical/>
19. Delieutraz S. Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé | Cairn.info. févr 2012;(4):146-62.
20. Berquin A, Grisart J. Prendre le temps de (re)connaître la douleur de l'autre. In: *Les défis de la douleur chronique*. Mardaga; 2016. p. 33-46. (PSY-Emotion, intervention, santé).
21. Vong SK, MPhil, Cheing GL, Chan F, So EM, Chan CC. Motivational Enhancement Therapy in Addition to Physical Therapy Improves Motivational Factors and Treatment Outcomes in People With Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*. févr 2011;92(2):176-83.
22. Cathébras P. *Troubles fonctionnels et somatisation : comment aborder les symptômes médicalement inexplicés*. Masson. Issy-les-Moulineaux; 2006. 240 p.
23. Hajihassani A, Rouhani M, Salavati M, Hedayati R, Kahlaee AH. The Influence of Cognitive Behavioral Therapy on Pain, Quality of Life, and Depression in Patients Receiving Physical Therapy for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *PM&R*. 2019;11(2):167-76.
24. Fersum KV, Smith A, Kvåle A, Skouen JS, O'Sullivan P. Cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain—a randomized controlled trial 3-year follow-up. *Eur J Pain*. 2019;23:1416-24.
25. Tennesel M. *Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville: apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste [Thèse de psychopathologie]*. Université de Toulouse Jean Jaurès; 2015.
26. Système d'information en Santé, Travail et Environnement PACA. *Lombalgie commune : synthèse d'une réflexion partagée*. SISTEPACA. [consulté le 26 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.sistepaca.org/lombalgie-commune/lombalgie-commune-synthese-reflexion>
27. Bailly F, Foltz V, Rozenberg S, Fautrel B, Gossec L. Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : une étude qualitative. *Rev Rhum*. 2015;82(6):396-401.

28. Snook SH, Webster BS, McGorry RW, Fogleman MT, McCann KB. The reduction of chronic nonspecific low back pain through the control of early morning lumbar flexion. A randomized controlled trial. *Spine*. 1 déc 1998;23(23):2601-7.
29. Badard M. On a french mass media campaign on back pain reliefs and behaviors. Résumé communication orale 2019. [consulté le 14 juill 2021]. Disponible sur: https://sfr.larhumatologie.fr/sites/sfr.larhumatologie.fr/files/medias/recherche-innovation/recipientaire_bourse/bourse_internationale/2019/eular/badard_m_-_resume_langage_medical.pdf
30. Assurance Maladie. "Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement " : où en est-on ? Une évolution positive des opinions et des comportements bientôt confortée par une nouvelle vague de campagne. 6 sept 2018;
31. Machado GC, Pinheiro MB, Lee H, Ahmed OH, Hendrick P, Williams C, et al. Smartphone apps for the self-management of low back pain: A systematic review. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 1 déc 2016;30(6):1098-109.
32. Chavancy M. Évaluation qualitative de l'application « Activ'dos » par des patients présentant une lombalgie chronique et des kinésithérapeutes en vue d'une intégration aux soins de kinésithérapie. Lyon, France: Université Claude Bernard; 2020.
33. Ricard J. Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique au Centre Hospitalier de Libourne. Université de Bordeaux; 2018.
34. Assurance Maladie. Éléments d'information sur la kinésithérapie dans le cadre de la lombalgie commune. [consulté le 12 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/705418/document/lombalgie-elements-information-sur-kinesitherapie.pdf>
35. Sagi G, Boudot P, Vandeput D. Méthode McKenzie : diagnostic et thérapie mécanique du rachis et des extrémités. *EMC Kinésithérapie-Médecine Phys-Réadapt*. 2001 [consulté le 17 août 2021]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/280638/methode-mckenzie-diagnostic-et-therapie-mecanique->
36. Lam OT, Strenger DM, Chan-Fee M, Pham PT, Preuss RA, Robbins SM. Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for Treating Low Back Pain: Literature Review With Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. juin 2018;48(6):476-90.
37. Dudit M. Apport de la balnéothérapie dans le programme de rééducation du rachis du patient lombalgique chronique : Expérience de prise en charge kinésithérapique d'un patient. [consulté le 4 août 2021]. Disponible sur: <https://kinedoc.org/work/kinedoc/f8ad59a6-d128-45a9-9660-92819e6f521d.pdf>
38. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, et al. Back Schools for chronic non-specific low back pain (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. août 2017;2017(8).

39. Lønn JH, Glomsrød B, Soukup MG, Bø K, Larsen S. Active back school: prophylactic management for low back pain. A randomized, controlled, 1-year follow-up study. *Spine*. 1 mai 1999;24(9):865-71.
40. Fouquet B, Beaudreuil J. Approche multidisciplinaire de la lombalgie chronique. *Actual En Médecine Phys Réadapt*. 2020;(01-02):21-6.
41. INRS. Lombalgie. Facteurs de risques - Risques. INRS. [consulté le 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/facteurs-risques.html>
42. Assurance Maladie. Arrêt de travail Lombalgie commune [consulté le 26 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4944/document/arret-travail-lombalgie_assurance-maladie.pdf
43. Assurance Maladie. Lombalgie commune : favoriser le maintien de l'activité professionnelle. 2021 [consulté 26 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/favoriser-maintien-activite-professionnelle>
44. Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le maintien dans l'emploi des salariés atteints de troubles musculo-squelettiques, étude qualitative auprès de salariés et d'employeurs du secteur privé en région PACA. 2014 mai.
45. Lucas G, Chevalier M, Grossetete A, Labrusse BD, Deveaux A, Pennequin N, et al. Synergie médecine du travail et médecin traitant pour la préservation de la santé au travail. *Arch Mal Prof Environ*. 14 mai 2018;79(3):469-70.
46. Bruyère O, Demoulin M, Brereton C, Humblet F, Flynn D, Hill JC. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health*. juin 2012;70(1):12.
47. Yadollahpour N, Zahednejad S, Yazdi MJS, Esfandiarpour F. Clustering of patients with chronic low back pain in terms of physical and psychological factors: A cross-sectional study based on the STarT Back Screening Tool. *J Back Musculoskelet Rehabil*. juill 2020;33(4):581-7.
48. Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercise for the Prevention of Low Back Pain: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. *Am J Epidemiol*. 1 mai 2018;187(5):1093-101.
49. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 1 févr 2016;176(2):199.
50. INRS. Travail et lombalgie - Brochure. 2019.
51. Shidler S, Léger A. Faciliter la communication en temps opportun des volontés relatives à l'intensité des soins : un projet prioritaire du Comité de bioéthique. *Frontières*. 1 janv 2007;20(1):81-5.

52. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* févr 2009;53(2):143-51.
53. Gittell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care.* août 2000;38(8):807-19.
54. Braithwaite J, Westbrook M, Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Runciman W, et al. Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing systems-wide interprofessionalism. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* févr 2013;25(1):8-15.
55. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Quest Déconomie Santé.* 2009;(141):6.
56. Salathé CR, Melloh M, Crawford R, Scherrer S, Boos N, Elfering A. Treatment Efficacy, Clinical Utility, and Cost-Effectiveness of Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation Treatments for Persistent Low Back Pain: A Systematic Review. *Glob Spine J.* déc 2018;8(8):872-86.
57. Mbarga J, Foley R-A, Pichonnaz C, Ancey C. Trajectoires de personnes souffrant de lombalgie chronique : ruptures et reconstructions après un programme de rééducation. *Santé Publique.* 2020;32(1):19-28.
58. Bio led therapy. Tout savoir sur la photobiomodulation. *Bioledtherapy.* [consulté le 10 sept 2021]. Disponible sur: <https://bioledtherapy.com/guide/>
59. Tomazoni SS, Almeida MO, Bjordal JM, Stausholm MB, Machado C dos SM, Leal-Junior ECP, et al. Photobiomodulation therapy does not decrease pain and disability in people with non-specific low back pain: a systematic review. *J Physiother.* 1 juill 2020;66(3):155-65.
60. Hanslik T, Flahault A. La surmédicalisation : quand trop de médecine nuit à la santé. *Rev Médecine Interne.* 25 févr 2016;37(3):201-5.
61. Clarfeld L, Amstad H. Surmédicalisation: infographies pour le dialogue avec les patients. *Bull Médecins Suisses.* 1 juill 2020;101(2728):838-40.
62. Berquin A, Grisart J. Lombalgie : le poids des mots, le choc des radios. *PSY-Emot Interv Sante.* 2016;455-76.
63. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.

7 Annexe

7.1 Guide d'entretien

- **Introduction**

Présentation des enquêtrices

Remerciement

Enregistrement : pour pouvoir me souvenir totalement notre entretien, j'aimerais enregistrer l'interview, ceci m'évitera de prendre des notes pendant que vous parlez et me permettra de suivre ce que vous dites, est-ce que vous acceptez que j'enregistre ?

Garantie de l'anonymat et de la confidentialité : tout ce qu'on dira lors de cet entretien, ne sera pas répété, et votre nom ne sera pas noté, tout ceci restera anonyme.

Avant de commencer je tiens à dire qu'il n'y aura pas de jugement, pas de bonnes ou de mauvaises réponses, tous ce qui compte c'est de dire ce que vous pensez, ressentez.

- **Présentation du projet**

Dans le cadre de notre projet de thèse en médecine, et nous étant retrouvé en consultation plusieurs fois face à des lombalgies, nous nous intéressons au passage de la lombalgie commune à la lombalgie chronique et en particulier au dépistage des patients à risque de passage à la chronicité et à la prévention du passage à la chronicité.

- **Déroulement interview**

*ATTENTION partie socio-éco à ne PAS ENREGISTRER car Anonyme:

Avant de nous lancer dans le vif du sujet, j'aimerais que l'on parle un peu de vous :

- Quel âge avez-vous ?
- Dans quelle ville êtes-vous installé ? rural, semi-rural, urbain ?
- Exercez-vous uniquement en libéral ?
- Depuis quand êtes-vous installé ?
- Avez-vous des DU complémentaires ?

*COMMENCER ENREGISTREMENT :

Et maintenant, parlez-nous de votre dernière consultation pour lombalgies ?

Comment abordez-vous les patients à chez lesquels vous avez déjà éliminé un diagnostic secondaire ?

Comment réalisez-vous le dépistage des patients à risque de chronicité ?

Avez-vous des difficultés ?

Que pensez-vous des recommandations publiées par la HAS en 2019 concernant les lombalgies communes ?

- Que pensez-vous des drapeaux (Rouges / Jaunes / Bleus / Noirs) évoqués dans les recommandations ?

Comment les utilisez-vous ?

- Echelles connues : Start Back screening Tool ? Orebro ? FABQ ? HAD ?

Comment les utilisez-vous ?

Abordez facilement la question de l'anxiété, des dépressions et des problèmes au travail ?

Quelle est la place pour vous du médecin du travail ?

En complément des recommandations publiées par la HAS, il a été réalisé une campagne par prospectus, quand pensez-vous ? Comment les avez-vous utilisés ?

- Vous ont-ils été transmis ?
- Avez-vous affiché les campagnes dans votre cabinet ?
- Avez-vous transmis le livret aux patients ?

Si oui, avez-vous en complément du livret apporté des explications ? Si non pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Si campagne non connue, comment éduquer vous vos patients sur la lombalgie commune ?

Enfin quel a été le comportement des patients après cette éducation ?

Saviez-vous qu'il existait une application faite par l'assurance maladie : Activ'Dos ? Pour les patients, les éduquer et les exercer

Quels sont pour vous les facteurs limitant à une prise en charge idéale selon vous ?

Faites-vous appel à la multidisciplinarité plus facilement ?

CONCLUSION :

Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

A-t-on oublié de parler de quelque chose d'important ?

Avez-vous des remarques finales ?

Qu'est-ce qui est essentiel pour vous dans cette discussion ?

7.2 Caractéristiques de la population interrogée

Interviewé	Âge	Sexe	Activité	Installation	Milieu d'exercice	Durée installation
N°1	30-40ans	Femme	Mixte (urgences)	Cabinet seul	Rural	5 ans
N°2	<=30ans	Femme	Libérale	Remplaçante	Semi-rural	0
N°3	50-60ans	Homme	Mixte (hôpital service de médecine)	MSP	Rural	8 ans
N°4	40-50ans	Femme	Libérale	MSP	Semi-rural	8 ans
N°5	62ans	Homme	Mixte (hôpital service de médecine)	MSP	Rural	30ans
N°6	32ans	Femme	Mixte (salarié association guyane)	Collaboration MSP	Semi-rural	2 ans
N°7	37ans	Homme	Libérale	Collaboration	Rural	5 ans
N°8	61ans	Femme	Libérale	Collaboration	Urbain	8 ans
N°9	45ans	Femme	Libérale	MSP	Semi-rural	17ans
N°10	45ans	Homme	Libérale	SCP	Urbain	18ans
N°11	35 ans	Femme	Libérale	Centre médical	Urbain	4 ans
N°12	44ans	Femme	Libérale	MSP	Semi-rural	15ans
N°13	59ans	Femme	Libérale	SCM	Urbain	4ans

7.3 Questionnaire STarT Back Screening Tool

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

7.4 Questionnaire Orebro

Nom du patient: _____		Date : _____	
<p>Ces questions vous concernent si vous avez des douleurs au niveau du dos, des épaules ou de la nuque. Veuillez lire et répondre à chaque question attentivement. Ne prenez pas trop longtemps pour répondre aux questions. Il est cependant important que vous répondiez à chaque question. Quelle que soit votre situation, il y a toujours une réponse à donner.</p>			
1. Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ? Cochez une case.			
<input type="checkbox"/> 0-1 semaine	<input type="checkbox"/> 2-3 semaines	<input type="checkbox"/> 4-5 semaines	<input type="checkbox"/> 6-7 semaines
<input type="checkbox"/> 8-9 semaines	<input type="checkbox"/> 10-11 semaines	<input type="checkbox"/> 12-23 semaines	<input type="checkbox"/> 24-35 semaines
<input type="checkbox"/> 36-52 semaines	<input type="checkbox"/> >52 semaines		
2. Quelle était l'intensité de votre douleur durant les sept derniers jours ? Entourez un chiffre.			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Pas de douleur			Douleur maximale imaginable
3. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre.			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Complètement calme et relâché			Aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été
4. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Pas du tout			Extrêmement
5. A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ? Entourez un chiffre.			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Pas de risque			Risque très élevé
6. A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler dans six mois ? Entourez un chiffre.			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Aucune chance			Très grande chance
<p>Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter votre dos.</p>			
7. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Pas du tout d'accord			Complètement d'accord
8. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Pas du tout d'accord			Complètement d'accord
Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.			
9. Je peux faire un travail léger pendant une heure.			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur			Je peux le faire sans que la douleur soit un problème
10. Je peux dormir la nuit.			
0	1	2	3
4	5	6	7
8	9	10	
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur			Je peux le faire sans que la douleur soit un problème
<p>Item 1. La première catégorie « 0-1 semaine » vaut 1 et la dernière « >52 semaines » vaut 10. La catégorie « 8-9 semaines » vaut 5. Item 2, 3, 4, 5, 7 et 8. Le score est celui du chiffre entouré. Item 6, 9 et 10. Le score égale 10 moins le chiffre entouré.</p>			
<p>Total = Score >49= risque élevé</p>			

7.5 Questionnaire FABQ

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

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

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

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
FABQ PHYSIQUE							
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 – Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 – Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 – Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6
TOTAL DES ITEMS							
Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)							
Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)							

Fig. 1. Version française du *Fear-Avoidance beliefs Questionnaire* (FABQ).

8 Glossaire des abréviations

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ARS : Agence régionale de la santé
- ASALEE : Action de SAnté Libérale en Equipe
- ASST : Assistants de Service de Santé au Travail
- BTP : Bâtiment et des Travaux Publics
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- DIU : diplôme inter-universitaire
- DU : Diplôme universitaire
- FABQ : Fear-avoidance beliefs questionnaire
- HAD : Hospitalisation au domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IASP : International Association for the Study of Pain
- INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- IRPP : intervenants en prévention des risques professionnels (IRPP)
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MPR: Médecine Physique et de Rééducation
- MSA : Mutualité Sociale Agricole
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- PIB : Produit Intérieur Brut
- PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
- RGPD : règlement général sur la protection des données
- ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
- RQTH : Reconnaissance en tant Que Travailleurs Handicapés

- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- SCM : Société Civile de Moyen
- SCP : Société Civile Professionnelle
- SISTEPACA : système d'information en santé, travail et environnement Provence
Alpes Côte d'Azur
- TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

L'approche des patients à risque de lombalgie chronique par les médecins généralistes : étude qualitative de 13 médecins généralistes

Introduction : Alors que la lombalgie est un problème de santé publique avec la sortie récente de nouvelles recommandations sur les lombalgies communes, nous nous sommes intéressées à l'abord des patients lombalgiques à risque de chronicité par les médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes dans les départements des Alpes de Haute Provence et du Vaucluse. L'analyse s'est faite par théorisation ancrée après enregistrement et retranscription intégrale, puis double encodage jusqu'à saturation des données.

Résultats : D'une manière générale, les participants ont mis au centre de leur prise en charge l'ajustement au patient même si cela est limité par plusieurs facteurs. Le patient est à considérer dans sa globalité c'est-à-dire son mode de vie, ses capacités de compréhension, sa motivation et sa capacité à mettre en place les différentes thérapeutiques proposées. L'éducation reste au cœur de la prise en charge, ayant prouvé son efficacité même si parfois elle reste fastidieuse. Les médecins généralistes nous ont expliqué dépister ces patients à risque de chronicité mais leurs limitations se trouvaient dans les propositions apportées concernant l'aspect psycho-social. En effet, le travail multidisciplinaire semble être un moyen de lutte contre la chronicité mais difficile à réaliser en pratique. Le constat a été identique concernant la prise en charge du patient dans son milieu professionnel avec des difficultés à reprendre une activité.

Conclusion : En définitive, le dépistage des patients à risque de lombalgie chronique est réalisé par les médecins interrogés, les principales problématiques restent dans la prise en charge psycho-sociale. Des solutions restent à imaginer : le développement de structures multidisciplinaires, renforcer la communication interprofessionnelle, développer avec les médecins du travail des aménagements de poste et reconversions, développer avec l'ARS des entretiens motivationnels dans le cadre du programme Asalée, créer un ROSP.

Mots-clés : lombalgie, facteurs de risque, chronicité, communication interdisciplinaire, prévention, biopsychosocial.

General practitioners' approach of patients at risk of chronic low back pain : a qualitative study by 13 general practitioners

Introduction: While low back pain is a public health problem, and with the recent release of new recommendations on common low back pain, we are interested in an approach on low back pain patients at risk of chronicity by general practitioners.

Method: Qualitative study by semi-structured interviews with 13 general practitioners in the departments of the Alpes de Haute Provence and the Vaucluse. The analysis was done by grounded theory after recording and full transcript, then double encoding until saturation of the data.

Results: In general, participants placed patient adjustment at the center of their care plan, although this can be limited by several elements. The patient has to be considered as well as their lifestyle, their capacities of understanding, their motivation and their capacity to establish the various therapies proposed. Education remains at the heart of the care plan, having proven its efficiency even if sometimes it can be tedious. General practitioners were able to detect these patients at risk of chronicity, but their limitations were in the proposals concerning the psycho-social aspect. Indeed, multidisciplinary work seems interesting to fight the chronicity but it's difficult to integrate this in practice. The findings were identical when it came to the care of the patient in their professional environment, with difficulties to resume their work after treatment.

Conclusion: In the end, the screening of patients at risk of chronic low back pain was made by the general practitioners interviewed, the main problem remaining the psycho-social aspect of care.

Solutions still need to be developed but could include : developing multidisciplinary structures, strengthening inter-professional communication, developing with the occupational health physicians adjustments of the patient's work place and reconversions, developing motivational interviews with the health regional agency as part of the Asalee programme, creating a compensation on public health objectives.

Keywords : low back pain, risk factors, chronicity, interdisciplinary communication, prevention, biopsychosocial.