



**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Angéline BOIS

Née le 20/03/1994 à Saintes

**Parcours et attentes
des patients inclus
dans un programme
de réadaptation pour
lombalgies
chroniques au sein
de l'hôpital de Dinan**

**Thèse soutenue à Rennes
le 15 Juin 2021**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

PU-PH en médecine interne ; gériatrie et biologie
du vieillissement ; addictologie - Faculté de
médecine de l'Université Rennes 1 / Président du
jury

Alain CAUBET

MCU-PH en médecine et santé au travail – Faculté
de médecine de l'Université Rennes 1 / Juge

Anthony CHAPRON

Maître de conférences en médecine générale -
Faculté de médecine de l'Université Rennes 1 /
Juge

Cécile ESCALAS

PH en Rhumatologie au CH de Dinan / Directrice de
thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES au 01/09/2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean- Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PHProfesseur Emérite au 01/11/2020	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie

HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire

MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT- GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive

TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES au 01/09/2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR- QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER- JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Patrick JEGO, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de votre implication auprès des étudiants de médecine générale. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Alain CAUBET, je vous adresse toute ma gratitude et vous remercie pour l'expérience que vous pourrez apporter à mon jury.

A Monsieur le Docteur Anthony CHAPRON, je vous remercie de me consacrer de votre temps et de votre expérience en tant que médecin généraliste. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Cécile ESCALAS, je te remercie sincèrement pour m'avoir accompagné tout au long de ce parcours et même bien avant. Merci de m'avoir apporté tes connaissances. Merci pour le temps que tu as consacré à ce travail.

A Mathieu, merci d'être à mes côtés au quotidien. Merci de m'avoir accompagné depuis le tout début de cette aventure médicale et d'avoir su me rassurer, m'épauler et m'encourager.

A mes parents, merci pour tout. Merci d'avoir cru en moi, merci de m'avoir donné les moyens d'en arriver là, merci de m'avoir encouragé, merci de m'avoir suivi dans mon choix de carrière. Merci pour tous les bons moments passés ensemble au bord de la mer.

A Adrien et Guillaume, merci de partager de très bons moments avec nous. Merci pour les encouragements permanents, merci d'avoir accepté de me donner votre avis sur mon travail.

A mes grands-parents, qui croient en moi, qui s'intéressent à tout mon parcours et qui m'accompagnent.

A Sara, tu es à mes côtés depuis la nounou. Nous avons partagé de très belles aventures ensemble, les études de médecine en font partie, j'espère que nous allons pouvoir en partager de nombreuses autres.

A Mathilde, Marine, Greg et Baptiste le Vendéen, les études de médecine ont permis de vous rencontrer. Hâte de pouvoir réaliser pleins d'autres voyages et week-end tous ensemble.

A Lucie, une très belle rencontre. Merci d'avoir été présente et réconfortante lors de ce travail de thèse. Merci de m'avoir apporté toutes tes connaissances dans la relecture de ma thèse.

A ma belle-famille, mes amis, mes collègues, qui me font passer de supers moments.

Aux patients qui ont accepté de participer à ce travail. Et à tous les autres que j'ai pu croiser au cours de ma formation.

A mes maîtres de stage, depuis mon externat, qui m'ont donné envie de poursuivre mes études et de devenir médecin généraliste.

Sommaire :

Remerciements	9
Sommaire	11
Résumé	12
Introduction	14
Matériels et Méthode.....	15
Résultats	16
1- Parcours de soins	16
2- Gestion des thérapeutiques médicamenteuses	17
3- Retentissement des douleurs	17
4- Connaissances	19
5- Attentes	19
Discussion	21
1- Résultats principaux	21
2- Résultats secondaires	23
3- Forces et limites	24
4- Perspectives	25
Conclusion	26
Bibliographie.....	27
Lexique	30
Annexes	31

Résumé :

Introduction : Les douleurs lombaires représentent un des premiers motifs de recours aux soins primaires, avec un coût important pour la société. Des recommandations sur la prise en charge des patients présentant des lombalgies chroniques ont été établies récemment par l'HAS, soulignant l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire précoce centrée sur le patient, en tenant compte de ses facteurs de risque et de ses objectifs.

Objectif primaire : Mettre en évidence le parcours antérieur et les attentes des patients à l'inclusion d'un programme de réhabilitation multidisciplinaire de l'école du dos de Dinan.

Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée afin de recueillir par entretiens semi-dirigés le parcours de soin et les attentes des patients inclus dans le programme de réadaptation de l'hôpital de Dinan.

Résultats : Les médecins généralistes adressent peu les patients dans ce programme. Le parcours de soin est très similaire d'un patient à l'autre et non conforme aux recommandations actuelles. La gestion des thérapeutiques médicamenteuses est compliquée avec des intolérances fréquentes et des appréhensions. Le retentissement psychologique est au premier plan, entraînant des limitations fonctionnelles. Les attentes des patients sont centrées sur une reprise des activités, une meilleure communication de la part des professionnels de santé et l'acquisition de compétences d'auto-soins.

Conclusion : Le parcours de soins des patients est en inadéquation avec les recommandations actuelles et engendre une insatisfaction des patients. Les peurs, les croyances et le retentissement psychologique pourtant au premier plan dans la chronicisation des douleurs et l'échec des thérapeutiques ne sont pas suffisamment pris en compte. Il semble important de replacer le médecin généraliste au centre de ces prises en charge complexes, notamment dans son rôle d'information et d'éducation thérapeutique auprès du patient mais aussi de coordinateur des différents acteurs professionnels.

Abstract :

Introduction : Low back pain is one of the first reason of seeking primary care and a cost for society. Recommendations were recently issued by HAS, highlighting the importance of early multidisciplinary care, a centred patient approach considering their risk factors and goals.

Aim : Highlight patients journey and expectations when they are started a schedule in the school of the back in Dinan.

Method : A qualitative investigation through the carrying out of semi-structured patient interviews.

Results : General practitioners submit rarely patients in this school of the back. The care process is similar from patient to patient and doesn't correspond to recommendations. Disease management is difficult, in its apprehension and intolerance. The psychological impact is at the forefront and results in functional limitations. The patient's expectations are focus on resumption of physical activities, a better communication and abilities of self-care.

Conclusion : The care process of patients doesn't match recommendations associated with patient dissatisfaction. Fears, beliefs and psychological impact at the forefront in the pain chronicization and treatment failures are not well enough noticed. It seems necessary to replace the general practitioner at the core of those complex process of pain recovery, notably in his information and therapeutic educator role but also as care coordinator.

Introduction :

Les douleurs lombaires représentent l'un des principaux motifs de recours en soins de santé primaire et engendrent un coût important pour la société (1-2). Au cours de leur vie, 90% des adultes expérimenteront un épisode de lombalgie, 5 à 10% présenteront des douleurs lombaires chroniques, définies par une durée d'évolution supérieure à 3 mois (3-5).

En 2019, des recommandations centrées sur la prise en charge des patients présentant des douleurs lombaires communes ont été émises par la HAS (6). Il y est indiqué de repérer précocement les facteurs de risque de passage à la chronicité. En cas de chronicité et d'échec de la prise en charge en kinésithérapie en ambulatoire, il est recommandé d'orienter le patient vers un programme de réadaptation multidisciplinaire, global et centré sur le patient. Le programme de l'école du dos au sein de l'hôpital de Dinan en est un exemple (Annexe 1).

Une étude Cochrane de Kamper, Apeldoorn et al. (7), met en évidence que les programmes de réhabilitation multidisciplinaire confèrent un bénéfice sur la douleur et le handicap au-delà d'un an, comparativement aux soins classiques. Plusieurs auteurs, Guzman et al. (8), Maiers et al. (9), Beaudreuil et al. (10) retrouvent des résultats concordants. Lang et al. (11) ont mis en évidence un bénéfice sur la qualité de vie des patients lors du suivi à 6 mois.

Pourtant, en pratique courante, ces recommandations restent insuffisamment appliquées, notamment en soins primaires. Ainsi, les prescriptions d'imageries ou d'opioïdes et le recours aux urgences pour les douleurs lombaires est fréquent et excessif (12). Le parcours des patients présentant des douleurs chroniques est complexe, comme a pu le mettre en évidence une thèse qualitative de médecine générale (13), mettant en avant le retentissement global des douleurs.

De plus, les recommandations (6) insistent sur l'importance de centrer la prise en charge sur le patient. Les résultats sur la qualité de vie comme sur les douleurs sont meilleurs lorsque le patient est impliqué dans son projet de soins (14-15). Une thèse sur les attentes des patients douloureux chroniques (13) a objectivé une importance de la relation médecin-malade, avec notamment un besoin d'écoute et de communication principalement.

L'objectif de l'étude est d'analyser de façon qualitative le parcours antérieur des patients et leurs attentes à l'entrée d'un programme de prise en charge multidisciplinaire des lombalgies chroniques au sein du centre hospitalier de Dinan.

Matériels et Méthode :

La population d'étude correspondait aux patients inclus et présents le premier jour du programme de réhabilitation multidisciplinaire des lombalgies chroniques. Ces patients ont été préalablement adressés à une consultation de rhumatologie dédiée aux lombalgies chroniques. Parmi eux, les patients qui présentaient des douleurs chroniques avec retentissement fonctionnel important et arrêt de travail de moins d'un an ont ensuite été adressés à l'infirmière d'éducation thérapeutique pour proposer une participation à ce programme.

Le programme se déroulait en hôpital de jour sur 8 journées (2 jours par semaine pendant 4 semaines), avec participation en groupe de 6 à des ateliers : de kinésithérapie, d'ergothérapie, de nutrition, de gestion de la douleur, d'éducation thérapeutique, d'activités physiques avec un enseignement APA et un suivi avec un psychologue (Annexe 1).

Tous les patients présents de façon effective le premier jour d'un programme pouvaient être inclus. Le critère d'exclusion était le refus du patient de participer à l'étude.

Le recrutement a eu lieu de novembre 2020 à février 2021 au sein de l'hôpital de Dinan.

Cette étude a adopté une méthodologie qualitative par entretiens individuels semi-dirigés sans connaissance du dossier médical des patients. Le guide d'entretien (Annexe 2) a été validé et élaboré avec l'aide d'un médecin rhumatologue et d'un médecin généraliste grâce à l'analyse des données de la littérature. Il a ensuite été adapté en fonction des premiers entretiens.

Les entretiens ont été réalisés au sein de l'hôpital de Dinan. Dans ce contexte, une fiche de registre et une analyse d'impact sur le traitement mis en place ont été réalisées auprès du centre hospitalier. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation.

Un consentement a été signé par les patients en amont de l'entretien après explication du projet de recherche et information sur l'anonymisation des données.

Les entretiens ont été enregistrés. Par la suite, les données ont été anonymisées. La retranscription verbatim a été faite afin d'assurer la validité des résultats. L'analyse thématique entretien par entretien a été réalisée au fur et à mesure, suivie d'une analyse globale. Le codage a été fait à l'aide du logiciel Word.

Le verbatim et les enregistrements seront ensuite détruits conformément au bon usage.

Résultats :

L'ensemble des patients présents le premier jour du programme sur la période de recrutement a accepté de participer à l'étude.

Les caractéristiques de la population sont présentées dans le Tableau 1 (Annexe 3). Au total, 14 patients de 29 à 65 ans, avec un âge moyen de 43,5 ans, ont été interrogés. Le sexe-ratio était de 9 femmes pour 5 hommes. La durée moyenne d'évolution était de 10 ans. La distance moyenne entre leur domicile et l'hôpital de Dinan était de 20 kilomètres.

La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes.

1- Parcours de soins :

Modalités d'entrée dans le programme :

Au total 9 patients sur les 14, ont été adressés par un rhumatologue extérieur ; dont 2 au décours d'une hospitalisation dans le service de rhumatologie, 4 par leur médecin généraliste, 3 ont pris eux même rendez-vous avec un rhumatologue. P2 : « *C'est moi qui a pris rendez-vous avec un rhumatologue, personnellement.* ». P5 : « *C'est moi qui a pris l'annuaire et qui a pris rendez-vous avec la rhumato d'ici.* ».

Trois patients ont été adressés par la médecine du travail.

Deux patients ont été adressés par leur médecin généraliste ou un remplaçant.

Ressenti global des patients sur l'ensemble de leur parcours de soins :

Certains patients ont manifesté un ressenti négatif :

- quelques-uns ont manifesté le sentiment d'un parcours long : P6 : « *C'est un parcours du combattant.* » ; « *Ben c'est très long. C'est très très long.* »,
- certains patients ont mentionné une insatisfaction globale de leur prise en charge depuis le début de leurs douleurs : P5 : « *Ça ne m'a rien apporté.* » ; P10 : « *Investigateur : - Et sur la prise en charge que vous avez eu sur les 6 ans ? P10 : - Ben zéro.* »,
- certains patients ont rapporté avoir eu des difficultés avec leur médecin généraliste au cours de cette prise en charge ; en lien avec la communication et l'écoute : P11 : « *La manière de faire c'est autre chose...selon les médecins, selon les personnalités.* » ; P7 : « *Moi je trouve qu'il est pas assez à l'écoute des douleurs.* » ; en lien avec la temporalité de la prise en charge : P2 : « *Je me débrouillais, ben comme là, sinon y a trop d'attente. Sinon je ne serais pas là. Le mal de dos il est là et puis ça avance pas.* ».

A l'inverse moins de la moitié ont exprimé un sentiment global de satisfaction de leur prise en charge : P11 : « *On a quand même la chance de bénéficier d'une prise en charge qui n'est pas des moindres dans le pays dans lequel on vit.* » P13 : « *Et ben...plutôt positif...plutôt positif. J'ai un médecin qui m'épaulé assez bien. Voilà j'arrive ici et je trouve ça assez bien. Donc voilà c'est plutôt positif.* » ; P14 : « *Moi je trouve que la prise en charge a été plutôt bonne. Et bénéfique.* »

Description de leur parcours de soins :

Les caractéristiques des parcours de soins sont présentées dans le Tableau 2 (Annexe 3). Les patients ont évoqué pour la plupart avoir eu recours à des séances de kinésithérapie, la prise d'antalgiques, de nombreuses imageries. Nombreux ont évoqué des arrêts de travail itératifs et quelques-uns ont été en relation avec la médecine du travail. Quelques patients ont eu recours aux spécialistes, certains à des médecines alternatives.

2- Gestion des thérapeutiques médicamenteuses :

Au cours de leur parcours, les patients ont eu des prescriptions régulières de traitements médicamenteux. Ils ont rapporté de nombreuses problématiques en lien avec ces thérapeutiques :

- l'absence d'effet ressenti a été régulièrement évoquée : P1 : « *Les médicaments qu'on m'a donné ça ne me servait pas.* » ; P4 : « *Le Doliprane ça me fait plus rien.* » ;
- certains patients ont mis en avant les risques de dépendance et les sevrages : P9 : « *Des problèmes de dépendance justement.* » ; « *C'est le sevrage et ça le terme que j'emploie c'est la violence.* ». P10 : « *Et la dépendance des médicaments c'est très dur.* » ; P12 : « *Grosses difficultés en ce moment, par rapport au Tramadol, je suis devenu addict, clairement. Si j'arrête je fais un syndrome de sevrage.* » ;
- quelques patients ont trouvé les prescriptions médicamenteuses excessives, en quantité et en fréquence : P3 : « *Du co-doliprane et des antalgiques pour la journée. Les anti-inflammatoires qui faisaient rien, donc on a arrêté.* » ; P9 : « *J'ai eu l'impression d'avoir fait une overdose de médicaments.* » ; « *J'ai eu droit à tout, au Klipal, Tramadol...* » ;
- le sentiment d'être différent et « shooté » en lien avec les prises médicamenteuses a été souvent mis en avant : P4 : « *L'Acupan ça me soulage, sauf qu'entre le soulagement je suis un peu à l'ouest.* » ; P6 : « *C'est très difficile de prendre des médicaments tous les jours, parce que déjà vous n'êtes plus vous-même.* » ; P14 : « *Cette sensation vaseuse, j'ai pas supporté on va dire...alors on est shootés.* » ;
- tous les patients ont ressenti des difficultés en lien avec les effets indésirables des médicaments : P3 : « *Parce que tous ces médicaments-là, ben je prends du co-doliprane mais à côté de ça faut que je prenne autre chose parce que sinon je suis complètement constipé.* » ; P7 : « *Une intolérance avec l'estomac en vrac.* » ; « *Je me rends compte ben que j'ai perdu énormément de mémoire.* » ; P11 : « *J'en prends plus au quotidien. Ben y a eu l'hépatite déjà, au Paracetamol et anti inflammatoire.* » ; P14 : « *Le côté digestif, et puis ben la sensation d'être tout le temps couchée.* ».

3- Retentissement des douleurs :

Retentissement psychologique :

De nombreux patients ont exprimé une peur des douleurs : P1 : « *Donc ce qui fait que j'ai toujours une petite appréhension.* » ; « *D'avoir peur de me bloquer.* » ; P6 : « *On vit dans la peur constante.* » ; P10 : « *Je ne fais plus de sport aussi, de peur d'avoir mal.* » ; P11 : « *Je sais que marcher me fait peur.* ».

Quelques patients ont manifesté le fait de se sentir diminués par rapport aux autres. P3 : « *On a l'impression d'être une grand-mère.* » ; P6 : « *C'est très très lourd en fait d'être diminué.* » ; P13 : « *D'avoir peur de la douleur, de plus se sentir capable, de se sentir diminué du fait d'avoir été arrêté, des douleurs...* ».

Plusieurs patients ont mis en avant les difficultés d'acceptation des douleurs et de leur retentissement : P6 : « *Faut franchement être costaud.* » ; P8 : « *L'acceptation elle a pris quelques mois quand même, tant pour moi que pour mon entourage.* » ; P13 : « *Le côté psychologique, je m'en étais pas aperçu jusqu'à présent, mais ne plus se sentir capable, se sentir handicapé en fait, c'est assez compliqué dans le cerveau, surtout quand on a toujours été habituée à bosser à être actif.* ».

Quelques patients ont fait un lien entre du stress ressenti et les douleurs : P7 : « *Quand y a trop de stress le truc arrive, tout doucement mais arrive.* » ; P11 : « *On va dire que mes périodes de crises je peux les mettre sans problème en parallèle avec un autre évènement de ma vie. Les grosses grosses crises en général...je pense que le même mouvement ne m'aurait pas créé des douleurs s'il y avait pas de tensions préalables dans ma vie.* » ; P12 : « *Toujours avant les vacances, beaucoup de stress pouf ça lâche.* ».

Moins de la moitié des patients ont mis en relation le versant psychologique et le versant physique : P5 : « *Cet épuisement ça m'entraîne un épuisement aussi là-haut (montre sa tête) alors je me dis qui c'est qui entraîne l'autre quoi.* » ; P9 : « *Je suis le premier à dire que quelqu'un qui va pas bien dans sa peau ça peut avoir des répercussions fortes sur le physique ça j'en suis tout à fait conscient.* » ; P12 : « *Je pense qu'il y a pas que le mécanique, il peut y avoir aussi le psychologique qui rentre en compte dans la douleur.* ».

Retentissement fonctionnel :

Tous les patients ont eu le sentiment d'être limités dans les actes de la vie quotidienne et principalement dans les activités sportives. P3 : « *C'est là qu'on se dit qu'avec du recul, je ne suis plus capable de faire certaines choses.* » ; P6 : « *Vos enfants, vous disent euh... « tiens on va jouer un petit peu au foot, on va faire ci... » Ben non moi je peux pas jouer, j'ai mal au dos.* » ; P8 : « *Ben y a pleins de choses que je ne fais plus comme avant en fait. je me lève plus de mon lit comme avant, je ne m'habille plus comme avant...je passe plus l'aspirateur comme avant (rires), je mets plus le linge à sécher comme avant.* ».

Autres retentissements :

Les patients ont également rapporté un retentissement des douleurs sur le plan financier, dans leur vie professionnelle et dans leur vie personnelle de manière générale. Ces retentissements sont détaillés dans le Tableau 3 (Annexe 3).

4- Connaissances :

Plus de la moitié des patients ont exprimé un manque de connaissances de leur pathologie :

- quelques patients ont mis en avant l'errance médicale et l'absence de diagnostic formel : P4 : « *Y avait rien de particulier à chaque fois, sauf que la douleur elle est toujours là.* » ; P5 : « *On faisait des examens, on en faisait rien alors j'me suis dit c'est bon je perds mon temps et mon argent et voilà.* » ; P9 : « *Mais c'est vrai que l'errance médicale...c'est terrible pour le patient.* » ; P14 : « *Y a pas de choses flagrantes en fait.* » ;
- certains patients ont exprimé le manque de communication sur les évolutions, les prises en charge possibles : P6 : « *Des fois un petit peu plus de pédagogie ça serait pas mal.* » ;
- des fausses croyances ont été rapportées. La plupart ont fait un lien entre leurs douleurs et leur travail. Pour d'autres les croyances étiologiques ont été plus surprenantes : P9 : « *Donc le début de mes douleurs je le mets à 2013. C'est l'année où j'ai attrapé une campylobacter jejuni.* ».

Les patients ont été questionnés sur leurs connaissances dans ces programmes de réadaptation pour lombalgies chroniques, tant sur les activités proposées que sur les offres du territoire de Dinan. La plupart des patients ont exprimé n'avoir aucune connaissance de ces programmes. Certains ont évoqué de la kinésithérapie, des traitements non médicamenteux ou encore une prise en charge globale. Ils étaient quelques-uns à connaître certaines offres du territoire : l'école du dos à Rennes, Spomed à Rennes ou encore la prise en charge à l'hôpital de Saint-Malo.

5- Attentes :

Attentes générales :

Quelques patients ont exprimé le besoin de retrouver des capacités perdues : P11 : « *Réussir à faire que c'est le corps qui parle et pas la peur.* ».

La majorité des patients a manifesté le souhait d'améliorer leur qualité de vie : P3 : « *Mieux vivre au quotidien.* » ; P10 : « *Retrouver une vie normale.* ».

La moitié des patients inclus attendaient de repartir du stage avec moins de douleurs au quotidien : P4 : « *Avoir un mois sans douleur. (rire) Ce serait trop beau.* » ; P14 : « *Ben forcément j'aimerais avoir moins mal (rires).* ».

Attentes spécifiques :

Plus de la moitié des patients avaient pour attentes de pouvoir reprendre une activité physique : P6 : « *Refaire du sport de façon régulière.* » ; P10 : « *Et puis retrouver une activité physique que j'avais avant quoi.* ».

Un seul patient a évoqué la reprise du travail comme une attente de ce programme : P2 : « *Pouvoir reprendre le travail.* » ; « *Tout est clair, faut avancer c'est tout, faut avancer pour reprendre le travail.* ».

Certains patients ont manifesté le souhait de repartir de ce programme avec la mise en place d'un suivi médical.

Quelques patients avaient des attentes concernant une prise en charge psychologique : P13 : « *Rebondir psychologiquement, parce que je pense que c'est la moitié du boulot.* » ; P14 : « *Être mentalement soutenue. Parce que j'ai besoin d'être accompagnée je pense.* ».

La plupart des patients espéraient trouver dans ce programme une écoute active et bienveillante de la part des soignants : P3 : « *Avoir plus de gens à l'écoute, des professionnels quoi.* » ; P13 : « *Ben c'est sûr que c'est toujours mieux de se sentir compris. Comme là dans un groupe on a tous les mêmes douleurs, les mêmes...ouais c'est réconfortant.* ».

La moitié des patients attendaient de repartir du stage avec des conseils d'auto-soins. Comme par exemple : des exercices à faire au domicile, des conseils de postures à privilégier, savoir comment gérer les pics douloureux en maintenant le mouvement : P4 : « *J'espère qu'avec mes petits moyens, tout ce que je vais apprendre ici ça me servira.* » ; P13 : « *Surtout en terme de position/posture, les mauvais gestes que je fais depuis des années.* » ; P14 : « *Je pense que c'est de savoir gérer, de faire des exercices, le but du programme là justement pour que voilà au quotidien ben qu'on ne ressente plus de douleurs mais pas endormir la douleur pour l'endormir.* ».

Pour quelques patients il a semblé important de comprendre l'évolutivité de la symptomatologie, de connaître les mécanismes des douleurs et de savoir adapter ses activités en fonction des douleurs : P7 : « *J'aimerais bien savoir à quel degré je suis et si ça va évoluer ou si on peut réussir à le descendre un peu.* » ; P11 : « *Savoir dire stop, enfin ne pas être dans l'appréhension mais savoir m'arrêter parce que là vraiment je vais me faire mal.* ».

Certains patients ont évoqué des attentes en lien avec la gestion des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses :

- quelques-uns espéraient ne plus avoir à prendre de traitement médicamenteux au long cours ou tout du moins diminuer les quantités prises : P7 : « *Ne plus en prendre ce serait le top, si on pouvait supprimer ça !! Si je pouvais ne plus en prendre.* » ;
- d'autres exprimaient une envie de savoir gérer les prises de médicaments, d'élargir leurs connaissances dans cette gestion au quotidien : P10 : « *Savoir comment on peut prendre juste un Doliprane et prendre autre chose quand on est vraiment en crise.* » ;
- certains souhaitaient trouver des alternatives aux thérapeutiques médicamenteuses : P12 : « *Trouver des alternatives aux anti-douleurs, comme le TENS là ça a l'air sympa.* ».

Discussion :

1- Résultats principaux :

Caractéristiques de la population d'étude :

Notre étude est uni-centrique, portée sur le programme de réadaptation au sein de l'hôpital de Dinan. Ce programme correspond aux recommandations actuelles des sociétés savantes (6-7). La distance entre le domicile des patients et le centre correspond à une distance moyenne parcourue pour motif de soin pour une population (16). Les patients habitent sur le territoire de prise en charge de l'hôpital de Dinan, qui est un établissement de proximité.

Les critères d'inclusion correspondent aux données épidémiologiques de cette pathologie (3-4) (17) ; une mixité avec une prédominance de femmes, l'absence de critère d'âge, un delta important entre le plus jeune patient et le plus âgé, un retentissement professionnel important, des douleurs lombaires d'une durée d'évolution en moyenne de 10 ans.

Rôle de coordinateur du médecin généraliste :

Il est mis en avant, au travers de cette étude, que l'orientation vers le programme de réhabilitation multidisciplinaire est rarement réalisée par le médecin généraliste des patients.

La majeure partie des patients se dit insatisfaite de sa prise en charge depuis le début des douleurs, tant sur le plan de la communication que sur la longueur du parcours. De plus, les parcours de soins se ressemblent, avec une surconsommation de soins et restent en inadéquation avec les recommandations actuelles. Enfin, on note une méconnaissance presque totale de ces prises en charge multidisciplinaires de la part des patients.

Dans la loi, il est inscrit que le médecin généraliste doit être le pivot et le coordinateur de l'organisation de ces soins complexes (18).

Cependant, au travers d'une thèse sur les soins complexes (19) et d'une autre sur les attentes des médecins généralistes concernant les structures de prises en charge des douleurs chroniques (20), il ressort une méconnaissance de ces filières et une difficulté d'orientation des patients. D'après Tajfel et al. (21), les médecins généralistes estiment que leur formation sur la prise en charge de la douleur est insuffisante, que le recours à des centres anti-douleur représente une infime part des consultations malgré une connaissance de ces centres. En 2008, deux argumentaires sur les douleurs chroniques ont été réalisés par la HAS (22-23). Ces deux documents ont pour objectif de mettre en lumière les populations cibles des centres anti-douleur afin d'y favoriser l'accès. Il en ressort que les médecins généralistes sont les premiers interlocuteurs, qu'il y a une mauvaise qualité de l'échange entre les soins primaires et les spécialistes et que les délais d'accès à ces structures ralentissent le bon déroulement de la prise en charge. De plus, il est mis en avant que les médecins généralistes sont mis en difficulté par défaut de connaissances, de temps et d'expérience. Scott et al. (24) ont mis en évidence une différence entre les connaissances médicales et ce qui est réellement fait en pratique quotidienne, « *l'écart entre savoir et faire* ».

De plus, ces parcours sont le résultat d'un manque de communication entre chaque intervenant. En effet, dans ces prises en charge complexes on observe une succession de dispense de soins. La méconnaissance du travail des autres, le manque de visibilité de ce travail et la connaissance incomplète de l'ensemble des ressources expliquent ces successions de soins (19).

Ces prises en charge mettent en difficulté les médecins généralistes entraînant des pratiques et prescriptions discordantes avec les recommandations actuelles.

Peurs et croyances, éducation thérapeutique :

Nombreux sont les patients à exprimer une peur de la douleur et à émettre des fausses croyances, entraînant une limitation des activités et un retentissement psychologique. Ils manifestent également le sentiment de se sentir diminués ; ce qu'ils ont du mal à accepter. En réponse à ces difficultés, ils expriment l'envie de pouvoir faire des activités, en majorité de pouvoir reprendre le sport et de ressentir moins de douleurs. Tout cela leur semble réalisable au travers de l'acquisition de compétences d'auto-soins, d'une meilleure communication et d'un accompagnement psychologique.

Thomas et al. (25) et Crombez et al. (26), mettent en évidence une corrélation importante entre la peur de la douleur et l'incapacité fonctionnelle. La peur de la douleur est reconnue dans la littérature comme étant un facteur de passage à la chronicité chez des patients présentant un épisode subaigu de lombalgie et d'échec des thérapeutiques (27). De plus, il a été démontré que les croyances d'évitement sont présentes également chez les médecins généralistes et impactent leur prise en charge (28). Mbarga et al. (29) ont montré qu'en l'absence de diagnostic objectivable permettant d'expliquer leurs douleurs, les patients émettent des explications pour donner un sens à leur vécu, en prenant peu en compte la part psychologique. Holt et al. (30), ont mis en évidence les besoins de réassurance et d'éducation des patients au cours de consultation avec leur médecin généraliste, pour des douleurs lombaires, afin de diminuer leurs préoccupations. Salerno et al. (31) ont mis en avant que l'utilisation des antidépresseurs dans ces prises en charge n'est pas concluante. Les effets indésirables de ces médicaments sont fréquents avec un bénéfice modéré, uniquement sur la diminution des douleurs et non sur les récupérations fonctionnelles.

Des questionnaires, tels que le FABQ et BBQ (Annexe 4), permettent d'évaluer la peur de la douleur et les fausses croyances afin d'adapter les prises en charge en fonction de ces risques d'évolution défavorable. L'accès à l'accompagnement psychologique est aujourd'hui restreint du fait de l'absence de prise en charge par la sécurité sociale des psychologues. Le travail par la relaxation et les approches cognitivo--comportementales peut être mis en place en médecine générale mais nécessite un accompagnement supplémentaire par des professionnels.

L'éducation thérapeutique est définie par l'OMS comme une action ayant pour but « *d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ». Pour l'OMS, les douleurs chroniques rentrent dans le champ des maladies chroniques. Cette définition sied parfaitement aux attentes des patients présents dans ce programme.

L'éducation thérapeutique permet l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation (32). Une formation des médecins généralistes à l'éducation thérapeutique est essentielle afin d'accompagner le patient dans le vécu de sa maladie chronique pour limiter le retentissement fonctionnel et la chronicité des douleurs.

L'assurance maladie a édité deux documents, un à l'attention des professionnels médicaux (33) et l'autre pour les patients (34). L'objectif est de mettre en avant les messages clés de ces prises en charge complexes afin de limiter le risque de chronicisation des douleurs.

Gestion des thérapeutiques médicamenteuses :

La mauvaise tolérance et la difficile gestion des thérapeutiques médicamenteuses rapportées par les patients font se poser la question de l'intérêt de cette sur-prescription en médecine générale. Les patients manifestent l'envie de repartir du programme avec des alternatives et des conseils concernant les thérapeutiques médicamenteuses.

Jauregui et al. (35) ont montré un bénéfice de l'utilisation du TENS dans les douleurs lombaires chroniques, entraînant une diminution des douleurs et une moindre utilisation des traitements médicamenteux. Toutefois, il n'est pas possible de prescrire le TENS en médecine générale, le recours à des centres spécialisés est nécessaire.

De même, l'activité physique semble avoir un effet bénéfique préventif sur les douleurs lombaires (36) permettant très certainement de limiter l'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses. Les recommandations actuelles (6) prônent la réévaluation régulière des antalgiques prescrits. Les opioïdes doivent être utilisés en seconde intention.

Il semble essentiel de favoriser les alternatives aux thérapeutiques médicamenteuses en médecine générale. L'éducation thérapeutique et l'activité physique doivent en faire partie. Le recours au TENS devrait être facilité, l'accès rapide auprès de professionnels de santé proposant des techniques de gestion de la douleur non médicamenteuses doit aussi être une solution.

Cette étude a permis de mettre en évidence le rôle d'évaluateur et de dépistage du médecin généraliste. L'objectif étant de repérer les facteurs de risque de passage à la chronicité et les patients à risque. Cette sensibilisation a pour but de développer l'information et l'éducation thérapeutique auprès des patients. Enfin, le médecin généraliste a un rôle de coordinateur vers des prises en charge non médicamenteuses ou spécialisées une fois qu'il a évalué, dépisté et informé.

2- Résultats secondaires :

Vie professionnelle et financière :

Les patients sont nombreux à connaître un retentissement de leurs douleurs sur leur vie professionnelle et pour autant peu expriment une réelle attente du programme sur la reprise du travail.

Il est reconnu que l'activité physique est encouragée dans la prévention et le traitement des douleurs lombaires (36). Un groupe de recherche français a été créé en 2000 pour émettre des recommandations sur le rôle de l'activité physique et l'activité professionnelle dans la prise en charge des douleurs lombaires (37). Il est mis en avant l'importance d'une reprise du travail précoce. Toutefois, l'objectif d'une reprise rapide d'une activité professionnelle doit être atteint en partenariat avec le médecin du travail. Idéalement, dès la quatrième semaine d'arrêt de travail le patient doit être mis en relation avec son médecin du travail (38). Le médecin du travail peut tout à fait être sollicité à tout moment au cours de la prise en charge. La visite de pré-reprise permettant une évaluation des conditions de travail, un aménagement de poste éventuel, une réassurance et un rappel des mesures de prévention. Cette relation du patient avec son médecin du travail peut être initiée par le médecin généraliste. On constate aujourd'hui une insuffisance de relation entre le médecin traitant et le médecin du travail (39), du fait d'une méconnaissance du rôle de ce dernier, des difficultés de contact et du manque de prise en considération des risques liés au travail.

Cet échange médecine générale-médecine du travail est un des éléments clés de la prise en charge des patients présentant des lombalgies chroniques. L'objectif étant de favoriser un retour rapide au travail et de façon encadrée.

Certains patients ont mis en avant des difficultés financières et administratives. Il semble important d'en tenir compte dans les prises en charge. Un suivi et un bilan social semblent donc recommandés.

Vie personnelle :

Du fait des nombreuses conséquences au quotidien de leurs douleurs, les patients espèrent pouvoir retrouver une vie considérée comme normale pour la plupart.

Une étude qualitative récente (40) objective des ruptures dans les trajectoires de vie des patients et met en évidence « *un retour à ce qui est perçu comme la normalité* » par les patients en fin de programme de réadaptation. Les effets bénéfiques du programme se retrouvent essentiellement pour les activités personnelles, l'effet est moins marqué avec les activités professionnelles.

3- Forces et limites :

Cette étude est centrée sur les patients. Elle adopte une méthodologie qualitative innovante par rapport à la littérature sur le sujet. Cette méthodologie est la plus adaptée pour répondre à l'objectif principal au vu de la subjectivité des facteurs étudiés. La population d'étude est représentative de la population générale, les résultats peuvent donc être généralisés. Le programme ciblé correspond aux recommandations actuelles. Tous les patients du programme pouvaient être inclus dans cette étude.

Le seul critère d'exclusion est le refus des patients, cela peut entraîner un biais de volontariat. Le codage a été réalisé par le seul investigateur de l'étude, cela peut créer un biais de subjectivité et de classement. Il existe un biais de mémorisation du fait de questions en lien avec le passé des patients.

4- Perspectives :

Ce programme de réhabilitation rachidienne a été mis en place et créé il y a 4 ans. L'objectif est de le faire évoluer, de le faire connaître et de l'insérer dans un territoire de soins.

Un des rôles du médecin généraliste mis en lumière dans cette étude est l'éducation thérapeutique afin de permettre aux patients de connaître leur pathologie et de diminuer le retentissement fonctionnel. L'objectif est d'accompagner le patient vers l'acquisition de compétences d'auto-soins associées à la réassurance et la valorisation avec l'entretien motivationnel. Actuellement sur le territoire de Dinan, cet outil supplémentaire est en plein développement. Il semble essentiel de poursuivre son expansion.

Au travers de cette étude, il est mis en avant le manque de coordination avec la médecine de ville et l'importance du rôle de coordinateur du médecin généraliste. Cette étude a pour objectif d'améliorer le lien ville-hôpital ainsi que le lien avec les paramédicaux. Le décloisonnement de chaque profession pour une mise en commun et un travail en coordination semble pertinent. L'accès aux thérapeutiques non médicamenteuses, aux psychologues et aux équipes douleurs doit être favorisé. Aujourd'hui, ce travail en coordination est valorisé avec la création des pôles de santé, permettant le partage des dossiers patients entre les différents acteurs (kinésithérapeute, médecin généraliste, psychologue, infirmier...). L'objectif étant de ne pas méconnaître le travail de l'autre et de proposer une prise en charge globale du patient.

Il nous semble pertinent de proposer une formation médicale continue sur ce sujet, en utilisant les résultats de cette étude. De plus, une distribution large d'une brochure sur l'école du dos pourrait être nécessaire et bénéfique à la valorisation de cette prise en charge.

Conclusion :

Les douleurs lombaires chroniques sont fréquentes et invalidantes.

Cette étude met en évidence les parcours complexes que traversent les patients présentant des lombalgies chroniques. Ces parcours ne correspondent pas toujours aux recommandations actuelles et sont insatisfaisants pour les patients. Les peurs, les fausses croyances et le retentissement psychologique pourtant au premier plan dans la chronicisation des douleurs ainsi que l'échec et l'intolérance des thérapeutiques médicamenteuses ne sont pas suffisamment pris en compte.

Le rôle du médecin généraliste va bien au-delà de la prescription des traitements médicamenteux et de la kinésithérapie. Son premier rôle d'évaluation et de dépistage est primordial. Il semble également important de le replacer au centre de ces prises en charge complexes, notamment dans son rôle d'information et d'éducation thérapeutique auprès de ses patients mais aussi de coordinateur des différents acteurs professionnels.

Bibliographie :

1. Carey TS, Garrett JM, Jackman AM. Beyond the good prognosis. Examination of an inception cohort of patients with chronic low back pain. *Spine*. janv 2000;25(1):115-20.
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. juin 2018;391(10137):2356-67.
3. Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:73.
4. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *The Lancet*. févr 2012;379(9814):482-91.
5. Juniper M, Le TK, Mladi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert Opin Pharmacother*. nov 2009;10(16):2581-92.
6. Haute Autorité de Santé - Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune - Mars 2019.
7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 18 févr 2015;350(feb18 5):h444-h444.
8. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ*. 23 juin 2001;322(7301):1511-6.
9. Maiers MJ, Westrom KK, Legendre CG, Bronfort G. Integrative care for the management of low back pain: use of a clinical care pathway. *BMC Health Serv Res*. déc 2010;10(1):298.
10. Johann Beaudreuil, Hinna Kone, Sandra Lasbleiz, Eric Vicaut, Pascal Richette, Martine Cohen-Solal, Frédéric Lioté, Marie-Christine de Vernejoul, Rémy Nizard, Alain Yelnik, Thomas Bardin, Philippe Orcel. Efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgie chronique : étude prospective sur un an. *Rhum*.2009.11.025.
11. Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundörfer B, Heuschmann P. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. *Spine J*. juill 2003;3(4):270-6.
12. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*. juin 2018;391(10137):2368-83.
13. Midy Véronique. Vécu et attentes des patients douloureux chroniques en médecine générale Université de Lorraine ; 2013.
14. Gardner T, Refshauge K, McAuley J, Goodall S, Hübscher M, Smith L. Patient-led Goal Setting: A Pilot Study Investigating a Promising Approach for the Management of Chronic Low Back Pain. *Spine*. 15 sept 2016;41(18):1405-13.
15. Dhondt E, Van Oosterwijck J, Cagnie B, Adnan R, Schouppe S, Van Akeleyen J, et al. Predicting treatment adherence and outcome to outpatient multimodal rehabilitation in chronic low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 19 mars 2020;33(2):277-93.

16. Coldefy et al. Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007. Institut de recherche et documentation en économie de la santé - Juin 2011
17. Vlaeyen JWS, Maher CG, Wiech K, Van Zundert J, Meloto CB, Diatchenko L, et al. Low back pain. *Nat Rev Dis Primer.* déc 2018;4(1):52.
18. Code de la santé publique - Article L4130-1 -Légifrance
19. Bouin Jeanne. Identification des difficultés et des besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination de parcours de soins complexes. Université de Rennes; Octobre 2017.
20. Sabon Antonin. Quelles sont les attentes des médecins généralistes à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. Université de Tours; Juin 2012.
21. Tajfel P, Gerche S, Huas D. La douleur en médecine générale: Point de vue du médecin de la douleur. *Douleur et Analgésie.* Mars 2002;15(1):71-9.
22. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique argumentaire. Décembre 2008.
23. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : les aspects organisationnels. Juin 2009.
24. Scott NA, Moga C, Harstall C. Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap. *Pain Res Manag.* déc 2010;15(6):392-400.
25. Thomas E-N, Pers Y-M, Mercier G, Cambiere J-P, Frasson N, Ster F, et al. The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med.* févr 2010;53(1):3-14.
26. Crombez G, Vlaeyen JWS, Heuts PHTG, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain.* 1 mars 1999;80(1):329-39.
27. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J.* mai 2014;14(5):816-836.e4.
28. Gremeaux V, Coudeyre E, Viviez T, Bousquet PJ, Dupeyron A. Do Teaching General Practitioners' Fear-Avoidance Beliefs Influence Their Management of Patients with Low Back Pain? *Pain Pract.* nov 2015;15(8):730-7.
29. Mbarga J., Pichonnaz C., Foley RA, Ancey C. Lombalgie chronique : du diagnostic médical incertain aux étiologies profanes. *Revue Médicale Suisse.* 2018, N°603.
30. Holt N, Pincus T, Vogel S. Reassurance during low back pain consultations with GPs: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* oct 2015;65(639):e692-701.
31. Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 14 janv 2002;162(1):19-24.
32. Seichepine Anne-Laure. Education Thérapeutique des patients lombalgiques chroniques dans les centres de rééducation du Nord-Pas De Calais. Université de Lille, Novembre 2015.
33. Assurance maladie - livret lombalgie - Octobre 2017.
34. Assurance maladie - lombalgie que faire - Octobre 2017.
35. Jauregui JJ, Cherian JJ, Gwam CU, Chughtai M, Mistry JB, Elmallah RK, et al. A Meta-Analysis of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Chronic Low Back Pain. *Surg Technol Int.* avr 2016;28:296-302.

36. Shiri R, Falah-Hassani K. Does leisure time physical activity protect against low back pain? Systematic review and meta-analysis of 36 prospective cohort studies. *Br J Sports Med.* oct 2017;51(19):1410-8.
37. Abenhaim L, Rossignol M, Valat J, Nordin M, Avouac B, Blotman F, et al. The Role of Activity in the Therapeutic Management of Back Pain: Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine.* févr 2000;25(Supplement):1S-33S.
38. Assurance maladie - Lombalgie commune : Comment orienter la prise en charge pluridisciplinaire et favoriser le maintien d'une activité professionnelle. Octobre 2017.
39. Philippe Farr. Les relations entre le médecin du travail et le médecin généraliste. Janvier 2010.
40. Josiane Mbarga, Rose-Anna Foley, Claude Pichonnaz, Céline Ancey, Trajectoires de personnes souffrant de lombalgie chronique : ruptures et reconstructions après un programme de rééducation. *SFSP 2020/1 Vol. 32 | pages 19 à 28.*

Lexique :

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

APA : Activité physique adaptée

BBQ : Back belief questionnaire

FABQ : Fear-avoidance beliefs questionnaire

HAS : Haute autorité de santé

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MSA : Mutualité sociale agricole

OMS : Organisation mondiale de la santé

RQTH : Reconnaissance qualité de travailleur handicapé

TENS : Stimulation nerveuse électrique transcutanée

Annexes :

Annexe 1 : Programme type de l'école du dos de Dinan :

	SEMAINE 1		SEMAINE 2		SEMAINE 3		SEMAINE 4			
	JEUDI 23	VENDREDI 24	JEUDI 30	VENDREDI 31	JEUDI 6/02	VENDREDI 7	MERCREDI 12	JEUDI 13	VENDREDI 14	
8H15	ACCUEIL 4è	ACCUEIL 4è	ACCUEIL 4è	ACCUEIL 4è	ACCUEIL 4è	ACCUEIL 4è	ACCUEIL 4è	ACCUEIL 4è	ACCUEIL 4è	
8H30	8h30- 9h30 TEMPS D'ECHANGES 1 PHOTOEXPRESSION IDE & PSYCHO 4è	8h45- 10h30 KINE 3è étage	8h45- 10h15 KINE 3è étage	8h45- 10h15 KINE 3è étage	8h45- 10h15 KINE 3è étage	8h45- 10h30 KINE 3è étage	8h45- 10h15 TENS IDE 4è étage	8h45- 10h30 KINE 3è étage	8h45- 10h30 échauffement 3è étage	
9H00										
9H15										
9H30	9h30- 12h30 ECHAUFFEMENT ET	10h30- 12h00 ERGO 3è étage	10h15-11h00 ERGO 3è étage	10h15-11h15 ERGO 3è étage	10h15- 11h00 RELAXATION 3è étage	10h30- 12h30 ERGO 3è étage	10h15-12h15 Activité Physique Adaptée 7è étage	10h30- 11h30 TEMPS D'ECHANGES 6 « LES BESOINS » 4è étage	10h30- 11h30 TESTS KINE ET APA 3è étage	
10H00										
10H15										
10H30	TESTS KINE ET APA 3è étage	11h00- 12h30 TEMPS D'ECHANGES 2 « LA LETTRE A MON CORPS » IDE & PSYCHO 3è étage	11h15- 12h45 TEMPS D'ECHANGES 3 POINT DE RUPTURE ET EMOTIONS IDE & APA 4è étage	11h15- 12h30 TEMPS D'ECHANGES 5 MOTIVATION Kiné et APA 4è étage	12h30 13h30 repas 4è	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	12h15- 12h45 SEDACTIF APA 4è étage	11h30- 12h30 Atelier médical 4è étage	11h30- 12h00 (4è ét)TEMPS D'ECHANGES 6	
10H45										
11H00										
11H15		12h00- 12h45 RELAXATION 3è-étage	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	12h45- 13h30 REPAS 4è étage	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	12h45- 13h30 REPAS 4è étage	12h15- 12h45 SYNTHESE COLLECTIVE 4è étage	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	
11H15										
11H30										
11H45	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	12h45- 13h30 REPAS 4è étage	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	12h45- 13h30 REPAS 4è étage	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	12h45- 13h30 REPAS 4è étage	12h30- 13h30 REPAS 4è étage	12h30- 13h30 REPAS 4è étage		
12H00										
12H15										
12H30	13h30- 17h00 A tour de rôle : consultation médicale, psychologue et éducation au TENS 4è étage	13H30- 15h00 MARCHE NORDIQUE APA	13H30-14H30 Psycho- motricité 3è étage	13H30- 15h00 MARCHE NORDIQUE APA	13H30- 15h00 ATELIER MEDICAMENTS 4è étage	13H30- 15h00 MARCHE NORDIQUE APA	13H30- 15h00 DIFFICULTES AU TRAVAIL ASSISTANTE SOCIALE ET CAP EMPLOI 4è étage	13H30- 15h00 Diététique 4è étage	13H30- 17h00 A tour de rôle : consultation médicale, psychologue	
13H30			14h30- 16h30 Activité Physique Adaptée 7è étage	15h30- 16h30 Activité Physique Adaptée 7è étage	15h00- 17h00 Activité Physique Adaptée 7è étage	15h00- 17h00 Activité Physique Adaptée 7è étage	15h00- 17h00 Activité Physique Adaptée 7è étage	15h00- 16h30 MARCHE NORDIQUE APA	15H00- 17h00 Activité Physique Adaptée 7è étage	et TEMPS D'ECHANGES 6 « LE BLASON » IDE 4è étage
13H45										
14H00										
14H15		16h30- 17h00 TPS D'ECHGES 4 3è étage								
14H30										
14H45										
14H45										
15H00										
15H15										
15H30										
15H45										
16H00										
16H15										
16H30										
16H45										
17H00										
17H00										

Annexe 2 : Guide d'entretien :

I- Introduction :

Je suis interne de médecine générale. J'ai fait un stage dans le service de rhumatologie de Dinan. Dans ce service j'ai régulièrement pris en charge des patients présentant des douleurs lombaires chroniques ou aiguës, nécessitant des antalgiques forts et une hospitalisation. J'ai constaté la fréquence de ce motif d'hospitalisation et le retentissement majeur des douleurs pour les patients. J'ai aussi pu découvrir à travers ce stage l'École du Dos de Dinan qui est un programme permettant de prendre en charge les patients présentant des douleurs lombaires chroniques. Au cours de mes stages, j'ai constaté que les douleurs lombaires chroniques sont fréquentes en population générale. Cette prise en charge multidisciplinaire réalisée à Dinan, correspond aux recommandations actuelles. C'est pour moi une question essentielle de santé publique au vu de la fréquence de la pathologie. Je souhaite, à travers mon travail de thèse, pouvoir vous donner la parole et voir avec vous vos attentes concernant cette prise en charge à l'école du dos de Dinan.

Cet entretien va être enregistré, les données seront anonymisées et analysées, si vous en êtes d'accord. (*Signature du consentement*).

II- Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon :

- Pouvez-vous vous présenter ?

Sexe : *Femme Homme*

Age :

Profession : *active sédentaire*

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Tabac :

Durée des symptômes :

Distance entre l'école du dos de Dinan et votre domicile :

Durée de l'entretien :

- Comment avez-vous été inclus dans ce programme ?
- Quel parcours de soins avez-vous eu avant cette prise en charge à l'École du dos ?

III- Questions ouvertes :

1- Difficultés :

Quelles ont été les répercussions/questionnements au quotidien depuis que vous présentez des lombalgies ?

Sous-questions si besoin de précisions :

- Avez-vous ressenti des difficultés de compréhension de vos douleurs sur le plan diagnostique ?
- Avez-vous ressenti des difficultés concernant la prise en charge de vos douleurs sur le plan thérapeutique ?
- Avez-vous eu des répercussions professionnelles ?
- Avez-vous eu des répercussions personnelles ?

2- Connaissances :

Quelles sont vos connaissances dans ce programme ?

Sous-questions si besoin de précisions

- Qu'est ce qui va vous être proposé comme activité au cours de ce programme ?
- Connaissez-vous les prise en charge qui existent sur le territoire de Dinan ?

3- Attentes :

Qu'attendez-vous de ce programme d'école du dos ?

Sous-questions si besoin de précisions :

- En ce qui concerne le diagnostic ?
- En ce qui concerne les thérapeutiques ?
- En ce qui concerne le suivi ?
- En ce qui concerne la communication ?

4- Ouverture :

Que pensez-vous de votre prise en charge globale depuis le début de vos douleurs ?

Annexe 3 : Tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude :

	Sexe	Age	Activité professionnelle	Antécédents	Tabac	Durée des douleurs	Distance domicile-hôpital de Dinan	Durée entretien (minutes)
Moyenne		43,5 ans				10ans	20km⁽¹⁾	20'
P ⁽²⁾ 1	F	63ans	Sédentaire	0	20PA	>40ans	20km	28'
P2	H	33ans	Active	0	10PA	3ans	25km	14'
P3	F	54ans	Active	0	0	1an1/2	2km	22'
P4	F	41ans	Active	0	0	7ans	15km	13'
P5	F	56ans	Active	HTA	0	6ans	45km	21'
P6	H	38ans	Sédentaire	0	0	13ans	2km	21'
P7	F	50ans	Sédentaire	0	0	15ans	1km	22'
P8	F	48ans	Active	0	0	1an1/2	45km	23'
P9	H	47ans	Sédentaire	Diabète phosphaté	0	11ans	17km	33'
P10	F	42ans	Active	0	0	6ans	20km	14'
P11	F	36ans	Sédentaire	0	0	20ans	30km	22'
P12	H	33ans	Active	Asthme	Vapoteuse	15ans	1km	15'
P13	H	37ans	Active	0	10PA	1an1/2	30km	19'
P14	F	29ans	Active	0	0	3ans	25km	15'

(1) : km signifie kilomètre

(2) : P signifie Patient.

Tableau 2 : Parcours de soin des patients :

Catégories	Citations
Antalgiques : Morphiniques Anti-inflammatoires	P13 : « <i>J'ai eu un gros traitement morphinique. »</i> P1 : « <i>C'était des antidouleurs et un AINS, j'ai dû tester tous les AINS qui existent, depuis 45 ans. »</i> P9 : « <i>Selon les crises douloureuses c'est antalgiques et anti inflammatoires, tout ce qui peut se faire. Là quand j'ai le plus mal c'est la morphine pendant 2-3 jours. »</i>
Kinésithérapie	
Médecines douces : ostéopathie, acupuncteur, étiopathe...	P7 : « <i>J'ai fait de l'ostéo, beaucoup d'ostéo. J'ai fait de l'acupuncture...on essaye tout. »</i> P9 : « <i>Or officiel et médical j'ai tout essayé. »</i> P11 : « <i>Auriculothérapie, j'ai commencé à ouvrir à l'étiopathie, ostéopathie... »</i> P13 : « <i>Je suis plutôt homéopathique, enfin je me soigne avec des remèdes de grand-mères mais je prends jamais de cachet. »</i> P14 : « <i>Je me dirige plus vers les choses plus naturelles...médicamenteuses...je suis pas fan. »</i>
Imageries : radiographies, IRM, scanner	P2 : « <i>Oui j'en ai eu pleins, des IRM, pleins de radio. »</i> P9 : « <i>Alors IRM, scanner...euh je sais même plus les trucs qu'on vous injecte, j'ai fait à peu près tout ce qui puisse se faire. »</i>
Suivi spécialisé Infiltrations Chirurgie	P7 : « <i>Je vois la rhumato quand vraiment ça va plus et que le médecin ne sait plus trop comment me gérer. »</i>
Maintien des activités physiques	P6 : « <i>Quand je peux, ben j'essaie de courir un petit peu. »</i>
Arrêt des activités physiques	P8 : « <i>Du sport ? Non, j'en fais plus, j'en faisais. »</i> P10 : « <i>Au final ben j'ai arrêté le sport et au final ça n'arrange rien du tout quoi. »</i>
Recours aux urgences et/ou SOS médecin et/ou hospitalisation	P3 : « <i>J'ai eu les pompiers à 2h du matin. »</i> P10 : « <i>Les urgences ? Oui ! 4 fois. Complètement bloquée. » ; « Hospitalisée 2 fois. »</i>
Arrêts de travail Contact avec la médecine du travail	P14 : « <i>Les arrêts de travail...c'est long en plus enfin pour ma part, 1 mois, 2 mois, même voir 3. »</i> P6 : « <i>La MSA, m'a convoqué plusieurs fois. »</i> P10 : « <i>J'ai déjà rencontré la médecine du travail, ils ont parlé de reclassement. »</i>

Tableau 3 : Retentissement financier, vie personnelle et professionnelle :

Retentissement		Citations
Versant familial	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de profiter de moments simples du quotidien - Difficultés pour se projeter, pour prévoir des activités - Difficultés de faire comprendre les douleurs à l'entourage 	<p>P13 : « <i>Y a des soirées ou oui y a le mal de dos qui s'installe et donc je pense plus au mal du dos qu'à m'amuser.</i> » ; P14 : « <i>Par rapport à ma fille, donc les frustrations de ne plus pouvoir la porter, donc lui expliquer les choses, comme quoi je ne peux plus la porter parce que j'ai mal.</i> ».</p> <p>P6 : « <i>On réserve toujours la semaine avant parce que je sais pas dans quel état je serai. Vous pouvez rien prévoir en fait.</i> ».</p> <p>P1 : « <i>Ou alors des fois c'est « ah oui c'est vrai t'as mal.</i> » » ; P9 : « <i>Le mal tant qu'il ne se voit pas je crois que les gens ils n'arrivent pas à savoir ce que c'est. Mais même dans mon entourage très proche, hein.</i> ».</p>
Versant professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs induites par le travail - Arrêts de travaux itératifs et multiples. Réflexion de la part des collègues ou de la hiérarchie 	<p>P2 : « <i>Y a des moments je me sens mieux et tout, et puis ben voilà dès que l'activité professionnelle reprend, ben tout retombe.</i> » ; P6 : « <i>Jusqu'au moment où je reprends le travail...</i> » ; P12 : « <i>J'ai voulu changer de métier, je suis devenu peintre. Je voulais plus être carreleur c'est ça qui m'a flingué le dos.</i> » ; P13 : « <i>Il n'y pas de possibilité d'aménagement de poste dans ce boulot-là. Je me retrouve dans l'incapacité de pouvoir faire mon métier.</i> ».</p> <p>P6 : « <i>J'ai eu 2 gros arrêts plus l'arrêt en mi-temps thérapeutique depuis plus d'un an. Au bout d'un moment, on vous fait comprendre ben que...</i> » ; P7 : « <i>Mais j'essaie aussi de pas montrer trop, vous connaissez les employeurs. Si tu montres trop ben t'es plus prêt de la porte de sortie que de rester.</i> » ; « <i>Après c'est pareil j'ai un collègue je peux pas le laisser non plus. On travaille qu'à deux donc euh...</i> » ; P10 : « <i>J'ai aussi eu des remarques de la part de mes collègues et de ma hiérarchie.</i> ».</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Contact avec la médecine du travail, reclassement, adaptation de poste - Difficultés de ne plus pouvoir faire un travail qui était apprécié 	<p>P3 : « <i>J'ai fait 2 jours et hop...A la reprise de mon travail, temps partiel thérapeutique.</i> » ; P8 : « <i>Après c'est mi-temps thérapeutique sur 3 à 6 mois.</i> » ; « <i>On a fait un aménagement de poste. Étant gérante unique...euh...voilà. Je vais pas vendre la société à je sais pas qui.</i> ».</p> <p>P3 : « <i>Quand mon médecin m'a dit qu'il allait peut-être falloir penser à changer. J'aime mon travail, je me plais bien, j'aime mon travail. C'est dur.</i> » ; P10 : « <i>J'ai déjà rencontré la médecine du travail, ils ont parlé de reclassement, mais j'ai pas trop...envie, ça m'emballe pas.</i> ».</p>
Gestion administrative et financière	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissances des démarches administratives - Perte de salaire - Coûts des soins non remboursés, reste à charge 	<p>P12 : « <i>Je suis au courant de pas grand-chose au niveau administratif.</i> ».</p> <p>P13 : « <i>J'ai monté le dossier pour la RQTH, j'ai pas de réponse encore.</i> »</p> <p>P2 : « <i>Y a un loyer à payer, faut un salaire tous les mois.</i> ».</p> <p>P9 : « <i>Tout ça a un coût financier, depuis 5-6ans, je suis entre 400 à 800€ tous les ans à ma charge.</i> »</p>

Annexe 4 : Illustrations :

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)							

Illustration 1 : Fear Avoidance Belief Questionnaire, version française :

Version française du Back Beliefs Questionnaire

Instructions :

Nous essayons de comprendre ce que les gens pensent des problèmes de dos. Merci de nous donner votre avis concernant le mal de dos, *même si vous n'en avez jamais souffert*.

Répondez à TOUTES les questions en indiquant votre degré d'accord avec les propositions suivantes en entourant le nombre approprié sur l'échelle allant de 1 à 5. « 1 » indique que vous n'êtes absolument pas d'accord avec la déclaration, et « 5 » indique que vous êtes entièrement d'accord avec la totalité de la déclaration.

- | | |
|---|-----------|
| 1. <i>Il n'existe pas vraiment de traitement pour le mal de dos</i> | 1 2 3 4 5 |
| 2. <i>Le mal de dos peut vous empêcher à la longue de travailler</i> | 1 2 3 4 5 |
| 3. <i>Le mal de dos signifie des épisodes de douleur pour le restant de la vie</i> | 1 2 3 4 5 |
| 4. <i>Les médecins ne peuvent rien faire contre le mal de dos</i> | 1 2 3 4 5 |
| 5. <i>L'exercice physique est recommandé pour le mal de dos</i> | 1 2 3 4 5 |
| 6. <i>Le mal de dos rend tout plus difficile dans la vie</i> | 1 2 3 4 5 |
| 7. <i>La chirurgie est le moyen le plus efficace pour soigner le mal de dos</i> | 1 2 3 4 5 |
| 8. <i>Le mal de dos peut vouloir dire que vous finirez dans une chaise roulante</i> | 1 2 3 4 5 |
| 9. <i>Les médecines parallèles sont la réponse au mal de dos</i> | 1 2 3 4 5 |
| 10. <i>Le mal de dos est synonyme d'arrêt de travail de longue durée</i> | 1 2 3 4 5 |
| 11. <i>Les médicaments sont le seul moyen de soulager le mal de dos</i> | 1 2 3 4 5 |
| 12. <i>Le dos reste toujours fragile après un premier épisode douloureux</i> | 1 2 3 4 5 |
| 13. <i>Il faut impérativement se reposer quand on a mal au dos</i> | 1 2 3 4 5 |
| 14. <i>Le mal de dos s'aggrave progressivement en vieillissant</i> | 1 2 3 4 5 |

Illustration 2 : Back Beliefs Questionnaire, version française :

BOIS Angéline – Parcours et attentes des patients inclus dans un programme de réadaptation pour lombalgies chroniques au sein de l'hôpital de Dinan

40 feuilles, 2 illustrations, 3 tableaux, 30 cm - Thèse : Médecine Générale ; Rennes 1 ; 2021 ; N°

Résumé français : Introduction : Les douleurs lombaires représentent un des premiers motifs de recours aux soins primaires, avec un coût important pour la société. Des recommandations sur la prise en charge des patients présentant des lombalgies chroniques ont été établies récemment par l'HAS, soulignant l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire précoce centrée sur le patient, en tenant compte de ses facteurs de risque et de ses objectifs.

Objectif primaire : Mettre en évidence le parcours antérieur et les attentes des patients à l'inclusion d'un programme de réadaptation multidisciplinaire de l'école du dos de Dinan.

Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée afin de recueillir par entretiens semi-dirigés le parcours de soin et les attentes des patients inclus dans le programme de réadaptation de l'hôpital de Dinan.

Résultats : Les médecins généralistes adressent peu les patients dans ce programme. Le parcours de soin est très similaire d'un patient à l'autre et non conforme aux recommandations actuelles. La gestion des thérapeutiques médicamenteuses est compliquée avec des intolérances fréquentes et des appréhensions. Le retentissement psychologique est au premier plan, entraînant des limitations fonctionnelles. Les attentes des patients sont centrées sur une reprise des activités, une meilleure communication de la part des professionnels de santé et l'acquisition de compétences d'auto-soins.

Conclusion : Le parcours de soins des patients est en inadéquation avec les recommandations actuelles et engendre une insatisfaction des patients. Les peurs, les croyances et le retentissement psychologique pourtant au premier plan dans la chronicisation des douleurs et l'échec des thérapeutiques ne sont pas suffisamment pris en compte. Il semble important de replacer le médecin généraliste au centre de ces prises en charge complexes, notamment dans son rôle d'information et d'éducation thérapeutique auprès du patient mais aussi de coordinateur des différents acteurs professionnels.

Résumé anglais : Introduction : Low back pain is one of the first reason of seeking primary care and a cost for society. Recommendations were recently issued by HAS, highlighting the importance of early multidisciplinary care, a centred patient approach considering their risk factors and goals. **Aim :** Highlight patients journey and expectations when they are started a schedule in the school of the back in Dinan.

Method : A qualitative investigation through the carrying out of semi-structured patient interviews. **Results :** General practitioners submit rarely patients in this school of the back. The care process is similar from patient to patient and doesn't correspond to recommendations. Disease management is difficult, in its apprehension and intolerance. The psychological impact is at the forefront and results in functional limitations. The patient's expectations are focus on resumption of physical activities, a better communication and abilities of self-care.

Conclusion : The care process of patients doesn't match recommendations associated with patient dissatisfaction. Fears, beliefs and psychological impact at the forefront in the pain chronicization and treatment failures are not well enough noticed. It seems necessary to replace the general practitioner at the core of those complex process of pain recovery, notably in his information and therapeutic educator role but also as care coordinator.

Rubrique de classement : Médecine Générale - Douleurs chroniques

Mots-clés : douleurs lombaires chroniques, douleurs lombaires non spécifiques, traitement non médicamenteux, réadaptation multidisciplinaire, prise en charge bio-psycho-sociale, étude qualitative

Mots-clés anglais MeSH : chronic low back pain; non-specific low back pain ; therapy non-drug ; multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation ; qualitative study

JURY : Président : Monsieur Patrick JEGO

Assesseurs : Madame Cécile ESCALAS (Directrice de thèse)
Monsieur Alain CAUBET
Monsieur Anthony CHAPRON