



HAL
open science

État des lieux de l'utilisation des interventions non médicamenteuses par les médecins généralistes d'Occitanie dans la prise en charge de la lombalgie commune chronique

Gaëlle Robert

► To cite this version:

Gaëlle Robert. État des lieux de l'utilisation des interventions non médicamenteuses par les médecins généralistes d'Occitanie dans la prise en charge de la lombalgie commune chronique. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04793407

HAL Id: dumas-04793407

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04793407v1>

Submitted on 20 Nov 2024

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Gaëlle ROBERT

Le 2 juillet 2024

**État des lieux de l'utilisation des Interventions Non
Médicamenteuses par les médecins généralistes d'Occitanie dans la
prise en charge de la Lombalgie Commune Chronique**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jérôme Campagnac

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Arnaud DUPEYRON, Professeur des Universités

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jérôme CAMPAGNAC, Maître de Conférences Associé des Universités

Monsieur le Docteur François LUCAS, Docteur en Médecine Générale

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Gaëlle ROBERT

Le 2 juillet 2024

**État des lieux de l'utilisation des Interventions Non
Médicamenteuses par les médecins généralistes d'Occitanie dans la
prise en charge de la Lombalgie Commune Chronique**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jérôme Campagnac

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Arnaud DUPEYRON, Professeur des Universités

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jérôme CAMPAGNAC, Maître de Conférences Associé des Universités

Monsieur le Docteur François LUCAS, Docteur en Médecine Générale



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	GUIITER Pierre	NAVRATIL Henri
ALLIEU Yves	CAMU William	HEDON bernard	OTHONIEL Jacques
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	HERTAULT Jean	PAGES Michel
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	HUMEAU Claude	PELISSIER Jacques
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JAFFIOL Claude	PETIT Pierre
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	POUGET Régis
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	KLEIN Bernard	PUJOL Henri
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	LAFFARGUE François	RABISCHONG Pierre
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-Louis	REBOUL Jean
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RIEU Daniel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LEROUX Jean-Louis	ROCHEFORT Henri
BANSARD Nicole	DOMERGUE Jacques	LESBROS Daniel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	DUBOIS Jean Bernard	LORIOT Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	DUJOLS Pierre	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	DUMAZER Romain	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	ECHENNE Bernard	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOULOT Pierre	FABRE Serge	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MEYNADIER Jean	TOUITOU Isabelle
BOUSQUET Jean	GALIFER René Benoît	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
BRUEL Jean Michel	GODLEWSKI Guilhem	MION Charles	VISIER Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	GUILHOU Jean-Jacques	NAVARRO Maurice	



Service de gestion des personnels

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	DEDET Jean-Pierre	MESSNER Patrick
BASTIEN Patrick	DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	MONNIER Louis
BLANC François	GUILLOT Bernard	PREFAUT Christian
BONAFE Alain	HERISSON Christian	PUJOL Rémy
BOULENGER Jean-Philippe	JEANDEL Claude	REYNES Jacques
BOURREL Gérard	JONQUET Olivier	RIBSTEIN Jean
BRINGER Jacques	LANDAIS Paul	ROSSI Jean-François
CANOVAS François	LARREY Dominique	SCHVED Jean-François
CLAUSTRES Mireille	LE QUELLEC Alain	TOUCHON Jacques
COMBE Bernard	MARES Pierre	VOISIN Michel
DAURES Jean-Pierre	MAUDELONDE Thierry	ZANCA Michel
DAUZAT Michel	MILLAT Bertrand	
DAVY Jean-Marc	MAURY Michèle	

Docteurs Emerites

PUJOL Joseph



Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DERUELLE Philippe	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie

Service de gestion des personnels

ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

Service de gestion des personnels

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOMMART Sébastien	Radiologie et imagerie médicale

Service de gestion des personnels

CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DAIEN Claire	Rhumatologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Héléne	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LACHERETZ-SZABLEWSKI Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOUBET Paul	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire



Service de gestion des personnels

ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STEPANIAN Alain	Hématologie ; transfusion
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

HAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BAUCHET Luc (Neurochirurgie)
BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)
DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)
GAUDARD Philippe (Anesthésiologie-réanimation)
MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)
MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
NOUGARET Stéphanie (Radiologie et imagerie médicale)
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
QUANTIN Xavier (Pneumologie)
ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)
VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIO Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique
CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion
RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique
BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHIRIAC Anca Immunologie

Service de gestion des personnels

COSSEE Mireille	Génétique
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
GOUZI Farès	Physiologie
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DEBOURDEAU Antoine	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DUPONT Chloé	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FROUIN Eric	Anatomie et cytologie pathologiques
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie médicale
SOCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive



Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maitres de Conférences de classe normale

BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	Maieutique
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maitres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

CARBONNEL François
MILLION Elodie



Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MINET Mathilde
SERAYET Philippe
URENA DORES Aurélie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DURAES Martha	Anatomie
FAVIER Valentin	Oto-Rhino-Laryngologie
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
POULEN Gaetan	Neurochirurgie
ROCH Benoit	Pneumologie, addictologie
THERON Alexandre	Pédiatrie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

AGUILHON Sylvain	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	LE BIHAN Clément	PICOT Marie Christine
AKKARI Mohamed	CASPER Thierry	FLORI Nicolas	LE GUILLOU Cédric	POQUET Héléne
ALRIC Jérôme	CATHALA Philippe	FOURNIER Philippe	LE MOINE DONY Marie-Christine	PRIN Pauline
AMEDRO Pascal	CAZABAN Michel	FRANC Nathalie	LETERTRE Simon	PUJOL Sarah-Lise
AMOUROUX Cyril	CHALARD Kévin	GAILLARD Nicolas	LOPEZ Régis	QUANTIN Xavier
ANTOINE Valéry	CHARBIT Jonathan	GALMICHE Sophie	LUQUIENS Amandine	RAFFARD Laurence
ATTALIN Vincent	CHEVALLIER Thierry	GARNIER Sylvain	MAILLE Olivier	RAINGEARD Isabelle
BADR Malha	COLIN Olivier	GENY Christian	MANDOUL Caroline	RAPIDO Francesca
BAIS Céline	CONEJERO Ismael	GERONIMI Laetitia	MANZANERA Cyril	RAY Valéry
BARBAR Saber Davide	CONSEIL Mathieu	GINIES Patrick	MARGUERITTE Emmanuel	RIBRAULT Alice
BASSET Didier	CORBEAU Catherine	GONON DEMOULIAN Raphael	MARTIN Lucille	RICHAUD-MOREL Brigitte
BATIFOL Dominique	COROIAN Flavia-Oana	GOULABCHAND Radjiv	MATTATIA Laurent	RIDOLFO Jérôme
BATTISTELLA Pascal	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric	MAZARD Thibault	RIPART Sylvie
BELL Ariane	COUTUREAU Juliette	GRIVET Benjamin	MEROUEH Fadi	ROBERT Pierre
BENENATI Syvain	CUNTZ Danielle	GROSSIN Delphine	MESTREGODIN Sandrine	RONGIERES Michel
BENNYS Karim	DAVID Aurore	GUEDJ Anne Marie	MEUNIER Lucie	ROULET Agnès
BERNARD Nathalie	DE BOUTRAY Marie	HEDON Christophe	MEYER Pierre	RUBENOVITCH Josh
BERNIER Maud	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	HENRY Vincent	MICHEL Moïse	SANTONI Fannie
BERTCHANSKY Ivan	DEBIEN Blaise	HIRECHE Kheira	MILESI Christophe	SASSO Milène
BIBOULET Philippe	DEGRAVI Lauriane	INGHILLERI Marie-Laure	MONET Clément	SCHMITT David
BIRON-ANDREANI Christine	DELPONT Marion	JAMMET Patrick	MORAU Estelle	SCHULDINER Sophie
BLANC Brigitte	DENIS Héléne	JEDRYKA François	MORQUIN David	SEGURET Fabienne
BLANCHET Catherine	DEVILLE de PERIERE Gilles	JREIGE Riad	MOSER Camille	SENESSE Pierre
BLATIERE Véronique	DI CASTRI Alberto	JULIER Ingrid	MOUSTY Eve	SERRE Jean-Emmanuel
BOGE Gudrun	DJANIKIAN Flora	KADERBAY Akil	MOUTERDE Gaël	SKALLI El Medhi
BOURRAIN Jean Luc	DUCROCQ Vincent	KINNE Mélanie	NOU HOWALDT Monira	SOLA Christelle
BOUYABRINE Hassan	DUNYACH-REMY Catherine	LABARIAS Coralie	ORY Jérôme	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	ESTRIC Clémentine	LABORDE Caroline	PANTERA Eric	SOULLIER Camille
BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LACAMBRE Mathieu	PERNIN Vincent	STEPHAN Robin
BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LARCHER Romaric	PERRIGAULT Pierre François	STOEBNER DELBARRE Anne
CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	LAURENT Jérémy	PEYRON Pierre-Antoine	SURCIN-TSEKOURAS Nicolas
CARR Julie	FILLERON Anne	LAZERGES Cyril	PICARD Eric	SZAFORS Paulina
TALEB ARRADA Ikram				

Service de gestion des personnels

TARUFFI Floriane

TEOT Luc

TER SCHIPHORST Adrien

THIRION Marina

TUNEZ Virginie

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VIALA Maurice

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

WALTHER LOUVIER Ulrike

WILLEMS Marjolaine

ZERKOWSKI Laetitia



REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le **Professeur Arnaud DUPEYRON**, merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

Monsieur le **Docteur Jérôme CAMPAGNAC**, merci de m'avoir accompagnée, de mon stage de SASPAS, aux replacements au cabinet, à la rédaction de cette thèse. Merci pour ta bienveillance, tes conseils et tout ce que tu m'as appris, ça a toujours été et sera toujours un plaisir de travailler avec toi.

Monsieur le **Docteur François LUCAS**, merci d'avoir accepté si facilement de participer à ce jury. C'est toujours un plaisir de travailler avec toi au cabinet.

Aux acteurs de ma formation,

A **Jean, Luc et Pierre** (ainsi qu'à **Françoise**), merci pour ce premier stage de médecine générale dans les belles Pyrénées Orientales, c'est toujours un plaisir pour moi de revenir. A **Philippe, Ghassan, Véronique, Monique et Laurence**, merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale de par vos visions différentes et pour tout ce que vous m'avez appris.

Aux équipes des **urgences de Perpignan**, du **service de diabétologie de Narbonne**, de **pédiatrie et de gynécologie de Nîmes**, merci de tout ce que j'ai pu apprendre grâce à vous.

A **tous les médecins ayant répondu aux entretiens**, merci d'avoir pris de votre temps pour participer à l'élaboration de cette thèse, ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

A ma famille,

A **mes parents**, Dominique et Philippe, merci pour votre soutien sans faille tout au long de mes études et dans tous mes projets. Je sais que je peux toujours compter sur vous. (Et merci à ma **Georgette** de m'avoir accompagnée dans mes révisions de la P1 aux ECN.)

Au reste de la famille, **papy**, mes **oncle et tantes**, merci de votre soutien.

A ceux qui ne sont plus là, **mamie Irma, mamie Monique, Bruno** et plus particulièrement **papi René**, désolée de ne pas l'avoir passée plus tôt mais ça y est, j'ai passé ma thèse.

A mes amis,

A **Mélanou**, merci pour toutes ces heures de trou à trainer dans Clermont, toutes ces photo dossiers, tous ces souvenirs du lycée. A **Isaure**, merci pour ces souvenirs du Lycée et pour les mots croisés en amphi 5.

A **Gaby**, merci pour les sessions piscine pendant l'externat, pour ta bonne humeur permanente, j'espère que tu es heureuse dans ta nouvelle vie.

Aux **teubés du vestibule**, merci de m'avoir permis survivre à l'externat, merci pour nos sous colles qui ne nous ont clairement pas fait gagner des points aux ECN et pour ce voyage inoubliable à Hawaii. **Riri**, merci pour nos week-ends annuels à Montpellier et Lyon, pour tes anecdotes et merci d'être mon premier ami marathonien, ça c'est la classe ! **Danny** (ou Bellamy) merci pour les barathons quand je rentre à Clermont, passe le bonjour à Charlotte Lopez.

A la **coloc du love**, merci pour ce premier semestre Perpignanais. **Anna**, merci de gérer mes drama et de me partager les tiens, merci pour nos voyages, nos photos incroyables (on est mieux en vrai), je suis certaine qu'on trouvera le moyen de se voir et de faire durer cette amitié, même aux 4 coins du monde. **Any**, merci de toujours me trainer dans tes plans sports de l'extrême, merci d'avoir écrit dans tes remerciements que je suis fun et délire (tu l'es aussi), j'espère un jour être une meuf aussi cool que toi. **Léa**, merci pour ton organisation (j'étais obligée). Merci de nous avoir fait découvrir ton île (et ses endroits instagramables), d'être ma binôme de planche à voile et de m'avoir forcé à faire du Sissy Mua 3 fois par semaine pendant 6 mois. **Yann et Matilda**, les darons du groupe, merci pour notre passion commune pour le karaoké, hâte d'emmener votre bébé un samedi soir au Black-out.

A **Mélanie J.**, merci pour tous ces rêves réalisés et ton soutien lors de mon entorse en Italie.

A **Paola et Maël**, merci pour avoir adouci ce semestre de Coronus, pour les pancakes, les gyozas, les pois au wasabi et les soirées devant les bas fond de Netflix. J'espère qu'on trouvera un jour une date pour aller boire un verre.

Aux copains du bateau, **Thomas, Benjamin et Julien**, merci pour ces moments de déconnexion, que ce soit à Toulon, sous la pluie de Bretagne ou en Corse, j'espère qu'on retrouvera le temps de faire une semaine ensemble.

A **Paul**, merci pour ces mois de coloc chez Ricci, tes histoires toujours inattendues et trop détaillées, tes memes de the office, nos grands moments sur le canapé à se raconter nos vies.

A **Clément**, merci pour ta patience et ton soutien sur ces derniers mois. Merci de ne pas me laisser tomber. Hâte de vivre tous nos projets, je t'aime.

ABREVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

APA : Activité physique Adaptée

CEPS : Plateforme Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

COFER : Collège Français des Enseignants de Rhumatologie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

INM : Intervention Non Médicamenteuse

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

LCC : Lombalgie Commune Chronique

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale

TABLE DES MATIERES

Remerciements	18
Abréviations.....	20
Table des matières	21
I. Introduction	23
a. Définition de la lombalgie commune chronique.....	23
b. Épidémiologie des LCC.....	23
c. Recommandations de prise en charge.....	24
d. Définition des INM	24
e. Objectifs de notre travail	25
II. Matériel et méthode	26
a. Type D'étude	26
b. Population cible.....	26
i. Critères d'inclusion :.....	26
ii. Critères de non inclusion.....	26
c. Recrutement.....	26
d. Méthode de recueil des données et exploitation	26
e. Analyse des données	27
f. Aspects juridiques	27
g. Guide d'entretien	27
h. Personnes impliquées.....	27
III. Résultats.....	28
a. Caractéristiques des médecins interrogés	28
b. Analyse thématique.....	29
i. Les INM utilisés	30
1. Les interventions psychologiques.....	31
a. La psychothérapie	31
b. La sophrologie	33
c. L'hypnothérapie	33
2. Les interventions physiques	33
a. L'activité physique (AP)	34
b. Les thérapies manuelles	38
i. La kinésithérapie	39
ii. L'ostéopathie.....	40
iii. Les massages	41
iv. L'acupuncture.....	41
v. La fasciathérapie.....	42
vi. La technique Moneyron	42

c.	Autres interventions physiques.....	42
i.	Cures thermales	42
ii.	Posturologie	43
3.	Interventions nutritionnelles.....	44
4.	Autres interventions.....	45
a.	Les objets ergonomiques.....	46
i.	La ceinture lombaire.....	46
ii.	Les semelles orthopédiques	46
ii.	Les thérapeutiques hors INM utilisées	47
1.	Le recours aux spécialistes	48
a.	Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).....	48
b.	Les centres anti douleur	48
c.	La médecine du travail	49
2.	Les conseils	49
a.	Les conseils des objets du quotidien	49
b.	Les conseils ergonomiques, de « protection » du dos	49
c.	L'application de chaleur	51
3.	Les examens complémentaires d'imagerie	51
4.	L'examen clinique.....	52
5.	Thérapeutiques médicamenteuses	53
a.	« Classiques » :	53
b.	Homéopathie.....	53
c.	CBD	53
iii.	Les thérapeutiques non médicamenteuses non utilisées	54
1.	Le repos	54
2.	Les tractions vertébrales	54
3.	Les magnétiseurs.....	54
4.	La chiropraxie	54
5.	La médecine chinoise	55
6.	Le sport sur ordonnance	55
iv.	Les facteurs influençant la prescription	55
1.	Les facteurs favorisants	56
a.	Les facteurs favorisants médecins.....	56
b.	Les facteurs favorisants patients.....	57
2.	Freins.....	58
a.	Freins médecins.....	59
b.	Freins patients	59
IV.	Discussion	61
a.	Forces et faiblesses.....	61
b.	Discussion des résultats	61
V.	Conclusion	65
	Références	67
	Annexes	70

I. INTRODUCTION

a. DEFINITION DE LA LOMBALGIE COMMUNE CHRONIQUE

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. (1) Elle est considérée comme chronique quand sa durée est supérieure à 3 mois.

Le Collège Français des Enseignants de Rhumatologie (COFER) distingue les lombalgies communes des lombalgies secondaires. Les lombalgies communes sont définies comme des douleurs du rachis lombaire en rapport avec des lésions mécaniques. Elles peuvent être d'origine discale, arthrosique, liées à une dysfonction musculaire ou associant plusieurs de ces mécanismes. Les lombalgies secondaires, elles, sont d'origine tumorale, infectieuse, inflammatoires ou fracturaires. (2)

Dans ce travail, nous nous intéresserons aux Lombalgies communes chroniques (LCC).

b. ÉPIDEMIOLOGIE DES LCC

La LCC est une pathologie fréquente dans le monde entier puisque selon une étude de 2015, sa prévalence était de 19,6% chez les 20-59 ans.(3) Elle représenterait la première cause d'invalidité dans le monde et sa prévalence serait en augmentation puisque le nombre d'années vécues avec une incapacité aurait augmenté de 54% entre 1990 et 2015. (4)

Selon le rapport de la Société Française de Médecine générale basée sur l'Observatoire de la Médecine Générale mené de 1993 à 2012, elle représenterait la 8^{ème} cause de consultation en médecine générale tout âge confondu et la 4^{ème} chez les patients de 40 à 60 ans, soit 11% des patients. (5) En moyenne, chaque année, un médecin généraliste français voit 92 patients pour une lombalgie, qui consultent en moyenne une fois et demie pour ce problème de santé.(5) Dans son rapport annuel charges et produits pour 2017, l'Assurance maladie soulignait le problème que posent les lombalgies, véritable enjeu économique (coût de plus de 900 millions d'euros par an).(6)

Selon le rapport de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) réalisé en 2018 elle représentait la cause de 7% des arrêts de travail, de 30% des arrêts de plus de 6 mois et la 3eme cause d'admission en invalidité. (7)

c. RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE

En 2019, à la demande de La Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la HAS a élaboré des recommandations de bonnes pratiques quant à la prise en charge des lombalgies, à destination des professionnels de santé.(1)

Ces recommandations s'appuient sur une prise en charge bio-psycho-sociale avec une approche centrée patient et laissent une grande place à la prise en charge non médicamenteuse, réservant la prise en charge médicamenteuse à une « visée symptomatique et non curative ». (1)

Ainsi sont indiqués en premier lieu l'exercice physique, l'autogestion, la kinésithérapie, l'éducation à la neurophysiologie de la douleur, les techniques manuelles, les interventions psychologiques type Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) et les programmes de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale et professionnelle. C'est également ce qui ressort des recommandations internationales comme le montre une revue de la littérature réalisée en 2018, comparant les recommandations de bonnes pratiques de 15 pays, dans laquelle sont également citées d'autres interventions telles que le yoga, les massages et la méditation en pleine conscience. On s'aperçoit dans cette étude que la place donnée aux thérapies non médicamenteuses est de plus en plus importante dans ces recommandations internationales comparativement à ce qu'elles l'étaient en 2010. (8)

d. DEFINITION DES INM

Dans ce travail, nous utiliserons pour ces thérapies non médicamenteuses, le terme d'Interventions Non Médicamenteuses (INM), celles-ci sont définies dans la revue Hegel en 2017 comme « une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine visant à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé et ayant fait l'objet d'étude d'efficacité avec un impact observable sur des indicateurs de santé. » (9) et peuvent être classées, comme les a identifiées la Plateforme Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support (CEPS) de Montpellier en 5 catégories :

- Interventions psychologiques en santé
- Interventions physiques en santé
- Interventions nutritionnelles en santé
- Interventions numériques en santé
- Autres interventions

Bien qu'elles soient de plus en plus présentes dans les recommandations, il semblerait que leur utilisation soit difficile à évaluer en soins primaires.

En 2011, un rapport de la HAS sur le « développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées » mettait en évidence que « l'hypothèse selon laquelle il existerait un écart entre les recommandations de bonnes pratiques et les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses sur le terrain n'a pas pu être vérifiée en raison de l'absence de traçabilité des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses. » (10)

Des freins ont tout de même été identifiés par ce rapport tels que le contexte socio culturel, le mode de financement des soins, la mauvaise information, le manque d'adhésion des médecins et des patients et l'impact des inégalités sociales sur la prescription de ces INM. (10)

Dans le cas de la prise en charge des lombalgies chroniques, il existe peu d'études, qui semblent toutes montrer une différence entre les recommandations et la pratique en soins primaires.(11)(12)

e. OBJECTIFS DE MON TRAVAIL

La prescription d'INM fait pleinement partie de la prise en charge globale du patient lombalgique chronique en soins primaires, est-ce vraiment le cas ? Quels sont ces INM ?

L'objectif principal a donc été d'explorer les pratiques des médecins généralistes d'Occitanie concernant l'utilisation des INM dans la lombalgie chronique commune.

L'objectif secondaire a été d'explorer les potentiels freins et facteurs influençant leurs utilisations.

II. MATERIEL ET METHODE

a. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive.

b. POPULATION CIBLE

i. CRITERES D'INCLUSION :

Les médecins inclus étaient des médecins généralistes thésés, installés en Occitanie et ayant donné leur consentement libre et éclairé.

ii. CRITERES DE NON INCLUSION

Médecins généralistes remplaçants ou n'exerçant pas en cabinet de médecine générale

c. RECRUTEMENT

Le recrutement a eu lieu via des connaissances de l'investigatrice puis par effet boule de neige. Les médecins interrogés ont été contacté de vive voix ou par téléphone. Le recrutement a cessé lorsqu'a été atteinte la saturation des données.

d. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES ET EXPLOITATION

Le recueil des données a été réalisé via des entretiens individuels semi-dirigés sur échantillon variable, avec procédure d'anonymisation et information des médecins. Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou par téléphone en fonction de la localisation des interrogés, après explication de l'étude et recueil de leur consentement oral. Les propos des interrogés ont été recueillis par un dictaphone, puis retranscrits mot à mot de manière anonyme et le plus rapidement possible en verbatim.

e. ANALYSE DES DONNEES

Il s'agit d'une analyse thématique continue jusqu'à saturation des données.

f. ASPECTS JURIDIQUES

En accord avec la Loi Jardé du 5 mars 2012, l'accord du Comité de Protection des Personnes n'est pas requis, s'agissant d'une étude n'impliquant pas la personne humaine.

Selon le Code de la Santé Publique, toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

Le consentement oral des médecins interrogés a été recueilli après les avoir informés du but et du déroulé des entretiens.

Le stockage des données de l'étude a été réalisé dans l'ordinateur de l'investigatrice et elle seule a eu accès aux données. Les enregistrements ont été retranscrits et anonymisés puis détruits après retranscription.

Concernant la protection des données, une fiche d'analyse d'impact a été déposée et acceptée auprès du Délégué à la protection des données de l'Université de Montpellier.

g. GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été réalisé sous la forme d'un fichier Word, permettant de couvrir l'ensemble des champs explorés par la problématique et de relancer les médecins interrogés sur certains points plus précis qu'ils pourraient ne pas évoquer spontanément.

h. PERSONNES IMPLIQUEES

Gaëlle ROBERT a effectué les entretiens, la transcription des entretiens, l'analyse thématique et la rédaction des résultats.

Dr Jérôme CAMPAGNAC a aidé à la réalisation de la fiche projet, du guide d'entretien, à la relecture des entretiens et à réaliser la triangulation des résultats.

Dr Sylvain PAVAGEAU et Dr Agnès OUDE ENGBERINK ont aidé à l'élaboration de la fiche projet.

III. RESULTATS

a. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS INTERROGES

Un total de 9 entretiens a été réalisé sur une période de 6 mois entre le 3 novembre 2023 et le 27 avril 2024. La saturation des données a été obtenue au terme du 8ème entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour arriver à une validité scientifique correcte. La durée moyenne des entretiens était de 14 minutes. Sur les 9 entretiens, 5 ont été réalisés en présentiels et 4 par téléphone dû à la localisation des interrogés.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau ci-dessous :

TOTAL des médecins interrogés		9
Sexe	Hommes	5
	Femmes	4
Mode d'exercice	Seul	0
	Associé	8
	MSP	1
Milieu d'exercice	Urbain	1
	Semi rural	7
	Rural	1
Années d'installation	< 5 ans	2
	Entre 5 et 10 ans	2
	> 10 ans	5
Formations particulières	En lien avec étude	2
	Sans lien avec étude	5
	Sans formation particulière	2

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés

Parmi les médecins interrogés, 2 avaient une formation initiale en rapport avec le sujet d'étude, à savoir un Diplôme Universitaire (DU) en médecine manuelle et homéopathie et DU d'acupuncture pour le médecin A, capacité de médecine du sport pour le médecin D.

b. ANALYSE THEMATIQUE

De l'analyse thématique sont ressorties 4 thématiques principales :

- Les INM utilisées
- Les thérapeutiques hors INM utilisées
- Les thérapeutiques non médicamenteuses non utilisées
- Les facteurs influençant la prescription

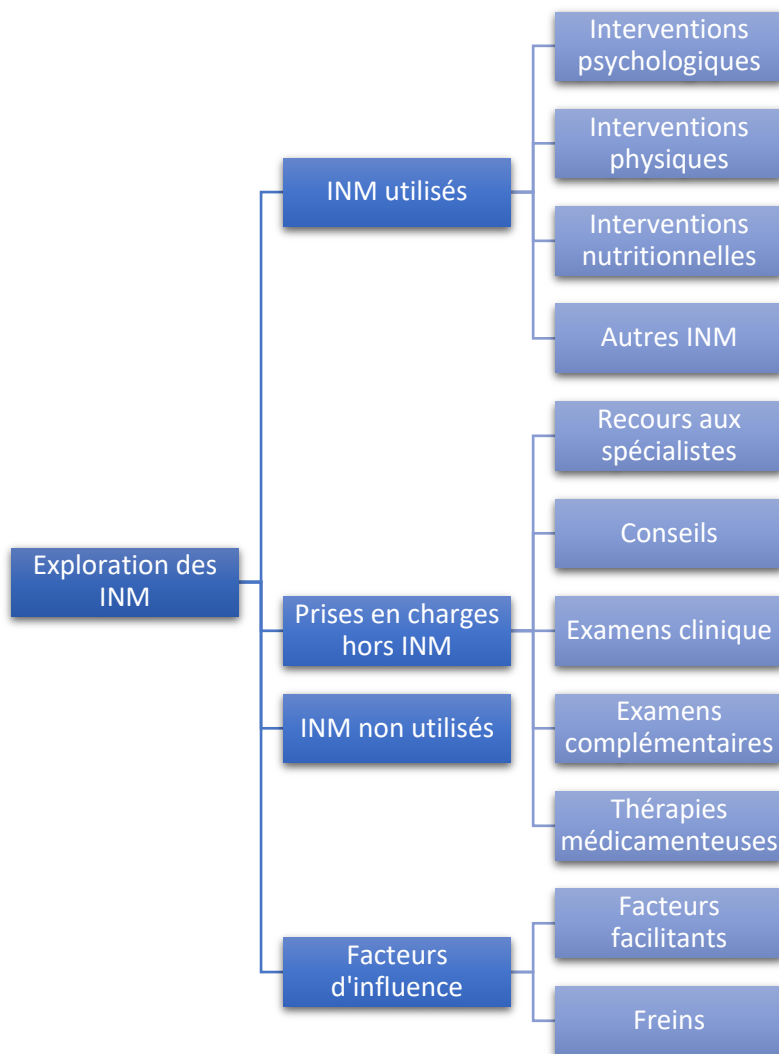


Figure 1 – Analyse thématique – vue d'ensemble

i. LES INM UTILISES

Parmi les INM utilisés, on a pu distinguer 4 sous catégories :

- Les interventions psychologiques
- Les interventions physiques
- Les interventions nutritionnelles
- Les autres interventions

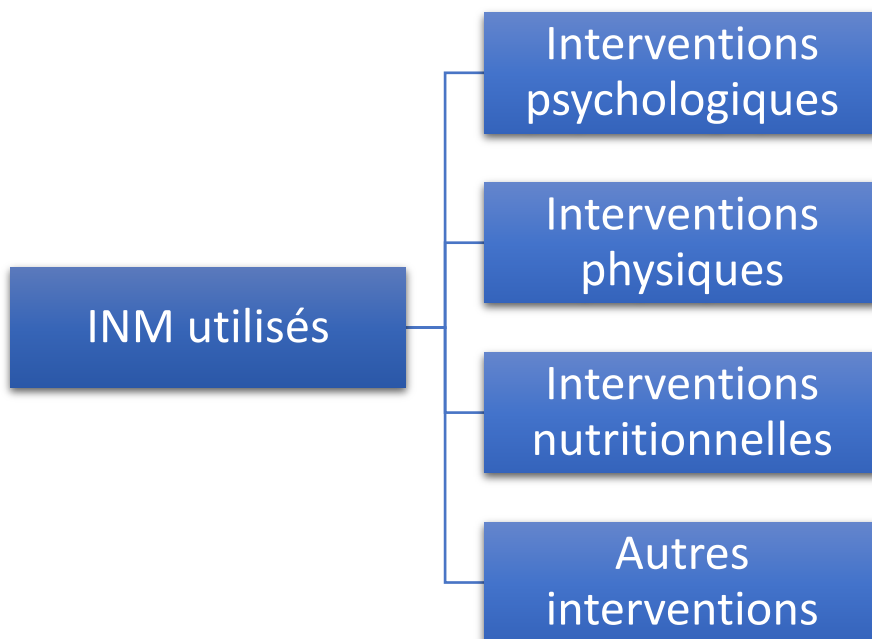


Figure 2 – INM utilisés

1. LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

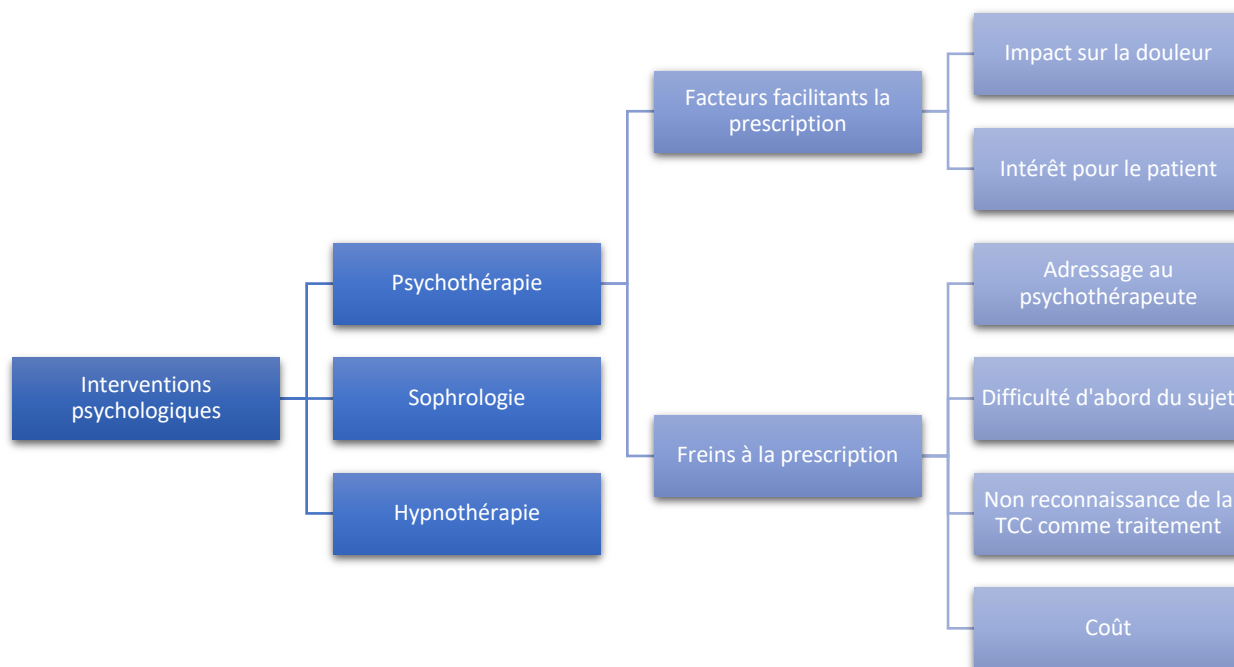


Figure 3 – Interventions psychologiques

a. LA PSYCHOTHERAPIE

- On a retrouvé plusieurs facteurs facilitants sa prescription :
 - Les médecins interrogés admettaient l'impact de la santé mentale sur la douleur dans la lombalgie chronique

« Est-ce que la lombalgie augmente la dépression, la dépression augmente la lombalgie ? Souvent la lombalgie ça leur tape sur le système, puis quand on en a plein le dos on a mal au dos, c'est peu lié quand même. » MC

« Les gens ils entendent que ça n'a rien à voir avec la folie d'avoir des symptômes qui proviennent du stress et que on peut tout mesurer chez eux sauf leur stress et il y a forcément dans toute douleur une part de stress. » ME

- Ils étaient prêts à en parler en fonction du patient

« Il faut savoir à qui on peut le proposer, selon les patients on pourra le proposer à quelqu'un qui aura une oreille là-dessus. » MB

« Mais je pousse pas, enfin après ça dépend, si ils ont une souffrance psychologique ect, oui, c'est évident. » MH

- Néanmoins, plusieurs freins à cette prescription ont pu être mis en évidence :
 - Plusieurs ont admis parler facilement aux patients de l'impact de leur santé mentale sur la douleur, sans forcément leur proposer une prise en charge psychologique spécifique

« J'en parle spontanément mais je propose pas forcément d'aller voir un psychologue ou un psychiatre directement. » MD

- La difficulté d'abord du patient venant pour une problématique de douleur :

« Mais c'est très difficile à aborder, c'est très difficile de faire admettre quelque fois le côté psychosomatique, terme que je n'aime pas beaucoup, de faire admettre que le corps et l'esprit sont très très liés. C'est pas très facile en clientèle, en consultation, de demander aux gens de gérer ça sur une lombalgie aigue comme chronique. » MA

« Alors déjà quand tu vas parler de la psy elle va un peu péter les plombs, elle va me dire « mais je suis pas fou docteur. » MG

- Plusieurs médecins ont admis ignorer que les TCC faisaient partie des recommandations de prise en charge dans la LCC

« Après je vais pas forcément penser aux TCC dans le but d'améliorer la lombalgie, enfin si mais voilà, plus si il y a un retentissement psychologique. Je savais pas que les TCC particulièrement d'ailleurs. » MC

« Non franchement non tu me l'apprends. » MG

- Enfin, plusieurs ont soulevé la problématique du coût pour les patients

« Après psychologue pareil, ça va être 50-60€ la séance, on est limités quand même. » MG

« C'est plus souvent une question d'accès... Oh ben voir le psychologue, le remboursement. » MB

b. LA SOPHROLOGIE

Un des médecins interrogés a déclaré avoir déjà prescrit de la sophrologie à ses patients. Le principal facteur influençant la prescription était la proximité géographique de 2 sophrologues.

« J’y pense au fur et à mesure, j’ai pu conseiller d’aller voir un sophrologue. Ouais non si sophrologue j’en parle souvent parce qu’il y en a deux à proximité. » MD

c. L’HYPNOTHERAPIE

L’hypnothérapie a été citée comme prescrite par un des médecins interrogés.

« Éventuellement derrière faire un peu d’hypnose aussi. » MD

2. LES INTERVENTIONS PHYSIQUES

Les médecins interrogés ont évoqué plusieurs types d’interventions physiques prescrites dans la prise en charge de leurs patients lombalgiques :

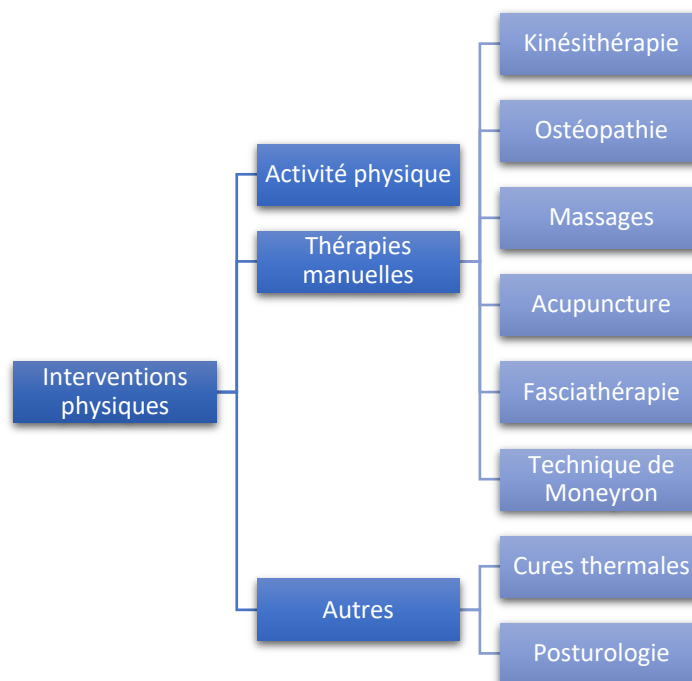


Figure 4 – Interventions physiques

a. L'ACTIVITE PHYSIQUE (AP)

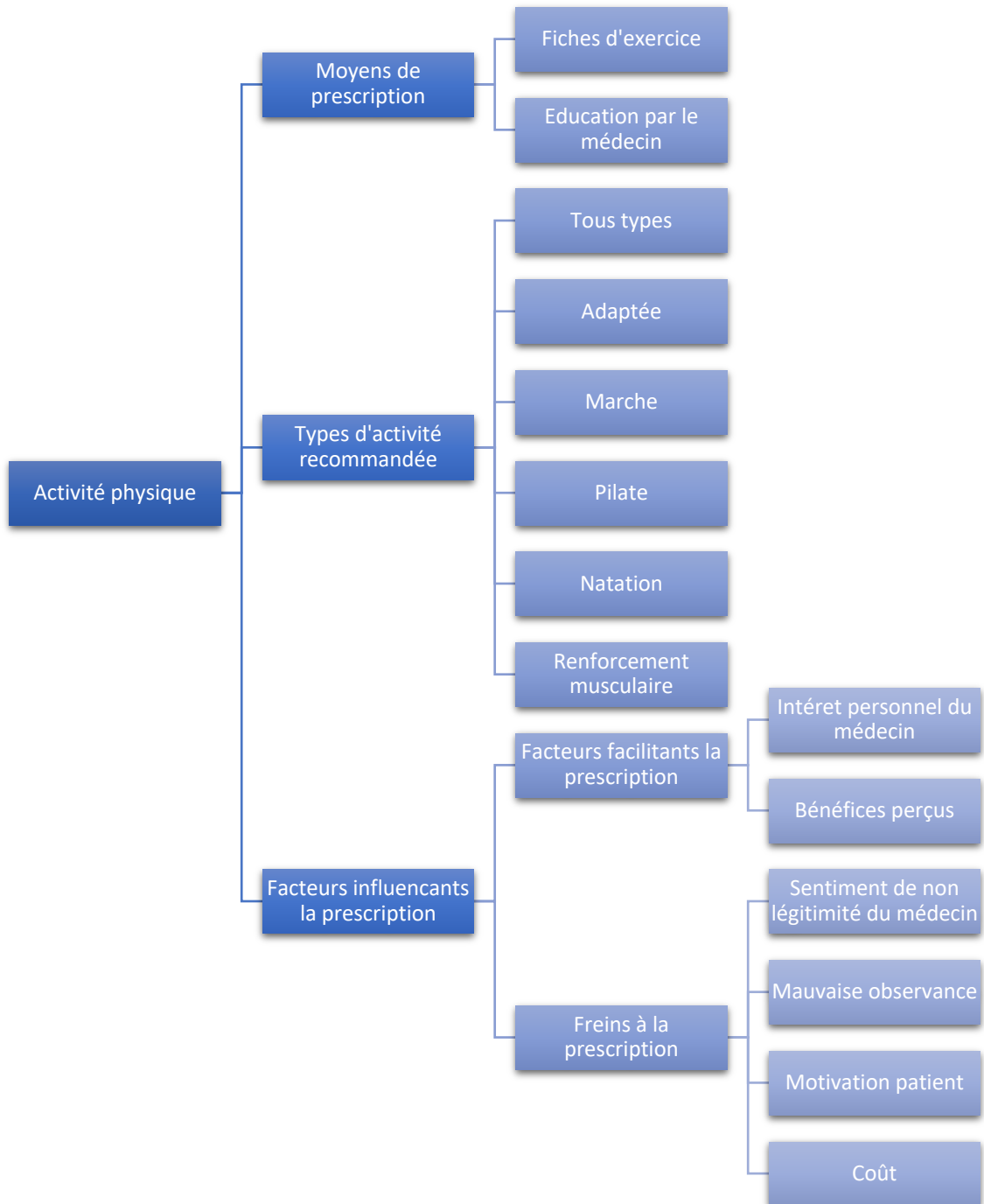


Figure 5 – Activité physique

- Différents moyens ont été cités pour la prescription d'activité physique

- Les fiches d'exercices

« Je sais pas si c'est la HAS ou je sais pas quoi, qui avait fait tout un truc sur les douleurs, avec il me semble des exercices d'assouplissement, d'étirements et tout ça et j'avoue que avant je leur donnais. » MC

« J'avais des documents sur le dos pour essayer justement de donner à la personne une base de données ou un support papier. » MD

- L'éducation par le médecin

« Je montre même ici au cabinet, je montre les étirements pour le psoas. » MF

- Différents types d'activité physique peuvent être recommandés

- Tous types d'AP

« Après je finis par dire qu'ils font le sport qu'ils aiment pour que ça dure dans le temps. » MF

« Non, je discute avec mon patient, j'essaie de voir ce qu'il peut mettre en place. En général je parle de marche, de vélo de choses comme ça mais ça dépend du type d'activité du patient. » MB

- L'activité « adaptée » à la lombalgie

« Tout ce qui est course à pied, machin, je vais leur dire que c'est pas ce qui est le plus adapté » MC

« Mais ouais, je leur dis par exemple « si vous faites du tennis, bon c'est pas le meilleur sport pour les lombalgies chroniques, y a beaucoup d'efforts de contrainte, de torsion, de choses comme ça. » Donc plutôt des trucs doux » MH

- La marche

« Moi je dis marche, tout ce qui est lombalgie je dis marche. Je lui ai dit qu'il fallait marcher parce que il marche pas assez. Marche, marche à plat, sans dénivelé, sans escalier. » MI

« d'aller juste marcher faire un peu de marche nordique. » MD

- Le pilate

« Je milite pas mal aussi pour le pilate, alors j'en fais pas, mais je sais que pour la posture c'est quand même, y a rien de mieux et pour les lombalgies chroniques c'est quand même bien. J'ai trois-quatre patients qui ont été vraiment transformés par ça. » ME

« Je conseille assez souvent faire du Pilate en fait quand même. » MD

- La natation

« Et les sports plutôt la natation » MH

- Le renforcement de la sangle abdominale

« Voilà surtout j'explique que il faut renforcer la sangle abdominale parce que c'est ça qui fait le truc. » MH

« Mais tout est le travail, oui, dans les lombalgies communes hein, le travail du core comme disent les anglais, du core training, de la sangle abdominale. » MF

- Les étirements

« D'essayer de s'imposer des exercices tous les jours, en tout cas régulièrement, avec en première intention effectivement des étirements. » MD

- Plusieurs facteurs d'influence de la prescription d'activité physique ont été identifié

- Les facteurs facilitants la prescription d'activités physiques :

- L'intérêt personnel du médecin

« Tu sais moi j'aime beaucoup le sport comme toi, j'ai pu comprendre, donc là par exemple là je suis axée très sport parce que j'aime ça et je sais ce que ça m'apporte. » MF

- Les bénéfices perçus par le patient

« Il y en a certains qui ont réussi à trouver la motivation pour s'inscrire en salle de sport, ou autre chose comme ça et c'est vrai que mine de rien, ils le disent eux même que ça va beaucoup mieux, quand ils font de l'exercice, quand ils font du sport, quand ils reprennent le sport.... Ils ont un bénéfice, je pense, escompté, enfin ils remarquent bien que le bénéfice est important. » MD

- Les freins à cette prescription :

- Les médecins pouvant se sentir non légitimes sur le sujet

« Je n'en parle pas ...j'espère que ce soit le kiné qui en parlera mieux que moi franchement. » MG

- La mauvaise observance des patients

« bon ils disent qu'ils savent à peu près ce qu'il faut faire etc, mais qu'ils ne le font pas suffisamment, donc ils en ont en partie conscience. » MD

« ils sont souvent contemplatifs, le plus souvent » MB

- Difficulté à initier de nouveaux comportements chez le patient

« Le plus souvent, pour moi, je ne sais pas si c'est moi qui caricature ou pas mais vraiment il y a ceux qui ont des activités qu'on a envie de freiner et puis tu as ceux disent « oui oui j'en fais » et puis tu les croise à xx., tu les vois prendre la voiture pour aller faire les courses et toujours prendre la place la plus près de la porte du supermarché. » MB

« Oh ben en général les gens qui font déjà du sport, continuent à en faire et ce qui n'en faisaient pas, je ne suis pas sûre d'avoir révolutionné leurs vies en disant ça. Les gens qui sont sédentaires c'est quand même difficile de les faire bouger. » MC

- Coût

« (à propos du pilate) Après ça coûte un bras » ME

b. LES THERAPIES MANUELLES



Figure 6 – Les thérapies manuelles

i. LA KINESITHERAPIE

La kinésithérapie a été citée comme prescrite dans la lombalgie chronique chez tous les médecins interrogés

« Je prescris facilement du kiné » MA

« Bien sûr je prescris de la kiné enfin ! A chaque fois. » ME

- Cette prescription est réalisée dans plusieurs buts :

- Antalgie

« Pour une piqûre de rappel et les soulager en phase aigüe. » MD

« quand il faut entretenir tout ça parce qu'il y a de grosses tensions musculaires » MA

« Ils y vont, tant que ça les soulage. » MB

- École du dos / auto rééducation

« Le kiné, va falloir qu'il lui montre des autos exercices à faire à la maison et que c'est eux qui vont devoir travailler tous les jours. »

« c'est qu'il faut de temps en temps quand même faire une petite piqûre de rappel, aller voir le kiné parce qu'on finit toujours par faire des exercices faciles, qu'on a envie de faire et qui sont pas toujours, pas bien adaptés. » MD

- Adaptation de l'activité physique

« Je passe beaucoup par les kinés. Je veux dire même quand on discute un peu d'activité physique je dis aux patients « voyez avec votre kiné, discutez de ce que vous pouvez faire ou pas ». MB

« C'est pour ça que j'aime bien qu'il y ai aussi le kiné aussi pour leur montrer les exercices à faire et comment les faire pour pas faire plus de dégâts. » MC

- « Entretien »

« J'essaie des fois de dire aux gens, enfin je prescris du kiné pour pouvoir leur dire : gardez une ordonnance en stock et allez-y une fois de temps en temps pour faire une petite piqûre de rappel, essayer d'entretenir un peu les choses, ou d'avoir un peu, de gérer la fréquence en fonction de gênes ressenties. » MD

- Néanmoins, des freins spécifiques ont pu être identifiés :

- Techniques de kinésithérapie pas toujours adaptées

« Après je sais jamais trop si ce que fait le kiné c'est adapté ou pas. Et même moi je ne sais pas forcément ce qu'il faut exactement faire. » MC

« Ça dépend de ce qu'ils font. » MD

- Mauvaise observance des patients

« Ceux chez qui on ne peut pas trop mettre en œuvre parce qu'ils n'ont pas le temps ou pas envie d'aller chez le kiné. » MA

- Non-conformité aux attentes des patients

« J'ai l'impression d'embêter mes patients parce qu'ils vont pas avoir beaucoup de massage. » MF

ii. L'OSTÉOPATHIE

L'ostéopathie a été citée par un certain nombre de médecins interrogés.

« Ostéopathe aussi, je conseille bien sûr tout ça ostéopathie, acupuncture » MF

« Oui, quand j'ai fait un bilan, quand j'ai eu les imageries et que je vois qu'il y a pas d'hernie tout ça, oui ça marche bien. »

- Néanmoins, cette prescription n'est pas revenue comme systématique, sont ressortis des facteurs facilitants :

- Examen clinique retrouvant un « blocage »

« J'examine, et suivant ce que je vois, je demande à un ostéopathe, bien souvent, d'essayer d'enlever les blocages. » MA

« Plutôt pour libérer les contractures musculaires je crois que des fois ça peut avoir un effet. » MC

- La prescription peut également être faite en réponse à une demande des patients

« Ce n'est pas forcément moi qui le propose en premier. » MB

- Plusieurs médecins se sont dit prudents quant à la prescription d'ostéopathie, évoquant plusieurs freins

- Indication non adaptée au chronique

« J'ai l'impression que les ostéo soulagent plus sur des douleurs musculaires un peu aiguës, des choses comme ça que vraiment sur les lombalgies chroniques, mais c'est sûrement un a priori. » MB

- « Vision » du médecin de l'ostéopathie

« J'ose pas trop forcément encore pour le moment, envoyer parce que je veux pas qu'ils aillent faire n'importe quoi avec n'importe qui. Après je veux pas qu'ils les fassent craquer voilà c'est surtout ça. » MC

- Coût

« L'ostéo je propose pas trop, tu sais c'est pas pris en charge. » MG

iii. LES MASSAGES

Les massages ont été cités par un médecin, dans un but antalgique.

« Je conseille souvent les massages quand le conjoint aime bien. Après il y a le plan symptomatique et le plan symptomatique je conseille souvent les massages. » MA

iv. L'ACUPUNCTURE

L'acupuncture a été citée par plusieurs médecins interrogés :

« ça peut m'arriver de recommander de l'acupuncture. » ME

« moi j'en parle pas spontanément je suis pas très acupuncture du coup j'en parle pas. » MC

- Dans les cas où elle était prescrite, plusieurs **facteurs facilitants cette prescription** ont pu être retrouvés :

- L'intérêt du patient

« Il m'arrive de prescrire de l'acupuncture chez des gens qui seraient intéressés par ça. » MA

- Le réseau du médecin

« D'autant que là on a une nouvelle qui s'est installée, B. G., qui est super bien et qui fait un G à 25 balles. » ME

- Des freins ont néanmoins pu être identifié :

- Le manque d'information sur le sujet

« Acupuncture en général non j'en parle pas plus que ça, non. Parce que je connais pas suffisamment. »
MD

- Les habitudes de prescription

« Parce que je connais pas suffisamment et parce que j'ai pas, j'y pense pas forcément. » MD

v. LA FASCIATHERAPIE

La fasciathérapie a été citée par un médecin, son utilisation était influencée par la connaissance personnelle d'un praticien.

« Parce que je connais quelqu'un qui le fait très bien. Voilà. Forcément il faut connaître quelqu'un. »
MF

vi. LA TECHNIQUE MONEYRON

« Après des fois je fais, ça m'est arrivé aussi de travailler avec un médecin MPR de formation, qui fait une approche aussi, un peu médecine manuelle, médecine ostéopathique, et qui fait de la technique du Moneyron. C'est une technique de décordage, un peu globale, et des fois ça m'arrive d'envoyer à, M.V. il s'appelle, qui est censé prendre en charge un peu plus globalement, débloquer au niveau tendineux, c'est la technique de Moneyron. Ça se fait en une ou deux séances et ça ressemble un petit peu à, enfin c'est un peu le même principe que l'ostéopathie, enfin c'est un peu le même bénéfice » MD

c. AUTRES INTERVENTIONS PHYSIQUES

Parmi les autres interventions physiques utilisées, ont été cités les cures thermales et la posturologie.

i. CURES THERMALES

Les cures thermales ont été citées comme prescrites par plusieurs médecins dans la LCC. Le principal facteur influençant étant la localisation.

« Je propose facilement des cures thermales, surtout que bon ici c'est commode. » MB

ii. POSTUROLOGIE

La posturologie a été citée par les différents médecins interrogés.

- Dans le cas où elle était prescrite, plusieurs facteurs facilitants ont pu être identifiés :

- En fonction de l'examen clinique :

« Et donc quelque fois j'arrive à discerner des déséquilibres que je vais essayer de compenser, autant que possible donc d'abord je m'aide d'un posturologue. » MA

« peut être plus quand je vois qu'il y a des scoliozes, des choses comme ça. » MC

- En fonction de la formation initiale du médecin

« Et donc je me penche souvent sur la posture et sur les équilibres de posture. (...) mais ça c'est ma formation d'ostéopathie. » MA

- En fonction des praticiens disponibles sur le secteur

« On a la chance d'avoir une dame podologue spécialisée en posturologie à C., et donc c'est pas très compliqué pour eux et donc c'est quelque chose que je fais assez facilement. » MA

« Il y a le Dr. R à L. qui fait de la posturo et du coup je peux les envoyer. » MC

- En fonction de la demande des patients

« C'est toujours enfin c'est plus une demande que moi qui vais l'initier, c'est pas moi qui initie ça. » MB

- Chez les médecins ne la prescrivant pas, plusieurs freins à sa prescription ont pu être relevés

- Des résultats non au rendez-vous

« Les résultats sont pas obligatoirement complètement au rendez-vous parce que c'est pas du tout facile d'équilibrer quelqu'un au plan postural. » MA

- Une mise en œuvre compliquée de par le coût et la localisation

« Ça peut obliger à des prises en charge compliquées de type orthoptiste..., ça peut être long, compliqué. Et quand y a des gros problèmes dentaires parfois ça intervient beaucoup dans la posture, il faut quelque fois des gros soins dentaires ou des gouttières, il peut y avoir un frein parce que c'est cher » MA

- Un manque d'information du médecin

« Posturo par contre non, j'y connais rien et non ça tu vois je prescris pas la posturo. » MI

- Un sentiment de sur-sollicitation des médecins

« Leur pratique, les trucs, les machins, j'ai un peu de mal quand même. C'est ça qui m'agace, je dis pas qu'il faut pas le faire, mais qu'ils se débrouillent. » MB

3. INTERVENTIONS NUTRITIONNELLES

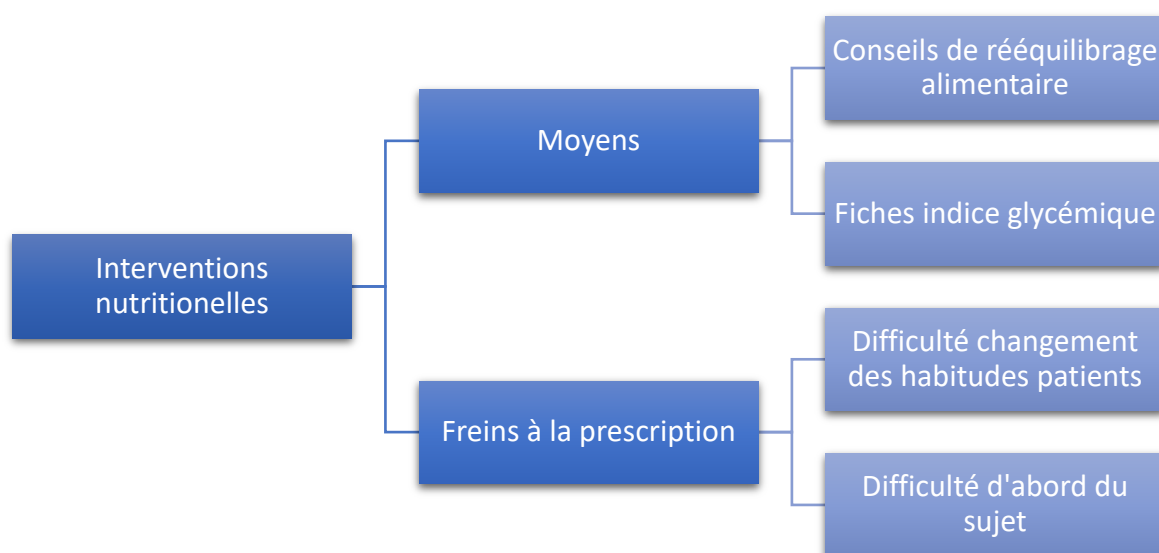


Figure 7 – Interventions nutritionnelles

Les conseils nutritionnels dans le but d'une perte de poids ont été évoqués comme utilisés par plusieurs médecins interrogés.

« L'autre axe c'est l'alimentation, c'est la perte de poids. » ME

« Si jamais ils sont en surpoids je vais essayer d'évoquer un rééquilibrage alimentaire pour limiter la prise de poids. » MH

- Les moyens utilisés seront :

- Les conseils de rééquilibrage alimentaire

« Oh c'est ce que je conseille un petit peu toujours hein c'est juste une petite réduction douce, des choses comme ça, je ne prescris jamais de régimes hypocaloriques sévère ou de diet protéinée ou je ne sais quoi pas du tout. C'est plutôt certains petits ajustements sur les sucres, les graisses, mais toujours très soft. » MB

- Les fiches d'indice glycémique

« Je leur remets souvent dans une fiche d'index glycémique des aliments. Je trouve ça parle assez bien parce que ça leur donne des exemples concrets. Tu vois notamment ils te disent « ah je pensais pas que tel truc : le riz, notamment les patates... » » ME

- Néanmoins, les médecins semblent se heurter à des freins, qui sont

- La difficulté de changer les habitudes du patient afin d'initier cette perte de poids.

« Où je galère parce que je pense qu'il bouffe mal et trop et il ne perd pas de poids et tu connais très bien, ils disent qu'ils mangent rien mais ils pèsent 115 kg hein et avec du coup... » MF

- Ainsi que la difficulté à aborder ce sujet avec les patients

« C'est difficile ce sujet de perte de poids. Ils te regardent déjà avec des gros yeux, oui ! » MF

4. AUTRES INTERVENTIONS

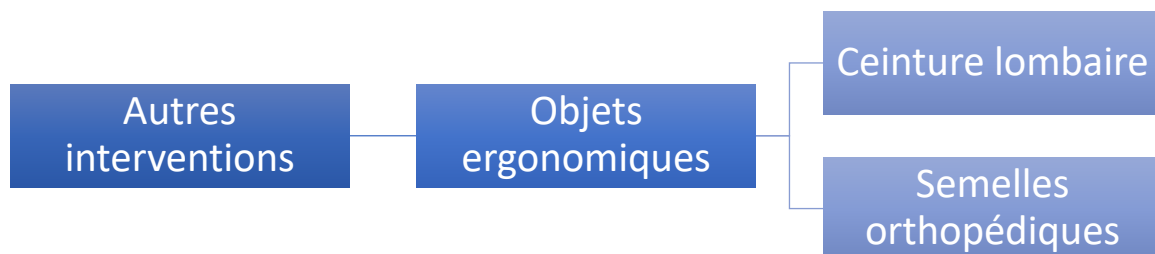


Figure 8 – Autres interventions

a. LES OBJETS ERGONOMIQUES

Enfin, on pourrait classer une dernière catégorie d'INM avec les objets ergonomiques, comprenant la ceinture lombaire et les semelles orthopédiques.

i. LA CEINTURE LOMBAIRE

La ceinture lombaire a été citée parmi les différents médecins interrogés. La prescription pouvant être influencée par deux facteurs :

- Dans des cas particuliers :

« Des fois il y a la ceinture lombaire quand vraiment c'est des actifs et qu'ils veulent faire des trucs. J'explique bien moi « à la limite la ceinture lombaire mais vous allez la mettre que quand vous faites des efforts, ou autrement ne la portez pas forcément ». » MG

« Ça je prescris vraiment que en aiguë, quand ils sont très douloureux, mais je leur dis vraiment que c'est que si ils ont un long trajet à faire en voiture., un déménagement, un truc comme ça... »MH

- En réponse à la demande de patients

« Après il y a la ceinture lombaire. J'aime pas ça mais parfois je suis fatiguée comme des fois le vendredi après-midi je le marque, mais non j'aime pas ça. »

ii. LES SEMELLES ORTHOPEDIQUES

Les semelles orthopédiques ont été citées par les différents médecins interrogés.

- Dans le cas de leur prescription, on a pu identifier un facteur influençant :

- L'examen clinique

« Si je vois qu'il y a vraiment un déséquilibre, tu sais, une asymétrie qui tape au niveau du corps. » MF

- Des freins ont également été identifiés :

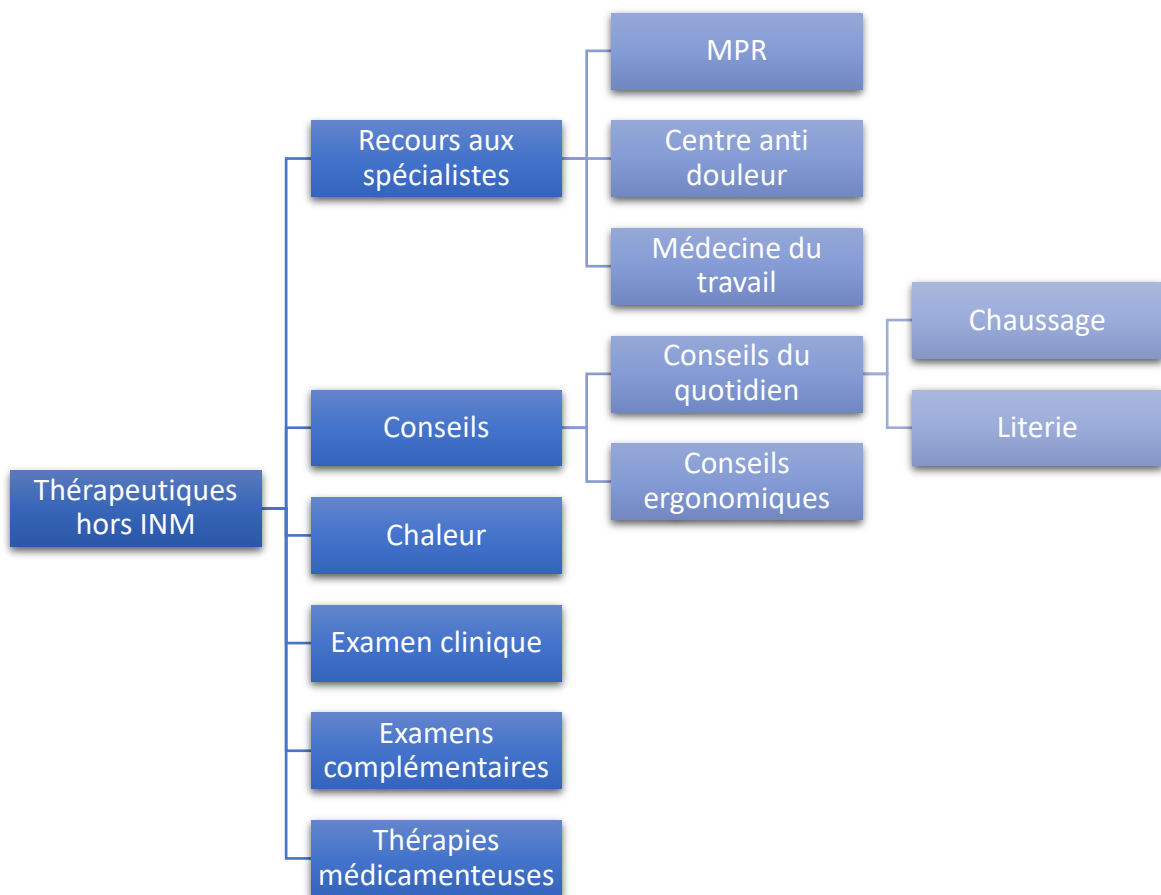
- Le manque de résultats

« j'ai beaucoup de podologues qui m'ont dit que, en réalité, c'est assez rare d'avoir des lombalgies expliquées par des problèmes de semelles » ME

- L'expérience clinique du médecin

« Et puis d'ailleurs au-delà de ce que m'ont dit les podologues j'ai bien vu que ça payait pas trop quoi. » ME

ii. LES THERAPEUTIQUES HORS INM UTILISEES



Figures 9 – Thérapies hors INM

1. LE RECOURS AUX SPECIALISTES

Parmi les prises en charge hors INM proposées par les médecins interrogés, on retrouve l'adressage aux médecins spécialistes, plusieurs ont été cités :

a. MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (MPR)

- Le recours aux médecins MPR a été cité par plusieurs médecins, dans différents buts :

- Une prise en charge des situations « compliquées »

« Dans les situations très difficiles à gérer » MD

- Une rééducation mieux menée

« Dans les situations très difficiles à gérer et c'est qu'après un séjour en rééducation au CHU notamment où derrière il y a eu un bénéfice, quand même escompté, mais avec simplement une rééducation mieux menée. » MD

b. LES CENTRES ANTI DOULEUR

- Le recours aux centres anti douleur a été cité dans différents buts :

- Une prise en charge pluridisciplinaire

« J'essaie de renvoyer vers le centre antidouleur pour aussi avoir une approche multidisciplinaire en fait. » MD

- TENS

« Après tout ce qui est TENS tout ça par exemple c'est vrai que j'essaie d'y penser. Mais bon nous on est un peu un peu bloqués en fait donc c'est pour ça que j'essaie de renvoyer vers le centre antidouleur. » MD

- Mise en place d'une psychothérapie

« Et puis derrière de temps en temps, une approche aussi un peu bien sûr psychologique. Indépendamment du centre des douleurs, c'est un peu rare, c'est difficile de faire accepter. » MD

- Néanmoins, le frein de la difficulté d'accès a été cité par un des médecins interrogés :

« Ouais bon le problème c'est qu'ici le délai moyen c'est de 4-5 ans, donc il est mort avant. » MG

C. LA MEDECINE DU TRAVAIL

Un des médecins interrogés déclare adresser les patients à la médecine du travail afin d'améliorer l'ergonomie de leur poste de travail.

« Je propose aussi sur les gens qui travaillent. J'essaie de aussi de renvoyer vers la médecine du travail en proposant derrière une ergonomie du poste du travail. » MC

2. LES CONSEILS

Un certain nombre de conseils sont donné aux patients atteints de LCC :

a. LES CONSEILS DES OBJETS DU QUOTIDIEN

▪ Adaptation du chaussage

« Et des chaussures, le chaussage aussi, avoir des chaussures quand même avec un peu d'amorti et puis souvent un talon un petit peu plus, une petite surélévation du talon, pas être complètement à plat. »MC

▪ Adaptation de la literie

« Ah si, quand même souvent sur les douleurs de dos je parle pas mal de la literie. Voilà, est-ce que le matelas il a pas 10 ans, 20 ans ? » MC

b. LES CONSEILS ERGONOMIQUES, DE « PROTECTION » DU DOS

▪ Ces conseils peuvent concerner différents domaines :

• Le port de charge

« De porter près du corps, pas bras tendus. Oui je montre, je montre beaucoup. Je me lève souvent, je montre beaucoup de choses. » ME

« les mouvements de port de charge de bien plier les genoux fin voilà... » MH

« D'éviter le port de charges lourdes et petits conseils d'ergo c'est-à-dire de plier les genoux pour éviter de se pencher en avant... de faire attention au port de charges : pas bras tendus, porter les choses contre le corps, genoux fléchis et on se redresse en gardant le dos droit. Éviter le port de charge avec en plus une torsion des lombaires. » MA

- Les travaux en hauteur

« C'est-à-dire d'éviter les postures notamment en hauteur, je leur dis de facilement utiliser un escabeau pour travailler en hauteur. » MA

- Les gestes du quotidien

« Je leur montre comment faire pour simplement se lever, et s'allonger d'une table ou d'un lit, en me mettant en situation. » MD

- Les gestes au travail

« Voilà, je leur donne des petits conseils comme ça suivant le boulot qu'ils ont : si c'est des gens qui sont sans arrêt debout comme les enseignants, si c'est des gens qui portent des charges : les manutentionnaires et autres. Voilà, je donne quand même quelques conseils ergo. » MA

- Ces conseils ergonomiques vont être dispensé au moyen de :

- Une mise en scène du médecin pendant la consultation

« Oui je montre, je montre beaucoup. Je me lève souvent, je montre beaucoup de choses. » MD

« Je leur montre comment faire pour simplement se lever, et s'allonger d'une table ou d'un lit, en me mettant en situation. » MD

- Il semble y avoir néanmoins plusieurs freins à ces conseils :

- La mauvaise observance des patients

« Il n'accepte pas des techniques de protection de son dos qui viendraient en amont. » MA

« Ils savent comment le faire mais ne le font pas consciemment. » MD

- Le manque de temps en consultation pour faire de l'éducation

« Donc voilà, j'essaie de faire rapidement un petit topo sur les deux trois trucs rapides mais bon(...) ou du moins pas suffisamment de temps pour passer du temps à faire ça. » MD

- Le manque de « légitimité » ressenti par le médecin

« Mais après je dis « Je fais pas votre de métier c'est ça. » Je viens de jardiner deux jours, déjà j'ai mal au dos donc je me rend pas compte, parce que je fais rien dans la journée. » MF

« Donc voilà, j'essaie de faire rapidement un petit topo sur les deux trois trucs rapides mais bon je suis pas non plus peut être suffisamment compétent. » MD

C. L'APPLICATION DE CHALEUR

Certains médecins ont également déclaré conseiller à leur patient d'appliquer de la chaleur sur la zone douloureuse, dans un but antalgique.

« Après souvent du chaud, des choses comme ça, une bouillotte... » MC

3. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES D'IMAGERIE

Plusieurs examens complémentaires ont été cités :

- La radiographie du rachis
- L'EOS
- Le scanner
- L'IRM

Ces examens sont prescrits :

- En bilan de la lombalgie chronique

« Sur les radiologies...Je sais qu'il y a au moins une fois une radiologie qui a été faite. En général, ils ont tous eu radio, scanner et IRM au moins une fois. » MD

« donc ils demandent l'IRM, qui est de toute façon indiqué dans le chronique, donc faut le faire à un moment donné l'IRM ou le scan. » ME«

« Si par contre, parce que bon je passe quand même toujours une radio hein chez les lombalgies chroniques. » MG

- Afin de guider la prise en charge

« Après je me fais aider quelque fois d'un eos ou de radio simple au niveau des lombaires qui ne m'apportent pas grand-chose. C'est plutôt l'eos qui m'apporte beaucoup parce que c'est l'intérêt de la posture. » MA

- Pour éliminer une étiologie secondaire et réassurer le patient

« en réalité souvent, ils sont inquiets, à juste titre d'avoir plus grave et donc ils demandent l'IRM, qui est de toute façon indiqué dans le chronique, donc faut le faire à un moment donné l'IRM ou le scan. » ME

« Enfin une fois qu'ils ont été rassurés par l'imagerie. » ME

4. L'EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique a également été citée comme important dans la prise en charge :

- Il va permettre de rechercher plusieurs facteurs entrant en compte dans la LCC :

- Inégalité de longueur des MI

« Je regarde l'inégalité de longueur des jambes » MA

« Je regarde si il y a une asymétrie qui tape au niveau du corps » MF

- Déviation du bassin

Je regarde si le bassin est droit, si il n'y a pas de blocage sur le bassin » MA

- Anomalie au niveau du haut du corps

« Si il n'y a pas de problème visuel, orthoptique qui n'a pas été réglé »

- Dépistage de surpoids

« Effectivement si ils sont en surpoids, l'aspect nutrition, l'aspect activité physique » MF

- Il va être réalisé dans plusieurs buts :

- Trouver une possible étiologie

« Je me pose toujours cette question : pourquoi il y a cette douleur qui persiste ? » MA

- Adapter la prise en charge

« Et donc quelques fois, j'arrive à discerner des déviations que je vais pouvoir essayer de compenser. »
MA

« Effectivement si ils sont en surpoids, l'aspect nutrition, l'aspect activité physique » MF

5. THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES

a. « CLASSIQUES »

▪ Antalgiques

« de façon générale je préfère les antalgiques aux anti inflammatoires quand je prescris des médicaments donc j'essaie de voir si avec des paliers un, palier deux, on peut arriver à passer le cap. » MA

▪ Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)

« tu axes d'abord, bon tu donnes un petit peu d'AINS, bon 5 jours, moi j'aime pas beaucoup ça. » MF

▪ Infiltrations

« tu finis par proposer une infiltration même si tu sais que ça va pas faire l'affaire non plus hein, » MF

« Si après tu tombes sur une pathologie qui est localisée après je l'envoie, faire une infiltration qui peu soulager 6 mois, un an quoi. » MG

b. HOMEOPATHIE

L'homéopathie a été citée comme peu utilisée, plutôt à la demande des patients.

« Ce n'est pas forcément moi qui le propose en premier, ça peut m'arriver mais globalement sur des lombalgies chroniques ça m'arrive pas trop. » MB

c. CBD

Le CBD a été cité comme discuté avec les patients étant déjà consommateurs.

« Euh, le CBD, les gens qui m'en parlent spontanément, ça a dû m'arriver une fois ou deux. Je leur dis vous avez qu'à essayer vous verrez bien. J'ai un patient qui a des douleurs, alors c'est pas des lombalgies, mais chroniques, voilà qui va fumer et qui fume régulièrement le soir à visée antalgique. » MD

iii. LES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES NON UTILISEES

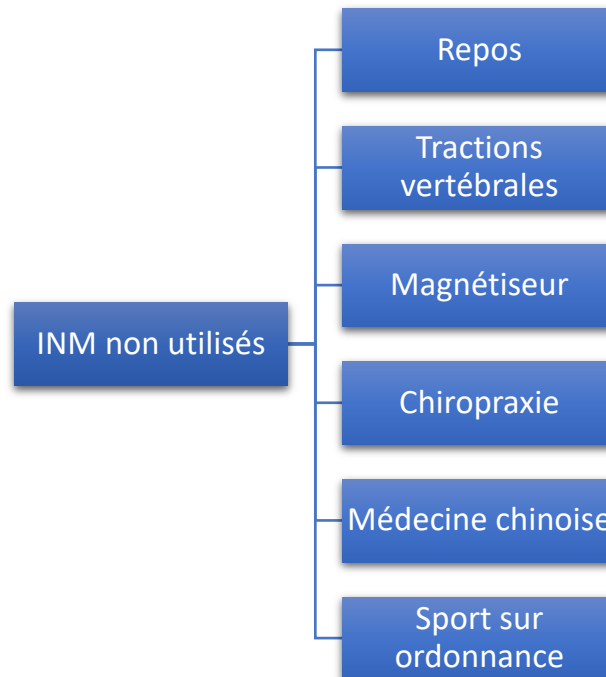


Figure 10 – INM non utilisés

Quand nous avons demandé aux médecins interrogés quelles thérapeutiques non médicamenteuses ils connaissaient pour la prise en charge de la LCC mais ils n'utilisaient pas, plusieurs ont été cités :

1. LE REPOS

« Mais je conseille rarement le repos, pur et dur. » MF

2. LES TRACTIONNEMENTS VERTEBRALES

« Je ne recommanderais pas les tractions. » MA

3. LES MAGNETISEURS

« Les magnétiseurs j'aime pas beaucoup mais ils font pas beaucoup de mal. » MA

4. LA CHIROPRACTIE

« D'aller voir un chiropracteur, je recommande pas. » MA

« Chiropracteur, jamais de la vie. » ME

« J'ai un a priori sur ces gens. Je suppose qu'il y a des gens très bien dans le lot mais j'ai l'impression qu'il y a quand même beaucoup d'escrocs. » ME

5. LA MEDECINE CHINOISE

Le frein étant le manque de connaissance du médecin sur le sujet.

« médecine chinoise, il y en a qui m'en parlent, moi je le conseille pas, je connais pas. » MD

6. LE SPORT SUR ORDONNANCE

- Plusieurs freins ont pu être identifiés expliquant cette absence de prescription :

- Les habitudes de prescription des médecins interrogés

« J'ai tendance à oublier. » MB

- Le manque de structures de proximité

« Le sport sur ordonnance j'ai pas fait encore parce qu'il n'y a pas la structure à proximité, je pense, qui nous permet de le faire. » MD

- Le manque d'information

« J'ai l'impression que c'est un truc dont on parle et au final y a pas grand-chose qui se fait j'ai l'impression, ou alors je suis pas au courant. Donc je sais pas vers qui les orienter et les choses qu'ils font dans les prises en charge. » MC

- Le coût

« C'est tellement pas remboursé que de toute façon je le prescris pas ça. » ME

- L'indication non adaptée à la lombalgie chronique

« D'ailleurs c'est pas forcément chez les lombalgiques que je penserais à ça. » MB

« Même si j'ai quelques patients qui en font mais c'est plus dans l'ordre du, dans le cas du cardio-vasculaire, cardio métabolique, mais pas tant sur le cas du dos. » MD

iv. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA PRESCRIPTION

Parmi les facteurs influençant la prescription des différentes thérapeutiques médicamenteuses, nous avons retrouvé des facteurs favorisant et des freins.

1. LES FACTEURS FAVORISANTS

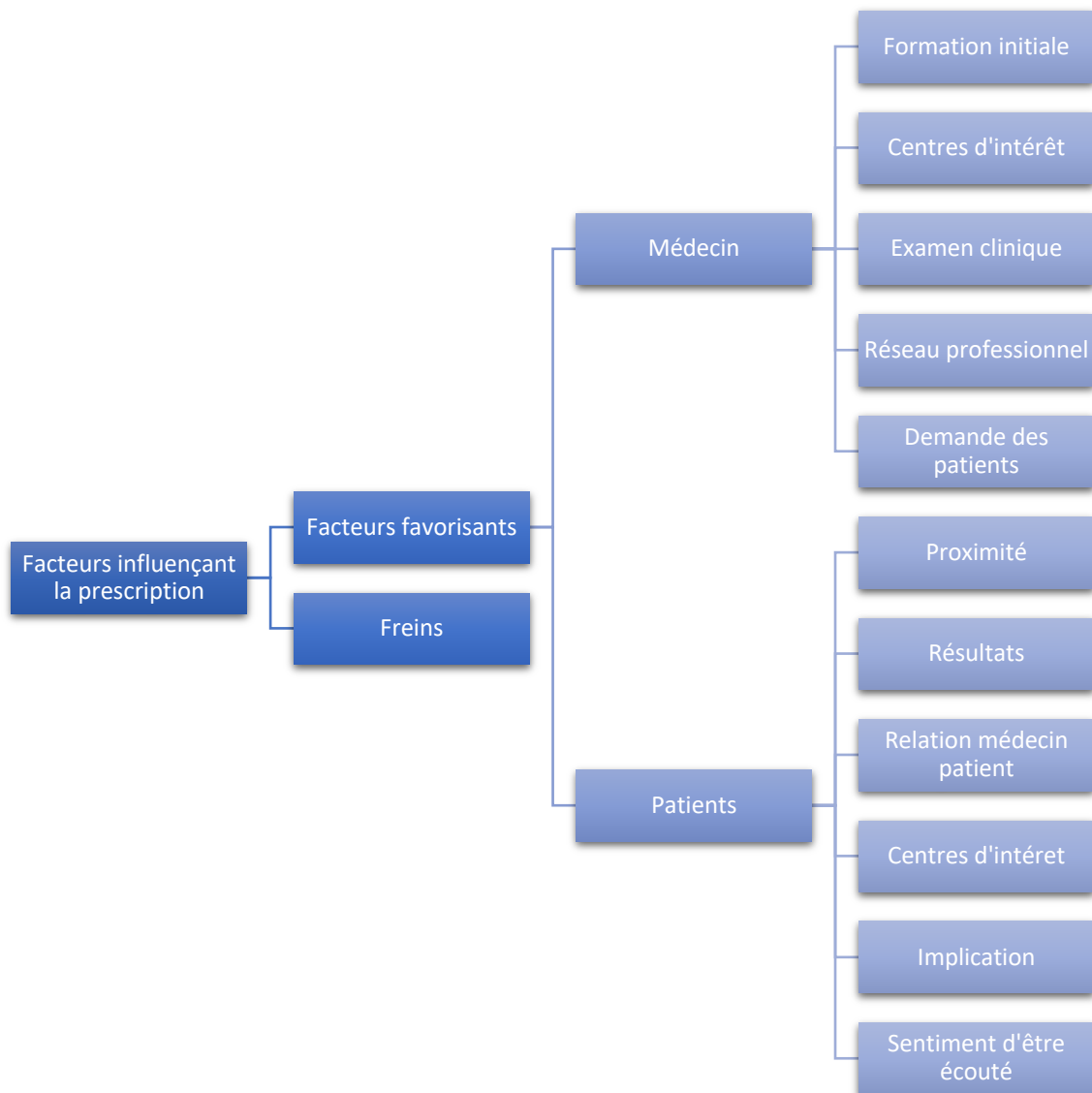


Figure 11 – facteurs favorisants

Les facteurs favorisants peuvent être divisés en facteurs favorisants médecins et facteurs favorisants patients.

a. LES FACTEURS FAVORISANTS MEDECINS

Les médecins vont être plus enclins à prescrire certaines INM en fonction de différents facteurs :

- Leur formation initiale

« Donc je regarde, l'inégalité de longueur de jambes, je regarde si le bassin est droit, je regarde s'il n'y a pas de blocage sur le bassin, j'essaie de voir s'il n'y a pas un problème en haut mais ça c'est ma formation d'ostéopathie. »

- Leurs centres d'intérêt

« Tu sais moi j'aime beaucoup le sport (...), donc là par exemple là je suis axée très sport parce que j'aime ça et je sais ce que ça m'apporte et du coup pareil dans la lombalgie par exemple, dans beaucoup de problèmes physiques, même pas physique, des problèmes mentaux même, je conseille le sport. Plus que peut-être qu'un autre médecin et j'insiste peut-être même lourdement. » MF

- Le résultat de leur examen clinique

« Et donc quelques fois, j'arrive à discerner des déviations que je vais pouvoir essayer de compenser. » MA

- Leur réseau professionnel

« Forcément il faut connaître quelqu'un. » MF

« Ouais non si sophrologue j'en parle souvent parce qu'il y en a deux à proximité. » MD

« d'autant que là on a une nouvelle qui s'est installée, B. G., qui est super bien » ME

- Les demandes des patients

« Il m'arrive de prescrire de l'acupuncture chez des gens qui seraient intéressés par ça. » MA

b. LES FACTEURS FAVORISANTS PATIENTS

Les patients vont être plus enclins à suivre les prescriptions en fonction de plusieurs facteurs :

- La proximité géographique

« On a la chance d'avoir une dame podologue spécialisée en posturologie à C., et donc c'est pas très compliqué pour eux et donc c'est quelque chose que je fais assez facilement. » MA

- L'amélioration de la symptomatologie

« Ils y vont, tant que ça les soulage. Le plus souvent oui quand même. » MB

« Il y en a certains qui ont réussi à trouver la motivation pour s'inscrire en salle de sport, ou autre chose comme ça et c'est vrai que mine de rien, ils le disent eux même que ça va beaucoup mieux, quand ils font de l'exercice, quand ils font du sport, quand ils reprennent le sport.... Ils ont un bénéfice, je pense, escompté, enfin ils remarquent bien que le bénéfice est important. » MD

- La relation médecin – patient

« j'ai plutôt de bons retours, parce que peut être que c'est moi qui m'adapte, mais eux s'adaptent aussi à moi, ils veulent me faire plaisir. » MA

- Leurs centres d'intérêts personnels

« Après je finis par dire qu'ils font le sport qu'ils aiment pour que ça dure dans le temps. » MF

« Il m'arrive de prescrire de l'acupuncture chez des gens qui seraient intéressés par ça. » MA

- Leur implication dans la prise en charge

« mais j'insiste beaucoup pour que le patient garde un petit peu la responsabilité et qu'il reste le chef d'orchestre, tu sais, qu'il reste lui-même aussi, qu'il participe dans sa guérison on va dire » MF

- Le sentiment d'être écouté

« ça les intéresse à partir du moment où on leur prescrit pas juste un médicament ou on les balance pas juste chez le kiné, qu'on s'intéresse à la cause des problèmes. » MA

« Ça dépend comment c'est reçu en général c'est plutôt bien reçu puisque tu t'intéresses aux gens. » ME

2. FREINS

Plusieurs freins à la prescription des INM ont été mis en évidence dans ces entretiens. Nous pouvons les diviser en freins médecins et freins patients.

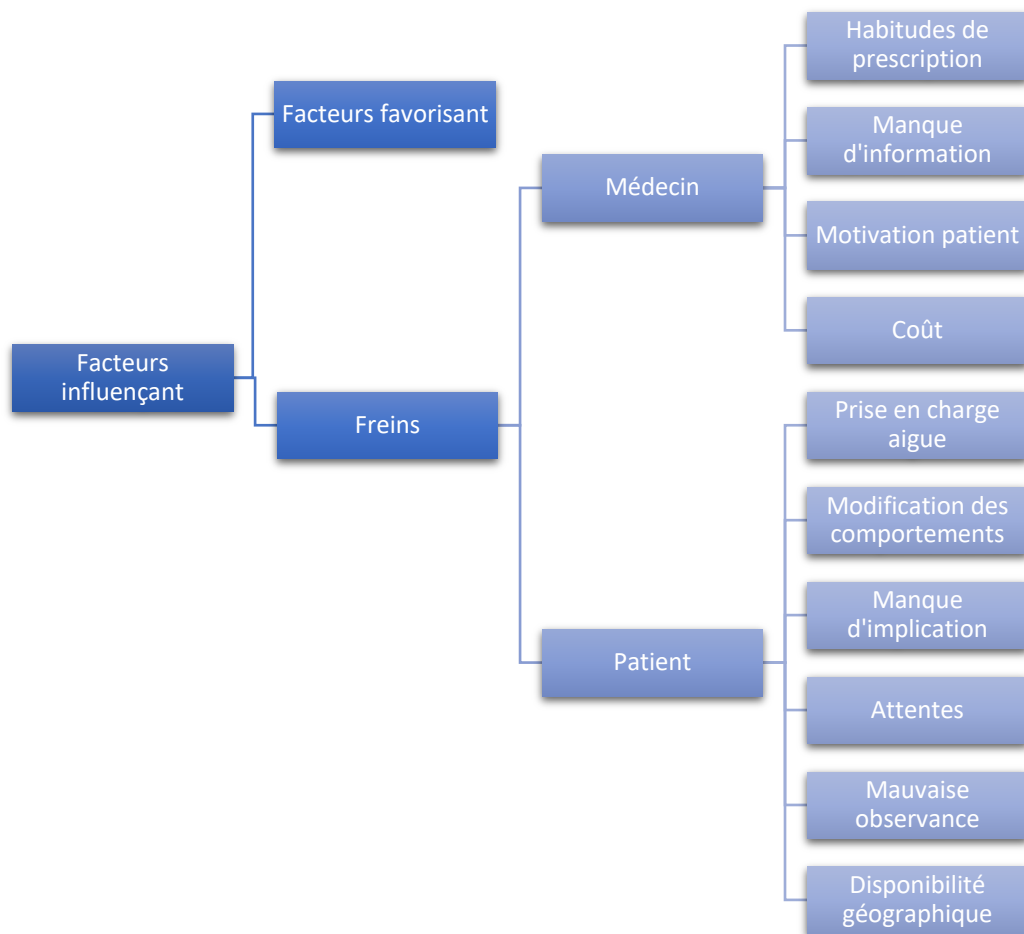


Figure 12 - Freins

a. FREINS MEDECINS

Plusieurs freins ont été mis en évidence, entraînant la non prescription de certains INM ou la mise en difficulté des médecins quant à ces prescriptions.

- Les habitudes de prescription

« Acupuncture en général non j'en parle pas plus que ça, non. (...) et parce que j'ai pas, j'y pense pas forcément. » MD

« mais je le fais pas facilement en première intention j'y pense pas trop. » MH

- Le manque d'information ou de connaissance

« j'en parle pas plus que ça, non. Parce que je connais pas suffisamment. » MD

« Et même moi je ne sais pas forcément ce qu'il faut exactement faire. » MC

« J'ai l'impression que c'est un truc dont on parle et au final y a pas grand-chose qui se fait j'ai l'impression, ou alors je suis pas au courant. Donc je sais pas vers qui les orienter et les choses qu'ils font dans les prises en charge. » MC

- La difficulté à convaincre les patients de l'intérêt de la prescription

« mais déjà, je sais pas si ils y croient vraiment, si j'arrive à les convaincre que c'est vraiment important et que ça a un impact important. » MH

« c'est difficile de transmettre. » MF

- Coût des INM

« Après si moi je, dans mon truc, j'ai peur que si moi je propose, ils le prennent comme une obligation et puis je vais leur faire dépenser des ronds. » MG

« Et quand y a des gros problèmes dentaires parfois ça intervient beaucoup dans la posture, c'est le point de vue de l'ostéopathe qui parle, et là il faut quelque fois des gros soins dentaires ou des gouttières, il peut y avoir un frein parce que c'est compliqué à mettre en œuvre et c'est cher. » MA

b. FREINS PATIENTS

Plusieurs freins patients ont été mis en évidence, mettant en échec les prises en charge proposées.

- Demande de prise en charge uniquement en phase aiguë, ne permettant pas d'éviter les récives

« c'est un gars qui vient me voir que quand il a vraiment des douleurs aiguës. Il n'accepte pas des techniques de protection de son dos qui viendraient en amont. » MA

- Difficulté de modification des comportements

« Où je galère parce que je pense qu'il bouffe mal et trop et il ne perd pas de poids et tu connais très bien, ils disent qu'ils mangent rien mais ils pèsent 115 kg, les patients qui n'ont jamais goûté au sport quand ils étaient enfants ou ado, ils vont jamais faire du sport d'une façon régulière. » MF

« Sauf après, il y a aussi des lombalgiques sportifs, ça c'est plus compliqué encore, c'est plus compliqué. Parce que c'est le contraire, c'est dur de leur faire arrêter le sport, ils veulent surtout pas lever le pied. » MB

« Oh ben en général les gens qui font déjà du sport, continuent à en faire et ce qui n'en faisaient pas, je ne suis pas sûre d'avoir révolutionné leurs vies en disant ça. les gens qui sont sédentaires c'est quand même difficile de les faire bouger. » MC

- Manque d'implication

« Le plus souvent ils disent « oui ». C'est comme l'histoire du tabac, ils sont souvent contemplatifs, le plus souvent. » MB

« Ils ont envie que ça se règle mais sans faire trop de, sans que ce soit trop contraignant pour eux quoi. C'est trop difficile pour eux de le mettre en place. » MH

- Attentes ne correspondant pas aux réponses du médecin

« c'est un gars qui suit pas tellement les consignes donc comme beaucoup de mes patients ils ont besoin de quelque chose de rapide, efficace, pour être guérit avant que les douleurs aient commencé » MA

« J'ai l'impression d'embêter mes patients parce qu'ils vont pas avoir beaucoup de massage. » MH

- Mauvaise observance

« Et même si ils y croient et qu'ils ont envie, souvent ils font pas assez. C'est trop difficile pour eux de le mettre en place. » MH

- Manque de disponibilité géographique

« Je veux dire, voilà, il faut qu'elle prenne la voiture, il faut qu'elle aille à perpette ou qu'elle sorte de son mas, il faut qu'elle ait une bagnole déjà, il faut qu'elle conduise déjà. Et tu vois il y a aussi des freins géographiques je dirais. » MG

IV. DISCUSSION

a. FORCES ET FAIBLESSES

Concernant les forces de cette étude nous pourrions citer son originalité. En effet, bien que nous ayons trouvé dans notre recherche bibliographique plusieurs études quantitatives relatant la fréquence d'utilisation d'INM précis dans la prise en charge des LCC par les médecins généralistes, nous n'en avons pas trouvé en étude qualitative. L'utilisation d'une étude qualitative a permis de mettre en valeur les différents types de prescriptions dans la globalité de la prise en charge et de mieux en étudier les freins et facteurs favorisant ressentis par les médecins généralistes interrogés.

Les faiblesses de cette étude sont l'inexpérience de l'enquêtrice qui a été compensée par la triangulation et le biais de sélection des médecins interrogés, en effet souvent, les médecins acceptant de se prêter aux entretiens sont des médecins connaissant déjà les INM.

b. DISCUSSION DES RESULTATS

Les recommandations de bonne prise en charge de la HAS (1) préconisent en premier lieu une prise en charge centrée patient, basée sur le modèle bio-psycho-social avec, dans le cas particulier de la lombalgie chronique, une prise en charge pluridisciplinaire dépendant de la situation individuelle et des préférences du patient. Dans notre étude, un grand nombre de prises en charge ont été citées, impliquant plusieurs spécialités médicales et paramédicales. Parmi les facteurs influençant les différents types de prescription ont été cités les centres d'intérêt et demandes des patients, la proximité des professionnels à qui ils pouvaient être adressés et le coût des différentes interventions. Tous ces résultats vont dans le sens d'une prise en charge centrée patient et pluri professionnelle.

L'activité physique est la première INM citée dans les recommandations. Une revue de la littérature parue dans le Cochrane en 2021 regroupant les résultats de 249 études menées à

travers le monde montrait un bénéfice de l'activité physique dans le traitement de la lombalgie chronique concernant la limitation fonctionnelle, la douleur chronique et la récurrence des épisodes aigus.(13) Dans notre étude, la plupart des médecins ont cité l'activité physique comme prescrite à leurs patients. Plusieurs types d'activités ont été cités telles que la natation, le pilate, la marche... Il semblerait d'après les études qu'aucune activité n'ai fait preuve d'une supériorité sur l'autre dans les résultats des études comme le montre ces études sur le pilate (14) ou le yoga (15),(16),(17), néanmoins il a aussi été montré que certains sports pratiqués à haute intensité peuvent être un facteur de risque de lombalgie (18), d'où la recommandation d'une activité adaptée et progressive selon la préférence du patient (1). Mais des freins semblent se poser en pratique, tout d'abord, il a été rapporté par les médecins interrogés la difficulté d'initier des changements comportementaux durables chez leurs patients, ainsi, il serait difficile de faire faire de l'activité physique à des patients sédentaires mais également de faire réduire ou de faire adapter une activité à des patients très sportifs. L'observance du patient est également difficile à évaluer puisque nous ne disposons que de leur parole pour évaluer leur activité. Se pose également le frein de l'activité « adaptée », en effet, plusieurs médecins ont admis ne pas savoir ce qui était vraiment adapté à la lombalgie chronique, ne leur permettant pas de donner des conseils pertinents à leurs patients. Pour compenser cela, le recours aux kinésithérapeutes a été mentionné, ceux-ci étant mieux formés que les médecins à ce genre de problématique et permettant de mettre un regard professionnel sur la réelle activité du patient. Concernant ce sport adapté, le sport sur ordonnance pourrait être une solution, en effet, des cours sont dispensés dans des structures dédiées, par des coachs sportifs formés en activité physique adaptée (APA), pour des patients en situation de perte d'autonomie ou atteints d'une pathologie chronique et une prise en charge financière peut être proposée pour faciliter l'accès aux patients. (19) Une revue systématique de la littérature parue en 2023 dans science et sport étudiant les freins et les leviers de cette prescription par les médecins généralistes relevait le manque de connaissances et de formation à l'APA, le manque de temps des médecins et des patients, le non-remboursement par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et la complexité de la prescription. (20) C'est également ce qui semble ressortir des résultats de notre étude, en effet les médecins interrogés ont déclaré ne pas savoir si des structures étaient disponibles, relevait le coût pour les patients et ne savaient pas si la lombalgie chronique pouvait être un motif de prescription.

La kinésithérapie est la deuxième INM citée dans les recommandations de prise en charge des LCC. Tous les médecins interrogés dans notre étude ont déclaré prescrire la kinésithérapie. Le remboursement des séances et la répartition des kinésithérapeutes sur le territoire rendent son accès facile pour les patients. L'assurance maladie a élaboré des fiches mémo concernant la kinésithérapie dans la prise en charge des lombalgies (21), un programme en 4 points est préconisé avec une kinésithérapie analytique associant étirements, mobilisation, renforcement musculaire et proprioception ; l'éducation à la gestion de la douleur ; l'activité physique adaptée et l'autonomisation du patient pour la poursuite de la rééducation à domicile. Tous ces objectifs ont été cités par les médecins interrogés comme buts de leur prescription.

Néanmoins, ils ont aussi cité plusieurs freins à cette prescription, en effet, certains ont déclaré ne pas savoir ce qui était adapté pour le patient et également ne pas avoir de regard sur les techniques utilisées. C'est également ce qui semble ressortir dans un rapport d'étude de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé publié en 2019 (22) étudiant la prescription de la kinésithérapie par les médecins généralistes et les rhumatologues libéraux. Dans ce rapport, les médecins généralistes déploraient leur manque de formation et le manque de référence pour étayer leur prescription ainsi qu'une relation distante avec le patient comme seul relai entre eux et le kinésithérapeute. Une meilleure formation des médecins généralistes aux techniques de kinésithérapie ainsi que des échanges écrits ou directs pourraient améliorer la prise en charge des patients en permettant au kinésithérapeute et au médecin de travailler main dans la main.

Les interventions psychologiques de type TCC sont recommandées dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements et dispensée par des professionnels formés aux TCC de la douleur. (1) Une revue de la littérature de 2022, regroupant 97 études et plus de 13 000 participants retrouvait en effet un bénéfice à la TCC dans le traitement des LCC, quand elles étaient associées avec des soins de physiothérapie en intervenant sur la gestion de la douleur et la thérapie comportementale. (23) Bien que conscients du lien entre la santé mentale et la douleur, les médecins interrogés ont avoué rencontrer plusieurs difficultés dans cette prise en charge. Tout d'abord, il semblerait difficile d'aborder le sujet de la psychothérapie avec des patients venant en consultation avec une demande de prise en charge de la douleur. Une manière d'aborder les choses pourrait être l'éducation à la neurophysiologie de la douleur, en effet, une information sur les mécanismes physiopathologiques aboutissant au message de la douleur permettrait aux patients de mieux comprendre leur douleur, de mieux la gérer, et d'introduire les TCC dans leur traitement. Des sites internet dédiés aux patients existent comme le site internet Retrain Pain (24). Un autre frein relevé par les médecins était celui de l'accessibilité géographique et financière. En effet, il semblerait que les professionnels formés soient peu disponibles sur certains territoires et la psychothérapie n'est pas prise en charge par la sécurité sociale, créant une inégalité d'accès pour les patients. Pour pallier à cela, l'adressage en centre de la douleur ou service de MPR permet une prise en charge globale avec des praticiens formés à la problématique de la douleur et une prise en charge financière, même si le manque d'accessibilité a été souligné lors de nos entretiens Le dispositif « mon soutien psy »(25), qui va être renforcé au premier juin 2024, donnant accès à 12 séances de psychothérapie à hauteur de 50 euros la séance pourra aussi permettre de limiter ces inégalités d'accès.

La sophrologie et l'hypnose ont été cités dans nos entretiens. Dans les recommandations de bonnes pratiques, celles-ci sont inscrites comme pouvant être envisagées dans le cadre d'une prise en charge multimodale (1). En effet, il n'existe pas d'étude de bonne qualité permettant de statuer sur leur efficacité.

L'ostéopathie et plus largement les médecines manuelles sont recommandées dans le cadre d'une combinaison multimodale. Une revue systématique de la littérature de 2019 montrait une efficacité des techniques de manipulation rachidienne comparable à celle des autres thérapies recommandées. (26) Alors qu'une autre revue de la littérature de de 2019 montrait une faible efficacité et plutôt sur la lombalgie aigüe que chronique. (27)

Les tractions vertébrales ne sont pas recommandées. (1) Une étude publiée dans la revue Cochrane en 2013 ne retrouvait pas d'effet que ce soit utilisées seule ou en association à d'autres thérapeutiques, sur la douleur à court terme, l'incapacité et le retour au travail. Elles ont été citées comme non utilisées par les médecins interrogés.(28)

L'acupuncture n'est pas recommandée par la HAS (1) mais dans une revue de la littérature de 2018 comparant 15 guidelines internationaux, elle a été retrouvée dans un (8). Une revue de la littérature de 2008 comparant les résultats de 33 études ne montre pas d'effet significatif de l'acupuncture par rapport au placebo sur la douleur à court terme mais confirme que c'est une thérapie intéressante en complément des autres recommandations pour une prise en charge globale.(29) Lors de nos entretiens, les médecins ont admis ne pas adresser leurs patients car ils étaient mal renseignés sur le sujet et c'est une thérapie coûteuse.

Les massages, bien que n'ayant montré qu'une faible amélioration sur la douleur aigüe (30), sont recommandés en tant que thérapies complémentaires.

Ainsi, la rééducation multidisciplinaire apparaît comme la meilleure prise en charge pour les patients atteints de LCC, comme le montrent de nombreuses études (31), (32). Celle-ci est effectuée dans les services de MPR ou de médecine de la douleur et pourraient être plus efficiente en médecine de ville en imaginant une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé. Le développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) pourrait être une solution à cela.

Concernant les freins à ces INM, , dans la synthèse HAS de 2011 décrivant le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées (10), ainsi que dans l'ouvrage de G. Ninot « Démontrer l'efficacité des INM : une question de point de vue » (33) plusieurs ont été soulevés. Tout d'abord, une mauvaise information des médecins et des patients concernant les INM, ne permettant pas de dispenser une prescription précise et claire pour le patient. Deuxièmement, les prescriptions médicales sont basées sur de l'Evidence Based Medicine, mais comme nous l'avons vu plus tôt, peu d'études sont réalisées concernant les INM et beaucoup n'ont pas montré de preuve d'efficacité. C'est un point qui a été retrouvé lors de nos entretiens et concernant plusieurs INM (acupuncture, médecine chinoise...). Cette synthèse relève également un mode de financement des soins de ville peu incitatif à la prescription, effectivement, les médecins interrogés ont admis ne pas prescrire certains INM car ils n'étaient pas pris en charge et donc coûteux, créant des inégalités dans l'accès aux soins. Pour certains, comme l'activité physique et la psychothérapie, un développement de la prise en charge semble se mettre en place comme nous en avons parlé précédemment. Enfin, les

INM impliquent une participation active des patients (9), cette participation a été jugée souvent insuffisante par les médecins interrogés. Mais il serait intéressant de réaliser une étude auprès des patients, permettant de mieux identifier les freins les concernant.

V. CONCLUSION

Conformément à notre objectif de recherche, l'analyse des entretiens nous a permis d'explorer les pratiques des médecins généralistes d'Occitanie concernant l'utilisation des INM dans la lombalgie chronique commune.

Les entretiens réalisés auprès des différents médecins généralistes mettent en valeur l'utilisation de nombreuses INM dans le traitement de leurs patients atteints de LCC. Ces INM interviennent dans plusieurs domaines : les interventions psychologiques telles que la psychothérapie, la sophrologie et l'hypnothérapie ; les interventions physiques telles que l'activité physique, les thérapies manuelles (kinésithérapie, ostéopathie, massages, acupuncture, fasciathérapies), les cures thermales et la posturologie ; les interventions nutritionnelles sur la perte de poids et les autres interventions telles que la mise en place de semelles orthopédiques et de ceinture lombaire.

Au-delà de ces INM, les médecins interrogés ont cité d'autres thérapeutiques dans leurs prises en charges. Celles-là incluent le recours aux spécialistes tels que les centres de la douleur, les médecins de MPR et les médecins du travail. Ont également été cités un certain nombre de conseils, concernant le quotidien des patients (chaussage et literie) et l'ergonomie dans les gestes du quotidien et au travail.

La prescription de ces INM par les médecins est influencée par de nombreux facteurs. Nous avons noté des facteurs favorisant la prescription, ceux-ci pouvant être dépendant du médecin tels que leur formation initiale, leurs centres d'intérêt personnel, le résultat de leur examen clinique, leur réseau professionnel et les demandes des patients. Des facteurs favorisant dépendant des patients ont également été mis en valeur tels que la proximité géographique des professionnels, l'amélioration de leurs symptômes, la relation médecin patient, leurs centres d'intérêts personnels, leur implication dans leur prise en charge et le sentiment d'être bien pris en charge. Néanmoins, elle rencontre également de nombreux freins, inhérents aux médecins tels que leurs habitudes de prescription, le manque d'information ou de connaissance sur certaines techniques, la difficulté à convaincre les patients de l'intérêt de la prescription et le coût que cela pourrait engendrer. Nous avons également retrouvé des freins du côté des patients tels qu'une demande de prise en charge plutôt en phase aiguë ne permettant pas de mettre en place des techniques de prévention, une difficulté à modifier ses habitudes de vie, un manque d'implication dans la prise en charge,

des attentes n'étant pas en adéquation avec les propositions des médecins, une observance non suffisante et un manque de disponibilité géographique de ces INM.

Une étude similaire auprès des patients permettrait de mieux identifier les facteurs influençant et les freins les concernant.

REFERENCES

1. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
2. Rachialgies [Internet]. [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-cours-1-3-0.php>
3. Meucci RD, Fassa AG, Faria NMX. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. Rev Saúde Pública [Internet]. 20 oct 2015 [cité 9 mars 2022];49. Disponible sur: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/VMRgFyTMBptc6vNgY97drQw/?lang=en>
4. 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. 9 juin 2018;391(10137):2356-67.
5. fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtse1dca.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtse1dca.pdf
6. https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf
7. Lombalgie. Statistique - Risques - INRS [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
8. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. nov 2018;27(11):2791-803.
9. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gerazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, et al. De la définition des Interventions Non Médicamenteuses (INM) à leur ontologie. Hegel. 2018;1(1):21-7.
10. developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_synthese.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_synthese.pdf
11. Rodondi PY, Dubois J, Bill AS, Koutaïssoff D, Ros J, Aveni E, et al. Primary care physicians' attitude and reported prescribing behavior for chronic low back pain: An exploratory cross-sectional study. Machado G de C, éditeur. PLOS ONE. 27 sept 2018;13(9):e0204613.

12. Scott NA, Moga C, Harstall C. Managing Low Back Pain in the Primary Care Setting: The Know-Do Gap. *Pain Res Manag.* 2010;15(6):392-400.
13. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 28 sept 2021 [cité 12 mai 2023];2021(10). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009790.pub2>
14. Mostagi FQRC, Dias JM, Pereira LM, Obara K, Mazuquin BF, Silva MF, et al. Pilates versus general exercise effectiveness on pain and functionality in non-specific chronic low back pain subjects. *J Bodyw Mov Ther.* 1 oct 2015;19(4):636-45.
15. Zhu F, Zhang M, Wang D, Hong Q, Zeng C, Chen W. Yoga compared to non-exercise or physical therapy exercise on pain, disability, and quality of life for patients with chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Manzoli L, éditeur. PLOS ONE.* 1 sept 2020;15(9):e0238544.
16. Anheyer D, Haller H, Lauche R, Dobos G, Cramer H. Yoga for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain.* avr 2022;163(4):e504-17.
17. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Harbin S, Vempati R, Berman BM. Yoga for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2022 [cité 5 mai 2023];(11). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010671.pub3/full>
18. Acquistapace M, Demoulin C, Grosdent S, Bethlen S, Tomasella M, Kaux JF. Les lombalgies chez les sportifs. *J Traumatol Sport.* 1 mars 2024;41(1):9-17.
19. Sport sur ordonnance | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 6 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/sport-sur-ordonnance-pour-qui-pourquoi-comment>
20. Croquin M, Galudec PM, Magot L, Cugerone A. La prescription d'activité physique adaptée chez les adultes atteints de pathologies chroniques par les médecins généralistes, en France et à l'étranger : étude des freins et leviers. *Une revue systématique de la littérature. Sci Sports.* 1 juin 2023;38(4):337-54.
21. memo-kine-lombalgie-elements-information-sur-kinesitherapie.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo-kine-lombalgie-elements-information-sur-kinesitherapie.pdf>
22. La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_prescription_de_masso-kinesitherapie_par_les_medecins_generalistes_et_rhumatologues_liberaux_.pdf

23. Ho EKY, Chen L, Simic M, Ashton-James CE, Comachio J, Wang DXM, et al. Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. *The BMJ*. 30 mars 2022;376:e067718.
24. RetrainPain 2024 [Internet]. [cité 7 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.retrainpain.org/languages/french>
25. info.gouv.fr [Internet]. [cité 6 juin 2024]. Ce qui change au 1er juin 2024. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/ce-qui-change-au-1er-juin-2024>
26. Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The BMJ*. 5 mars 2019;364:l689.
27. Ginier-Gillet M, Douillard C, Gaudin P. Lombalgies non spécifiques et manipulations vertébrales (lato sensu): revue critique de la littérature. *Rev Rhum*. mai 2020;87(3):187-93.
28. Wegner I, Widyahening IS, Tulder MW van, Blomberg SE, Vet HC de, Brønfort G, et al. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 19 mars 2024];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003010.pub5/full>
29. Yuan J, Purepong N, Kerr DP, Park J, Bradbury I, McDonough S. Effectiveness of acupuncture for low back pain: a systematic review. *Spine*. 1 nov 2008;33(23):E887-900.
30. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 19 mars 2024];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001929.pub3/full?cookiesEnabled>
31. Mbarga J, Foley RA, Pichonnaz C, Ancey C. Trajectoires de personnes souffrant de lombalgie chronique : ruptures et reconstructions après un programme de rééducation. *Sante Publique (Bucur)*. 29 juin 2020;32(1):19-28.
32. Bouton C, Roche G, Roquelaure Y, Legrand E, Penneau-Fontbonne D, Dubus V, et al. Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: A retrospective study of 72 patients. *Ann Réadapt Médecine Phys*. nov 2008;51(8):650-62.
33. Ninot G. Démontrer l'efficacité des interventions non médicamenteuses : Question de points de vue. 2013.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Entretien médecin A

Homme
50 ans
Semi rural

A : J'ai l'impression que j'ai plus d'armes que ça, mais peut être qu'effectivement les habitudes en général tournent autour de ça. C'est vrai que moi j'ai des habitudes en fonction de l'âge, des récives, en fonction de différents critères j'ai d'autres idées. Mais je peux répondre aux questions.

G : Depuis combien de temps es-tu installée ?

A : Depuis 29 ans.

G : As-tu fait des formations particulières ou DU ?

A : Médecine manuelle et homéopathie, acupuncture, nutrition, ça n'a rien à voir. Principalement ça, après des formations dermato. Mais donc dans le domaine manuel, j'ai été diplômé à Lyon dans la faculté de Lyon qui s'appelait médecine manuelle et homéopathie.

G : Est-ce que tu veux me parler de ta dernière consultation avec un patient que tu suis pour lombalgie chronique ? Si tu en as dans ta patientèle que tu vois régulièrement pour ça.

A : Il y en a tellement, que ça se bouscule dans ma tête. Ok j'en ai un par exemple.

G : Tu le suis depuis combien de temps ?

A : Je le suis depuis une dizaine d'années c'est un gars qui fait des marchés et que je vois régulièrement pour des douleurs de dos plus ou moins intenses et ça dépend de ce qu'il fait, avec beaucoup de variations en fonction d'une des dernières fois que je l'ai vu il avait une voiture qui l'énervait donc avec un copain ils ont soulevé la voiture et ils l'ont déplacée. Donc avec des accidents aigus et des douleurs chroniques mais jamais de sciatique, jamais de radiculalgies. Alors, on a essayé différentes choses avec moyennement de succès parce que c'est un gars qui suit pas tellement les consignes donc comme beaucoup de mes patients ils ont besoin de quelque chose de rapide, efficace, pour être guérit avant que les douleurs aient commencé. Voilà donc c'est pas le genre de personne qui me, celui auquel je pense là, parce que c'est un gars qui vient me voir que quand il a vraiment des douleurs aigues. Il n'accepte pas des techniques de protection de son dos qui viendraient en amont pour éviter de, voilà. J'ai d'autres développements à faire sur lui, ou ?

G : Quand tu parles de ces techniques de protections, tu penses à quoi ? C'est quoi que tu as l'habitude de conseiller ou discuter avec tes patients ?

A : J'ai l'habitude de regarder ou de conseiller en tout cas au plan postural, de regarder et d'essayer de comprendre pourquoi ils ont mal au dos. Alors sur quelqu'un comme lui c'est moyennement intéressant. Mais bien souvent, je vois des personnes, quelque soit l'âge, y compris des ados qui ont des douleurs, à différents endroits du dos, mais notamment lombaires et j'essaie toujours de comprendre, je me pose toujours cette question : pourquoi il y a cette douleur qui récidive ? Et donc je me penche souvent sur la posture et sur les équilibres de posture. Donc je regarde, l'inégalité de longueur de jambes, je regarde si le bassin est droit, je regarde s'il n'y a pas de blocage sur le bassin, j'essaie de voir s'il n'y a pas un problème en haut mais ça c'est ma formation d'ostéopathie. S'il n'y a pas un gros problème visuel, orthoptique qui n'a pas été réglé, la mâchoire, je regarde au niveau cervical au niveau haut mais surtout au niveau bas : essayer de comprendre si il y a une séquelle d'entorse de cheville, si il y a un problème de séquelle de membre inférieur de manière générale, ça c'est l'interrogatoire, mais surtout j'examine et j'essaie de comprendre au plan postural. Après je me fais aider quelque fois d'un eos ou de radio simple au niveau des lombaires qui ne m'apportent pas grand-chose. C'est plutôt l'eos qui m'apporte beaucoup parce que c'est l'intérêt de la posture. Et donc quelque fois j'arrive à discerner des déséquilibres que je vais essayer de compenser, autant que possible donc d'abord je m'aide d'un posturologue. Non, dans l'ordre j'examine, et suivant ce que je vois, je demande à un ostéopathe, bien souvent, d'essayer d'enlever les blocages. Ensuite, le posturologue pour faire le point, pour vérifier s'il y a des désordres qui sont passés inaperçus ou qui confirmeraient mon examen clinique. Ensuite, avec le posturologue je décide si il faut des semelles, si il faut une rééducation orthoptique, si il faut de la kinésithérapie. Voilà, ça c'est pour le plan postural et après il y a le plan symptomatique et le plan symptomatique je conseille souvent les massages quand le conjoint aime bien, c'est quelque chose que je fais assez volontiers, en leur conseillant la chaleur, les massages. Je leur demande de protéger leur dos.

G : C'est-à-dire ?

A : C'est-à-dire d'éviter les postures notamment en hauteur, je leur dis de facilement utiliser un escabeau pour travailler en hauteur. D'éviter le port de charges lourdes et petits conseils d'ergo c'est-à-dire de plier les genoux pour éviter de se pencher en avant. Voilà, je leur donne des petits conseils comme ça suivant le boulot qu'ils ont : si c'est des gens qui sont sans arrêt debout comme les enseignants, si c'est des gens qui portent des charges : les manutentionnaires et autres. Voilà, je donne quand même quelques conseils ergo mais surtout de faire attention au port de charges : pas bras tendus, porter les choses contre le corps, genoux fléchis et on se redresse en gardant le dos droit. Éviter le port de charge avec en plus une torsion des lombaires. Voilà, et puis ensuite quand il faut entretenir tout ça parce qu'il y a de grosses tensions musculaires et quand les gens sont demandeurs, je prescris facilement du kiné, plus facilement que les médicaments. Je n'aime pas beaucoup les médicaments, de façon générale je préfère les antalgiques aux anti inflammatoires quand je prescris des médicaments donc j'essaie de voir si avec des paliers un, palier deux, on peut arriver à passer le cap. Et sinon pour des gens jeunes, anti inflammatoires pour quelques jours surtout ceux chez qui on ne peut pas trop mettre en œuvre parce qu'ils n'ont pas le temps ou pas envie d'aller chez le kiné. Donc à ce moment-là chez les gens jeunes, il n'y a pas

d'interaction médicamenteuse, ils n'ont pas d'insuffisance rénale, pas de soucis donc j'utilise les anti-inflammatoires.

G : Il y a d'autres choses que tu peux utiliser dans des cas particuliers ?

A : Cas particuliers : il m'arrive assez facilement de prescrire des semelles quand il y a une asymétrie de longueur de jambes. Il m'arrive de prescrire de l'acupuncture chez des gens qui seraient intéressés par ça, mésothérapie c'est plus rare, voilà, pour enlever les contractures musculaires. Après les décontracturants j'utilise pas du tout. Voilà, j'ai pas d'autre idée sur les autres techniques.

G : Il y en a d'autres que tu penses pourraient être recommandé mais que tu n'utilises pas pour une raison ou pour une autre ?

A : D'autres façon de traiter ?

G : Oui, que tu ne recommanderais pas à tes patients ?

A : D'aller voir un chiropracteur, je recommande pas. Les magnétiseurs j'aime pas beaucoup mais ils font pas beaucoup de mal, je ne recommanderais pas les tractions. Pas d'autre idée sur ce que je pourrais faire ou ne pas faire.

G : Et en général, quelle est l'observance de tes patients concernant ces INM ?

A : Elle est plutôt bonne, j'ai plutôt de bons retours, parce que peut être que c'est moi qui m'adapte, mais eux s'adaptent aussi à moi, ils veulent me faire plaisir. Donc je crois qu'ils aiment bien, ça les intéresse à partir du moment où on leur prescrit pas juste un médicament ou on les balance pas juste chez le kiné, qu'on s'intéresse à la cause des problèmes, ça leur plaît bien. Donc en général je trouve qu'ils accrochent bien sur la prise en charge. On a la chance d'avoir une dame podologue spécialisée en posturologie à C., et donc c'est pas très compliqué pour eux et donc c'est quelque chose que je fais assez facilement. Les résultats sont pas obligatoirement complètement au rendez-vous parce que c'est pas du tout facile d'équilibrer quelqu'un au plan postural. Ça peut obliger à des prises en charge compliquées de type orthoptiste il faut aller au moins au B. si ce n'est à P. pour une rééducation, ça peut être long, compliqué. Les semelles, c'est pas obligatoirement facile d'équilibrer au plan postural avec des semelles. Et quand y a des gros problèmes dentaires parfois ça intervient beaucoup dans la posture, c'est le point de vue de l'ostéopathe qui parle, et là il faut quelque fois des gros soins dentaires ou des gouttières, il peut y avoir un frein parce que c'est compliqué à mettre en œuvre et c'est cher. Voilà mais sinon de façon générale les gens adhèrent bien à ces questions, ils admettent très bien que faire des radios ça sert à rien dans une lombalgie commune, qu'essayer de réfléchir à la posture c'est intéressant parce que ça peut éviter qu'ils aient sans arrêt mal. Voilà, maintenant il y a certains stades où les lombaires sont bien abimées et on peut plus proposer grand-chose parce qu'il y a une grosse arthrose articulaire postérieure ou des disques dégénératifs et là on est beaucoup plus dans le symptomatique. Mais le traitement postural est notamment intéressant, j'ai encore eu une jeune fille de 13 ans que j'ai vu hier, qui est venue avec son EOS, enfin avec le compte rendu qui parlait d'attitude scoliotique. La mère me dit « moi j'avais une scoliose » et je vois le compte rendu de la petite « attitude scoliotique ». Et donc là était intéressant parce que je

l'ai examinée et j'ai trouvé que c'était plutôt une attitude scoliotique. J'avais l'impression qu'il y avait plutôt un blocage vertébral au niveau lombaire, donc ça c'est hyper intéressant parce que je l'adresse à un ostéopathe pour commencer et puis posturologue. Je rassure la mère sur le fait que pour le moment y a pas du tout de rotation des vertèbres, on est sur une attitude scoliotique donc tout le raisonnement postural est intéressant à mettre en œuvre chez quelqu'un comme ça.

G : Parmi ces inm recommandées par la HAS dont tu ne m'as pas parlé, il y a l'activité physique. Tu en discutes avec tes patients, c'est quelque chose que tu as l'habitude de creuser ou prescrire ?

A : Oui alors c'est vrai que je n'en ai pas parlé, parce que c'est quelque chose qui est un peu compliqué à mettre en œuvre, c'est quelque chose qui est toujours sous-jacent. Et les gens ont une activité physique ou se mettent à une activité physique avec plus ou moins de succès.

L'activité physique est intéressante en préventif, évidemment, en préventif c'est toute une hygiène de vie qu'il faut avoir. C'est vrai que j'étais orienté dans le traitement dans la prise en charge, mais c'est vrai qu'en préventif ensuite, comme on raisonne sur la posture, on peut parler d'activité physique c'est sûr. C'est quelque chose dont je parle, avec les patients. Mais c'est vrai que moyennement sur une lombalgie chronique, pas tellement sur une lombalgie chronique. Dans d'autres domaines j'en parle beaucoup, dès qu'il y a des problèmes de poids, des syndromes métaboliques... Mais c'est vrai que sur une lombalgie commune, les gens font ce qu'ils peuvent et ce qu'ils veulent et je sais pas si voilà.

G : Et une autre chose qui est recommandé, en association aux autres interventions, la psychothérapie, c'est quelque chose que tu utilises ou pas du tout ?

A : Je comprends très bien que ce soit recommandé. C'est des choses qui sont écrites comme l'activité physique et qui sont très bien, c'est tellement nécessaire pour l'hygiène de vie. Et la psychothérapie c'est quelque chose dont je parle toute la journée aussi, mais alors sur une lombalgie chronique, ça dépendra complètement de la personnalité de la personne que j'ai en face de moi. Parce qu'il y a des tas de problèmes qui sont posturaux, des tas de problèmes qui sont mécaniques, chez quelqu'un qui fait le fou avec son dos, et les problèmes psychologiques alors j'en ai encore parlé ce matin avec une dame, et qu'est ce qu'on a conclu pour elle euh... oui je lui parlais plutôt d'alimentation parce qu'elle a des tendinites dans tous les sens et elle a des douleurs partout elle, mais le côté psychique est tellement évident pour elle. Alors ce problème psychique voilà c'est en fonction de la personnalité de la personne que j'ai en face de moi que j'en parlerai. Mais c'est très difficile à aborder, c'est très difficile de faire admettre quelque fois le côté psychosomatique, terme que je n'aime pas beaucoup, de faire admettre que le corps et l'esprit son très très liés. Il est évident que le psychisme intervient beaucoup. C'est pas très facile en clientèle, en consultation, de demander aux gens de gérer ça sur une lombalgie aigue comme chronique. Dans les deux cas ça vaut vraiment le coup d'y réfléchir, de se pencher là-dessus donc voilà. J'en parlerai selon la personnalité des gens, j'arriverai à aborder les choses. Il est clair que chez certaines personnes ça saute tellement aux yeux que je suis obligé d'aborder mais avec difficulté, c'est toujours difficile. On est dans un pays qui n'a pas tellement l'idée enfin les patients, les personnes veulent tellement dissocier les choses, que d'emblée ils vont pas obligatoirement le saisir, saisir cette

liaison entre le corps et l'esprit. Et après on marche sur des œufs parce qu'il faut leur expliquer que peut être c'est la traduction de... mais ils veulent pas, souvent il y a un blocage. Pour nous c'est évident mais pour eux c'est moins facile.

ANNEXE 2 : Entretien médecin B

Homme
60 ans
Semi rural

G : *Nous allons discuter pendant une vingtaine de minutes des INM que tu utilises comme je t'ai expliqué tout à l'heure.*

Tout d'abord, depuis combien de temps es-tu installé ?

B : Installé ? euh 96 donc ça fait 27 ans, 28 bientôt.

G : *Ok, est ce que tu as des DU ou activités particulières dans ton exercice ?*

B : Non. J'avais fait, je ne sais même plus si c'était un DU ou un DIU qui s'appelait le métabolisme phosphocalcique.

G : *D'accord, dont tu t'es servi ?*

B : Dont je me suis vachement servi haha, en sortant de là je connaissais toute l'histoire du métabolisme de la vitamine D, du calcium et du phosphore... et puis ça s'est arrêté là.

G : *Et dans ta pratique tu n'as pas d'orientation particulière ?*

B : Non

G : *Et donc là vous êtes associés ?*

B : Oui, à 4 médecins, avec deux secrétaires, à C.

G : *Est-ce que tu peux me parler de la dernière consultation à laquelle tu penses chez un patient lombalgique chronique que tu suis ?*

B : Alors ce n'est pas le dernier mais disons que là comme ça c'est lui qui me vient et lui je sais qu'il est lombalgique chronique. Je sais pas si c'est forcément intéressant. Ça y est j'ai trouvé, voilà.

G : *Ok, donc tu le suis depuis combien de temps ce patient ?*

B : Au moins 20 ans.

G : *C'est quel type de patient ? Pourquoi il vient te voir ?*

B : Obèse, donc qui fait des grosses lombalgies avec sciatalgie donc il vient me voir pour des lombalgies sévères régulièrement. Il a arrêté son travail, il était postier mais il faisait les colis, si tu veux il triait les colis pour la poste donc il a été mis en retraite par inaptitude peut-être il y a deux ans.

G : *A cause de ces lombalgies justement ?*

B : Ouais

G : *Ok, et du coup pourquoi il vient te voir en général ? Qu'est-ce que tu fais avec lui, qu'est-ce que tu lui prescris ?*

B : Bah lui c'est assez souvent ains, ou éventuellement un antalgique. Donc oui plus ou moins kiné.

G : *Donc il vient te voir pour les recrudescences des douleurs ?*

B : Ouai et des fois j'ai pu aller deux trois fois chez lui pour des lombalgies parce qu'il était cloué au lit.

G : *Et sur les imageries il n'y a pas de, enfin c'est une lombalgie commune, pas d'anomalie particulière ?*

B : Ouais, enfin il a peut-être une hernie, quelques discopathies ou un truc comme ça mais j'ai jamais de souvenir comme ça qu'il ait eu une hernie extériorisée. Il a déjà eu une sciatique je pense mais c'est tout. C'est souvent la lombalgie qui domine.

G : *D'accord, et en terme d'intervention non médicamenteuse chez lui, tu m'as parlé de la kiné, il y a d'autres choses que t'as pu proposer sur la prise en charge ?*

B : On a essayé la perte de poids, l'activité physique. Alors il a une activité, il bricole beaucoup, il marche, au moins pour le poids, à part ça pas grand-chose.

G : *Ok et chez tes patients en général qu'est-ce que tu conseilles, qu'est-ce que tu discutes avec tes lombalgiques chroniques ?*

B : En plus de ce qu'on vient de dire ?

G : *Oui et si tu veux développer plus ce que tu viens de dire sur l'activité physique et sur le kiné.*

B : Euh, j'insiste beaucoup sur l'activité physique, je propose facilement des cures thermales, surtout que bon ici c'est commode. Voilà après le reste pour d'autres alternatives c'est plus en fonction des demandes des patients.

G : *Et qu'est-ce que te demandent les patients ?*

B : De l'homéopathie, de l'ostéo, de l'acupuncture, ce n'est pas forcément moi qui le propose en premier, ça peut m'arriver mais globalement sur des lombalgies chroniques ça m'arrive pas trop.

G : *Pourquoi tu ne le proposes pas ?*

B : Sur des lombalgies chroniques ?

G : *Oui*

B : J'ai dans l'idée que j'ai l'impression que les ostéo soulagent plus sur des douleurs musculaires un peu aiguës, des choses comme ça que vraiment sur les lombalgies chroniques, mais c'est sûrement un a priori.

G : *Et tu parlais de l'acupuncture, pareil ? Tu le proposes dans d'autres indications ?*

B : Oui, oui oui.

G : *Et tu ne le proposes pas aux lombalgiques chroniques parce que ?*

B : Si si je peux, mais ça ça va être plutôt, enfin c'est rarement de mon fait pour de l'acupuncture ou des choses comme ça.

G : *Comment ils le reçoivent sur l'activité physique par exemple ?*

B : Le plus souvent ils disent « oui ». C'est comme l'histoire du tabac, ils sont souvent contemplatifs, le plus souvent. Sauf après, il y a aussi des lombalgiques sportifs, ça c'est plus compliqué encore, c'est plus compliqué. Parce que c'est le contraire, c'est dur de leur faire arrêter le sport, ils veulent surtout pas lever le pied. Donc euh, enfin moi les sportifs m'agacent plus que les autres.

G : *T'agacent plus ?*

B : Enfin, m'agacent peut-être pas mais c'est plus que t'as l'impression que tu vas jamais t'en sortir parce que à un moment donné tu les vois ils te disent « j'ai rien fait » « comment ça j'ai rien fait ? » « Ah oui ben lundi j'ai fait 12 kilomètres, mercredi j'ai fait 40 kilomètres en vélo, samedi j'ai nagé... » enfin bref, « J'ai fait une petite rando de 8 heures ». Après ils sont mal.

G : *Du coup tu leur préconiserais du repos ou une activité ?*

B : Une activité adaptée. Non je ne vais pas leur prescrire du repos, mais les faire lever le pied c'est pas toujours évident.

Après bon mon patient, il a enfin, il bricole mais bon il dit voilà je fais le marché, je fais ci mais le mec après il reste bon vivant 1m70 115kg, des fois ok il descend à 111 mais il ne descendra jamais à 78.

G : *Et sur la perte de poids tu lui conseilles quoi ?*

B : Oh c'est ce que je conseille un petit peu toujours hein c'est juste une petite réduction douce, des choses comme ça, je ne prescris jamais de régimes hypocaloriques sévère ou de diet protéinée ou je ne sais quoi pas du tout. C'est plutôt certains petits ajustements sur les

sucres, les graisses, mais toujours très soft. On part sur quelque chose de plutôt long et durable.

G : *Et sur la kiné en général c'est bien reçu ? Ils y vont, ils suivent les prescriptions ?*

B : Ils y vont, tant que ça les soulage. Le plus souvent oui quand même. Le plus souvent. Mais excuse-moi ta question c'est du non médicamenteux ?

G : *Oui.*

B : On parle pas d'infiltration ?

G : *Non.*

B : Ok, euh quand même souvent oui, ça leur crée un soulagement.

G : *On a parlé dans l'entretien d'avant pas mal de posturo, podolo... Toi c'est quelque chose que tu utilises aussi ou pas trop ?*

B : Je le subis.

G : *Pourquoi « subir » ?*

B : Je suis pas convaincu, mais je le fais parce que, enfin non je le fais pas. C'est toujours enfin c'est plus une demande que moi qui vais l'initier, c'est pas moi qui initie ça.

G : *Parce que toi tu n'y crois pas ?*

B : Alors, c'est pas que j'y crois pas, c'est que c'est la pratique des posturologues qui me pèse un peu. Leur pratique, les trucs, les machins, j'ai un peu de mal quand même. Je suis pas contre, mais ce qui m'agace c'est d'avoir à faire des ordonnances pour une rééducation orthoptique pour quelqu'un qui fait de la posturologie. C'est ça qui m'agace, je dis pas qu'il faut pas le faire, mais qu'ils se débrouillent. C'est ça qui m'agace, sur le principe pourquoi pas. Après bon, quand on me parle des plombages dentaires, des trucs comme ça... Mais bon ça me dérange pas si ils veulent gérer les plombages mais c'est vrai que c'est pas moi qui vais lancer ça.

G : *Ok, et au niveau des recommandations HAS, une autre chose est recommandée, c'est les TCC, les psychothérapies, en lien avec tout le reste évidemment. Est-ce que c'est quelque chose que t'as déjà été amené à proposer ?*

B : Dans les lombalgies non, jamais.

G : *Pourquoi ?*

B : C'est plus une question souvent d'accès. Mais dans les lombalgies non, c'est quelque chose que je garde vraiment pour la prise en charge psychologique des patients.

G : *Qu'est-ce que tu entends par l'accès ?*

B : Oh ben voir le psychologue, le remboursement, tout ça quoi. L'engagement auprès d'un psy quoi.

G : *Et pour l'aborder auprès d'un patient ? Tu penses que ce serait quelque chose qu'il recevrait bien ou pas ? Chez tes patients lombalgiques chroniques.*

B : Ça dépend des patients, ils peuvent plus ou moins l'entendre mais bon. Il faut savoir à qui on peut le proposer, selon les patients on pourra le proposer à quelqu'un qui aura une oreille là-dessus.

G : *Et sur l'activité physique tu préconises quelque chose en particulier ?*

B : Non, je discute avec mon patient, j'essaie de voir ce qu'il peut mettre en place. En général je parle de marche, de vélo de choses comme ça mais ça dépend du type d'activité du patient. Le plus souvent, pour moi, je ne sais pas si c'est moi qui caricature ou pas mais vraiment il y a ceux qui ont des activités qu'on a envie de freiner et puis tu as ceux disent « oui oui j'en fais » et puis tu les croise à C., tu les vois prendre la voiture pour aller faire les courses et toujours prendre la place la plus près de la porte du supermarché. Ou alors tu les vois « je fais du vélo » sur le vélo, ils sont sur le trottoir et ils donnent un coup de pédale toutes les deux minutes, bon.

G : *Il y a des structures de sport santé dans le coin ?*

B : Oui, il y a réadaptaforme, il y a juste un truc que j'ai pas compris parce qu'on a été contacté, enfin il y a deux personnes qui sont venues se présenter et j'ai eu l'impression que c'était les mêmes. Bref, alors je crois qu'il y en a une vraiment qui est sur le coin et l'autre qui est sur P. et qui vient une fois par semaine à S. ou à C.

G : *Et tu travailles avec eux pour l'instant ?*

B : J'essaie d'y penser, j'ai tendance à oublier, alors que c'est pas du tout nouveau, ça fait des années qu'ils sont là mais j'avoue que, en plus celui qui le fait c'est un de mes patient. Mais c'est vrai que j'y pense pas trop. Je passe beaucoup par les kinés. Je veux dire même quand on discute un peu d'activité physique je dis aux patients « voyez avec votre kiné, discutez de ce que vous pouvez faire ou pas ».

D'ailleurs c'est pas forcément chez les lombalgiques que je penserais à ça, je pense vraiment aux pathologies type cardiopathies, aux personnes qui sont plus âgées, aux personnes de 85 ans polypathologiques qui commencent à perdre un peu en autonomie, qui est valide, qui vient encore au cabinet, mais voilà. Je l'utiliserais plus chez ce type de pathologies que chez des lombalgiques purs.

G : *On a fait le tour, merci.*

ANNEXE 3 : Entretien médecin C.

Femme
35 ans
Exercice semi rural

G : Du coup on va commencer par parler de toi, ça fait combien de temps que tu es installé ici ?

C : Janvier 2021

G : Ok et du coup vous êtes deux ?

C : Oui.

G : Et vous êtes associés ? C'est ça ?

C : On est associés oui.

G : Est-ce que tu as des formations particulières ? Est-ce que tu as passé des DU ?

C : Non, pas de DU.

G : Ok, et dans ta pratique est-ce que tu as des choses particulières que tu aimes bien faire?

C : J'aimais bien la gynéco mais du coup j'en fais quand même moins ici parce que je trouve que j'ai plus le temps, et que j'envoie chez la sage-femme. Et sinon j'aime mieux le côté médical que le côté traumatologique.

G : Ok. Bon, pour parler des lombalgiques, est-ce que tu peux me raconter ta dernière consultation avec un patient que tu suis pour lombalgie chronique si tu en as vu là depuis ton retour dernièrement ?

C : Alors j'ai dû en voir... Dont je me souviens euh... J'ai surtout un monsieur qui a des lombalgies chroniques depuis des années suite à un accident, je crois que c'était je sais plus où en Afrique sur des chemins cabossés, en voiture et en fait c'est un monsieur qui a, je sais plus quel âge, 75 ans sûrement, quelque chose comme ça, qui est assez, assez dynamique, qui aime beaucoup voyager, qui aime beaucoup faire de la photo... Voilà, et qui est très très très très déprimé avec ses lombalgies chroniques. Et que finalement on a du mal à soulager. Et qui l'handicapent au quotidien mais finalement le handicap est difficile à évaluer parce qu'il continue quand même d'aller au Kenya de temps en temps, il continue à aller faire des voyages mais voilà il se trouve quand même handicapé, diminué, avec un syndrome dépressif du coup, alors secondaire ou est-ce que ça augmente ? Est-ce que la lombalgie augmente la dépression, la dépression augmente la lombalgie... Enfin, c'est un peu tout lié je pense.

G : Ok, et lui vient te voir spécifiquement pour ses douleurs ?

C : Pour ses douleurs, pour son moral aussi, puisque l'autre fois il voulait se flinguer donc euh. Il venait plus en urgence psy mais quand même avec ses lombalgies importantes oui.

G : D'accord et sur les imageries, il n'y avait rien de particuliers ? C'est des lombalgies communes ?

C : Ouais, il doit y avoir des discopathies, pas de choses à priori qui puissent possiblement être prises en charge au niveau chirurgical ou... Je crois que, je me demande si on lui avait pas parlé d'arthrodèse, mais qu'on lui a plutôt déconseillé, parce que ça risque d'être pire que ce qu'il a donc...

G : Et à ce patient par exemple, qu'est-ce que tu as proposé ? Qu'est-ce que tu as pu discuter avec lui au niveau des thérapeutiques non médicamenteuses ?

C : Alors je pense qu'il doit faire de la kiné j'imagine, que j'ai dû lui en parler en tout cas. Je ne sais plus si on a parlé d'ostéo ou pas. En général pour les ostéo, comme je connais pas très bien les ostéo du coin et que je sais pas trop qui fait quoi, j'ose pas trop forcément encore pour le moment, envoyer parce que je veux pas qu'ils aillent faire n'importe quoi avec n'importe qui. Euh donc euh ouais kiné. Après souvent du chaud, des choses comme ça, une bouillotte... Qui peuvent aider, ou des étirements... Et de quoi on parle d'autre avec lui ? Ouais je pense que c'est tout hein. A priori...

G : Et chez tes patients en général, de quoi tu leur parles ? Qu'est-ce que tu as l'habitude de prescrire ou de discuter avec eux ?

C : Dans ce cas-là, alors kiné souvent quand même, beaucoup. Étirements, école du dos etc... Et puis de garder une activité physique régulière et de pas rester dans son canapé pour pas chroniciser. Voilà je pense que c'est un peu tout ce que je raconte. Ouais le chaud quand on a des contractures musculaires.

G : L'ostéo tu me disais tout à l'heure que ça dépend pour pas qu'ils fassent n'importe quoi, parce que tu les envoies pour quoi chez l'ostéo ?

C : Alors des fois pour euh, plutôt pour libérer les contractures musculaires je crois que des fois ça peut avoir un effet. Après je veux pas qu'ils les fassent craquer voilà c'est surtout ça. Ah si, quand même souvent sur les douleurs de dos je parle pas mal de la literie. Voilà, est-ce que le matelas il a pas 10 ans, 20 ans ? Et des chaussures, le chaussage aussi, avoir des chaussures quand même avec un peu d'amorti et puis souvent un talon un petit peu plus, une petite surélévation du talon, pas être complètement à plat. Parfois je fais voir le podologue pour voir si il y a besoin de semelles.

G : Et il y a d'autres choses que tu sais qui existent mais que tu utilises pas parce que, pour une raison ou une autre, ou que les patients peuvent te demander dans ces cas-là ?

C : Non, je crois pas. En non médicamenteux comme ça, ça me vient pas là.

G : Par exemple tout ce qui est acupuncture, choses comme ça ?

C : Ah, ouais ! Oui potentiellement il y en a qui peuvent m'en parler, mais moi j'en parle pas spontanément je suis pas très acupuncture du coup j'en parle pas. Après si ils me disent qu'ils en font, très bien.

G : Et sur l'activité physique tu recommandes des choses en particulier ?

C : Je revois un peu avec eux ce qu'ils font. Tout ce qui est course à pied, machin, je vais leur dire que c'est pas ce qui est le plus adapté. Et puis vélo, natation, musculation quand c'est fait un peu dans un milieu encadré, c'est pour ça que j'aime bien qu'il y ai aussi le kiné aussi pour leur montrer les exercices à faire et comment les faire pour pas faire plus de dégâts. Euh ouais, natation, marche, marche à pied bien chaussée, voilà.

G : Ok et en général ils sont observants, ils t'écoutent, ils appliquent ou pas ?

C : Oh ben en général les gens qui font déjà du sport, continuent à en faire et ce qui n'en faisaient pas, je ne suis pas sûre d'avoir révolutionné leurs vies en disant ça. Mais de temps en temps du coup il y en a qui se mettent à marcher un peu plus enfin bon, je suis pas sûre que, les gens qui sont sédentaires c'est quand même difficile de les faire bouger.

G : Et sur le kiné, les autres choses ?

C : Oh sur le kiné en général je pense qu'ils le font quand même. Pour les personnes en tout cas qui sont pas en activité qui n'ont pas trop de contraintes à côté, je pense que quand on leur prescrit de la kiné ils vont voir le kiné. Après je sais jamais trop si ce que fait le kiné c'est adapté ou pas. Et même moi je ne sais pas forcément ce qu'il faut exactement faire. Je sais que j'avais vu, je sais pas si c'est la HAS ou je sais pas quoi, qui avait fait tout un truc sur les douleurs, avec il me semble des exercices d'assouplissement, d'étirements et tout ça et j'avoue que avant je leur donnais et là tu vois j'avais oublié, donc je leur donne plus !

G : C'était quoi, c'était les fiches ou l'application que tu utilisais ?

C : C'était les fiches.

G : Ok.

C : Je savais pas qu'il y avait une application. Mais oui il y avait des fiches avec des exercices. Ça m'est arrivé donc leur donner et voilà, j'y repenserai tiens.

G : Ok et parmi les choses dont tu ne m'as pas parlé mais que tu as évoqué par contre pour ton patient que tu suivais de base, il y a les TCC qui sont recommandées par la HAS en lien avec l'activité physique et le reste. Est-ce que toi c'est quelque chose que tu as déjà pu conseiller à des patients qui viennent pour des lombalgies chroniques, ou pas ?

C : Euh, non je pense pas. Enfin, dans le sens pour le moral, si je vois qu'il y a une baisse de moral ou je sais pas quoi, oui je vais les envoyer voir un psychologue, après je vais pas forcément penser aux TCC dans le but d'améliorer la lombalgie, enfin si mais voilà, plus si il y a un retentissement psychologique. Je savais pas que les TCC particulièrement d'ailleurs.

G : Oui après je pense que c'est parce que les TCC sont plus étudiées que les autres psychothérapies, mais en tout cas le suivi psy est recommandé aussi.

C : Oui oui, ben en fait souvent la lombalgie ça leur tape sur le système, puis quand on en a plein le dos on a mal au dos, c'est peu lié quand même.

G : Et pour le sport est ce que tu passes par les structures d'activité physique adaptée ? Est-ce qu'il y en a par ici ?

C : Non, parce que je ne sais pas si il y en a ou pas, et que j'ai l'impression que c'est un truc dont on parle et au final y a pas grand-chose qui se fait j'ai l'impression, ou alors je suis pas au courant. Donc je sais pas vers qui les orienter et les choses qu'ils font dans les prises en charge.

G : Et tout ce qui est posturo tu conseilles aussi ?

C : Euh ouais, ça peut m'arriver aussi, ouais, d'envoyer chez le posturologue alors je sais plus pourquoi oui, pourquoi pas, il y a le Dr. R à L. qui fait de la posturo et du coup je peux les envoyer, alors peut être plus quand je vois qu'il y a des scoliozes, des choses comme ça ou des problèmes de semelles qui sont pas géniales mais je le fais pas en systématique en tout cas.

G : Quelque chose de plus à rajouter ?

C : Non je crois pas.

G : Et bien merci.

ANNEXE 4 : Entretien médecin D

Homme
40 ans
Exercice semi rural
Association 2 médecins

G : Ça fait combien de temps que tu es installé ici ?

D : Mars, fin mars 2015, ça fait 9 ans, bientôt 9 ans.

G : Ok et est-ce que tu as des DU ou des formations particulières ?

D : Et oui j'ai fait un DU de médecine subaquatique et hyperbare, DIU de médecine palliative, capacité médecine du sport.

G : Et des choses qui t'intéressent plus dans ta pratique de la médecine générale ?

D : Et des choses qui m'intéressent plus ? Bah non tout m'intéresse non, non j'aime bien la pédiatrie, j'aime bien la gériatrie... J'aime bien tout ce qui concerne aussi un peu la médecine du sport. Qui m'intéresse plus non, qui m'intéresse moins oui : tout ce qui est gynéco en pratique j'en fais pas, quasiment pas, c'est tout.

G : Alors pour parler de lombalgies, est-ce que tu peux me parler de la dernière consultation d'une consultation à laquelle tu penses avec un lombalgique chronique que tu vois un peu régulièrement ?

D : Dernière consultation... Alors je vais penser là tout de suite à un patient que j'ai dû voir hier je crois justement. Je le connais pas très bien, c'est un jeune patient. Qui... Alors attends, je re situe. Ah oui, qui me revenait, qui venait me voir pour des cervicalgies et qui a aussi des lombalgies qu'il me dit chroniques. Effectivement, il a 30 ans, une trentaine d'années. Il a mal depuis, depuis 15 ans, je crois, depuis ses 15 ans à lui. C'était pas le problème principal de la consultation mais on en a quand même un peu parlé. Parce que voilà, il venait parce que son kiné avait dû lui demander de refaire une radio, un truc comme ça je crois. Il a notamment je pense, je crois, un spondylolisthésis bas. Donc il est habitué à gérer ses lombalgies et il vit avec. Après c'est un patient qui n'était pas trop forcément en questionnement, qui arrivait à peu près à gérer en l'occurrence c'était pas, il n'avait pas une problématique majeure par rapport à ça. Donc on a un peu abordé les choses, je lui ai demandé ce qu'il faisait, si il pensait à son dos régulièrement, s'il faisait un peu des exercices. Bon, il avait l'air d'être à peu près, on va dire éduqué et d'essayer de penser à son dos assez régulièrement.

G : C'est à dire penser régulièrement à son dos ?

D : C'est-à-dire qu'il faisait régulièrement des exercices chez lui, d'étirement et de gainage.

G : Donc toi c'est ce que tu conseilles en premier chez tes patients ?

D : Sur les lombalgies chroniques, ce que je conseille en premier c'est de bouger effectivement, de marcher. De s'imposer une bonne hygiène du dos au quotidien, surtout quand on a pas mal, enfin, moins mal. D'essayer de s'imposer des exercices tous les jours, en tout cas régulièrement, avec en première intention effectivement des étirements. Même si c'est un peu laborieux au départ. En général les lombalgiques chroniques, ils savent très bien que ça leur fait du bien et ils arrivent à... Et ils ont besoin de faire leurs exercices. Ce que je leur dis aussi, c'est qu'il faut de temps en temps quand même faire une petite piqûre de rappel, aller voir le kiné parce qu'on finit toujours par faire des exercices faciles, qu'on a envie de faire et qui sont pas toujours, pas bien adaptés. Donc c'est bien de refaire un peu le point, de retravailler, de refaire des choses qu'on a notamment moins envie, pour pouvoir retravailler correctement les choses. Et ? Et voilà. En première intention, on va dire : de bouger et d'essayer de faire du sport.

G : Ok donc le sport, le kiné. Il y a d'autres choses ?

D : Alors le kiné, le kiné oui par périodes. Après je leur dis aussi que c'est pas, ils pourront pas faire du kiné à vie, alors qu'il faudrait presque faire du kiné à vie. Alors si derrière eux ils font pas leur propre kinésithérapie, leur propre auto rééducation et leur propre auto exercice ça ira pas.

G : Donc kiné plutôt dans un but de d'apprentissage ?

D : Kiné dans un but de soulager dans un premier temps, sur la phase aiguë et après d'école d'école du dos, d'auto apprentissage et de temps en temps dans un but de rappel, pour pouvoir derrière re apprendre, remonter des exercices et re stimuler la rééducation. Après bon je conseille de faire un peu de gym, faire un peu du pilate si c'est possible. En essayant d'éviter les médicaments, sur les douleurs chroniques même si des fois il y a pas trop le choix. Voilà ! Ça c'est sur les lombalgiques chroniques ouais plutôt.

G : En général, comment c'est suivi ça déjà le sport, le kiné ?

En général c'est mal suivi. En général c'est mal suivi, les vrais lombalgiques chroniques qui ont déjà vu du kiné, bon ils disent qu'ils savent à peu près ce qu'il faut faire etc, mais qu'ils ne le font pas suffisamment, donc ils en ont en partie conscience. D'autres qui font ça par phases et ils savent très bien que ça leur va bien. Il y en a certains qui ont réussi à trouver la motivation pour s'inscrire en salle de sport, ou autre chose comme ça et c'est vrai que mine de rien, ils le disent eux même que ça va beaucoup mieux, quand ils font de l'exercice, quand ils font du sport, quand ils reprennent le sport.... Ils ont un bénéfice, je pense, escompté, enfin ils remarquent bien que le bénéfice est important. Et puis après des fois sur les situations un petit peu plus complexes, j'essaie de renvoyer quand même vers des centres de rééducation ou des MPR. Bon je pense à certains patients où y a eu des phénomènes chroniques vraiment douloureux, très difficiles à gérer et c'est qu'après un séjour en rééducation au CHU notamment où derrière il y a eu un bénéfice, quand même escompté, mais avec simplement une rééducation mieux menée. Si, autre chose que je dis des fois, c'est j'essaie de me renseigner sur quels sont les exercices, que leurs kinés font. C'est-à-

dire : qu'est-ce qu'ils font avec le kiné ? Qu'est-ce qu'ils font sans le kiné ? Qu'est-ce qu'on leur apprend ? Pour pouvoir essayer de voir un petit peu derrière la gestion et ça m'arrive de temps en temps de conseiller de changer de kiné. Non, pas pour... Contre un kiné, mais pour avoir une approche ou une technique différente. Et, pour essayer des fois de gagner en marge de progression, marge de manœuvre.

G : Il y a des techniques de kinés particulières que tu recommandes ou pas ?

D : Bah, c'est pour ça que je pose la question pour savoir quels exercices font les kinés. J'essaie de voir s'ils font un peu d'école du dos, voir si un peu ils font des exercices, un peu de l'auto apprentissage. Puis après je renvoie vers du, parfois vers du McKenzie ou... j'ai oublié l'autre... Enfin sur des techniques de kinésithérapie un peu plus générales. J'ai pas beaucoup de références.

G : Il n'y en a pas par-là qui en font ?

D : Est-ce qu'il y en a par-là ? Euh, non. J'ai un nom ou deux mais c'est un peu plus loin. Après des fois je fais, ça m'est arrivé aussi de travailler avec un médecin MPR de formation, qui fait une approche aussi, un peu médecine manuelle, médecine ostéopathique, et qui fait de la technique du Moneyron. C'est une technique de décordage, un peu globale, et des fois ça m'arrive d'envoyer à, M.V. il s'appelle, qui est censé prendre en charge un peu plus globalement, débloquer au niveau tendineux, c'est la technique de Moneyron. Ça se fait en une ou deux séances et ça ressemble un petit peu à, enfin c'est un peu le même principe que l'ostéopathie, enfin c'est un peu le même bénéfice. Une fois ou deux mais pas plus. Mc Kenzie et ... Mais non il n'y a pas beaucoup plus de références que ça. Puis après il y a certains kinés, qui je sais vont faire plus ça ou ça, donc je dirige directement plus vers un ou l'autre, plutôt tel ou tel centre de kiné, même si ils n'auront pas forcément la place mais...

G : Il y a d'autres choses que tu peux leurs conseiller en fonction des cas ?

D : Euh, j'essaie, je sais pas si j'y arrive, d'expliquer aux gens que, quand ils ont pas mal, c'est là que c'est le plus important de faire attention à leur dos, en partie. Donc au quotidien quand ils travaillent, qu'ils essaient de faire attention à la voiture, de faire attention aux postes de travail, à l'ergonomie du travail, de faire attention aussi quand ça va bien en fait. Et d'essayer de continuer de faire les exercices quand ça va bien en fait. Et de pas attendre d'avoir mal ou ne pas attendre d'être en crise pour pouvoir travailler. Et si, ce que je fais aussi régulièrement, et j'y avais pas pensé : je leur montre comment faire pour simplement se lever, et s'allonger d'une table ou d'un lit, en me mettant en situation. Bon c'est des trucs simples. Après souvent on essaye de voir. Quelqu'un qui a mal au dos de façon chronique, on arrive, je pense, rapidement, à voir s'il est habitué ou pas gérer son dos. Juste le fait de se déshabiller et de s'allonger sur la table, et si je vois qu'ils le font mal ou pas correctement ou que... J'essaie rapidement de voir ça un peu avec eux en disant voilà voyez c'est un truc tout bête, mais pour faire ça, il vaudrait mieux s'allonger comme ça, etc. Pour essayer de faire une petite piqûre de rappel et essayer d'y penser tout le temps. Et en fait il y a pas mal de gens, je trouve, même la majorité qui le font mal alors qu'ils sont censés avoir vu 10 fois des kinés quoi. On s'en fout. Donc je me pose la question sur derrière, je sais pas, l'école du dos justement sur l'apprentissage, l'auto apprentissage des... Alors il y en a qui me disent : Oui je

sais comment faire et puis qui ne le font pas mais de façon consciente, mais il y en a d'autres je pense qu'on leur a dit « bah non on m'a jamais montré » alors que. Donc c'est ça, j'ai du mal des fois, à comprendre que les kinés derrière, comme c'est quelque chose de très fréquent, ne montrent pas les choses du quotidien quoi. Après c'est peut être montré et puis les gens ne le font pas ou l'ont oublié, j'entends bien mais...Donc voilà, j'essaie de faire rapidement un petit topo sur les deux trois trucs rapides mais bon je suis pas non plus peut être suffisamment compétent ou du moins pas suffisamment de temps pour passer du temps à faire ça.

G : Il y a d'autres choses qu'ils peuvent te demander mais que tu ne prescribes pas pour une raison ou une autre ?

D : Je prescrite assez facilement du kiné, j'avoue, avec la réserve que ça a. J'essaie des fois de dire aux gens, enfin je prescrite du kiné pour pouvoir leur dire : gardez une ordonnance en stock et allez-y une fois de temps en temps pour faire une petite piqûre de rappel, essayer d'entretenir un peu les choses, ou d'avoir un peu, de gérer la fréquence en fonction de gênes ressenties.

Sur les radiologies...Je sais qu'il y a au moins une fois une radiologie qui a été faite. En général, ils ont tous eu radio, scanner et IRM au moins une fois. Mais sauf s'il y a un élément nouveau ou différent, j'essaie de pas prescrire d'imagerie en systématique.

Le sport sur ordonnance j'ai pas fait encore parce qu'il n'y a pas la structure à proximité, je pense, qui nous permet de le faire. Même si j'ai quelques patients qui en font mais c'est plus dans l'ordre du, dans le cas du cardio-vasculaire, cardio métabolique, mais pas tant sur le cas du dos.

Euh, prescription derrière ? Non

G : Ok, semelles, ostéo, tu m'en parlais du coup ?

D : Alors sur le chronique je conseille pas forcément l'ostéo. Sur la semelle effectivement podologue, j'ai pas forcément pensé mais si, les semelles si je fais. Alors c'est au début de la prise en charge, ça dépend ce que tu appelles chronique. Mais en général un patient à moi qui commence à aller vers une chronicisation, rapidement, oui assez facilement je vais chez le posturologue avec des semelles, soit chez le podologue éventuellement pour des semelles soit chez le posturologue avec une approche de proprioception, si ça paraît utile. Mais c'est des gens qui sont en début de chronicisation, pas forcément qui sont chroniques depuis des années, ou ils l'ont plus ou moins déjà fait. Mais oui effectivement.

G : Et acupuncture, choses comme ça ?

D : Acupuncture en général non j'en parle pas plus que ça, non. Parce que je connais pas suffisamment et parce que j'ai pas, j'y pense pas forcément. Podologue avec les semelles si, ça j'en parle régulièrement. L'ostéopathie pour débloquer éventuellement, ça peut être une idée effectivement. Acupuncture non, médecine chinoise, il y en a qui m'en parlent, moi je le conseille pas, je connais pas. Chiropracteur j'en parle pas plus non plus. Qu'est-ce que comme ça euh lombalgique chronique... Donc j'ai parlé des fois de médecins rééducateurs ça m'est arrivé plusieurs fois de réadresser les gens qui étaient déjà suivis vers un médecin MPR.

Cures thermales, en général, j'essaie d'y penser, je propose des fois sur une visée rhumato, à des gens qui pourraient bénéficier d'une cure thermique, ça j'essaie d'y penser et je propose régulièrement.

Par contre ça je n'ai pas d'autres, pas d'autres idées qui me viennent.

Je propose aussi sur les gens qui travaillent. J'essaie de aussi de renvoyer vers la médecine du travail en proposant derrière une ergonomie du poste du travail. Donc je dis de contacter la médecine du travail pour voir. C'est régulièrement fait en fait déjà, les gens, sans forcément passer sans moi qui en parlent, l'employeur peut lui-même l'avoir proposé, ou il y a souvent des gens quand même qui ont des choses adaptées. On essaie d'en parler.

Bon, et puis après derrière bien sûr, bon là on est sur le non médicamenteux, mais ça m'est arrivé après aussi derrière de renvoyer vers le centre antidouleur, pour envisager, bon une approche un peu différente. Soit pour la gestion médicamenteuse de la douleur, mais la gestion non médicamenteuse de la douleur aussi. Et puis derrière de temps en temps, une approche aussi un peu bien sûr psychologique. Indépendamment du centre des douleurs, c'est un peu rare, c'est difficile de faire accepter. Mais en général quand il y a une douleur chronique qui est mal gérée, je renvoie en centre antidouleur pour aussi la gestion psychologique de la chose.

G : Tu passes toujours par le centre antidouleur pour la gestion psychologique ou tu peux leur en parler spontanément ?

D : J'en parle spontanément mais je propose pas forcément d'aller voir un psychologue ou un psychiatre directement. J'en parle, moi j'essaie de gérer, et après c'est soit via le service MPR ou via le centre anti-douleur.

G : Et c'est reçu comment quand tu abordes ce sujet en général ?

D : C'est reçu comment ? Certains en sont conscients je pense, ils sont plus ou moins d'accord. D'autres acquiescent mais n'enchainent pas. Et d'autres je pense sont focalisés sur autre chose et il y a un certain déni du retentissement psychologique de la douleur chronique.

Après, si des fois j'essaie aussi d'aborder la notion que si ils ont plus mal au dos c'est parce que sur le plan psychologique ils sont pas bien, dans le sens inverse, c'est pas le problème de dos, c'est le problème psychologique. Et donc de leur dire que c'est normal qu'ils aient mal au dos, il faut peut-être s'occuper d'abord du moral avant que les douleurs puissent s'estomper. Et il y en a certains qui sont tout à fait conscients et qui l'ont noté eux-mêmes, par eux-mêmes. Bon, d'autres pas trop mais... Après à envoyer directement vers un CMP ou un psychologue en ville pour gérer la douleur chronique, j'ai pas fait encore.

Ça m'est arrivé des fois, si, d'autres choses, j'y pense au fur et à mesure, j'ai pu conseiller d'aller voir un sophrologue. Éventuellement derrière faire un peu d'hypnose aussi. Ça, c'est pas, j'y pense pas forcément tous les jours d'emblée mais ça m'est arrivé d'en parler.

Sur la gestion, ouais voilà. Euh, le CBD, les gens qui m'en parlent spontanément, ça a dû m'arriver une fois ou deux. Je leur dis vous avez qu'à essayer vous verrez bien.

G : Ça du coup c'est eux qui t'en parlent ? Plutôt que toi qui leur en parle ?

D : Ouais, après est ce que c'est médicamenteux ou pas médicamenteux ? Je sais pas mais j'ai dû en parler ou rarement mais c'est plutôt eux qui me disent qu'ils en prennent ou dans la gestion, bon voilà, y a pas que le CBD d'ailleurs. J'ai un patient qui a des douleurs, alors c'est pas des lombalgies, mais chroniques, voilà qui va fumer et qui fume régulièrement le soir à visée antalgique. Donc on en parle. Même si c'est pas du côté légal de la chose.

Ouais non si sophrologue j'en parle souvent parce qu'il y en a deux à proximité. L'hypnose un peu moins dernièrement. Donc je crois que c'est à peu près tout après il y a peut-être d'autres choses, mais j'ai pas comme ça en tête.

Après j'essaie quand même de demander aux gens de faire du sport d'aller par exemple faire un peu une natation d'aller juste marcher faire un peu de marche nordique. Je conseille assez souvent faire du Pilate en fait quand même. Je pense que ça revient souvent dans mon discours, notamment en début d'année, début d'année scolaire.

Comme ça en pratique pour l'instant j'ai pas d'autres idées...

G : C'est déjà pas mal.

D : Il faudrait que je repense à des cas concrets mais euh...

Après tout ce qui est TENS tout ça par exemple c'est vrai que j'essaie d'y penser. Mais bon nous on est un peu un peu bloqués en fait donc c'est pour ça que j'essaie de renvoyer vers le centre antidouleur pour aussi avoir une approche multidisciplinaire en fait.

J'essaie de penser à des cas concrets de prise en charge...

Et voilà, j'essaie quand même assez facilement de renvoyer, je reviens ce que je disais tout à l'heure sur la médecine du travail parce que, il y a beaucoup de gens qui sont en arrêt de travail prolongé et ça m'embête un peu et du coup, j'essaie de quand même de faire jouer la médecine du travail, pas forcément pour rechercher une invalidité, enfin une invalidité au poste, mais aussi pour pouvoir anticiper un peu les choses pour une reprise en essayant de d'envisager une reprise et adapter le poste de travail plutôt que... Assez, assez rapidement en fait. C'est pas toujours très efficace et puis les gens disent oui et puis le font pas mais puis derrière il y a des délais de consultations mais je pense que c'est important d'essayer de quand même de limiter les conséquences par rapport au côté professionnel, et nous on est un peu bloqués par rapport à ça et je conseille souvent aux gens de faire le point avec la médecine du travail. Pour le poste, pour euh, même des fois de changer de travail, changer de voiture déjà dans un premier temps, pour les gens plus jeunes.

G : Ok donc on est pas mal.

D : Il y a d'autres questions ?

G : Non c'est tout.

D : Comme ça premièrement c'est surtout à ça je pense. Mais j'ai pas de méthode miracle non plus. Ah si, des fois alors c'est plus pour les cervicalgies mais des fois quand même j'essaie de conseiller des sites internet ou certains... J'avais des documents sur le dos pour essayer justement de donner à la personne une base de données ou un support papier. Mais ça j'en ai plus en ce moment. Ça m'est arrivé parfois de le faire pour qu'ils un peu se documentent par eux-mêmes.

G : Très bien. Merci.

D : De rien.

ANNEXE 5 : Entretien médecin E

Homme

30-40 ans

1 an d'installation (+ 1 an de remplacement dans le cabinet)

Exercice urbain

En association de 2 médecins

DU médecine d'urgence

E : Ok ben ouais moi en général j'ai tendance à... Évidemment à prendre le truc dans sa globalité. Parce que tu as quand même pas mal... Enfin c'est souvent des trucs qui sont pas mal intriqués : il y a de la psy, il y a de l'alimentation, il y a... Voilà c'est un peu un package global dans ces trucs-là, c'est quand même un peu le premier truc qui parle quand les gens ne sont pas très bien ou stressés. Donc en prescription non médicamenteuse enfin, en tout cas dans les trucs dont je discute avec les patients, c'est évidemment comment ils se sentent dans leur vie à ce moment-là. Enfin, voilà si tout va bien à côté, etc. Et puis bah après je, j'aborde aussi quasi systématiquement l'aspect... Effectivement tu vois s'ils sont surpoids, l'aspect nutrition, l'aspect activité physique, voilà. Et je trouve que, en général ça paye parce que on trouve souvent des motifs annexes à cette lombalgie. Et puis on se rend compte qu'il y a évidemment pas que ça à prendre en compte quoi, voilà. Et donc je ouais je alors je pousse pas trop vers les diététicienne moi.

G : *Pourquoi ?*

E : Parce que ça me gonfle. Non alors ça me gonfle... Parce qu'en gros souvent quand tu parles un peu avec les gens tu te rends compte qu'ils font n'importe quoi et que en en discutant on peut reprendre un peu les choses et que voilà après si vraiment il y a des... Comment dire, si vraiment il y a des indications, tu vois sur du diabète des trucs comme ça mais je trouve que j'arrive bien à faire sans. Voilà. Mais après oui je parle vachement bouffe. Je leur remets souvent dans une fiche d'index glycémique des aliments. Tu vois, je sais pas si tu vois le genre de truc. Donc ça souvent, l'aspect nutrition ça se finit souvent comme ça ouais. Je trouve ça parle assez bien parce que ça leur donne des exemples concrets. Tu vois notamment ils te disent « ah je pensais pas que tel truc : le riz, notamment les patates... » Et puis après ouais moi je milite énormément pour qu'ils fassent du sport, enfin du sport ou n'importe quelle activité physique : la marche... Ca ça fait partie de mes prescriptions systématiques chez les patients lombalgiques. Et voilà, alors en général j'essaie de voir un peu ce qui leur fait plaisir ou ce qui leur ferait plaisir de pratiquer. Et voilà. Je milite pas mal aussi pour le pilate, alors j'en fais pas, mais je sais que pour la posture c'est quand même, y a rien de mieux et pour les lombalgiques chroniques c'est quand même bien. J'ai trois-quatre patients qui ont été vraiment transformés par ça. Après ça coûte un bras, c'est un peu le problème, mais je milite pas mal pour ça quand c'est possible. Quoi d'autre... Ca peut, voilà, après selon ce qu'on trouve aussi sur le côté, sur le côté psy ou mode de vie ça peut se terminer en de la psychothérapie, un divorce... J'en sais rien ça peut être très vaste selon ce qu'on trouve quoi mais c'est tellement un symptôme, je trouve qui est une porte d'entrée vers plein d'autres trucs dans la vie des gens que si on creuse un peu, on peut prouver des

trucs qui sont pas forcément prescrits mais discuté, qui sont des trucs qui n'ont rien à voir avec le problème de départ quoi. Je sais pas si ça peut répondre un peu à ta question.

G : *Par exemple est ce que tu peux me parler du dernier patient que tu as vu pour ça ou un patient auquel tu pourrais penser ?*

E : Ah je suis nul à ce jeu-là. Faudrait que... Je peux regarder mon planning ?

G : *Oui bien sûr.*

E : Je veux pas que ça fausse.

G : *Pas forcément le dernier sinon.*

E : Oui oui mais voilà puisque voilà j'ai pas grand monde qui..Ah bah lui tiens! Lui alors lui il a 62 ans. Il est venu me voir parce que ça faisait 3-4 mois qu'il avait mal au dos, machin... Il a pas d'antécédents ce mec-là. Et en discutant donc sur son mal de dos on a effectivement parlé de l'alimentation et du coup il me dit « oui puis en plus j'ai perdu du poids ». Et ? Donc assez vite je cherche une cause à ça et en fait en discutant je me rends compte que le mec il bouffait plus, que son frère lui avait pris la tête et qu'il s'était mis à boire. Enfin, ils sont pris la tête pour un truc sérieux, une grosse histoire de pognon. Et du coup il s'est mis à boire ce qui n'était pas le cas avant, c'est un monsieur qui n'est pas alcoolique. Et il a eu du mal à s'en sortir, tant est si bien que, ce qui est assez rare pour une première consultation, ça s'est fini sur vraiment un truc addicto quoi tu vois ? Et donc bah effectivement je lui ai recommandé de voir un psychologue. Voilà en termes de prescription non médicamenteuses. Donc lui c'était le dernier.

G : *Ok, donc là tu m'as parlé diet, sport, psychothérapie, il y a d'autres choses ?*

E : Euh, c'est les trois grands axes que je discute sur des lombalgies chroniques. C'est forcément chronique donc forcément plus de trois mois ?

G : *Oui oui.*

E : Ceci dit, même en aigu je fais à peu près pareil. Ouais, non.

G : *Et il y a des choses que les patients te demandent par exemple mais que tu ne prescris pas ou que tu prescris pour leur faire plaisir ?*

E : Ouais, carrément, on voit de quoi on parle. Oui, oui le scan évidemment.

G : *Mais en thérapie non médicamenteuses aussi ?*

E : Ah non médicamenteuse !

G : *Ou les trucs que tu connais mais que toi tu fais pas ?*

E : Il y a la prescription de sport, mais c'est tellement pas au point que j'en prescris pas.

G : *Ah tu veux dire les structures sport santé ?*

E : Ouais, c'est tellement pas remboursé que de toute façon je le prescris pas ça. On a hâte, peut-être qu'un beau jour on va y arriver. Et donc j'ai des patients qui m'en parle. J'ai des patients qui me disent « hé, j'ai oui dire que... » mais bon, de toute façon faut payer donc... Du coup je le prescris jamais. Mais oui j'ai des patients qui me parlent de ça d'eux-mêmes, donc ça fait son chemin dans la tête des gens mais comme c'est mal pris en charge. Qu'est-ce que j'ai d'autres qui peut me demander sur des lombalgies de non médicamenteux ? Pas grand-chose en réalité souvent, ils sont inquiets, à juste titre d'avoir plus grave et donc ils demandent l'IRM, qui est de toute façon indiqué dans le chronique, donc faut le faire à un moment donné l'IRM ou le scan. Mais c'est surtout ça moi qu'on me demande.

G : *Kiné ?*

E : Évidemment kiné bien sûr mais je sais pas pourquoi je suis en bug total. Je sais pas pourquoi je l'ai inclus dans le médicamenteux. Excuse-moi alors qu'évidemment que non mais oui bien sûr je prescris de la kiné enfin ! A chaque fois. Bien sûr ! Oui évidemment, évidemment. Je sais pas pourquoi quand, je pense que en fait tu as dit non médicamenteux et dans ma tête s'est créé un chemin où c'était non prescrit sur une ordonnance. Mais donc évidemment chaque consult pour de la lombalgie se termine par de la kiné, bien sûr. Et ostéo aussi. Ça peut m'arriver, selon le tableau, ça c'est toujours un peu pareil. Quand je vois que c'est vraiment structurel, musculaire...Voilà, mais dès que je vois qu'il y a plusieurs trucs intriqués ouais je mets de l'ostéo, enfin je recommande d'essayer ouais l'ostéo carrément. Ostéo, kiné bien sûr. Après chiropracteur, jamais de la vie.

G : *Pourquoi ?*

E : Je sais pas, j'ai un a priori sur ces gens. Je suppose qu'il y a des gens très bien dans le lot mais j'ai l'impression qu'il y a quand même beaucoup d'escrocs. Mais c'est peut-être une vue de mon esprit et moi qui suis pas assez ouvert mais en tout cas je recommande jamais. Les naturopathes non plus. Voilà, ça peut m'arriver de recommander de l'acupuncture, d'autant que là on a une nouvelle qui s'est installée, B. G., qui est super bien et qui fait un G à 25 balles quoi. Donc elle prend deux patients en même temps. Dans deux salles différentes et je trouve du coup elle fait son beurre comme ça mais je trouve ça hyper cool de rendre ça accessible à des gens. Donc ça ouais je le recommande à des patients. C'est à peu près tout là pour le coup. Mais oui effectivement dans mon truc j'ai complètement omis les thérapies manuelles. Donc ouais voilà !

G : *Et la posturo, les semelles ?*

E : Oui aussi c'est vrai. Oui, oui c'est vrai que selon l'examen. Après je le faisais beaucoup au début de ma pratique. Mais j'ai beaucoup de podologues qui m'ont dit que, en réalité, c'est assez rare d'avoir des lombalgies expliquées par des problèmes de semelles enfin des problèmes de pied quoi. Les genoux oui à fond mais le dos beaucoup moins, donc j'ai un peu levé le pied là-dessus. Voilà après si je vois que le gars il a un gros varus de genoux, je

l'ajoute dans le package oui. Mais j'ai un peu levé le pied là-dessus, avant je le faisais un peu systématiquement, au début, mais plus du tout. Et puis d'ailleurs au-delà de ce que m'ont dit les podologues j'ai bien vu que ça payait pas trop quoi. Voilà !

G : *Comment c'est reçu tout ça ? Est-ce que c'est suivi ? Est-ce que ça correspond aux attentes tu penses ?*

E : Ça dépend. Ça dépend comment c'est reçu en général c'est plutôt bien reçu puisque tu t'intéresses aux gens. Et puis les gens perçoivent bien assez rapidement que leur problème de dos il est un peu... Enfin une fois qu'ils ont été rassurés par l'imagerie. La plupart des gens sont tout à fait ouverts sur la question de, il y a peut-être d'autres choses qui expliquent ça. Et ils sont très contents qu'on s'intéresse à leurs problèmes et qu'on essaie de le détricoter quoi donc c'est plutôt bien reçu. Est-ce que c'est fait ? Je sais pas j'ai pas de stats, mais à vue de nez je dirais 50-50 quoi. Donc non, c'est pas toujours fait. Pas toujours fait. Et puis la plainte peu persister longtemps et puis... Après c'est la magie de la Med gé.

G : *Ok il y a pas d'autres choses auxquelles tu peux penser ?*

E : Écoute maintenant que tu m'as rappelé que la kiné était une prescription non médicamenteuse. Non je vois pas là. Ouais non je vois pas grand-chose d'autre.

G : *Ok du coup la psychothérapie c'est un truc que tu discutes assez facilement avec tes patients ?*

E : Ouais ouais très facilement. Très facilement parce que aussi je veux me prémunir moi de, je veux pas être le psy service. Voilà, je j'entends que ça fait tout à fait partie de mon rôle de médecin généraliste, d'écouter, d'accompagner, de rassurer sur certains trucs, mais quand il en va des troubles somatoformes ou de l'aspect. Enfin ou de douleurs morales dans la vie des gens qui nécessitent de la psychothérapie j'en parle bien sûr sans problème. Et c'est souvent bien accueilli parce que, ouais les gens ils entendent que ça n'a rien à voir avec la folie d'avoir des symptômes qui proviennent du stress et que on peut tout mesurer chez eux sauf leur stress et il y a forcément dans toute douleur une part de stress.

G : *Ça marche bon on a fait le tour là-dessus. Juste pour reprendre un peu. Tu es installé depuis combien de temps ici ?*

E : Euh, je suis techniquement installé depuis exactement un an, depuis le 1er avril 2023.

G : *Ok et t'avais remplacé ici avant ?*

E : J'avais remplacé un an ici avant. Et avant ça j'ai fait deux ans et demi d'urgence en hôpital et encore avant ça j'ai fait. J'ai été installé un an en maison de santé région parisienne. Et encore avant ça, j'ai remplacé 3 ans, toujours dans la même maison de santé en région parisienne.

G : *Ok et tu as des DU ou des formations ?*

E : Ouais j'ai un DU d'urgence médicale et hospitalière.

G : *Et des choses que tu préfères plus particulièrement dans la médecine générale ?*

E : Que je préfère ? Non j'ai pas de... J'aime bien, j'aime bien la diabéto. J'aime bien le diabète quoi. J'aime bien diagnostiquer suivre des diabètes, ça me plaît. Mais après non j'ai pas de préférence quoi. Non j'ai pas de... Tu vois je fais de la gynéco mais c'est pas mon truc préféré de la vie. Voilà bon j'avoue un peu tout c'est pour ça que je fais ce boulot.

G : *Merci.*

Annexe 6 : Entretien médecin F

Femme
Semi rural
Cabinet de groupe

G : Pour commencer depuis combien de temps tu es installée ?

F : Ici installée, j'étais installée d'abord sur la ** pendant 3 ans. Ensuite j'ai fait des remplacements pendant quatre-cinq ans et je suis installée ici depuis 2012.

G : Ok, et est-ce que tu as fait des formations ou des DU particuliers ?

F : Oui des formations en homéopathie j'ai fait, c'est déjà pas mal, mais non pas de formations sinon.

G : Ça marche et tu as des préférences dans ta pratique de la médecine générale, des appétences particulières ?

F : Bien sûr ! Ouais j'ai des choses que j'aime. Je suis à l'aise oui oui. Tu sais moi j'aime beaucoup le sport comme toi, j'ai pu comprendre, donc là par exemple là je suis axée très sport parce que j'aime ça et je sais ce que ça m'apporte et du coup pareil dans la lombalgie par exemple, dans beaucoup de problèmes physiques, même pas physique, des problèmes mentaux même, je conseille le sport. Plus que peut-être qu'un autre médecin et j'insiste peut-être même lourdement.

G : Est-ce que tu peux me parler ta dernière consultation ou d'une consultation à laquelle tu peux penser là avec un patient lombalgique chronique ?

F : Oui oui, c'est un monsieur en surpoids, obésité morbide. Oui, voilà, l'autre axe c'est l'alimentation, c'est la perte de poids. C'est pareil c'est non médicamenteux. Où je galère parce que je pense qu'il bouffe mal et trop et il ne perd pas de poids et tu connais très bien, ils disent qu'ils mangent rien mais ils pèsent 115 kg hein et avec du coup... Oui là je peine, la dernière consultation je peine. Je ne pense pas du tout... Il est trop gros il peut plus marcher... C'est pas ma consultation où j'ai des grandes réussites. Oui quel axe! C'est sûr, tu axes d'abord, bon tu donnes un petit peu d'AINS, bon 5 jours, moi j'aime pas beaucoup ça tu vois parce que ... bref mais bon comme nous tous on en prescrit, tu finis par proposer une infiltration même si tu sais que ça va pas faire l'affaire non plus hein, vu le surpoids. Kiné, oui. Oui mais sur mes ordonnances de kinés même je marque clairement : « remise en forme, travail de la ceinture abdominale. » J'ai l'impression d'embêter mes patients parce qu'ils vont pas avoir beaucoup de massage. Mais tout est le travail, oui, dans les lombalgies communes hein, le travail du core comme disent les anglais, du core training, de la sangle abdominale. Ça, je propose différents sports. Je propose le pilate souvent, le yoga. Le Pilate surtout hein, c'est excellent pour les muscles profonds. Après je finis par dire qu'ils font le sport qu'ils aiment pour que ça dure dans le temps. C'est beaucoup de sport. Je montre même ici au cabinet, je montre les étirements pour le psoas, je vais très loin dans mes explications.

G : Ok donc le sport le kiné tu men 'as parlé? Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu peux leur prescrire ou tu peux discuter avec eux ? Tu me disais l'alimentation aussi.

F : Alimentation oui, c'est, t'essaies de voir un petit peu. Tout va main dans la main, les gros ils ont du mal à perdre du poids. La perte de poids c'est sûr. Parfois tu en as avec qui tu arrive à faire une perte de poids spectaculaire et il va te dire après « j'ai plus mal au dos ». Je pense que tu sais aussi, c'est difficile ce sujet. C'est difficile ce sujet de perte de poids. Ils te regardent déjà avec des gros yeux, oui ! Perte de poids, sport et remise en forme parce qu'un corps douloureux qui bouge pas va finir par être de plus en plus douloureux. Oui, travail de la ceinture abdominale. D'autres axes, c'est vrai ça m'arrive plutôt pour les cervicalgies d'ailleurs, avec névralgies, l'acupuncture, ça m'arrive. Je sais pas pourquoi je conseille moins pour le bas du dos, j'ai des habitudes. Non médicamenteux qu'est-ce que je ? Dernièrement beaucoup, mais ça c'est une douleur qui en appelle une autre : la fasciathérapie. Tu sais ce que c'est ?

G : *Non.*

F : C'est drôlement intéressant ça aussi, les fascias tu sais qui enveloppent nos muscles.

G : *Et ça comment tu le fais, c'est via des personnes qui font ça ?*

F : Parce que je connais quelqu'un qui le fait très bien. Voilà. Forcément il faut connaître quelqu'un. Mais je conseille rarement le repos, pur et dur parce que je... Ostéopathe aussi, je conseille bien sûr tout ça ostéopathie, acupuncture... mais j'insiste beaucoup pour que le patient garde un petit peu la responsabilité et qu'il reste le chef d'orchestre, tu sais, qu'il reste lui-même aussi, qu'il participe dans sa guérison on va dire. D'où le sport, plus que aussi ostéopathe mais j'essaie d'expliquer de temps en temps que il reste maître de son corps, on peut donner par le moment le corps à la médecine mais il faut aussi qu'on participe, « Vous avez votre part à faire » je dis... Après il y a la ceinture lombaire. J'aime pas ça mais parfois je suis fatiguée comme des fois le vendredi après-midi je le marque, mais non j'aime pas ça.

G : *Et les semelles ?*

F : La semelle oui quand je pense que c'est utile.

G : *Et ce serait plutôt dans quel cadre ?*

F : C'est logique s'il y a d'abord 15 kilos à perdre, il faut d'abord perdre 15 kilos et pas commencer par les semelles hein revoir après la perte de poids. Parfois on fait jamais les semelles c'est sûr. Dans quel cas ? Tout bêtement des problèmes des pieds. Si je vois qu'il y a vraiment un déséquilibre, tu sais, une asymétrie qui tape au niveau du corps. Oui oui je marque des semelles oui oui.

G : *Ok il y a d'autres choses auxquelles tu peux penser qui pourraient être recommandées mais que tu fais pas ou que les patients peuvent te demander ?*

F : Ouais après je donne des recommandations, oui, moi je bouge pas hein, on voit beaucoup de gens qui font un travail très physique, qui portent des poids lourds et là je donne des conseils au niveau ergonomique, même si je suis la première avouer que dans leurs métiers, va conseiller un maçon hein... De porter près du corps, pas bras tendus. Oui je montre, je montre beaucoup. Je me lève souvent, je montre beaucoup de choses mais après je dis « Je fais pas votre de métier c'est ça. » Je viens de jardiner deux jours, déjà j'ai mal au dos donc je

me rends pas compte, parce que je fais rien dans la journée. Des conseils pour le quotidien de ne pas porter en latéral mais devant soi...

G : *Ok, d'autres choses ?*

F : D'autres choses ? Non.

G : *Dans les recommandations à HAS, il y a aussi les TCC. Et plus globalement la psychothérapie. Ça t'est arrivé d'en parler ou d'envoyer directement un psychologue dans ces cas-là ?*

F : Ouais, oui oui. Là en ce moment j'ai une femme chez qui il y a questions... Est-ce qu'il y a un diagnostic ? D'une spondylarthrite. C'est une nouvelle patiente qui a déjà fait tout un parcours médical avec beaucoup de frustrations parce que personne ne croit qu'elle a mal. Où il y a beaucoup, on sent, je l'ai vu que deux fois mais tu sens, qu'il y a beaucoup derrière de parcours de vie compliqué avec violence. Là tu sens bien que le mal de dos est une manifestation sans doute d'autres choses. Donc on va pas juste traiter le dos. Là c'est une ouais par exemple? Oui par contre là je trouve que c'est trop tôt pour aborder ça parce que je la connais pas assez bien encore. Mais il y a des cas où tu sens bien que c'est dans un contexte beaucoup plus vaste de... ouais.

G : *Bon et sur toutes ces thérapeutiques dont on a parlé, comment s'est reçu par les patients en général ? Est-ce que c'est suivi ?*

F : Tu sais, oui je suis sûre que tu le sais, les patients qui n'ont jamais goûté au sport quand ils étaient enfants ou ado, ils vont jamais faire du sport d'une façon régulière. Oui c'est vrai, moi j'aime ça, j'ai toujours été stimulée de faire ça et donc je sais qu'est-ce que ça me donne, l'effet que ça a sur moi... Mais si tu as pas ça, pfou, c'est difficile de transmettre. Il y en a oui, ici dans la région il y a beaucoup de gens qui marchent et qui font beaucoup de rando. Ça déjà c'est très bien. Je sais que les kiné par contre aussi, aujourd'hui c'est pas comme il y a 30 ans. Ils font rapidement beaucoup de, ils font travailler le corps. Heureusement j'ai leur soutien aussi, c'est vrai. Comment s'est reçu ? Oui ils me disent « Oui oui, » mais ça c'est comme tout derrière, je sais pas... Après ils me voient faire du vélo, ici dans le village, ils me connaissent moi je suis tout le temps en vélo. Je sais pas ce que ça leur fait... Je sais pas il y en a qui m'admirent pour ça et est-ce qu'ils vont me faire eux-mêmes je sais pas. Et toi comment tu fais ? Oui c'est pas la question haha.

G : *Attends on va juste finir, est ce que tu as des choses à rajouter sur tout ce qu'on s'est dit ?*

F : Non.

G : *Très bien, merci.*

ANNEXE 7 : Entretien Médecin G

Homme
Semi rural

G : *Bon du coup toi tu es installé, tu es tout seul c'est ça ?*

MG : Ah non on est deux. J'ai peut-être un troisième, enfin pas peut-être. Probablement à 98% de chances, j'ai un troisième qui arrive début juin. Avec une MSP en cours d'élaboration.

G : *Et ça fait combien de temps que tu es installé là?*

MG : A ** ?

G : *Oui.*

MG : Je me suis installé en 98.

G : *Ok. Est-ce que tu as des DU, des formations particulières ?*

MG : Non franchement non, DU non.

G : *Ok pas de formation non plus ?*

MG : Non, à part médecin agréée permis de conduire mais ça c'est une formation en 3 jours.

G : *Ok, et des choses particulières que tu préfères dans ton exercice où que tu fais un peu plus ?*

MG : Oh moi j'aime bien tout ce qui est diabète, tout ce qui est trucs comme ça. Diabète j'aime bien traiter ça, autrement non pas de trucs particuliers.

G : *Ok ça marche. Alors, est-ce que tu peux me parler ta dernière consultation ou d'une consultation à laquelle tu peux penser où tu as vu un patient lombalgique chronique ?*

MG : Bon, allez j'en ai vu en début de semaine donc c'est cool. Alors ce patient, une patiente qui est âgée, qui est pas de première jeunesse. Elle doit avoir quel âge maintenant ? Elle doit avoir dans les 78 ans, et qui vient pour sa lombalgie, comme d'hab, et des douleurs aux genoux. Une patiente connue qui est poly-arthrosique, d'accord ? Et qui se plaint quand même, régulièrement, d'avoir mal au dos et d'avoir mal à son genou. Là-dessus je l'ai donc envoyée chez le rhumato, enfin, en fait je voulais l'envoyer chez le rhumato mais une copine est allée chez **, tu sais, les médecins du sport là, fonctionnel. Donc j'ai fait quand même un scan, quoi que bon la radio avait montré de l'arthrose diffuse et le scan qu'est ce qu'il montre, et beh, tu vas pas me croire, il montre, donc discopathie arthrosique étagée, sans canal lombaire étroit et voilà. Et au niveau du genou il y avait une arthrose évoluée

essentiellement fémoro-tibiale externe, si ma mémoire est bonne avec plus de cartilages. Là-dessus donc elle va voir notre spécialiste à ** là-bas. Et qui lui a proposé, il faut s'accrocher baby, moi je pensais qu'il allait faire des infiltrations, pour la soulager parce qu'elle a mal tu vois, le matin elle est quand même cassée, il y a une période de dérouillage tu vois, elle fait arthrosique quoi. Et lui alors il lui a proposé une PRP. Sauf que PRP, bon elle a refusé quoi, 200 euros multiplié par 3.

G : *Mais pour le genou ou pour le dos aussi ?*

MG : Alors pour le dos il hésitait, ça fait un peu fric hein, moi je te le dis franchement. Alors pour le dos il a hésité, alors il a prescrit pour le genou, parce que c'est pas donné, et pour le dos, c'est lui qui a prescrit du coup, donc il lui a prescrit du kiné quoi, du kiné et de la balnéothérapie. Voilà, quoi te dire d'autre, donc elle est venue me voir, elle me dit alors balnéothérapie elle était un peu emmerdée parce qu'en plus elle est suivie pour des insuffisances veineuses. Donc la balnéothérapie avec une eau à 30 degrés ça risque de pas l'arranger. Et bon kiné, j'ai dit ouais ok pour kiné et je lui ai dit, comme toujours hein, « Et vous avez fait une cure à ** ? Ca fait du bien, blablabla.. Non ? Ben écoutez », j'ai prescrit une cure comme ça, on va voir ça que ça va donner. Voilà pour cette patiente.

G : *Ok et avec elle, enfin, avant, tu l'avais déjà vu pour ça ?*

MG : Alors je l'avais déjà vu pour ça ben c'était toujours au kiné quoi, kiné et antalgiques banaux quoi.

G : *Ok, donc kiné tu en as parlé. Qu'est-ce que tu prescris d'autres toi sur les lombalgies chroniques?*

MG : Moi je te dis, kiné, arthrose et antalgique banal quoi. J'ai pas...

G : *OK. Et est-ce que les patients eux peuvent te demander des trucs ? Est-ce que les patients eux ont des demandes particulières ?*

MG : Non, franchement non. Franchement non, des fois il y a la ceinture lombaire quand vraiment c'est des actifs et qu'ils veulent faire des trucs. J'explique bien moi « à la limite la ceinture lombaire mais vous allez la mettre que quand vous faites des efforts, ou autrement ne la portez pas forcément ». Voilà quoi.

G : *Ok et il y a d'autres choses que tu connais qui pourrait être recommandé mais que tu fais pas pour une raison ou une autre ?*

MG : Franchement non, si tu me dis, moi je prends. Non, à part l'infiltration, si vraiment c'est localisé. Alors moi je suis toujours embêté si tu veux sur les arthrosiques étagés tu vois? Si après tu tombes sur une pathologie qui est localisée après je l'envoie, faire une infiltration qui peu soulager 6 mois, un an quoi.

G : *L'activité physique tu en parles avec eux ou pas ?*

MG : Franchement non.

G : *Pourquoi ?*

MG : Parce que j'espère que ce soit le kiné qui en parlera mieux que moi franchement.

G : *Donc finalement tu envoies au kiné pour qu'il fasse de l'activité physique ?*

MG : Ouais, rééducation et puis apprentissage des postures et patin couffin quoi.

G : *L'ostéo ?*

MG : L'ostéo je propose pas trop, tu sais c'est pas pris en charge. Alors si le patient me demande ouais, tu vois, après moi c'est vrai que c'est pas remboursé donc je propose pas trop tu vois. Après le patient si sa mutuelle le prend en charge... C'est vachement, c'est un problème financier finalement à l'heure actuelle. Si le patient il me dit : « Mais vous savez moi l'ostéo c'est pris en charge, il y a trois séances qui sont prises en charge par ma mutuelle. », ok. Après si moi je, dans mon truc, j'ai peur que si moi je propose, ils le prennent comme une obligation et puis je vais leur faire dépenser des ronds. Donc c'est du social.

G : *Et ouais donc j'imagine que acupuncture, toutes les choses comme ça, c'est un peu le même souci.*

MG : C'est le même patacaille ouais.

G : *Les semelles?*

MG : Semelles je met pas, non. Pour les lombarthroses, si il n'y a pas de bascule du bassin ou des trucs comme ça à la radio, je prescris pas trop. Si par contre, parce que bon je passe quand même toujours une radio hein chez les lombalgies chroniques. C'est sûr que si la radio montre une bascule du bassin, c'est sûr que je dis « bon on peut mettre des semelles » ça peut soulager quoi, mais ça soulage quoi.

G : *Ok et parmi les recommandations de la HAS, il y a aussi les TCC et la psychothérapie plus généralement. C'est un sujet que tu abordes avec eux ou ça t'est déjà arrivé de les envoyer chez le psy ?*

MG : Ah non, alors là pas du tout ! Il y a deux possibilités qui est : c'est le médecin de la douleur, ouais bon le problème c'est qu'ici le délai moyen c'est de 4-5 ans, donc il est mort avant. Ou alors il faut que tu envoies et puis ils convoquent la patiente en fonction de l'urgence tu vois. Mais bon il va prendre d'abord ses fibromyalgies, ses cancers, ses trucs, et ta lombalgie chronique elle sera vue dans 10 ans quoi.

G : *Et donc eux à ce moment-là c'est eux qui vont faire la prise en charge multidisciplinaire ?*

MG : Eux ils font tout ça oui.

G : *Et toi c'est un sujet que tu abordes ou pas sans les envoyer chez le psy mais ?*

MG : Alors franchement pas du tout. Pas du tout parce que voilà je pensais pas que la lombalgie ça peut être psy quoi.

G : *Sur le versant douleur chronique en fait.*

MG : Pour apprendre à supporter la douleur ?

G : *Pas tant ça mais tu sais ça s'auto-entretien.*

MG : Ouais ouais ! Non franchement non tu me l'apprends. Là après je te dirai, en pratique après alors je veux bien. Je veux bien une consultation psy pour la lombalgie tu vois mais en pratique ça va être pareil. Alors déjà quand tu vas parler de la psy elle va un peu péter les plombs, elle va me dire « mais je suis pas fou docteur ». Tu vas expliquer le truc de la douleur, blabla blabla. Et après va trouver un psy quoi. Ou alors après tu peux l'adresser pour une psychologue, qui à la limite est plus, qui doit être formé pour ça.

G : *C'est ce que j'entendais par psy pardon ouais.*

MG : Après psychologue pareil, ça va être 50-60€ la séance, on est limités quand même.

G : *Ok donc finalement toi ça va être kiné...*

MG : Tu pourras parler des limites, des limites financières à la prise en charge finalement.

G : *Ouais, ouais mais j'étudie aussi les freins donc c'est intéressant de discuter de ça, c'est sûr. Ok donc là finalement les freins à toutes ces thérapies médicamenteuses ça va être l'argent ?*

MG : Pas que sur la lombalgie mais ouais bien sûr.

G : *Et il y en a d'autres ? Tu m'as dit un peu en fonction de la localisation ?*

MG : Alors il y a la localisation anatomique, et tu peux même parler d'une localisation, puisqu'on est en semi rural / rural de la localisation géographique. Parce que je veux dire, si le psychologue, admettons que le psychologue accepte de prendre la patiente, lui fait un prix ou c'est pris en charge par sa mutuelle, admettons. Je veux dire, voilà, il faut qu'elle prenne la voiture, il faut qu'elle aille à perpette ou qu'elle sorte de son mas, il faut qu'elle ait une bagnole déjà, il faut qu'elle conduise déjà. Et tu vois il y a aussi des freins géographiques je dirais. Financiers et géographiques ouais.

G : *Et le kiné c'est bien suivi par contre, en général ?*

MG : Oui le kiné c'est bien suivi par contre ouais, c'est le genre de truc, ça c'est le top. Ben ouais parce que c'est pris en charge tu vois, y a pas de, séances minimum finalement, t'y vas

2-3 fois par semaine, ça permet de soulager un peu. Il y en a qui font de la balnéo et puis, ça permet de supporter le truc quoi.

G : *OK. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter sur tout ça ?*

MG : Ouais, je réfléchis ouais, non je réfléchis, les freins, mes freins c'est ça, c'est financier. Moi je pense que les freins c'est géographique, financier, et puis la...densité médicale, enfin, j'ai pas le mot... l'offre médicale quoi, voilà. Et après l'avantage d'ici c'est par contre des kiné y en a, des rhumato y en a pas hein, il faut aller à ** maintenant. Donc c'est kiné, tu as la disponibilité des kiné et puis on a la chance d'avoir des cures thermales pas loin ce qui fait que ça par contre les gens le font tu vois. Ils font leur cure par an et franchement ils sont contents quoi. Ça marche bien. Alors je pense que c'est, le fait qu'il y ait une prise en charge globale aussi à la cure, tu vois ? Parce que tu as notamment les bains, tout ça, mais tu as aussi le kiné, tu as aussi les conseils et tout ça quoi.

G : *Très bien, c'est tout pour toi ?*

MG : Oui on a fait le tour.

G : *Très bien, merci.*

ANNEXE 8 : Entretien médecin H

Femme
Rural
MSP

G : *Voilà donc on va commencer donc déjà pour apprendre un peu à vous connaître. Ça fait combien de temps que vous exercez ?*

H : En tant qu'installée, je me suis mise en 2014.

G : *Ok et donc c'est dans une MSP c'est ça ?*

H : C'est ça.

G : *Ok et comment est composée cette MSP ?*

H : Avec moi, il y a 3 autres médecins généralistes, il y a six kinés, un dentiste, un podologue... Voilà, des infirmières qui font des vacations, une orthoptiste et une orthophoniste.

G : *Ok ça marche. Est-ce que vous vous avez fait des formations, des DU particuliers ?*

H : Non, pas de DU, j'ai fait des FMC des choses comme ça mais pas de DU.

G : *Ok, et les FMC, sur quoi ?*

H : Les FMC c'était sur la pédiatrie, plutôt les troubles du neuro développement, des choses comme ça. Voilà rien sur l'ostéo articulaire. Ça c'est pas mon point fort.

G : *Ok, alors, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation ou une consultation à laquelle vous pensez, dans laquelle vous avez vu un patient lombalgique chronique ?*

H : Euh... Lombalgique chronique...Là mais lambda quoi pas un truc qui m'a qui m'a marqué ?

G : *Comme vous voulez, si il y en a à qui vous pensez...*

H : Non, non médicamenteux, euh... Olala, pardon, c'est dur... Qui a mal au dos et qui vient pour ça...

G : *Ou en tout cas avec qui vous en avez discuté même si il venait pas forcément pour ça.*

H : Euh... Ben tous ceux que j'ai en tête c'est pas des trucs non médicamenteux qui ont été mis en place...

G : *Ok mais du coup c'est quoi ? Si vous pensez à un patient là, de quoi vous avez discuté avec lui ?*

H : Alors par exemple il y en a un, qui vient depuis quelque temps c'est un jeune, et lui il avait des douleurs mais en fait il avait des insomnies plutôt, c'était ça la plainte, il arrivait pas à dormir, il voilà, il disait qu'il avait parfois mal au dos, qu'il avait... Il était pas suivi par moi à la base, c'était son ancien médecin et il avait déjà fait du kiné, il avait déjà mis des semelles, tout ça, et ça passait pas. Et bon bah du coup j'ai un peu plus poussé l'interrogatoire et ça me fait quand même, euh... Douleurs inflammatoires. Et donc ben après j'ai fait un bilan biologique et j'ai fait l'IRM sacro iliaque et c'était une SpA, mais qui a trainé en fait. Il m'a dit « ça fait 15 ans que j'ai mal au dos » et là euh, voilà...

G : *Ok donc pour lui du coup finalement c'était pas de la lombalgie commune en reprenant le dossier quoi ?*

H : Non, ouais c'est ça, effectivement. Tain, une lombalgie chronique pure... Euh, non moi ils ont tous... Soit ils ont été opéré, ou alors je m'en rappelle pas, ça me marque pas donc euh...

G : *Bon c'est pas grave si on trouve pas de patient précis, en tout cas qu'est-ce que vous... Qu'est-ce que vous mettez en place vous classiquement chez les patients lombalgiques ?*

H : Une fois qu'on a éliminé une radiculalgie, ou en tout cas que c'est juste une lombalgie simple, la lombalgie en barre là, et beh je leur demande souvent si ça... Bon quand c'est chronique, de faire du kiné, avec du renforcement de la sangle abdominale si possible. Si jamais ils sont en surpoids je vais essayer d'évoquer un rééquilibrage alimentaire pour limiter la prise de poids. Les semelles j'y pense, je le fais parfois mais je le fais pas facilement en première intention j'y pense pas trop. Et en fonction de ce qu'ils disent des fois je leur dis de faire une séance ou deux d'ostéopathie en complément du kiné, pour voir si ça améliore les choses. Voilà, et puis après ben antalgiques si besoin, plus ou moins arrêt de travail, si besoin, voilà.

G : *L'ostéo vous disiez « en fonction de ce qu'ils me disent », c'est quoi qui vous orienterait vers l'ostéo du coup ?*

H : Ben c'est, si c'est des douleurs qui des fois irradient un petit peu sans faire des vraies radiculalgies mais des trucs un peu... Pas que la lombalgie en barre ou alors sur des efforts physiques qui ont été intenses à un moment et les lombalgies sont arrivées après ça, ou suite à un choc, un machin qui s'est passé à un moment et y a pas de vraie radiculalgie, mais ça fait suite à un espèce de faux mouvement et du coup je pense que là l'ostéopathe va avoir sa place.

G : *Ok, tout ce qui est activité physique vous en discutez avec eux ?*

H : Oui oui j'essaye de leur dire d'adapter leur activité physique, de pas faire des mouvements en torsion, les mouvements de port de charge de bien plier les genoux fin voilà, je fais le conseil minimum sur l'hygiène, je sais même plus comment on dit... Enfin, de voilà, sur la manutention, les choses comme ça. Et les sports plutôt la natation mais la natation chez nous c'est un peu compliqué parce qu'il n'y a pas de piscine à proximité immédiate. Donc ça encourage pas. Mais ouais, je leur dis par exemple « si vous faites du tennis, bon c'est pas le meilleur sport pour les lombalgies chroniques, y a beaucoup d'efforts de contrainte, de torsion, de choses comme ça. » Donc plutôt des trucs doux et avec...Voilà

surtout j'explique que il faut renforcer la sangle abdominale parce que c'est ça qui fait le truc. Et puis après je dis bien que le kiné, va falloir qu'il lui montre des autos exercices à faire à la maison et que c'est eux qui vont devoir travailler tous les jours. C'est pas que les séances de kiné, ça va être une hygiène de vie où il va falloir qu'ils prennent dix minutes tous les jours pour faire des étirements, parce que c'est ça qui va vraiment améliorer les choses, c'est pas les séances de kiné qu'il va falloir arrêter à un moment.

G : *Ok, est-ce qu'il y a d'autres choses auxquelles vous pouvez penser qui pourraient être recommandées mais que vous prescrivez pas forcément ?*

H : Euh... Dans les lombalgies chroniques ...

G : *Ou des demandes de patients parfois ?*

H : Ah la ceinture lombaire par exemple ?

G : *Oui par exemple.*

H : Ca je prescris vraiment que en aigü, quand ils sont très douloureux, mais je leur dis vraiment que c'est que si ils ont un long trajet à faire en voiture., un déménagement, un truc comme ça... Mais qu'il faut pas la garder du tout trop longtemps parce que justement ça fait fondre... Enfin je leur explique comme ça, ça fait fondre les muscles, et les muscles sont fainéants et du moment où on arrête, du coup eux ils ont plus besoin de travailler et ils fondent entre guillemets et c'est eux qui maintiennent le dos donc faut pas la porter trop longtemps. Et après à part la ceinture, pour les lombalgies... Ben non, si je prescris pas c'est que j'y pense pas.

G : *Et eux n'ont pas de demandes ? L'acupuncture, les choses comme ça ?*

H : Ah alors ma patientèle pas trop. Et effectivement je ne le conseille pas dans les lombalgies chroniques. Non, j'ai pas de retour d'expérience sur ça.

G : *Ok et parmi les choses qui sont recommandées par contre il y a aussi les thérapies cognitivo comportementales, et plus généralement la psychothérapie, ça c'est quelque chose que vous avez évoqué avec eux qu'il vous est arrivé de prescrire ou pas dans ce cas-là ?*

H : Alors pas du tout, je dis parfois, « mais vous savez l'expression populaire, c'est pas pour rien qu'on dit j'en ai plein le dos, je pense que là c'est ça pour vous. » Mais je pousse pas, enfin après ça dépend, si ils ont une souffrance psychologique ect, oui, c'est évident. Mais si c'est pas évident, bah voilà quand on discute, je leur parle de cette expression là, mais je dis pas, et je prescris pas et j'insiste pas sur la TCC je savais même pas.

G : *Ok ça marche. Bon sur toutes les thérapeutiques, non médicamenteuses dont on a parlé. Comment c'est reçu auprès des patients ? Est-ce que c'est suivi ? Est-ce que c'est ce que vous avez l'impression qu'ils attendent ?*

H : Alors le kiné oui, ils sont contents, les étirements, les auto étirements ect, ça c'est vraiment aléatoire, et en général, pas trop. La ceinture ils aiment bien c'est plutôt nous qui

devons freiner. L'ostéo oui ils y vont aussi. Non non tout ça c'est suivi, c'est surtout les auto étirements quoi, ils ont envie que ça se règle mais sans faire trop de, sans que ce soit trop contraignant pour eux quoi.

G : *Donc j'imagine que c'est le cas aussi sur l'hygiène de vie, le rééquilibrage alimentaire... ?*

H : Ah oui oui tout à fait, effectivement, il y en a qui disent « oui oui » mais déjà, je sais pas si ils y croient vraiment, si j'arrive à les convaincre que c'est vraiment important et que ça a un impact important. Et même si ils y croient et qu'ils ont envie, souvent ils font pas assez. C'est trop difficile pour eux de le mettre en place.

G : *Ok, rien de particulier à rajouter ?*

H : Non, c'est pas ma passion l'ostéoarticulaire mais non du coup, en non médicamenteux je crois pas.

G : *Ok, merci beaucoup en tout cas.*

ANNEXE 9 : Entretien médecin I

Femme
Cabinet de groupe
Semi rural

G : *Pour commencer, depuis combien de temps es-tu installée ?*

I : Depuis 96.

G : *Et est-ce que tu as des formations particulières ?*

I : Sur les lombalgies chroniques ?

G : *Non non, pas spécialement, est que tu as fait des DU ou des formations particulières ?*

I : Non.

G : *Ok, et ton activité de médecine générale c'est plutôt varié où il y a des choses que tu préfères, que tu fais plus ?*

I : Les enfants.

G : *Ok, plutôt pédiatrie.*

I : Oui, ça va pas aller avec ton truc mais oui plutôt pédiatrie, gynéco, voilà. Tout ce qui est nana quoi.

G : *Ça marche. Alors est-ce que tu peux me raconter la dernière consultation, ou une consultation à laquelle tu peux penser que tu as eu avec un patient lombalgique ?*

I : J'en ai eu un hier tiens. C'était un monsieur, qui vient parce qu'il avait une douleur derrière la cuisse, face postérieure de la cuisse et il me décrit bien le trajet qui descendait mollet cheville. Donc j'ai pensé à une sciatique et j'ai regardé le dossier on avait fait le... On avait fait un scanner parce que ça lui était déjà arrivé l'an dernier. Effectivement il avait une hernie discale. Donc attends, je peux même te dire qui c'est je suis au bureau. Tu veux savoir quel âge et tout ça ?

G : *Non pas forcément, moi ce qui m'intéresse surtout c'est qu'est-ce que tu as discuté avec lui surtout, qu'est-ce que tu as prescrit ?*

I : Alors, j'avais regardé le scan, là tu vois sciatique gauche depuis 3 jours, J'avais... Je regarde le dossier, il y avait un scanner qui avait été fait en septembre finalement, il y avait une protrusion discale gauche au niveau L4-L5. Donc on savait l'origine de sa sciatique. Donc je lui ai dit qu'il fallait marcher parce que il marche pas assez. Je lui ai proposé du kiné. Je lui ai proposé une ceinture lombaire, et des antalgiques. J'ai fait l'examen, bon là j'avais pas de Lasègue, il avait une distance doigt sol qui devait être à 15. Les réflexes étaient présents. Voilà j'ai fait ça. J'ai fait que ça.

G : *Et tu l'avais déjà vu pour ça ?*

I : Ouais, je l'avais vu pour ça je pense en septembre.

G : *Donc du coup pour ces interventions non médicamenteuses, qu'est-ce que tu discutes avec tes patients?*

I : Surtout marche, marche à plat, sans dénivelé, sans escalier. Marche et kiné quoi. Ouais, beaucoup marche.

G : *OK. Il y a d'autres choses que tu connais ou auxquelles tu peux penser ou pas ? Que tu ne prescris pas forcément ?*

I : Quoi faire ? Pour leur proposer ?

G : *Ouais.*

I : Non, je leur dis tout ce qui est pilate. Voilà et après... Non je connais rien.

G : *Et eux ils demandent autre chose parfois ou pas ?*

I : Non, il y en a qui te demandent des antalgiques plus forts, des AINS, tout ça, que je veux peu, voilà. Sinon cortisone, donc on est toujours en train de... Je freine toujours là-dedans, mais après tout ce qui est hors médicamenteux eux ils demandent rien non, eux ils veulent des antalgiques qui les soulagent et voilà quoi.

G : *OK. Ouais du coup dans les recommandations effectivement en premier lieu ça va être l'activité physique en général pour cette activité physique. Pour cette activité physique tu passes par les...*

I : Les kinés, les ordo ? Non, je fais kiné et après c'est moi qui leur dis faut marcher, d'abord un quart d'heure puis une demi-heure, voilà, tu vois. Mais après je fais pas le sport sur ordo. Je fais pas encore ça je fais pas... En plus je fais pas parce que la nana qui s'en occupe elle me plait pas du tout. Quand elle est venue se présenter pour me dire je fais ça, j'ai dit « ah ouais... », elle est très antipathique c'est pour ça que j'ai pas fait en fait. Et puis je m'y suis pas trop penché.

G : *Tout ce qui est dans les thérapies manuelles, les ostéo, la posturo...*

I : Les ostéo oui, mais alors là non dans ce cas-là non parce que j'avais une hernie.

G : *Oui mais dans la lombalgie commune...*

I : Oui, quand j'ai fait un bilan, quand j'ai eu les imageries et que je vois qu'il y a pas d'hernie tout ça, oui ça marche bien. Je leur dis souvent ouais. Kiné beaucoup mais osteo aussi, après imagerie oui je le fais. Posturo par contre non, j'y connais rien et non ça tu vois je prescris pas la posturo. Je sais pas, je sais pas en fait.

G : *Et ouais ok donc là l'activité physique qui parle surtout marche. Tu conseilles quelque chose en particulier autre ?*

I : Après les étirements tout ça, mais ça c'est le kiné qui va dire. Moi je dis marche, tout ce qui est lombalgie je dis marche.

G : *Ok et dans les recommandations il y a aussi la psychothérapie.*

I : Ah ouais ?

G : *Oui, les TCC, ça c'est des trucs que tu peux évoquer ou pas ? Ça t'est arrivé ou pas ?*

I : Ben non, euh, non, j'ai pas fait.

G : *Et du coup sur ce que tu leur prescrites là le kiné, la marche comment s'est reçu, est ce qu'ils le suivent ?*

I : Alors ça dépend ça dépend. Kiné, oui et encore bon ça dépend mais marche il faut forcer quand même c'est pas... c'est pas évident. Chaque fois on insiste quoi. Parce qu'ils te disent « j'ai pas envie », voilà. Les gens à force tu les connais bien ils te disent « Docteur, j'ai pas envie de ça, je le ferai pas. » Voilà. C'est ça quoi. Les gens qui sont pas... Si tu veux, eux, quand ils viennent souvent, ils veulent que ça aille vite, que tu donnes des antalgiques, des fois injectables et tout, ça c'est mieux et puis c'est tout quoi. Ils veulent pas trop faire d'effort, tu leur dis « faut marcher » tout ça, ils te disent « oui oui ». Il faut nous les amener à ça mais c'est pas évident quoi. C'est pas évident. Après ça dépend aussi quand on les voit où c'est très très douloureux, et puis ils peuvent pas avancer ou si c'est juste tu vois, ils ont des lombalgies mais ça les embête pas. Moi déjà je les vois qu'au cabinet je fais pas de visite, donc déjà moi, je les vois quand ils sont mieux quand même, ils peuvent venir, ils peuvent marcher donc là tu les incites à marcher tout ça, mais ça dépend quoi. On rame quand même un peu. Mais c'est la première chose qu'on dit.

G : *Tu fais d'autres choses ?*

I : Alors après si je vois que les antalgiques que j'ai mis au départ, après si je vais jusqu'à cortisone, kiné, ceinture, marche fait rien, j'envoie au spécialiste. En deuxième temps.

G : *Tu me disais ceinture aussi ?*

I : Ouais ceinture je prescrites pas mal ouais.

G : *Et semelles ?*

I : Alors semelles pour les lombalgiques, non, moi je... Non, semelles posturo... Non

G : *Pourquoi tu les prescrites pas ?*

I : Parce que j'y connais rien. J'ai pas du tout une formation de posturologie donc effectivement si il font un bilan et si je vois qu'il y a un grand différence de longueur je vais mettre des semelles, mais je sais pas faire ça du tout, je sais pas faire ça.

G : *Ok, et ben écoute...*

I : Ça te va ?

G : *Ça me va, merci.*

SERMENT

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

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

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

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

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

La Lombalgie Commune Chronique (LCC) fait partie des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. Les Interventions Non Médicamenteuses (INM) sont au premier plan dans leur prise en charge dans les recommandations de la HAS ainsi que dans les recommandations internationales. L'utilisation de ces INM est néanmoins difficile à évaluer en pratique clinique et rencontre un certain nombre de freins. Notre étude vise à explorer l'utilisation de ces INM par les médecins généralistes d'Occitanie ainsi que les facteurs influençant leur prescription pour les patients atteints de LCC.

Nous avons réalisé une étude qualitative, 9 entretiens ont permis d'obtenir la saturation des données. Une analyse thématique continue avec triangulation a été effectuée.

L'utilisation de nombreuses INM dans la prise en charge de la LCC a été mise en valeur. Elles interviennent dans plusieurs domaines : les interventions psychologiques telles que la psychothérapie, la sophrologie et l'hypnothérapie ; les interventions physiques telles que l'activité physique, les thérapies manuelles (kinésithérapie, ostéopathie, massages, acupuncture, fasciathérapies), les cures thermales et la posturologie ; les interventions nutritionnelles sur la perte de poids et les autres interventions telles que la mise en place de semelles orthopédiques et de ceinture lombaire. En plus de ces INM, le recours aux spécialistes, les conseils ergonomiques et de la vie quotidienne ainsi que les thérapies médicamenteuses sont ressorties comme souvent utilisés dans la prise en charge globale, allant au-delà des recommandations de bonnes pratiques de la HAS.

La prescription de ces INM est influencée par de nombreux facteurs, positifs et négatifs, dépendant des médecins, des patients et pouvant être spécifique à chacune.

Mots clés : Lombalgie commune / Douleur chronique / Intervention non médicamenteuse