

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**INTERET D'UNE ACTION
EDUCATIVE CIBLEE POUR
LA PRISE EN CHARGE DE LA
LOMBALGIE SUBAIGUË
COMMUNE**

Enquête qualitative auprès des médecins généralistes
de Mayenne et du Haut Anjou

KERBOURC'H Oriane

Né le 31 décembre 1990 à Brest (29)

Membres du jury

Monsieur le Professeur CAILLIEZ Eric

| Président

Monsieur le Docteur NOURI Mohammed

| Directeur

Monsieur le Docteur PY Thibault

| Membre

Madame la Docteur RAMOND-ROQUIN Aline

| Membre

Soutenue publiquement le :
06 juin 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) KERBOURC'H Oriane,
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **06/05/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUWARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène	Médecine
	hôpitalière	
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et	Médecine
	prévention	
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine

GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie

SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Caillez Eric

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Veuillez recevoir ma gratitude et mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Nouri Mohammed

Je vous remercie de m'avoir fait participer à ce projet, ainsi que de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Je vous remercie sincèrement pour vos conseils et votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Py Thibault

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie du jury et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Ramond-Roquin Aline

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury. Vous me faites l'honneur de vous intéresser à mon travail et je vous en remercie.

Aux médecins interrogés

Merci d'avoir accepté de me recevoir et d'avoir donné un peu de votre temps pour la réalisation de cette étude. Nos échanges m'ont beaucoup appris.

Aux médecins et aux équipes rencontrées

Je remercie tous les médecins et paramédicaux que j'ai rencontrés durant mes études. Un grand merci à mes maîtres de stage SASPAS, ainsi qu'à Cécile et Sébastien. Merci pour nos discussions qui ont été très enrichissantes pour moi. Une pensée particulière pour l'ensemble de l'équipe de l'HAD de Cholet. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

A Christine

Merci pour ton aide précieuse. Merci pour tes conseils, tes remarques, ton écoute.

A Christelle

Merci pour l'aide que tu m'as apporté tout au long de ce projet.

REMERCIEMENTS

A Antoine
A mes parents
A Nicolas
A ma belle famille
A mes grands-parents
A mes amis des années plus jeunes et de faculté
A Audrey

Merci pour votre présence, votre soutien et bien d'autres choses encore.

Liste des abréviations

OMS	Organisation mondiale de la santé
AEC	Action éducative ciblée
IDE	Infirmier(e)
LSA	Lombalgie commune subaiguë
BPS	Bio-psycho-social
CAD	Centre antidouleur
CHHA	Centre hospitalier du Haut Anjou
ET(P)	Éducation thérapeutique (du Patient)
HAS	Haute Autorité de Santé
ARS	Agence Régionale de santé
Km	Kilomètre
PAPS	Parcours d'Activité Physique et Sport
Kiné	Kinésithérapeute
OMPSQ	Orebrö Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DU	Diplôme Universitaire

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des médecins

2. Gestion et difficultés soulevées par les généralistes dans la prise en charge de la lombalgie subaiguë commune

2.1. Prise en charge diagnostique

- 2.1.1. Clarté du diagnostic de lombalgie subaiguë commune
- 2.1.2. La place de l'examen clinique
- 2.1.3. La place de l'imagerie

2.2. Prise en charge thérapeutique

- 2.2.1. Prise en charge antalgique
- 2.2.2. Repos et arrêt de travail
- 2.2.3. Promotion de l'activité physique
- 2.2.4. Prise en charge kinésithérapeutique
- 2.2.5. Prise en charge des facteurs professionnels
- 2.2.6. Lutte contre le surpoids
- 2.2.7. Prise en charge des facteurs émotionnels
- 2.2.8. Prise en charge des représentations
- 2.2.9. Avis et prises en charge complémentaire

2.3. La place de la relation médecin-patient

- 2.3.1. L'approche des patients
- 2.3.2. Le temps de consultation
- 2.3.3. La confiance des patients
- 2.3.4. Le statut du généraliste
- 2.3.5. La gestion d'une évolution défavorable
- 2.3.6. Les pressions exercées sur les médecins

3. Attentes des généralistes sur l'évolution du parcours de soins de la LSA

3.1. Une majoration des moyens

- 3.1.1. Prévention primaire et secondaire
- 3.1.2. Éducation
- 3.1.3. Informations et débats
- 3.1.4. Médecine du travail
- 3.1.5. Un meilleur accès aux soignants

3.2. Formation et sensibilisation des médecins

- 3.2.1. Formation des médecins
- 3.2.2. Discussion avec les autres acteurs du parcours de soin

4. L'avis des généralistes sur l'action éducative ciblée

4.1. L'action en elle-même

- 4.1.1. Contenu
- 4.1.2. Approche des patients

4.2. Le soignant

- 4.2.1. Quel corps de métier et pourquoi ?
- 4.2.2. Compétences du soignant
- 4.2.3. Le soignant est une infirmière : réactions

4.3. Qui adresser et quand ?

- 4.3.1. Population cible
- 4.3.2. Place dans le parcours de soin
- 4.3.3. Possibilité que les patients n'adhèrent pas au projet

4.4. Accessibilité

- 4.4.1. Distance pour le patient
- 4.4.2. Rapidité de la prise en charge

- 4.4.3. Joignabilité et facilité pour adresser
- 4.4.4. Coût financier
- 4.5. Communication ville-hôpital**
 - 4.5.1. Échange avec les médecins sur les patients
 - 4.5.2. Consultation de contrôle avec le médecin généraliste après l'AEC
 - 4.5.3. Formations
- 4.6. Intérêts de l'AEC**
 - 4.6.1. Pour le patient
 - 4.6.2. Pour le médecin
 - 4.6.3. Pour la société
- 4.7. Réserves des médecins**
 - 4.7.1. Le projet ne répond pas aux demandes d'un médecin
 - 4.7.2. Le projet ne répond pas aux besoins des patients
 - 4.7.3. Les conséquences possibles
 - 4.7.4. Nécessité d'une offre de soins plus large

DISCUSSION

- 1. Forces et faiblesses de l'étude**
- 2. Prise en charge de la LSA : Une intégration incomplète du modèle bio-psychosocial**
 - 2.1. La place des facteurs socio-professionnels**
 - 2.2. La place des facteurs émotionnels**
 - 2.3. La place des facteurs cognitifs et comportementaux**
 - 2.4. La place des facteurs biomécaniques**
 - 2.4.1. Activité physique : le discours sur le mouvement
 - 2.4.2. Kinésithérapie
 - 2.4.3. Ostéopathie
 - 2.4.4. Chirurgie
- 3. L'AEC en pratique comparée aux demandes des médecins généralistes et aux nouvelles recommandations**
 - 3.1. L'explication du choix du travail sur les croyances**
 - 3.2. La place de l'éducation thérapeutique dans la lombalgie à risque de chronicité**
 - 3.3. L'importance du soignant**
 - 3.4. La population cible**
 - 3.5. Le délai de prise en charge pour l'AEC était une des demandes les plus fortes des médecins.**
 - 3.6. Sa place face aux craintes des médecins**
 - 3.7. Ce qui n'ira pas dans le sens des médecins**
- 4. Perspectives pour la suite : implications en pratique et en recherche**
 - 4.1. La sensibilisation et la formation des soignants**
 - 4.2. Deux métiers en évolution : Kinésithérapeute et infirmier**
 - 4.3. Nécessité d'études**

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

La lombalgie est définie par l'Haute Autorité de Santé (HAS) dans son rapport de 2019 (1) comme « une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur ». La lombalgie commune, anciennement non-spécifique, y est décrite comme « une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte (drapeaux rouges (annexe 1)) », pouvant faire évoquer une pathologie secondaire. La lombalgie commune est un motif de consultation fréquent en médecine générale. 84% de la population fera au cours de sa vie l'expérience d'une lombalgie commune. 90% de ces lombalgies guérissent entre quatre et six semaines. Après ce délai, on parle de lombalgie commune subaiguë (LSA) (évoluant depuis quatre à six semaines et moins de trois mois), puis au-delà de trois mois, de lombalgie chronique. Celle-ci implique des conséquences professionnelles, sociales et économiques. En effet, la lombalgie est la troisième cause d'invalidité dans le régime général. 85% des dépenses de santé sur la lombalgie sont générées dans sa phase chronique alors qu'elle ne représente que 7% des patients (2).

L'enjeu actuel est d'éviter le passage à la chronicité, ou d'en limiter au moins les conséquences. L'HAS 2019 (1) recommande une prise en charge basée sur le modèle « bio-psycho-social » (BPS) (annexe 2). Celui-ci tend à remplacer le modèle biomédical, qui se base sur « *l'application directe de la méthode analytique des sciences exactes conduisant du diagnostic au traitement sans considérer l'homme.* » (3). Le modèle BPS (3-5) prend en compte les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie (annexe 3). Si on comprend facilement à quoi se réfèrent les éléments biologiques et sociaux, il est moins évident de déterminer ce que prend en compte l'aspect psychologique. Cela ne désigne pas uniquement les facteurs dit « émotionnels » comme l'anxiété ou la dépression. L'aspect psychologique du modèle BPS est plus large, incluant des facteurs personnels émotionnels, cognitifs et comportementaux (3).

Selon Laroche (6), les cognitions sont « *des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception et les réactions comportementales qu'elle détermine : interprétations, croyances, significations de la douleur, anticipations, expériences douloureuses antérieures, personnelles ou observées, décisions sur le(s) comportement(s) à adopter, attention et diversion de l'attention.* ». Un comportement va correspondre à la façon de réagir d'un individu, face à une situation. Parmi ces comportements lors de la maladie, on note les stratégies d'adaptation, appelés « coping » qui sont des « *processus adoptés pour faire face à un évènement stressant* »(3). Ainsi, on va retrouver des comportements positifs (distraction par rapport à la douleur), ou des comportements négatifs (dramatisation, évitement). Par exemple, la kinésiophobie est la peur de la douleur lors

d'un mouvement. Elle peut entraîner une diminution des activités du patient par anticipation de la douleur. Cela correspond au modèle de peur-évitement décrit par Vlaeyen (7) (annexe 4).

Une revue de la littérature de 2015 (8) a montré que les facteurs psychosociaux ont une plus grande influence sur la chronicisation de la lombalgie que les facteurs biomédicaux. Ces facteurs peuvent être répartis en trois catégories : (annexe 1) (1)

- les drapeaux jaunes (indicateurs psychosociaux avec risque accru de chronicité)
- les drapeaux bleus (facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur)
- les drapeaux noirs (facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance)

Le centre antidouleur (CAD) du centre hospitalier du Haut Anjou (CHHA), déjà sensible à ce modèle BPS, propose depuis 2014 un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les lombalgies chroniques. Initialement réservé aux maladies chroniques selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (9), l'ETP étend maintenant ces indications. Le rapport Saout (10) décrit : « *l'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement*».

Dans la dynamique actuelle de prévention de la chronicité de la lombalgie commune, le CAD a proposé la mise en place d'un projet éducatif, destiné aux patients lombalgiques subaigus. Ce dossier a été validé par l'Autorité Régionale de Santé (ARS). L'action éducative ciblée (AEC) serait effectuée à la demande du médecin traitant (annexe 5). Elle devrait être dispensée par une infirmière ressource spécialisée en ETP, ayant une expérience dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Le déroulement comprendrait un diagnostic éducatif (annexe 6) et deux séances d'éducation thérapeutique (ET) : axées sur la réassurance, les drapeaux jaunes et les représentations erronées (annexe 7). En cas de mauvaise évolution, il serait proposé aux généralistes de redresser le patient au CAD pour l'intégrer rapidement dans une prise en charge pluridisciplinaire (en partenariat avec des spécialistes, le centre de rééducation du CH de Laval, et le Parcours d'Activité Physique et Santé de Mayenne (annexe 8)). L'AEC s'appuie sur le modèle BPS axé sur du socioconstructivisme. Celui-ci permet au patient le développement de son projet de soins et de vie. Il s'effectue en groupe. En effet, on s'appuie sur la notion de « patient ressource » car les discussions vont partir des expériences de chacun. Le

patient peut ainsi trouver du sens dans ces nouvelles connaissances, qui pourront modifier sa perception de la maladie, et ainsi initier un changement de comportement (annexe 9). De plus, son savoir pourra bénéficier à d'autres patients. L'AEC vise donc à déconstruire les fausses croyances des patients, et permettre ainsi des attitudes plus appropriées face à la lombalgie. Le but est de diminuer l'incapacité fonctionnelle, la durée d'arrêt de travail, et d'améliorer la qualité de vie du patient. L'opinion des généralistes et leurs attentes envers l'AEC en création a été nécessaire avant le démarrage de ce programme. En effet, ils constituent les soignants de premier recours pour les patients lombalgiques subaigus. L'évaluation des difficultés des généralistes dans ces prises en charge, permettrait de mieux cibler les besoins de ces derniers, et de pouvoir adapter l'AEC si besoin. L'objectif principal de cette étude était donc d'analyser dans le territoire mayennais et segréen, l'intérêt des médecins généralistes pour cette action éducative ciblée, effectuée par une infirmière ressource, pour la prise en charge des lombalgies subaiguës communes. Pour connaître le contexte général des généralistes de ce territoire, il convenait d'analyser les difficultés que ceux-ci pouvaient rencontrer pendant leurs prises en charge, et de connaître plus largement leurs besoins quant à la gestion des patients souffrant de LSA.

MÉTHODES

Choix de la méthode qualitative

L'étude porte sur l'opinion des généralistes sur un projet en cours de création sur l'ET chez le patient LSA. Il nous semblait indispensable de comprendre le mode de prise en charge des généralistes pour cette pathologie, avec les difficultés éventuelles rencontrées pour mieux analyser l'opinion des médecins sur le projet. Nous avons également demandé à ces médecins leurs idées, pour améliorer plus largement les prises en charge des LSA. L'étude des opinions des généralistes sur ce nouveau projet éducatif et la compréhension du contexte d'exercice des médecins a conduit à choisir la méthode qualitative. En effet, une étude avec simple envoi de questionnaires avec une explication sur l'AEC aurait entraîné des biais de confusion.

Choix de la technique des entretiens semi-dirigés

L'action éducative ciblée (AEC) étant toujours au stade de projet au moment des entretiens (et donc encore inconnus des médecins), il convenait de leur présenter le projet. La présence de la chercheuse en face-à-face avec le médecin lors de la présentation de l'AEC a permis de répondre aux questions éventuelles des médecins. La chercheuse a pu d'emblée corriger une mauvaise compréhension du projet par l'interviewé au cours de l'entretien, ce qui limite le biais de compréhension dans les réponses de l'interviewé. L'entretien semi-dirigé plutôt que le focus groupe permettait également à chaque médecin de s'exprimer plus facilement, et de donner leur opinion sur l'AEC sans l'influence d'autres participants.

Échantillonnage et modalités de recrutement

L'échantillonnage ciblait les médecins généralistes exerçant en Mayenne et dans le territoire ségréen (Maine et Loire). En effet, il s'agit du territoire que couvre le centre hospitalier du Haut Anjou. Le recrutement a été réalisé sur un mode aléatoire. Les cabinets médicaux ont été recrutés via les pages jaunes. Selon les cabinets, la mise en relation était soit directement téléphonique, soit via une demande par mail. Pour les deux modes de prise de contact, un message type était adressé (annexe 10). Devant l'absence de réponse, certains médecins ont été relancés via des connaissances.

Guide d'entretien, conditions de réalisation et déroulement des entretiens.

Le guide d'entretien figure en annexe 11.

En début d'entretien, les objectifs de l'étude, la définition de LSA ainsi que le déroulé de l'entretien étaient présentés. Il semblait plus pertinent de débuter l'entretien par les questions sur le contexte d'exercice des médecins et sur leurs prises en charge. En effet, débuter par les questions reliées à l'objectif principal risquait d'influencer les réponses concernant la gestion de la LSA des médecins, notamment sur les représentations. Cela permettait d'établir un climat de confiance entre le médecin et la chercheuse. Il était plus facile ensuite de présenter le projet d'AEC, pour que le médecin puisse faire une critique de celui-ci.

Le guide d'entretien a été testé lors de cinq entretiens test (car les médecins exerçaient en dehors de la zone de recherche). Le guide d'entretien a continué d'évoluer au fur et à mesure des entretiens. La chercheuse était l'interviewer. Les participants rencontraient la chercheuse dans le lieu de leur choix. L'entretien était enregistré par dictaphone numérique, sous couvert d'anonymat. Un consentement oral était demandé en début d'entretien, puis écrit en fin d'entretien.

Les entretiens ont été effectués entre août et décembre 2018. A noter que les entretiens ont eu lieu quelques mois après le lancement de la campagne nationale de l'Assurance Maladie « Mal de dos : le bon traitement c'est le mouvement » (11) qui est à destination de la population générale, des professionnels de santé et des entreprises. Ils se sont poursuivis jusqu'à saturation théorique des données.

Retranscription

Les entretiens ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word, en respectant les propos des médecins. Ils ont été anonymisés par la suite et forment le verbatim de l'étude.

Analyse des données

L'analyse thématique du verbatim est faite de manière descriptive par l'enquêtrice. Il n'y a pas eu de double lecture des entretiens. Une analyse interprétative est ensuite faite dans la discussion.

Avis juridique

L'étude a bénéficié de l'accord du comité d'éthique du CHU d'Angers avant de débuter les entretiens.

L'étude n'a pas été soumise au Comité de Protection des Personnes, conformément à la législation en vigueur à la date de l'étude.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des médecins

Au total, 19 médecins ont été interrogés : 6 femmes et 13 hommes. Ils étaient âgés entre 29 et 68 ans, pour une moyenne d'âge de 49 ans.

9 médecins exerçaient en cabinet de groupe, 4 exerçaient au sein de pôle de santé pluridisciplinaire, 6 médecins exerçaient seuls. Un des médecins seul n'exerçait plus la médecine générale pour se consacrer à l'ostéopathie et aux thérapies alternatives.

Les entretiens ont duré entre 21 et 78 minutes pour une durée moyenne de 39 minutes.

La saturation théorique a été atteinte au 17^e entretien. Les deux entretiens suivants n'ont pas apporté de données nouvelles.

Tableau I : Caractéristiques de la population (médecin 1 à 9)

Médecin	Sexe	Age (ans)	Distance par rapport à l' AEC (km)	Mode d'exercice	Formations et exercices complémentaires
M1	Femme	61	> 50	Cabinet de groupe	- Intervention ET - FMC douleur et lombalgie - MSU
M2	Homme	29	> 50	Cabinet de groupe	/
M3	Homme	42	21 – 30	Pôle santé pluridisciplinaire	- Externat Belgique - Structure accueil handicap - MSU
M4	Femme	32	< 10	Cabinet de groupe	/
M5	Homme	32	< 10	Cabinet de groupe	/
M6	Femme	42	< 10	Cabinet seul	/
M7	Homme	68	21 – 30	Cabinet seul	/
M8	Homme	33	> 50	Cabinet de groupe	- SSR - Régulation SAMU - Intervention ET - FMC douleur et lombalgie - MSU (ancien)
M9	Homme	62	31 – 50	Cabinet de groupe	- Coordinateur maison de retraite - MSU (ancien)

Tableau II : Caractéristiques de la population (médecins 10 à 19)

Médecin	Sexe	Age (ans)	Distance Par rapport à l'AEC (km)	Mode d'exercice	Formations et exercices complémentaires
M10	Homme	69	31 - 50	Cabinet seul	<ul style="list-style-type: none"> - Structure accueil handicap - MDA (ancien COTOREP) - Commission permis de conduire - Formation interne en service de rhumatologie
M11	Homme	32	31 - 50	Cabinet de groupe	<ul style="list-style-type: none"> - IRSA - Thèse sur le thème de l'activité physique
M12	Homme	59	31 - 50	Cabinet de groupe	<ul style="list-style-type: none"> - DU ostéopathie - DU réparation du dommage corporel - Régulation SAMU - Intervention ET - MSU - Recherche clinique (ancien) - Médecin-pompier (ancien) - Groupe qualité
M13	Homme	54	31 - 50	Cabinet seul (ostéopathie uniquement)	<ul style="list-style-type: none"> - Ecole d' ostéopathie - DU acupuncture - DU posturologie
M14	Femme	52	11 - 20	Pôle santé pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - MSU - Intervention ET (ancien)
M15	Homme	55	21 - 30	Pôle santé pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Ecole ostéopathie MSU - Enseignant ostéopathe (ancien)
M16	Homme	68	> 50	Cabinet seul	<ul style="list-style-type: none"> - Structure d'accueil handicap - Intervention ET - Régulation SAMU
M17	Femme	60	21 - 30	Cabinet seul	/
M18	Femme	31	31 - 50	Cabinet de groupe	<ul style="list-style-type: none"> - DU addictologie - CSAPA
M19	Homme	59	11- 20	Pôle santé pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - SSR - Formation ETP et intervention ET - Centre épidémiologie - MSU

2. Gestion et difficultés soulevées par les généralistes dans la prise en charge de la lombalgie subaiguë commune

2.1. Prise en charge diagnostique

2.1.1. Clarté du diagnostic de lombalgie subaiguë commune

La définition de la lombalgie commune subaiguë était rappelée en début d'entretien. Pour certains médecins, le subaigu avait une autre signification, mise en rapport avec le seuil de chronicité, qui semblait relatif au praticien, tantôt mis plus précocement « *Moi j'aime pas trop les six semaines à huit semaines, pour moi c'est déjà chronique (...) au-delà des deux mois, c'est déjà plus dur, parce qu'il y a déjà un phénomène d'adaptation.* » (M13), tantôt plus tardivement « *Même après six semaines je trouve qu'on est encore dans l'aigu.* » (M12).

Le médecin 10, ancien lombalgique, différenciait les lombalgies communes par catégorie « mécanique » ou « psychosomatique ». « *Il y a le mec se fait un lumbago en portant un sac de ciment, bon bah ça c'est le truc classique, qui arrive complètement cassé avec sa bonne, son attitude antalgique, sa cassure. Il y a la lombalgie chronique, alors là ça on pourra parler chez le, dans le temps on avait le spasmophile, maintenant on a le fibromyalgique. Il y a le lombalgique chronique par dégénérescence arthrosique, et puis après il y a tous les lombalgiques avec radiculalgie.* » (M10).

Un des médecins ostéopathes effectuait une démarche étiologique ostéopathique en cas de lombalgie commune. Il évoquait ses difficultés en cas de lombalgie commune sans particularités ostéopathiques : « *Des fois ils disent deux mots, (...) spécifiques à une pathologie ou un dysfonctionnement particulier, pas un truc global, c'est pas du global, c'est un truc spécifique. (...) Quand on sait ce que c'est, on peut traiter efficacement alors que ce qui est aspécifique c'est beaucoup plus compliqué donc déjà il faut faire un diagnostic.* » (M15).

Tandis qu'un autre médecin ostéopathe voyait la lombalgie commune comme un diagnostic d'élimination confirmé par un spécialiste. Il n'évoquait pas de diagnostic ostéopathique : « *Je me fais aider, après donc... un : éliminer une pathologie d'organe, d'ordre rhumatologique, ensuite (...) s'assurer qu'il n'y a pas une pathologie mécanique et puis ensuite bien après voir un petit peu le contexte, qu'est-ce qu'il y a, est-ce qu'il y a du surpoids, est-ce qu'il y a un contexte psychosocial qui fait que et caetera et caetera...* » (M12).

2.1.2. La place de l'examen clinique

Plusieurs jeunes médecins insistaient sur l'importance d'un bon examen clinique, pour que le patient se sente pris en considération et en confiance. C'est ce qu'expliquait par exemple la médecin 4 : « *Surtout prendre le temps de les examiner bien globalement, comme ça ils ont pas l'impression de ne pas avoir été vu, balancé voilà 25 euros au revoir. Et ça l'examen clinique là-dedans a toute son importance. Parce que sinon, ils ont l'impression que ça a été survolé, et c'est pas faux.* » (M4).

Le médecin ostéopathe 15 semblait considérer l'examen clinique des médecins non ostéopathes comme incomplet : « *La biomécanique c'est important. Le fonctionnement c'est important. L'homme est toujours en mouvement. Donc effectivement la biomécanique quand vous connaissez pas, c'est un peu compliqué (...). Par exemple les médecins ils allongent leur patient pour regarder le dos. Non, il faut le faire marcher.* » (M15). Il alertait sur la perte en qualité de l'examen clinique des nouvelles générations de médecins : « *Depuis 25 ans je suis maître de stage (...). Enfin c'est la médecine qui évolue mais vous perdez en clinique vous êtes moins bon en clinique que nous, beaucoup moins bons. (...) Vous examinez pas assez les gens.* » (M15).

2.1.3. La place de l'imagerie

La majorité des généralistes attendaient le stade subaigu pour prescrire une radiographie en l'absence de drapeaux rouges : « *Donc je diffère la première fois quand ça fait quelques jours et que j'ai pas de critères d'inquiétude, j'ai pas d'antécédent de cancer, j'ai pas de perte de poids ou j'ai pas de traumatisme donc je diffère. Après, passé quatre à six semaines je fais quand même une radio systématique* » (M4). Quatre médecins effectuaient des radiographies plus précoces : « *Quand les gens reviennent que ça marche pas le traitement médicamenteux, même au bout de quinze jours j'ai tendance à faire la radio. (...) De principe. (...) Voilà c'est peut-être un peu tôt, mais je le fais quand même.* » (M5). Ce dernier médecin effectuait également des clichés à visée comparative.

D'autres médecins, au contraire, essayaient de limiter la prescription d'imagerie : « *Après on va trouver des choses à tout le monde, des hernies discales... Alors qu'après y a des hernies discales asymptomatiques en lien avec un trajet nerveux ou en lien avec quelque chose de tangible. Moi je prends des exemples comme ça qui dit qu'il n'y a pas besoin de faire des examens et que tout peut rentrer dans l'ordre. (...) L'examen dans l'immédiat à quoi ça va servir...* » (M2). Un autre expliquait la réaliser afin d'envisager un geste thérapeutique : « *S'il y a un intérêt chirurgical ou éventuellement des infiltrations, hein.* » (M10).

Plusieurs médecins prescrivaient un complément d'imagerie : « *Et puis en fonction de l'évolution, si ça traîne,*

dans ce cas-là je propose de faire un examen complémentaire un peu basique, la radio en général, l'IRM ou le scanner en fonction de l'évolution. » (M6).

2.2. Prise en charge thérapeutique

2.2.1. Prise en charge antalgique

Les généralistes proposaient une prise en charge médicamenteuse. Parfois l'observance des patients n'était pas optimale : « *Le patient il va toujours se plaindre il n'a plus d'anti-inflammatoires ou il me dit « les antalgiques ça ne me fait rien », je lui dis vous en prenez ? « J'en prends pas », bah si on a mal, on prend, si on a pas mal, donc si on prend rien c'est qu'on n'a pas mal, c'est que c'est supportable donc on peut aller travailler. » (M9).*

Un des médecins, ancien lombalgique, évoquait une influence de son propre antécédent sur sa pratique, en prescrivant parfois du palier 3 : « *C'est vrai que moi vu mon expérience personnelle, j'insiste beaucoup pour contrôler la douleur. Très vite. Ça ne me dérange pas de monter très vite dans les paliers. Je passe rapidement à la morphine s'il faut. » (M3).*

Une jeune médecin était obligée de composer avec l'éducation des patients reçue de son prédécesseur : « *Parce qu'au niveau des anti-inflammatoires.... 70 ans quand ils disent : « ah bah j'ai pris du VOLTAREN depuis plus d'une semaine-là. »... Donc ça nous on leur dit déjà ... Mais pas forcément tout le monde. Moi je reprends une patientèle, donc il y a des habitudes qui ont déjà été prises et c'est pas... Forcément évident de dire « bah celui d'avant il faisait n'importe quoi », on peut pas dire ça. » (M4).*

L'ostéopathie était régulièrement le premier recours des patients en cas de lombalgie. La réaction des médecins non ostéopathes variait face à cette habitude des patients, parfois indifférents, parfois irrités : « *Ils viennent nous voir nous, alors qu'ils ont déjà vu l'ostéopathe et je leur explique bien qu'ehu.... C'est pas dans cet ordre-là que ça se fait. (...) Mais ça c'est un peu agaçant. » (M4).* On retrouvait chez beaucoup de médecins des réticences à l'ostéopathie, notamment sur de mauvaises expériences des patients : « *J'avoue honnêtement je suis pas très fan de l'ostéopathie (...). Il avait fait une manipulation sur une personne en lui disant « vous avez une vertèbre déplacée », c'était simplement une métastase osseuse sur un cancer du sein donc euh... » (M10).*

Ce médecin travaillait néanmoins avec des ostéopathes en qui il avait confiance : « *Ou alors je vais le faire vraiment quand je suis sûr, (...) je fais pas faire ça par n'importe qui, (...)c'est des mecs qui font ça correctement et qui font pas ça sans bilan avant. » (M10).*

L'intervention des ostéopathes sur la gestion du patient pouvait poser problème : « *Ils vont beaucoup voir les ostéos d'emblée ici et ils reviennent en disant « l'ostéopathe m'a remis une vertèbre en place » ou « le bassin en place » ... (...) si de ce discours il découle après, des fausses croyances ou des prises en charge où on va quand même être enquiné « Ben oui il m'a dit de venir, il faut faire un scanner » je suis quand même embêté. » (M3). Plusieurs des médecins ostéopathes trouvaient que l'ostéopathie était plus sûre quand elle était pratiquée par un médecin. « *On est en train de perdre une qualité de soins, parce que tous ces gens-là n'ont pas une connaissance médicale des autres pathologies que nous pouvons avoir, n'ont aucune connaissance en pharmacopée que nous pouvons avoir pour les soins... »* (M12). Les médecins ostéopathes rapportaient une mauvaise connaissance des patients et des médecins sur les pratiques ostéopathiques : « *Dysfonctionnement on peut dire. Plutôt pour dire « blocage », ce n'est pas le terme approprié mais dysfonctionnement. Parce-que dysfonctionnement en ostéopathie, contrairement à ce que les gens pensent, c'est pas... C'est un dysfonctionnement global, l'ostéopathie c'est un traitement plus global que localisé, contrairement à ce qu'on pense. »* (M15). Il précisait que les ostéopathes non médecins pouvaient entretenir cette notion de mauvaise connaissance du fonctionnement de l'ostéopathie : « *Donc ce qu'il faut c'est expliquer bien aux gens, parce que beaucoup d'ostéopathes en particulier, n'expliquent pas les choses. Ils aiment bien, les ostéopathes, ils aiment bien une espèce de fatra un petit peu magique quelque part, « on va faire ça, je vais vous détendre le foie, qui va faire, ci, ça... » Oui enfin ça... C'est c'est des paroles. Ce qu'il faut, c'est expliquer les choses (...) il y a des raisons tout à fait objectives. »* (M15).*

Par rapport à l'efficacité de l'ostéopathie dans la lombalgie, on notait trois visions différentes des trois ostéopathes. Le médecin 15 avait une vision biomécanique de l'ostéopathie « *Mais l'ostéopathie c'est pas la science de la manipulation... l'ostéopathie, c'est un peu l'art de la rééquilibration. (...) Et on se sert éventuellement d'une manipulation et autres pour équilibrer. Et reprendre et enlever le dysfonctionnement. (...) Les causes (...) parce que des fois il y en a plusieurs. »* (M15). Le médecin 12 voyait une faible part de biomécanique dans l'efficacité de l'ostéopathie. « *Il y a des trucs dans l'ostéopathie qui sont un petit peu, comment dire... Qui sont efficaces, quand vous (...) remettez des articulaires postérieures (...) en fonctionnement ça, ça soulage la douleur, ça c'est clair. C'est ce que j'appelle les 5 % sur les 95 % »* (M12). L'ostéopathie avait un fort effet placebo selon lui : « *Le problème dans notre discours, c'est de savoir... L'ostéopathie marche dans 99 % des cas. Quand elle marche hein. (...) Mais bon bref : c'est l'apposition des mains, vous pouvez poser un chakra, vous pouvez allumer un cierge, vous pouvez asperger d'eau bénite, le tout c'est d'y croire »* (M12).

Le médecin 13, ancien généraliste, avec formation en ostéopathie, acupuncture, posturologie, associait la pratique de ces différentes techniques. Il n'individualisait pas l'ostéopathie : « *Le travail. (...) La maison et puis le plaisir, le loisir. Quand vous n'avez pas ces trois choses-là (...) et que les gens ont mal, (...) La posturologie prend en charge tout ce système là (...) Donc vous avez la vue, l'odorat, l'ouïe, la proprioception profonde, le tactile qui fait partie de systèmes permettant de m'adapter. Il y a cinq systèmes, cinq sens quand vous manipulez.* » (M13). Il regrettait la place donnée aux techniques alternatives dans le parcours de soins : « *Ce que je reproche c'est qu'on n'a pas l'esprit plus ouvert, à part l'inflammation merde il y a quoi d'autre à côté de ça, il y a peut-être un truc mécanique mais il n'y a pas toujours en mécanique, il n'y a pas toujours inflammatoire. (...) Il ne faut pas séparer la médecine orientale, l'acupuncture, l'auriculothérapie qui est plutôt français et la manipulation qui est vieille comme le monde. Faut pas le refuser.* » (M13).

Les thérapies alternatives étaient régulièrement sollicitées par les patients. Les médecins les toléraient, malgré parfois leur avis négatif « *Et puis, bon en Mayenne on a aussi un bon noyau dur de magnétiseur et conneries comme ça.... Et du coup ils aiment bien... Ils sont un peu ouverts à tout, aussi.* » (M4), ou interrogatif « *Et il y en a un autre c'est pareil, contexte dépressif, lui c'est chronique, il fait de la magnétothérapie ou magnéso (...) Alors, ils y vont... ils y vont, alors je ne sais pas si c'est la chose qui fait du bien ou si c'est la prise en charge... Vous voyez ce que je veux dire ? L'impression d'être pris en considération ? (...) Ça fait du bien... Mais qu'est-ce qui fait du bien ? (rire) On ne sait pas hein, toujours.* » (M16).

2.2.2. Repos et arrêt de travail

Les médecins préconisaient aux patients un repos relatif et le maintien des activités : « *Le repos et l'activité physique, parce qu'on a tout dit et son contraire, (...) à une époque on interdisait de faire du cheval quand on avait une lombalgie. Voilà il ne fallait plus faire du sport, il ne fallait plus marcher, il ne fallait plus courir, maintenant on dit tout l'inverse, en restant raisonnable, donc je crois effectivement qu'il faut insister là-dessus.* » (M7). Le médecin 10 expliquait la difficulté à suivre les recommandations de limitation d'arrêt de travail « *Maintenant vient la nouvelle campagne de la CPAM (...) qui dit qu'il faut remettre tout de suite les gens en activité plutôt que de les laisser dans un lit. C'est vrai sur le fond ils ont raison, maintenant le problème, quand le type il peut pas rentrer dans sa bagnole, on peut pas le... Ou qui travaille et qui porte des charges... Bah on peut pas non plus le remettre au travail tout de suite.* » (M10). Les demandes d'arrêts de travail n'étaient pas toujours liées aux conditions physiques du travail : « *Moi j'ai des gens dans ma clientèle qui ont des lombalgies, des anciens maçons, des charpentiers qui sont tombés de toit ou des chauffeurs de poids lourds qui ont manipulé des charges... Mais ils continuent de bosser et puis voilà, alors que d'un autre côté, le mec entre*

guillemets haut fonctionnaire qui est dans son petit fauteuil de bureau (...), ben dès qu'il a un petit pet de travers, il faut qu'il se mette en arrêt alors que son boulot il n'est pas... (...) il n'est pas physique, il sort bien pour aller faire ses courses, donc il pourrait aller à son bureau pour bosser c'est comme ça que je le vois le truc. » (M10).

La situation financière des patients conditionnait parfois une reprise anticipée ou le refus d'un arrêt « C'est pas dans les postes que dans la cadence qu'on leur demande en fait (...) on a beaucoup ici de personnes qui sont payés à la tâche. Donc en fait plus ils font vite, plus ils vont être payés. (...) Comme ils se sont mis des objectifs de rémunération importants (...). Après ils ne peuvent plus diminuer(...). Et ces gens-là on a beaucoup de mal à les arrêter. » (M18). Le médecin 16 trouvait que les patients avaient un comportement différent envers l'arrêt de travail, en fonction de la perte ou non de revenus : « Il y a des gens, on n'a pas besoin de les remettre au travail, ils sont agriculteurs, je peux vous dire, ils y vont. C'est plutôt les gens qui sont salariés ou les gens qui sont, voilà, fonctionnaires encore un peu plus, s'ils n'ont aucune perte de salaire. Malheureusement c'est bien, mais après, ça n'incite pas non plus forcément à se secouer un peu quoi(..). Il faut accepter des fois d'avoir mal un peu, le travail peut faire qu'on va oublier quoi. Enfin c'est mon avis. » (M16).

Parfois, les médecins évoquaient leurs difficultés à objectiver la douleur et le retentissement fonctionnel de la lombalgie des patients, et ainsi à objectiver la nécessité de l'arrêt : « *Parfois c'est difficile de juger aussi. (...) Ils nous disent qu'ils ont mal au dos, mais on n'est pas forcément sûr qu'ils n'ont pas juste envie d'un arrêt de travail.* » (M6). D'autres généralistes étaient en difficulté devant des prolongations d'arrêt de travail ou des demandes d'arrêts longs, notamment la difficulté à être celui qui refuse l'arrêt au patient : « *Si vous êtes médecin généraliste, c'est pas si simple que ça, quelqu'un qui vous dit qu'il ne peut pas travailler (...) Je voudrais bien qu'on m'explique comment faire s'il a décrété qu'il ne voulait pas y aller.* » (M16).

Les médecins avaient en tête la possibilité d'un bénéfice secondaire. Certains ne s'en mêlaient pas du tout : « *Il y a aussi des gens qui je vous dis, ont à gagner en faisant ça, en étant reconnu malade. (...) Il y a un bénéfice secondaire mais des fois même qui est non-avoué, où il y a un ancrage avec des pathologies, mais je vais... Ce n'est pas notre rôle de rentrer là-dedans.* » (M12).

Les médecins regrettaiient le manque d'aide des instances pour gérer ces demandes d'arrêt : « *Parce qu'après, moi, dans ces cas-là, il y a un moment moi je ne sais plus quoi faire, quand on s'est tourné vers le médecin du travail, vers le médecin de la sécu, personne ne tranche, on attend que l'arrêt soit prolongé pour dire qu'il y a une invalidité... ça c'est des situations un peu compliquées.* » (M18).

2.2.3. Promotion de l'activité physique

Beaucoup de médecins intégraient dans leurs consultations des conseils d'ergonomie, tout en sachant que peu suivraient ces conseils « *Ce qui est certain c'est qu'on donne des conseils basiques, on sait bien : éviter les efforts, se reposer, pas se pencher en avant, s'accroupir et cetera.* » (M7). Les médecins encourageaient leurs patients à pratiquer une activité physique dès la première consultation pour lombalgie : « *Dès la première consultation, je leur dis, (...) dès que la douleur le permet, il faut bouger parce que plus vous allez bouger, plus vous allez récupérer rapidement. (...) c'est pas au bout de quatre semaines que je lui ai dit.* » (M8).

Un des médecins ostéopathes donnait des exercices adaptés au patient : « *Je fais du sur-mesure et éolutif (...) en fait, les gens, ils sont très limités. On ne peut pas faire grand-chose en exercice de base, sans risque. Et plus il gagne, plus il est performant mais dangereux (...) dangereux dans le sens où il peut rebloquer et peut aggraver la pathologie (...) C'est éolutif. On peut aller très très loin dans les exercices mais en fait après il faut une petite surveillance, minimale.* » (M15).

Les médecins recommandaient la pratique d'une activité physique, notamment pour lutter contre le déconditionnement : « *Je leur dis que la fonte musculaire va au contraire aggraver les choses sur le long terme.* » (M2). Les médecins essayaient de sensibiliser les patients contre la sédentarité : « *Moi, je passe pas mal de temps à leur expliquer (...) on est l'une des structures biologiques sur terre la plus efficace pour marcher vite et longtemps. Donc on n'est pas fait pour rester assis. On est fait pour bouger et marcher.* » (M19).

Il était conseillé aux patients de maintenir une activité tout en respectant le seuil douloureux : « *C'est important d'avoir, de garder une activité. C'est vrai qu'il faut pas forcer, dès qu'il y a le moindre signal d'alerte, faut pas aller au-delà.* » (M5). Les médecins discutaient avec le patient pour convenir d'un sport lui correspondant : « *Leur dire de faire un travail de renforcement au niveau des abdominaux et lombaires soit par du gainage ou activité physique ou natation... Faire ce qu'ils veulent en fait. Il faut qu'ils essaient de faire quelque chose qui leur plaise, sinon ils n'adhèreront pas. Donc ça pour les gens qui ne sont pas actifs c'est important.* » (M11). Quelques précautions étaient néanmoins recommandées par les médecins pour certaines activités sportives ou mouvements. Selon certains médecins, il était déconseillé de faire de la brasse, du VTT, des sports de raquettes, ou du footing : « *Après la course à pied, c'est pas forcément l'idéal ça tasse pas mal quand même.* » (M5).

Régulièrement, les médecins constataient que les patients n'avaient pas forcément repris ou commencé la pratique d'une activité physique malgré leurs conseils : « *la plupart du temps les patients ne respectent pas les consignes qu'on leur a donné initialement, j'insiste surtout.* » (M8). La médecin 17 évoquait la difficulté à modifier

les habitudes des patients : « *On vient demander une solution au médecin, mais le corps il faut qu'il suive. Oui la tête elle demande une solution, elle demande des médicaments, elle demande quelque chose et le corps ben... (...) Et même si nous on donne des conseils, bon...»* (M17). Quelques médecins notaient des interventions sportives gratuites locales « *Voilà l'hôpital de (nom de ville) a développé des séances de sport. J'ai quelques personnes qui ont été, les autres ne se bougent pas. (...) Elle était contente parce qu'il y avait du sport gratuit. (...) Et elle s'est arrêtée parce qu'après c'était plus gratuit. Mais c'était déjà quelqu'un qui se prenait en charge.* » (M17).

2.2.4. Prise en charge kinésithérapeutique

Pour favoriser le mouvement et l'activité physique, la prescription de kinésithérapie était fréquente chez les médecins : « *Avec un renforcement musculaire qui doit se faire, car souvent quand j'ai pas de signes d'alerte, au bout d'un mois quand ça commence à durer, après je les envoie faire un peu de rééducation chez le kiné, pour renforcer le dos.* » (M4). Quelques médecins prescrivaient de la kinésithérapie dès le stade aigu. Les prescriptions précoces avaient pour but de lutter contre le déconditionnement et d'avoir une éducation ergonomique : « *Systématiquement médicament kiné ... Pour reconditionner un petit peu notre activité physique.* » (M3). Le médecin conseillant lui-même des exercices aux patients, trouvait plus pertinent de prescrire de la kinésithérapie au stade chronique. « *Dès que ça se chronicise la kiné a toujours son intérêt.* » (M15). Les médecins attendaient du kinésithérapeute une éducation notamment posturale à la lombalgie. Les médecins prescrivaient également de la kinésithérapie dans le but d'autonomiser leurs patients. Plusieurs médecins encourageaient l'apprentissage d'auto-exercices pour les patients : « *Et puis ils faisaient chez eux tous les matins ou une fois de temps en temps dans la journée, mais c'est eux qui géraient. (...) à partir du moment où ils se lassent peut-être de venir chez le kiné, s'ils peuvent le faire chez eux, je pense que c'est pas plus mal.* » (M6).

Quelques médecins recherchaient des techniques passives : « *Moi je donne du kiné. D'abord ils ont l'impression qu'on s'occupe d'eux, et on va quand même leur montrer des choses à faire ou à ne pas faire, on va leur faire des massages un petit peu, j'espère, un peu décontracturants... (...) Qu'on prenne en compte leur souffrance, qui est réelle, oui.* » (M16). Le kinésithérapeute pouvait aider à lutter contre les peurs des patients : « *Alors ça on est aidé par les bons kinés.* » (M17).

A la suite d'une lecture scientifique (12), et en comparaison aux recommandations issues de la campagne de l'assurance maladie, une des médecins semblait être déroutée concernant la pertinence de ses prescriptions de

kinésithérapie : « *Après je ne sais plus trop quoi penser là-dessus puisque j'ai lu récemment là, enfin oui on a les brochures de la CPAM pour dire que l'activité physique c'est bien pour le dos, la kiné, et puis dans Prescrire ils ont fait une méta-analyse là dernièrement (...) où finalement il n'y a pas de différence d'évolution avec ou sans kiné, avec ou sans exercices physiques, enfin... Avec exercices physiques adaptés ou non, ça ne change pas grand-chose, donc euh, oui j'en parle parce que ça ne peut pas faire de mal (...) voilà de remettre les gens un petit peu... » (M18).*

Les médecins soulevaient néanmoins quelques difficultés dans la prise en charge kinésithérapeutique des patients. Les délais d'accès à la kinésithérapie étaient la première difficulté décrite par les médecins. Cela pouvait jouer sur la chronicisation d'après certains médecins : « *On va avoir un délai qui est minimum de trois semaines, (...) ça fait déjà 15 jours qu'ils ont mal, on prescrit une rééducation, ben c'est vrai que c'est compliqué quoi. Et que ça a tendance à pérenniser les choses ça, et comme ils attendent souvent beaucoup du kiné, donc en fait ça peut pas aller mieux avant quoi. » (M14).* Certains médecins reprochaient aux kinés de ne pas respecter leur prescription : « *Bon les kinés, on leurs demande de faire de l'éducation gestuelle et patati et patata, ils le font pas, ils font ce qu'ils veulent. » (M10).* Un autre médecin regrettait le peu de communication avec les kinés, notamment par l'absence de communication des bilans diagnostiques kinésithérapeutiques. « *Le problème des kinés, c'est qu'ils ont refusé, il y a quelques années, de faire un bilan de départ et un bilan définitif c'est une erreur ! (...) Parce qu'il y a que comme ça qu'on peut progresser. (...) Quand c'est du flou, ça ne peut pas avancer. » (M15)*

2.2.5. Prise en charge des facteurs professionnels

La plupart des médecins disaient recourir à la médecine du travail. Un des médecins, dont le pôle de santé comportait un médecin du travail, ne décrivait pas de difficulté. La majorité des médecins décrivaient un manque de moyens, notamment au niveau des adaptations de poste : « *Alors souvent si l'arrêt a été très long, on refait plutôt une reprise à mi-temps, et souvent le mi-temps se passe bien, et puis on peut être bloqué à la reprise du temps plein, que là, la charge de travail ne va pas être la même... » (M1).* Certains décrivaient aussi le peu de prévention primaire sur le lieu de travail : « *Parce que des fois, on n'a pas l'impression que les médecins du travail ont beaucoup de prises là-dessus. Euh.... Ouais non nous y a quand même des usines à user les gens.» (M18).* Les médecins étaient conscients du manque d'effectifs en médecine du travail et du retentissement sur la prévention : « *En entreprise aussi, (...) mais médecine du travail c'est aussi un domaine qui est un peu déserté, mais tout ce qui va être ergonomie, c'est pas forcément toujours là. » (M4).*

2.2.6. Lutte contre le surpoids

L'abord du surpoids était fréquent, et parfois délicat : « *Donc là c'est difficile de dire aux gens : « Perdez du poids », parce que c'est le problème : « Ah bah non je peux pas, je mange rien » (...) entendre, pour eux, c'est dur.* » (M17). La gestion du surpoids (demandant du temps) pouvait contribuer à la chronicisation de la lombalgie pour l'un des médecins « *Ben le surpoids. Donc ça c'est vrai que c'est pas facile de régler ça en quatre à six semaines.* » (M8). Certains médecins décrivaient un cercle vicieux entre la lombalgie, le mouvement et le surpoids : « *C'est compliqué aussi quand il y a déjà un surpoids, car bouger c'est déjà compliqué... Et puis du coup c'est plus difficile de les remettre dans l'action.* » (M1).

2.2.7. Prise en charge des facteurs émotionnels

Les médecins avaient conscience des facteurs émotionnels (dépression, anxiété, évènements de vie des patients), mais peu les prenaient en compte dans la prise en charge. Il était parfois difficile pour eux d'aborder le sujet : « *C'est vrai que c'est pas évident pour un patient qui vient pour un mal de dos et qui revient au bout d'un mois, de dire : « attention c'est peut-être une problématique psychologique plus qu'une problématique douloureuse » parce que les patients sont pas forcément très ouverts à ce genre de réalité.* » (M8). Une des médecins, anciennement dans un réseau d'ET, n'hésitait pas à expliquer aux gens la possible composante psychologique de leur lombalgie : « *Mais le facteur déclenchant psychologique, je pense que ça c'est important de l'aborder. (...) Faut vraiment aller creuser hein. Moi, il y en a, ça va aller, ils vont comprendre vite fait, mais il y en a, il faut vraiment aller creuser.* » (M14). Le médecin ostéo-acupuncteur, ancien généraliste, regrettait la faible prise en compte des composantes psychologiques par les médecins : « *Le psy c'est important. C'est très important. On n'en prend pas compte assez, en médecine, dans notre relation.* » (M13). Un des médecins ostéopathes exprimait son désintérêt pour les facteurs psychologiques du patient « *On n'est pas là pour soulever le profond subconscient du patient euh... Comme pourrait le faire Sigmund (Freud), mais il y a des fois à creuser. Mais bon... Moi ça m'intéresse pas. (...) Mais le patient s'il en a envie, il va voir un psychanalyste.* » (M12). Le médecin 16 voyait les facteurs psychologiques comme non modifiables, et donc ne nécessitant pas d'être soumis au patient : « *Moi je ne mets jamais en avant le psychologique. Parce que si vous leur dites que c'est psychologique... (...) Ils ont du mal à l'accepter, et au contraire moi je trouve que c'est un peu contre-productif, parce que vous n'êtes pas plus avancé quand vous leur avez dit que c'est psychologique je veux dire, vous comprenez ? Si vous leur donnez pas après les moyens, de traiter le psychologique, ils vont vous dire « J'avais mal au dos, on ne prend pas en compte mon mal de dos, on me dit que c'est psychologique... (...) Qu'est-ce que vous proposez sur le plan psychologique ? (...) Changer de femme, changer de mari ? Non mais...* »

Vous voyez... Là vous vous avancez dans des choses... Il faut, il faut faire des propositions concrètes là. »

(M16). Il pensait braquer les patients en abordant l'aspect psychologique : « *Parce que sinon, si vous vous contentez de leur dire que c'est psychologique... Non au contraire, ils vont dire : « Moi c'est pas psychologique » non mais vous savez bien, « c'est là, c'est là » (montre le dos). Ils cherchent une explication, plutôt simple. (...) Parce que se remettre en cause psychologiquement... C'est très joli (rire) ce n'est pas si simple que ça à faire hein ! »* (M16).

L'orientation de la prise en charge vers le psychologue provoquait des fortes réticences chez les patients : « *Ben c'est toujours difficile. Après c'est : « oui mais je suis pas fou ». Oui mais non, ce n'est pas ça qu'on dit. Mais oui non ce n'est pas facile. Enfin je trouve.* » (M18). L'aspect financier était un obstacle supplémentaire pour recourir au psychologue : « *Parce qu'en fait, en libéral, le problème que l'on a c'est la prise en charge psychologique... (...) C'est un gros budget. (...) Ça c'est quand même un gros problème qu'on n'aît pas accès à des psychologues avec une prise en charge plus correcte au niveau financier.* » (M3). Ce dernier contournait l'obstacle financier en proposant une prise en charge au sein d'une structure : « *Je vois souvent des facteurs psychologiques (...) ou psychosociaux, le professionnel ou le familial. Donc je suis plus embêté souvent, et là je réfère à des algos, en espérant qu'il y ait une équipe pluridisciplinaire avec une prise en charge psychologique derrière.* » (M3).

L'ostéopathie et les médecines alternatives pouvaient servir de relais « corps-esprit » pour la prise en charge des facteurs psychologiques : « *Le médecin rhumatologue je lui demande son avis pour être sûr que je fais pas fausse route (...). Et on est bien sur une lombalgie simple donc on va alléger. Entre-temps, il est rassuré. Il a été voir l'ostéopathe et l'ostéopathe par l'apposition des mains l'a guéri. Puisque ça guérit par apposition des mains, puisqu'on lui avait dit qu'il y avait rien, (...) l'ostéopathe est le sauveur alors que c'est les médecins qui ont fait le boulot.* » (M12).

2.2.8. Prise en charge des représentations

Quelques médecins disaient ne pas avoir de difficultés à prendre en charge les représentations des patients.

D'autres expliquaient que ce n'était pas un aspect qu'ils abordaient en consultation : « *Ce n'est pas du tout quelque chose que j'évoque les représentations sur le corps, les pensées... Non c'est vrai.* » (M18). Les médecins étouffaient rapidement les croyances sur le mouvement en discutant précocement avec les patients : « *Donc moi très tôt le discours c'est que l'activité physique, quelle qu'elle soit, que ce soit la marche ou au travail, est importante et fondamentale. Donc moi je shunte assez rapidement.* » (M19). Une des médecins ayant fait la formation douleur expliquait arriver à changer la perception de ses patients en discutant : « *Ben du*

coup oui le repos, « j'ai mal au dos donc il faut que je me repose. » En fait c'est amusant car ils disent que finalement, ce n'est pas au lit qu'ils sont le plus gênés, donc hop on peut redémarrer en leur disant : « Ben vous voyez ça peut être intéressant effectivement de changer d'activités le long de la journée, de marcher, de s'asseoir, et éventuellement de s'allonger pour bouquiner » mais enfin voilà. Mais oui la fausse croyance sur le patient qui veut se reposer pour soigner son mal de dos, c'est à rediscuter. » (M1).

Pour les patients croyant en la nécessité d'une imagerie diagnostic, certains médecins faisaient réfléchir les patients sur le but de l'imagerie et sur les conséquences que cela aurait pour eux : « *Ah il faut essayer de les convaincre, (...) des fois je leur dis « bon une fois qu'on aura fait une IRM ou scanner, qu'est-ce qu'on va faire ? (...) Vous allez vous faire opérer ? » « Ah bah non surtout pas ! ». C'est ce que je leur dis, (...) je pense que c'est un peu superflu. » (M10). Régulièrement les médecins pouvaient cependant prescrire une imagerie si les patients n'étaient pas rassurés par la simple discussion. « *Ils disent oui oui, puis ils reviennent quinze jours, un mois après, donc on voit qu'il y a une angoisse là derrière. Donc euh, bon je sais pas. (...) Bon moi, à partir du moment où ça les obnubile, on va les faire. (...) Mais on est dans la prescription anxiolytique, hein, pas médicalement justifiée. » (M3). Ce médecin prévenait avant la réalisation de l'imagerie de l'absence de corrélation anatomo-clinique de leur douleur : « *Mais en les prévenant que ce n'est pas parce qu'il y a une hernie que c'est cette hernie qui leur fait mal. Hein, je leur explique l'étude (...) parmi ceux où on a fait un scanner, une fois sur deux y avait une hernie, une fois sur deux y avait pas de douleur et vis versa » (M3).***

L'interprétation des imageries variait suivant les médecins. Une jeune médecin remettait en question la corrélation anatomo-clinique : « *Chez les plus jeunes, je regarde s'il y a des pincements, globalement on en retrouve, est-ce que c'est ça qui cause vraiment les douleurs... ? » (M4), mais elle expliquait tout de même : « *Ben je leur explique qu'il y a de l'usure... » (M4). D'autres discours pouvaient être également ambivalents : « Je leur dis régulièrement que tout le monde a de l'arthrose et que c'est pas pour ça qu'on souffre. Et puis que De toute façon s'il arrête de bouger, l'arthrose ils vont en avoir deux fois plus. (...) Voilà en général je réponds très bref comme ça, en leur disant « ben si vous faites rien, ça va être pire dans deux ans » » (M17). Un des médecins avait un raisonnement par cause uni-factorielle : « *Bon si vous avez de l'arthrose... On ne meurt pas d'arthrose, on n'a pas mal tout le temps quand on a de l'arthrose, on a mal par moments point. C'est fini. On ne va pas envoyer au psychologue. Non non mais vous voyez ?» (M16). Une des médecins voyait l'imagerie comme un outil, une aide dans la prise en charge, et dans l'abord psychologique chez des patients à vision mécanique : « *Si je sens que je vais pas pouvoir avancer sans avoir fait l'imagerie, je vais la demander. (...) Pour eux, tant qu'il n'y en a pas où qu'ils vont pas forcément facilement reconnaître qu'il y a un facteur****

*déclenchant autre qu'une pathologie... je dirais objective, voilà on est obligé de passer par là. (...) Moi ça me permet d'avancer après. Ça me permet de dire « la radio est normale ». ». (M14). L'imagerie pouvait servir d'argument supplémentaire au médecin pour remettre au travail quelqu'un qui traîne sur l'arrêt : « *Ben c'est la plainte, le mal de dos c'est un argument « j'ai mal au dos je ne peux pas travailler » si vous avez un métier physique, ça peut quand même... Donc à ce moment-là, moi j'aime bien trancher par la radio (...) Pour dire, voilà vous avez effectivement un peu d'arthrose, point. (...) Et de les remettre au travail. »* (M16).*

Les médecins respectaient certaines représentations, notamment sur des solutions thérapeutiques alternatives, si elles n'interféraient pas avec le reste de la prise en charge : « *Il n'y a pas d'incompatibilités pour moi, parce que c'est du domaine de la croyance. Donc je ne suis pas là pour que les gens changent de religion, (...) ça m'est égal que les gens y aillent, (...) C'est pas moi qui paye donc ce n'est pas mon problème, ils font ce qu'ils veulent. (...) dans la mesure où ça peut les soulager, (...) Seul le résultat compte, donc aucun problème. »* (M19).

Certains médecins contredisaient le diagnostic posé par l'ostéopathe : « *Les vertèbres ça se déplace pas. (...) C'est insupportable. (...) Je leur dis clairement que si c'était déplacé, vous seriez paralysé. Donc on serait bien au courant que c'est déplacé. »* (M4).

2.2.9. Avis et prises en charge complémentaire

En cas de difficultés, les médecins faisaient appels aux spécialistes. Un médecin décrivait une prise en charge plus médicalisée en cas de profil particulier : « *Si le patient est déjà connu douloureux chronique, fibromyalgique, tout ça, je vais aller très vite. Tout de suite on va demander imagerie, l'avis du centre antidouleur. »* (M11).

L'accès aux soins de second recours était souvent jugé difficile par les médecins, notamment avec des mois de délais (rhumato, MPR, centre antidouleur) hormis les chirurgiens. Un exemple étant : « *Si un moment ils [les patients] ont un doute sur notre prise en charge, dans le Nord Mayenne il n'y a plus de rhumatologue donc si on veut avoir un appui, un conseil, une recommandation par le biais du spécialiste, là aujourd'hui il faut les envoyer à Alençon, là encore c'est 40 km, des délais de consultation qui sont à deux mois pour des lombalgies... »* (M8).

Ils expliquaient que ces difficultés logistiques pouvaient jouer sur le passage à la chronicité de leurs patients. La difficulté d'accès aux soins jouait un rôle dans la chronicisation de la lombalgie pour les médecins : « *Parce que c'est vrai que le centre antidouleur (...), on commence à avoir du mal à avoir des rendez-vous. Donc je pense que la chronicité elle joue beaucoup là-dessus. »* (M14).

Cela pouvait être un cercle vicieux : l'absence de soins entraînait une demande de prolongation d'arrêt de travail : « *Quatre mois de délai. Donc de toute façon, pour les lombalgiques encore plus chroniques, c'est « ah ben je reprends pas le travail parce que je vais faire trois semaines à l'école du dos, donc on verra après docteur, vous me renouvez mon arrêt de travail » donc en fait c'est trop long. C'est beaucoup trop long.* » (M17). Des médecins expliquaient que certains patients renonçaient à des soins devant des délais trop importants : « *jusqu'à présent quand on veut un rendez-vous, on a des rendez-vous à des mois et des mois... Alors vous savez les gens renoncent.* » (M16).

Au niveau logistique pour les médecins, la communication avec les spécialistes n'était pas toujours évidente, l'accès était chronophage pour les médecins généralistes : « *Parfois c'est compliqué, nous on n'a pas forcément le temps de téléphoner. Quand on appelle, nous on attend, on poiote, nous on a nos consultations qui poussent derrière, donc on a toujours très peu de temps.* » (M6). Un des médecins soulignait la différence d'accessibilité entre le privé et le public : « *Vousappelez dans le privé, en trois secondes c'est réglé voilà. (...) Bon l'hôpital, c'est d'une lourdeur maintenant.... Personnellement je travaille de moins en moins avec l'hôpital à cause de ça, uniquement à cause de ça. Ça ne met pas du tout en cause les compétences, bien au contraire, mais on en a ras-le-bol de passer des quarts d'heure.* » (M7). Et une fois l'accès établi, les généralistes n'avaient pas toujours de retour sur la prise en charge spécialiste : « *Moi je joue le jeu, je pense que mes collègues aussi et, on n'a pas de retour. (...) Et donc ça, ça nous met un peu en colère.* » (M3).

La formation continue des généralistes ne correspondait pas à leurs attentes. Les médecins regrettaiient le manque de formations proposées par les spécialistes : « *Le service de rhumato à (ville) il est pas très moderne, les rhumatos je ne les ai jamais vu organiser une seule réunion avec les généralistes, de prise en charge.* » (M9). Ils regrettaiient leur contenu inadapté à la médecine générale « *Sur la lombalgie ? (...) J'ai dû en faire, en FMC mais c'est des trucs très techniques quoi.* » (M19).

Les prises en charge multidisciplinaires étaient recherchées par les médecins : « *ça leur permet de reprendre une formation, de dédramatiser, d'envisager un autre métier, de voir ce qu'il peuvent faire. Enfin c'est vraiment extrêmement positif. (...) ça c'est vraiment un programme très complet, oui c'est ça, c'est trois semaines, ils dorment là-bas, et il y a kiné, ergo, y a un peu psy donc c'est un peu complet.* » (M14). Les médecins utilisaient aussi le réseau lombaction comme partenaires : « *Et les problèmes qui traînent où on s'en sort pas, on a tout essayé, où on sent qu'il n'y a pas que la lombalgie mais des fois des contextes un petit peu plus compliqués, de problèmes familiaux, professionnels, sociaux et caetera... Donc je passe la main au réseau lombaction.* » (M7).

Les rhumatologues étaient sollicités pour un avis diagnostic : « *On a besoin de trancher très rapidement. Est-ce qu'il y a un problème vrai, organique, il n'y en a pas, on le sait, c'est psychologique donc on le sait, après on peut gérer ça quoi. Mais pas que ça traîne. Pour les gens c'est... Je trouve qu'il y a tout à perdre quoi. Et la société a tout à perdre, en coûts, c'est évident.* » (M16).

L'avis des chirurgiens était également sollicité, souvent à la demande du patient : « *En cas d'hernie discale je vais prendre un avis auprès du neurochirurgien et voilà même si je temporise. Encore une fois ça dépend du patient...* » (M2). Les médecins relevaient une différence de prise en charge selon les secteurs d'activités : « *Donc en général je suis au CHU. A la clinique ils ont un peu le bistouri entre les dents. Donc voilà je préviens les patients, je leur dis, vous choisissez votre prise en charge et je leur donne mon point de vue.* » (M3).

Un des médecins expliquait que les délais faisaient que les rendez-vous n'étaient pas toujours au moment le plus pertinent de la prise en charge « *Mais après même si le centre antidouleur... (...) Ils nous donnent des délais qui sont souvent très longs et... Au final y a plein de fois où ça se résout, où on a essayé plein de choses et parfois le centre antidouleur arrive à un moment où ce n'est plus aidant, où ils prennent ce qu'on a déjà fait.* » (M2).

2.3. La place de la relation médecin-patient

2.3.1. L'approche des patients

Les médecins soutenaient leurs patients : « *Tu ne peux pas leur dire : « bah voilà un coup de baguette magique ça va aller mieux ». Tu as déjà fait tout ton maximum. Après, c'est du soutien, de l'entretien, de la motivation, des choses comme ça.* » (M11). Ils informaient : « *je les informe du risque de chronicité, avec le déconditionnement, (...) je leur dis les conséquences que ça peut avoir sur leur emploi, avec voilà, la désinsertion. (...) Pour leur faire comprendre pourquoi je pousse pour qu'ils retournent au travail. C'est pas pour leur dire « voilà c'est des fainéants, faut retourner au travail ». C'est « j'ai peur que vous perdiez votre emploi et que vous n'en retrouviez pas.* » (M3). Ils donnaient parfois des informations complémentaires via des supports : « *C'est vrai que tout ce petit flyer de la Sécu (...) je trouve qu'il est pas mal fait et ça permet déjà d'avoir des idées sur certaines choses.* » (M6). Ils recommandaient « *Et je leur dis bien, je les invite fermement à bien écouter ce que va leur apprendre le kiné, à répéter certains exercices qu'ils peuvent faire chez eux.* » (M7). Ils expliquaient mais parfois la compréhension était difficile : « *Mais c'est vrai que nous, on parle de choses, mais on est dedans, donc parfois je pense qu'on utilise des termes où on leurs explique, mais je crois pas qu'ils comprennent tout.* » (M6). Cela dépendait des connaissances de base du patient : « *J'avais beaucoup*

moins de mal en zone rurale, parce que les agriculteurs connaissent les bêtes. (...) Finalement ils avaient déjà beaucoup de notions qui étaient connues par eux, tout simplement par leur mode de vie, parce qu'ils savent ce que c'est qu'une bête, et nous on est des bêtes aussi. » (M17). Ils essayaient de faire une éducation dans la limite du temps dont ils disposaient : « Voilà c'est l'éducation, on peut faire, mais comme c'est chronophage, on l'a fait assez vite, et donc pas très bien. » (M7). Beaucoup de médecins montraient eux-mêmes les exercices à faire : « Après on montre déjà en consultation des choses pour économiser le dos, remuscler un petit peu les paravertébraux. Après voilà, c'est des petites choses mais voilà je suis pas expert (sourire) » (M2).

Les médecins s'adaptaient à chaque patient : « Après, tout est question du patient qu'on reçoit en entretien, on le ressent avec la personne, il y en a, on va pas agir pareil que d'autres, il y en a, ça va être tout simple on leur dit : « Faut faire ci faut faire ça » et ils sont patients, ils écoutent, ils font tout ce qu'on leur dit. D'autres par contre, ça va pas le faire, il va falloir les revoir, insister sur certains points. » (M11). La prise en charge était centrée sur un projet autour du patient : « Bah il faut leur dire, il faut leur expliquer tout ça justement. (...) Enfin, essayer de leur poser les choses, qu'ils comprennent et qu'ils adhèrent au projet. » (M11).

Plusieurs médecins cherchaient une autonomisation du patient : « Moi je leur propose, et voilà enfin je sais pas, je pense que les jeunes, on fonctionne beaucoup comme ça, mais voilà la participation du patient à sa prise en charge là, pour moi, dans ce problème-là, elle est essentielle. Si le patient fait pas l'effort, ça fonctionnera pas. Donc qu'on soit clair. » (M3).

L'adhérence des patients restait tout de même limitée : « Le problème c'est qu'on leur dit de faire des choses et après ils le font, ils ne le font pas et on les revoit ou on les revoit pas, c'est un peu ça. » (M15). Plusieurs médecins expliquaient que le généraliste pouvait être moins entendu car il était l'interlocuteur habituel des patients : « Ce que dit le médecin, c'est un peu comme le parent vis-à-vis du gamin, c'est « tu comprends pas, tu m'écoutes pas » (M17).

Un des médecins regrettait l'absence de formation en communication dans les études de médecine « Donc en fait tous nos mots, tous nos gestes, ont une signification extraordinaire pour les patients mais à des moments bien précis. Et c'est ça que je regrette un petit peu dans notre cursus en tant que médecin généraliste, j'ai prescrit comme tout le monde, anti inflammatoires, myorelaxants, antalgiques... » (M13).

2.3.2. Le temps de consultation

La notion de temps était importante dans les consultations de médecine générale. Il pouvait manquer : « Non mais c'est vrai qu'il faut prendre le temps pour... C'est vrai que c'est des consultations de moins après. Mais voilà, après le problème c'est qu'on est tous débordés. Dans le Nord Mayenne... Ouais non c'est compliqué. »

(M2). Une médecin expliquait que l'éducation thérapeutique n'était pas adaptée à la médecine générale :

« C'est comme tous les processus éducatifs (...) il faut donner un conseil, il faut l'expliquer, mais après il faudrait revenir quelques jours après par-dessus, en disant qu'est-ce que vous avez retenu ? Qu'est-ce que vous commencez à faire ? Et ça c'est éducatif. Donc le généraliste à l'heure actuelle n'a pas beaucoup de temps pour amorcer, entretenir et renforcer les processus éducatifs. » (M17). Les médecins respectaient l'évolution de la réflexion du patient : *« Au départ ils veulent pas l'entendre, ils viennent parce qu'ils ont besoin d'un médicament et ils veulent aller mieux. C'est seulement oui quand ils ont... peut-être déjà une certaine chronicité, qu'ils se rendent compte que le médicament n'aide pas forcément beaucoup. Donc voilà. »* (M6).

2.3.3. La confiance des patients

Deux médecins insistaient sur l'importance de la confiance que leur accordait le patient dans la prise en charge : *« J'ai 40 ans d'exercice, ils me connaissent bien, et ils racontent bien. Voilà alors après, ce sont des patients qu'on voit, (...) qui sont en vacances ici, ils vont pas raconter au médecin. »* (M7). Parfois la confiance des patients n'était pas toujours placée envers les généralistes. Cette confiance était soit en l'imagerie *« C'est que mes patients aujourd'hui, ils ont presque plus confiance en l'examen complémentaire qu'en l'examen clinique. »* (M8), soit envers les spécialistes : *« Oui mais vous êtes pas spécialiste quoi, alors envoyez moi voir le spécialiste »* (M8). Parfois la confiance des patients était envers l'ostéopathe : *« Et puis il y en a d'autres ils n'en démordent pas, de toute façon on a beau leur dire « je pense que c'est pas ça, c'est pas possible, c'est pas ça » voilà : ils ont confiance en leur ostéopathe. »* (M6).

Il était plus difficile de limiter les examens sans la confiance du patient : *« C'est un peu problématique pour nous, parce que la confiance n'est pas toujours au rendez-vous. Alors qu'on ne passe pas à la vitesse supplémentaire, dès lors qu'on va pas, soit faire d'examen complémentaire, soit avoir recours au spécialiste... (...) Il faut arriver à convaincre les gens qu'il y a peut-être des choses qui servent à rien, et ça c'est vrai qu'on a du mal, nous, à y arriver parce qu'ils attendent de nous une prescription. »* (M8).

La confiance envers le discours des médecins sur le mouvement était renforcée par la campagne d'Assurance Maladie : *« Donc maintenant ça commence à changer avec les pubs que font la CPAM sur l'activité physique. (...) Mais y a pas si longtemps, il y a un an même pas de ça, on n'avait pas ce discours des patients : « Ben non moi on m'avait dit que faut rester au canapé » ... Ah non non ça surtout pas. Mais là ça facilite la communication. « J'ai vu (...) les trucs de la CPAM qui disent qu'au contraire il faut bouger ». Ils ne me disaient pas ça avant. (...) Mon discours résonne avec ça et du coup (...), ils font entre guillemets plus confiance. »* (M3).

2.3.4. Le statut du généraliste

Certains médecins trouvaient que le rôle du médecin généraliste n'était pas assez mis en valeur : « *Vous voyez, je pense, ce que je regrette aussi c'est que le médecin généraliste n'a pas la place importante comme j'aurais aimé, au lieu de distribuer, soit renouveler une ordonnance, soit distribuer des bonbons... Tiens vous allez faire ça, vous allez voir ça... Ça, ça m'énerve. (...) c'est pour ça que j'ai arrêté la médecine générale.* » (M13). Un des médecins exprimait un manque de reconnaissance à travers le tarif de la consultation. Un des médecins ostéopathes comparaît aux tarifs des thérapies alternatives : « *Quand vous avez tous les naturopathes, ostéopathes, chiropracteurs, consommato-thérapeutes qui vous prennent des 50-60 € et que vous, vous êtes à 25 €, vous n'êtes plus crédible.* » (M12).

2.3.5. La gestion d'une évolution défavorable

Les médecins semblaient sentir une perte d'adhésion de leurs patients en cas d'échec : « *Quand ça n'avance pas oui on voit qu'au fur et à mesure ils t'échappent. Ils se disent : « De toute façon il m'a donné ça, il m'a donné ça... » Mais même si on essaie de mettre des choses en place dans l'entretien, quand il voit que ça ne marche pas et que tu as essayé des choses et tout ça... Au bout d'un moment (...) tu sais que tu es en train de le perdre et tu n'as pas 36 solutions.* » (M11). Parfois, en cas de désaccord, le patient prenait à parti le médecin : « *Dès qu'on leur demande de reprendre en général (...) ça s'agit un peu partout, ils ne sont pas contents, ils vous disent « c'est pas vous qui avez mal ».* » (M17).

2.3.6. Les pressions exercées sur les médecins

Les médecins se sentaient le devoir d'apporter une réponse aux patients : « *S'ils cherchent d'autres choses, quelque part, on doit leur fournir un peu de réponse. C'est pas toutes les réponses mais...* » (M13). Il pouvait y avoir une pression des patients sur les prescriptions des médecins : « *Surtout que le voisin a eu un scanner, l'autre il a eu une IRM... Vous comprenez (rires) (...) bien sûr, il y a une pression quand même. (...) Ou alors « comment ça se fait qu'on t'a pas fait ci ? Qu'on t'a pas fait ça ? » On a ça nous, forcément.* » (M16). En cas de refus du médecin, cela pouvait conduire à un nomadisme médical « *Non bah un moment... Je les secoue, même si ça leur plaît pas, des fois ils vont changer de médecin. (Rires)* » (M9).

La peur de l'erreur médicale existait chez les médecins, entraînant un recours à l'imagerie et aux avis spécialisés : « *Je demande les examens, au moins ça me permet d'être serein, et d'être sûr de ce sur quoi je suis.* » (M12). La crainte des conséquences judiciaires était présente : « *Si jamais vous n'avez pas fait la radio, et bien c'est vous qui allez être emmerdé devant le tribunal, et l'ostéopathe il est tranquille.* » (M12). Les médecins subissaient aussi la pression des caisses d'assurance maladie : « *Je suis désolé de parler de ça, mais*

faire la radio, ça permet d'avoir un support sur lequel vous appuyer pour dire : « il n'y a pas de problème ». Et puis un bassin de face... qu'est-ce que ça coûte ? Qu'est-ce que ça coûte ? (...) Qu'est-ce qu'on vient nous emmerder avec ça ? Ça coûte moins cher que huit jours d'arrêt de travail en plus. » (M12).

3. Attentes des généralistes sur l'évolution du parcours de soins de la LSA

3.1. Une majoration des moyens

3.1.1. Prévention primaire et secondaire

Les médecins souhaitaient sensibiliser les gens à une participation active dans leur santé à travers le mouvement : « *Ben je pense l'activité physique si on peut les stimuler à être plus actif dans leur vie de tous les jours, soit par les déplacements, le sport ou une autre activité. Le fait d'être plus actif, je pense que ça limite quand même .* » (M11). Ils souhaitaient un développement de l'apprentissage des règles d'ergonomie : « *C'est histoire de faire l'éducation qu'on peut faire, où les gens se penchent toujours en avant pour ramasser un crayon, on leur dit de faire travailler leurs jambes un petit peu davantage, mieux se positionner quand on doit soulever une chaise, mieux équilibrer, pas porter tout d'un côté.* » (M7).

La sensibilisation au mouvement prédominait : « *Bouger sans forcer, bouger, étirer.* » (M13). Les médecins souhaitaient un encouragement à la pratique du sport, et donc un développement des infrastructures : « *Malheureusement moi ce que j'ai chez moi, c'est du sport en salle. (...) développer un petit peu l'offre sportive sur le secteur ce serait pas mal...* » (M8). Un des médecins souhaitait une gratuité de l'accès au sport : « *Ça devrait être gratuit, il y a des complémentaires santé qui prennent en charge des abonnements aux salles de sport, ça devrait être généralisé, ça devrait pas être que les salles de sport, ça devrait pas être que les complémentaires, ça devrait venir de la Sécu et caetera.* » (M3).

Les médecins souhaitaient une sensibilisation sur l'alimentation et le surpoids : « *Ben c'est toujours pareil, après c'est aussi des problèmes de santé publique, les problématiques de surpoids et obésité qui sont quand même la plupart du temps... on n'a pas beaucoup de gens secs qui viennent nous voir pour des problèmes de lombalgie.* » (M8).

3.1.2. Éducation

Un des médecins était favorable à l'intégration de l'éducation civique dans la population générale, pour responsabiliser les gens : « *Il faudrait faire de l' (...) éducation civique tout bêtement. (...) Ce que c'est que la sécurité sociale, que tout le monde y cotise (...), que c'est un bien commun et que globalement faut essayer de faire ce qu'on peut faire.* » (M12). Une autre parlait d'éducation à la santé, adaptée aux adultes : « *Qu'il y ait des sessions d'éducation thérapeutique dans tous les domaines, pour comprendre et puis pour qu'on soit pas tout seul nous à leur dire...* » (M17).

3.1.3. Informations et débats

Une des médecins souhaitaient le développement de sites web à contenu médical fiable, à visée explicative : « *Soit des sites internet qui soient médicalisés, qui soient bien faits et qui permette d'expliquer aux gens (...).* » *Donc une part à l'avenir de l'éducation va se faire par l'écran.* » (M17). Elle proposait également le support télévisuel : « *Je pense qu'il y aurait des gens pour écouter. (...) Et derrière l'écran, qui ne se sentirait pas attaqués ou visés en se disant « c'est mon corps qui n'est pas bien », parce que là on n'est plus dans la consultation individuelle, donc les gens peuvent capter une information sans se sentir visés.* » (M17). Elle était également favorable à des débats sur des thèmes de santé : « *En Allemagne, au sujet des vaccinations, il y a eu des débats contradictoires publiques (...) Je pense que ça fait évoluer le discours sur la santé et la médecine.* (...) *Mais qu'il y ait un accès public.* » (M17).

3.1.4. Médecine du travail

Les médecins souhaitaient plus de moyens pour la médecine du travail, que ce soit en prévention primaire ou secondaire : « *C'est l'adaptation de poste, de la pénibilité au travail. C'est ça l'enjeu majeur, enfin je pense.* » (M5). Une des médecins insistait aussi sur la sensibilisation du mal-être au travail : « *Ben je pense que, quand même, le mal-être dans le travail, ça c'est sûr que ça peut jouer.* » (M14).

Un des médecins souhaitait une intégration des activités sportives dans le temps de travail, co-financées par l'ARS ou la CPAM : « *S'il y avait des employeurs qui pourraient dire, voilà, qu'ils intègrent ça, (...), sur les pauses de midi, (...) vous allez à la salle de sport, qu'on vous paye pour votre séance hebdomadaire ou bihebdomadaire et caetera. C'est simplifié. C'est intégré dans les horaires, les gens ils rentrent à six heures du soir, ils sont épuisés, ils n'ont pas envie d'y aller. Alors je comprends que, enfin voilà, s'ils payent une heure ou deux de salle de sport, pour aller à la salle de sport deux fois par semaine et qu'à côté ils ont beaucoup moins d'arrêt de travail (...) Voilà, ils s'y retrouveraient.* » (M3).

3.1.5. Un meilleur accès aux soignants

Les médecins souhaiteraient un accès plus facile aux kinés, et aux spécialistes : « *Si on avait effectivement des consultations spécialisées de lombalgie dans le secteur, les gens se diraient « ah tiens c'est le spécialiste de mon problème », et probablement qu'ils seraient un petit peu plus dans l'adhésion s'il y avait encore une fois des délais plus... »* (M8). Ils souhaitaient également un meilleur accès aux psychologues.

Le médecin acupuncteur voulait orienter les lombalgiques aigus rapidement vers les thérapies alternatives en complément de la médecine conventionnelle : « *Je pense que l'idéal, c'est vraiment entre la première et la deuxième semaine qu'il faut soigner les gens, il faut remettre les gens sur pieds très vite. L'adaptation très vite. (...) Pour éviter...»* (M13).

3.2. Formation et sensibilisation des médecins

3.2.1. Formation des médecins

Un des médecins souhaitait une formation des externes adaptée à la médecine générale : « *Il manque aussi probablement des cours spécifiques dans le cadre du deuxième cycle, moi je suis désolé, toutes les semaines j'en vois cinq ou six, des problèmes de lombalgie, au début de ma prise en charge c'était anti-inflammatoire repos (...). Le cœur de métier de la moitié de la promotion, c'est les problèmes de la vie courante des patients. Et s'il pouvait y avoir un petit peu plus de cours sur comment on peut prendre en charge et on guérit un problème de dos, les jeunes, les internes en médecine générale, quand ils s'installent, ils feraient probablement un travail de meilleure qualité et ils n'attendraient pas comme moi, d'avoir un peu de recul pour faire des choses qui sont un petit peu plus cohérentes. (...) Si ça, ça peut être développé, après ce serait gagnant pour tout le monde. »* (M8). Un des médecins souhaitait un meilleur apprentissage des moyens non médicamenteux : « *Je trouve dommage que... Dans les facultés de médecine, on ne nous apprenne pas plus l'effet placebo, qu'on n'utilise pas plus des granules, où il n'y a rien dedans. (...) Je trouve dommage qu'on se prive...»* (M12).

Une des médecins souhaitait des formations de proximité : « *Les formations, j'essaye d'en faire un petit peu, mais il y a toujours l'histoire de la distance, on est toujours pénalisé quand on est ici. (...) On est en train de monter un groupe qualité, (...), et du coup ma collègue elle s'est déplacée jusqu'à Nantes et tous les médecins qui encadrent un groupe qualité, ils se déplacent là-bas, trois ou quatre fois par an, et à Nantes, (...) ça leur paraît évident que tout le monde doit venir à Nantes pour la région Pays de Loire, alors que Nantes ce n'est pas*

du tout le centre de la région Pays de Loire... Mais quand on leur parle de, par exemple, Laval (...) ou d'Angers ben ils disent « mais c'est loin ». Ben c'est loin... Pour vous... (Rires) » (M18).

3.2.2. Discussion avec les autres acteurs du parcours de soin

Un des médecins évoquait aussi l'intérêt d'une meilleure communication avec les ostéopathes : « *Il faudrait qu'il y ait une homogénéisation du discours, et pour ça (...) finalement, il faut qu'on soit entre professionnels. (...) Avec au moins les paramédicaux notamment... » (M3).*

4. L'avis des généralistes sur l'action éducative ciblée

L'avis des médecins généralistes était majoritairement favorable à l'AEC, malgré parfois certaines réserves.

Pour les médecins 13 et 15 ne voyaient pas d'utilité à ce projet tel qu'il est présenté.

4.1. L'action en elle-même

4.1.1. Contenu

La promotion du mouvement était le message que les médecins souhaitaient en majorité voir relayé par l'AEC. Ils souhaitaient que les patients connaissent les possibilités d'activités physiques, pour éviter une aggravation : « *On est parti sur l'idée que le lombalgique devait bouger, moi c'est vraiment sur comment il doit bouger. Faut pas qu'on lui raconte n'importe quoi, qu'il fasse pas n'importe quoi et que ce soit pas délétère en fait. » (M1).*

Les médecins voulaient que des notions pratiques d'ergonomie soient montrées : « *J'aurai imaginé oui des choses de réadaptation au niveau postural » (M18).* Les médecins pensaient qu'un apprentissage sur le corps, et le dos au quotidien pourrait être bénéfique : « *Et puis leur apprendre à vivre avec leur dos, comment se muscler. » (M14).*

Le médecin évoquant le manque de confiance envers l'examen clinique des patients, souhaitait avoir l'appui de l'AEC concernant les examens complémentaires : « *Alors c'est peut-être quelque chose sur lequel il faudrait insister, (...) « vous avez mal au dos, on vous prend au sérieux, on est d'accord », c'est pas parce qu'on fait pas un examen complémentaire qui coûte de l'argent et qui sert à rien qu'on va pas régler votre problème. » (M8).*

Les médecins souhaitaient aussi qu'il y ait des explications sur la neurophysiologie de la douleur : « *Expliquer pourquoi ils ont mal, (...), le mécanisme de la douleur et caetera pour leur dire ce qui se passe (...) comment la tête, des fois, amplifie les phénomènes de la douleur. » (M9).* La gestion médicamenteuse devait être abordée, y compris l'automédication : « *Des traitements qu'on peut trouver en automédication, qu'on peut gérer soi-*

même, euh peut être que les patients peuvent apprendre à gérer ça, tout en ne faisant pas de bêtises quoi. »

(M18). Les médecins souhaitaient que l'AEC aborde les alternatives thérapeutiques aux médicaments :

« Reprendre un peu l'idée que la douleur ce n'est pas que traiter par des médicaments. Et que y a d'autres façons de traiter la douleur. » (M1). Les médecins souhaitaient aussi que la place de l'ostéopathie soit abordée : *« Peut-être parler de l'ostéopathie, des limites de l'ostéopathie, ce que peuvent apporter les ostéopathes dans le domaine, parce que là effectivement, les patients ont à apprendre et nous peut-être aussi, d'ailleurs on sait pas trop ce qu'ils font. »* (M7).

L'AEC devrait réexpliquer ce qu'était une lombalgie commune. Il était intéressant de rediscuter les possibles étiologies connues des patients, comme l'arthrose : *« Ça peut être utile dans une structure, d'expliquer que l'arthrose, elle est là, mais c'est tout, bon. »* (M13). Une médecin pratiquant anciennement l'ET souhaitait que soit abordé aussi la participation psychologique de la lombalgie : *« Je pense que le côté psychologique, il faudrait vraiment l'intégrer (...) En fait je pense qu'ils sont, ils ont du mal à comprendre que (...) ça peut accentuer les choses. Je trouve que ce serait bien que ce soit un peu posé (...) Abordé, (...) et si en plus on en rajoute une couche, je pense que ça peut vraiment nous aider quoi. »* (M14). Deux médecins souhaitaient aussi que les représentations soient abordées : *« Bah après ça c'est du cas par cas, les histoires de croyances, les choses comme ça, il faudrait expliquer le pourquoi du comment. Comment ça se passe et caetera. »* (M7). Une des médecins voulait que soit évoqué la durée d'évolution naturelle d'une lombalgie commune : *« Elle doit insister sur le fait que c'est long. »* (M6). Les médecins souhaitaient aussi que soit abordées les règles d'hygiène de vie globale : *« Tout ce qui tourne autour de l'hygiène de vie : le sommeil, l'alimentation, l'activité physique. Oui, ça c'est des choses un peu évidentes, mais ça fait jamais de mal de le répéter. Euh... Peut-être que le tabac aussi a une influence sur le ressenti des douleurs, j'en sais rien. »* (M18). Les médecins insistaient également pour aborder l'importance de la participation active du patient : *« Leur expliquer qu'ils sont responsables de leur santé, de pas attendre que les choses aillent mieux, de les responsabiliser quoi. »* (M8).

4.1.2. Approche des patients

Les médecins adhéraient à la prise en charge en groupe, à l'exception le médecin 15. En effet, pour lui, la lombalgie commune devait être une prise en charge individuelle : *« Il y aura forcément des différences entre les uns et les autres (...) donc effectivement même s'il y a un discours global, chacun a des questions un petit peu précises pour leur cas. (...) Je ne vois pas trop le rapport les uns avec les autres, qu'est-ce que vous voulez parler de semblable ? »* (M15).

Le respect de l'anonymat était une condition : « *Surtout que c'est un groupe anonyme (...) ça libère mieux la parole, et les gens vont pouvoir dire des choses qu'ils ne diraient peut-être pas... non ce n'est pas un inconvénient.* » (M16). Le groupe permettrait des échanges d'expériences « *Le groupe c'est l'avantage aussi, c'est de pouvoir aider mutuellement.* » « *Tiens j'ai pas fait ça* », « *tiens-toi t'as fait ça* », ça peut être utile en groupe. » (M13).

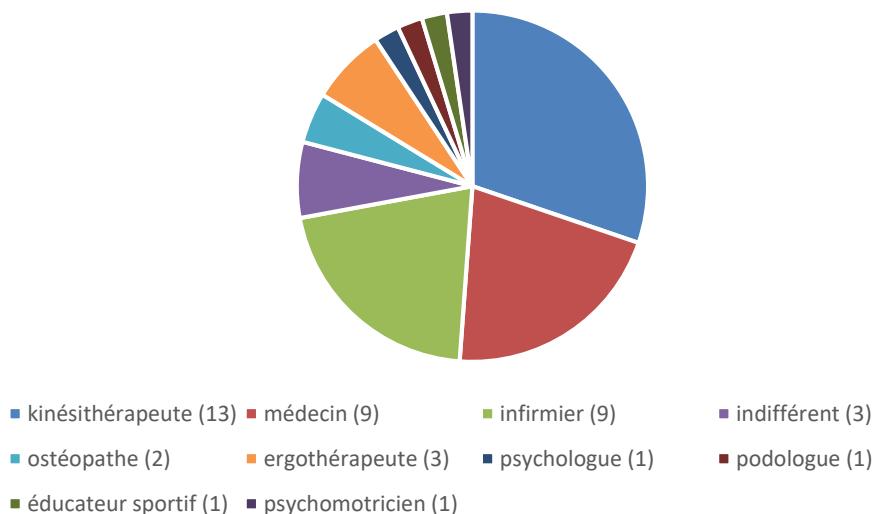
L'approche éducative était bien accueillie par les médecins : « *Le point positif c'est la nature même du projet je pense : l'éducation.* » (M2). Les médecins souhaitaient que l'AEC puisse rassurer les patients : « *Faut peut-être dédramatiser. (...) leur dire : C'est pas immuable vous allez pouvoir guérir.* » (M11). Il était important que le soignant explique aux patients : « *Ce qu'on attend du spécialiste, c'est aussi qu'il lui explique bien. Vraiment d'où ça vient, pourquoi c'est comme ça, et l'évolution la plus classique c'est ça, et du coup on part vers ça.* » (M6). Un des médecins faisant de l'ET souhaitait l'utilisation de maquettes pour que les patients se représentent : « *Et puis leur montrer (...) sur des maquettes... (...), comment un bassin fonctionne quand il est debout, et comment un bassin fonctionne quand on est, quand le bassin est à 90° quoi... Ca ne peut pas fonctionner de la même manière.* » (M19). Il fallait que le patient puisse s'approprier les explications : « *Qu'elle puisse prendre le temps pour expliquer, pour faire faire au patient, faire reformuler, faire des choses qu'on fait en consultation mais enfin jamais suffisamment je pense.* » (M2). L'intérêt était d'arriver à faire réfléchir le patient sur ses ressources : « *Ça ne sert à rien de délivrer des grands messages. Enfin après c'est les amener à.... Ce qui pourrait les améliorer... Ou pas (rires), ce n'est jamais très facile.* » (M18). Plusieurs médecins souhaitaient qu'une partie de l'AEC fasse pratiquer les patients, notamment de l'ergonomie ou des exercices de rééducation : « *Ce qui est économie du dos (...) ce serait profitable que ce soit fait sur un temps plus long, en le faisant refaire derrière au patient.* » (M2). L'argument donné fréquemment était que faire pratiquer les patients renforcerait le discours sur le mouvement : « *En attendant il faudrait une structure qui soit à la fois kinétique, donc mettre les gens en mouvement (...) On a envie qu'il y ait d'autres personnes qui aient le temps de leur dire « voilà si vous voulez vous remettre à courir, à bouger, il va falloir faire tel ou tel effort ».* » (M17). L'approche devrait être bienveillante envers le patient : « *Mais il ne faut pas être culpabilisant, on peut pas se battre sur tous les domaines.* » (M3) et nuancée : « *Ça passe aussi par le fait de dire... Ben si on dit au patient c'est comme ci, c'est comme ça, c'est A c'est pas B, ça c'est blanc, c'est pas noir, ça fonctionne pas pour moi.* » (M3). Il ne fallait pas tomber dans le paternalisme : « *Attention au dogmatisme, attention à l'argument d'autorité.* » (M3).

4.2. Le soignant

4.2.1. Quel corps de métier et pourquoi ?

Les médecins étaient interrogés sur le corps de métier qu'ils imaginaient pour l'AEC. Ils pouvaient donner plusieurs réponses. Les professions qui se dégageaient étaient en premier kinésithérapeute, puis venaient à proportion égale médecin et infirmier.

Figure 1 : Soignants souhaités par les généralistes pour l'AEC



Leur formation de base permettait une connaissance de la pathologie, nécessaire pour diriger l'AEC : « *Ben oui faut quand même connaître la pathologie, (...) faut quand même pas mal connaître un brin d'anatomie.* » (M5).

Un des médecins ostéopathes considérait que le kinésithérapeute pouvait avoir une compréhension du fonctionnement du rachis, que n'aurait pas un autre soignant : « *Ce serait quand même plutôt kiné un truc comme ça... Quelque part qu'il s'y connaisse si vous voulez, que ce soit un médecin qui ne connaît rien au rachis euh... Ou une infirmière, c'est très bien, on peut faire plein de choses mais ils vont recracher ce qu'on leur a appris. Alors que des fois, il faut sortir un petit peu des sentiers battus. Même s'il y a une base, à un moment il faut pouvoir s'il pose une question, qu'est-ce que vous pensez de l'ostéoporose par rapport à la lombalgie chronique* » (M15). Plusieurs médecins voyaient un soignant « du corps » en rapport avec la part rééducative et ergonomique qu'ils souhaitaient voir au sein de l'AEC : « *Kiné, ce serait vraiment pas mal. Alors après... Ben c'est sûr que niveau ostéoarticulaire... Soit un médecin généraliste qui ait vraiment une formation particulière sur la rhumato, la rééducation. Soit un rééducateur, soit un rhumato. (...) L'aspect rééducation oui. Et renforcement musculaire, ergonomie et renforcement musculaire.* » (M4). D'autres médecins au contraire,

voyaient davantage un infirmier. Certains voyaient un infirmier pour l'approche plus élargie qu'il pouvait avoir par rapport au kiné : « *Non je pense que ça peut être un infirmier. Ça peut être intéressant et c'est vrai qu'après le kiné c'est vrai qu'on va peut-être fermer ce côté psychologique donc infirmier moi je pense que ça pourrait être pas mal en fait.* » (M14).

4.2.2. Compétences du soignant

Pour huit des médecins les compétences du soignant importaient plus que son métier : « *Tant que c'est quelqu'un de formé, moi que ce soit un infirmier, un kiné ou un médecin je pense qu'après si c'est quelqu'un de motivé et de formé, je pense qu'il n'y a pas de soucis.* » (M11). Les médecins attendaient du soignant une connaissance rhumatologique : « *Une infirmière qui voit des pathologies comme ça et qui a travaillé avec des kinés et ben elle vaut des compétences en kiné pour ce domaine-là bon après il suffit de former une personne.* » (M9). La connaissance du sujet était nécessaire pour faire adhérer les patients : « *Bah en fait je pense que pour arriver à être convaincant, faut quand même avoir un bagage sur la problématique, dans le cadre des lombalgie communes je pense que ça ne demande pas non plus énormément de remise à niveau.* » (M8). La formation en éducation n'était citée que par deux médecins.

Il fallait quelqu'un qui favorise une bonne relation soignant-malade : « *Si c'est de l'éducation thérapeutique, il faut qu'elle communique bien. (...) Le terme le plus important pour moi, c'est la communication avec les patients. Là on est dans l'éducation...* » (M3). Le soignant devait être dans l'empathie : « *Oui, enfin il faut déjà une compétence dans la relation humaine, faut être déjà un peu dans l'empathie, dans la bienveillance... Pas dans le côté purement technique. (...) La communication est largement aussi importante que l'explication.* » (M19). Il fallait une sensibilité pour pouvoir prendre en compte la psychologie du patient : « *Quelqu'un qui est psychologue, pas forcément de métier. (Rires) (...) Il y a des gens ça les bloque quoi. Parce que justement ils vous disent... « C'est pas la tête ». Donc je ne suis pas sûr que ce soit un psychologue qui doive recevoir les gens moi.* » (M16). Le soignant devait motiver les patients : « *Si c'est quelqu'un qui est hypermotivant, qui a un bon feeling avec les gens, des fois ça suffit.* » (M11).

4.2.3. Le soignant est une infirmière : réactions

Une fois leur préférence énoncée, il était expliqué aux médecins que le soignant serait une infirmière ayant un Diplôme Universitaire (DU) douleur et une formation en ET, ainsi qu'une expérience d'ET en lombalgie chronique. Le médecin 13 ne répondait pas car il était sceptique envers le projet en lui-même. Pour cinq des médecins, l'infirmier n'était pas le soignant idéal à ce poste. 13 des médecins n'avaient aucune réticence au fait

que ce soit un infirmier. « *C'est l'idéal. Ça va être ce qu'on appelle les infirmières de pratique avancées ça. C'est très bien. J'adhère à 200%.* » (M19).

Deux médecins expliquaient que le statut-même de l'IDE risquait de rencontrer le scepticisme des patients. Un des médecins expliquait que le soignant attendu au centre antidouleur pour l'AEC serait l'algologue et non un infirmier. Le médecin 8 expliquait qu'il trouverait probablement des réticences chez ses patients : « *Moi je suis sur un bassin de population un peu rural, un peu rude (...). Et donc (...), tu parlais de fausses croyances, ils ont des idées bien arrêtées sur qui fait quoi. (...) Je pense que pour susciter l'adhésion, peut être en tout cas sur les premières fois, un professionnel qui touche au problème de la douleur et du dos ce serait peut-être plus pertinent. Non pas dans son discours, mais dans sa position sur le plan de la prise en charge du problème.* » (M8). Deux médecins proposaient pour faciliter l'adhésion des patients que le soignant se présente comme spécialiste : « *Qu'elle se présente en tant que spécialiste de la douleur. (...) parce qu'encore une fois c'est vrai que c'est pas, quand on est un patient lambda, bah c'est pas l'intervenant qu'on s'attend à voir pour parler, que ce soit douleur, problème lombaire.* » (M8).

Un des médecins ostéopathe exposait clairement sa préférence envers un kinésithérapeute et expliquait le manque de connaissance des infirmiers sur la pathologie : « *Quand il y a des choses plus techniques avec des questions-réponses éventuellement individualisées, il faut quelqu'un qui ait une certaine compétence. Parce que si c'est du global... le mec qui lui dit alors « c'est quoi... on m'a parlé de, je ne sais pas moi, retro...listhesis... machin, qu'est-ce que vous en pensez par rapport à mon ostéoporose ? » Ben il va dire « je ne sais pas trop » (rire) » (M15). Globalement le médecin était défavorable à l'intégration des infirmiers dans l'éducation thérapeutique des patients : « *Je veux dire on peut expliquer plein de choses mais.... Oui c'est un peu comme le suivi du diabète quoi... le suivi du diabète par les infirmières, je veux rien dire mais... C'est dramatique... (...) Il faut que les gens comprennent pour avancer, (...) je n'ai rien contre les infirmières pas du tout, mais le problème, c'est qu'elles ne savent pas, elles ne comprennent pas comment ça fonctionne le diabète donc comment expliquer ?* » (M15). Pour lui le soignant adéquat était un kiné ou un éducateur sportif : « *Au point de vue fonctionnel des choses, je verrais plutôt le kiné. Un kiné motivé ou un éducateur sportif ! Pourquoi pas ? Le mec s'y connaît sûrement mieux que l'infirmière.* » (M15). D'autres réticences rejoignaient ces dernières : l'IDE n'était pas dans le parcours de soins habituel de la lombalgie. « *Parce qu'elle a moins sa place là je dirai. On n'est pas sur la gestion d'un traitement médicamenteux, je vois moins, mais après... (...) j'ai rien contre l'infirmière (Rires), (...) mais une infirmière va être moins dans la boucle de la lombalgie de façon habituelle quoi.* » (M1). Le médecin 8 temporisait toutefois « *Néanmoins, encore une fois, dans les autres projets**

d'éducation thérapeutique (...) qu'il y a sur mon secteur, il y a des infirmiers, des pharmaciens qui font des projets d'éducation thérapeutique, alors que c'est pas forcément des domaines d'activité dans lesquels ils ont un impact. » (M8).

4.3. Qui adresser et quand ?

4.3.1. Population cible

Les médecins adresseraient initialement les patients ayant une bonne adhésion au traitement, mais sans résultats : « (...) si on fait tout bien et que la personne elle me dit : « j'ai commencé la kiné, je prends tous les antidouleurs et j'ai toujours super mal. » (M11). Les patients n'ayant pas de raisons apparentes de chronicisation pourraient être candidats : « Ben j'allais dire ceux qui sont bien dans leur peau, bien dans leur vie, bien dans leur travail, eux, je veux dire ils n'ont aucun intérêt, ils n'ont pas envie d'arrêt de travail, ils ont envie de faire du sport, ils ont envie de mener la belle vie si possible, donc ils n'ont aucun bénéfice escompté... » (M16). Un des médecins souhaitait adresser les patients dont il pressentait que l'évolution serait défavorable : « Je pense que ce sera quand même plus les gens où je sens que ce sera plus difficile que j'adresserai plus facilement (...) Et donc s'ils ont eu cinq jours et qu'ils ont encore très mal et je vois que c'est pas normal, que ça n'avance pas comme on voudrait, ben là ce sera une bonne occasion d'appeler et puis de voir s'il peut être vu rapidement. » (M11). Un des médecins adresserait les patients qui lui poseraient difficulté, à savoir les patients avec des problèmes psychologiques : « Mais je vous dis, c'est pas forcément mon crâneau... Malheureusement c'est surtout pour ceux avec qui on n'arrive pas à s'en sortir, vous voyez, ceux avec qui on ne sait plus si c'est le dos, le psychisme, c'est surtout ceux-là qui m'embêtent le plus. » (M16). Les patients avec bénéfice secondaire pourraient être adressés : « Savoir la personnalité de la personne, savoir un peu est-ce qu'il y a un bénéfice secondaire des fois... (...) Si je vois qu'il y a tout un faisceau qui me dit : « bon ben ça va pas avancer » bon ben là dans ce cas-là... » (M11). Plusieurs médecins pensaient adresser les patients non soulagés sur le plan antalgique : « Non c'est vrai que les lombalgies hyperalgiques, qu'on n'arrive pas du tout à soulager et on n'arrive pas vraiment à voir pourquoi on n'arrive pas à les soulager, c'est vrai que ça, ça nous intéresse aussi. (...) Quand ils sont douloureux, je pense que les gens sont prêts à aller voir, aller dans un programme comme ça, il suffit qu'on leur explique bien. Je ne suis pas sûre qu'on ait des soucis pour les envoyer. » (M14). Les médecins adresseraient les patients en arrêt de travail : « Pour les sortir de l'arrêt de travail » (M10). La médecin 4 souhaitait adresser les patients ayant besoin de soutien : « Je pense pas que tous les patients soient réceptifs, c'est le mot que je cherchais. Mais il y a des patients qui ont besoin d'être

écoutés en plus, et ça je pense que ce sera pas mal, parce que c'est du temps qu'on aura pas. » (M4).

Les médecins étaient également demandeurs pour adresser à l'AEC les lombalgies récidivantes : « Il y a des gens effectivement, qui récidivent sur ce point, ce genre de pathologie, sans qu'il y ait d'anomalies autres d'accord, et c'est vrai que s'ils pouvaient être pris en charge un petit peu régulièrement, pour l'éducation aussi certainement pour expliquer ce que c'est et cetera, et les rassurer quelque part aussi, les aider aussi sûrement. » (M7).

4.3.2. Place dans le parcours de soin

Plusieurs médecins adresseraient en cas d'échec de la prise en charge kinésithérapeutique. En effet, une médecin expliquait que la prise en charge semblerait trop lourde si l'AEC intervenait avant de voir les effets de la kinésithérapie : « *Ben pour un patient jeune qui a mal au dos pour la première fois, et juste depuis quatre semaines (...). Est ce qu'ils voudront bien aller jusqu'à Château-Gontier, je ne sais pas (...) Ben plutôt une fois qu'on a fait le bilan, et amorcé une prise en charge ambulatoire sur place je veux dire. (...) Après kiné, ça n'améliore pas trop. Enfin si, il y a des patients qui se sentent améliorés mais c'est pas très objectif finalement.* » (M18). Plusieurs médecins souhaitaient adresser les patients dès le stade aigu : « *Ou tout au moins dans les premières semaines oui dans les premières semaines ça c'est sûr que... (...) De la même manière qu'il ne faut pas attendre que la glycémie soit à trois grammes pour faire quelque chose, dans la lombalgie il ne faut pas attendre pour faire quelque chose dans quatre mois... Et que si on peut prendre ça très tôt ben ça peut être plus efficace.* » (M19). Le médecin 12 expliquait qu'il solliciterait l'AEC uniquement après un avis spécialisé pour ses patients : « *Alors moi j'ai tendance un petit peu dans ce que vous venez de dire... Centre antidouleur oui, après avoir demandé un avis rhumatologique. Moi je suis désolé mais dans votre parcours de soins, il me manque une étape qui est celle de l'avis de l'expert, pas de la douleur, mais de l'expert rhumato qui va me dire : bon ben non on continue, on va sur le centre antidouleur ou, non faut explorer parce que c'est peut-être un problème plus pathologique d'organe, rhumatologique qu'une simple douleur elle-même.* » (M12).

4.3.3. Possibilité que les patients n'adhèrent pas au projet

Pour une des médecins, le fait que l'AEC ne comporterait pas de participation physiquement active des patients serait un frein : « *Je ne sais pas s'ils seraient prêts à aller juste en parler. (...) Je ne sais pas s'ils adhéreraient trop à dire, bon... Ben on a été, on a parlé, on m'a dit de prendre ça ou ça ou... Bon, je sais pas là où la spécificité du programme se mettrait.* » (M4). A l'inverse, un autre médecin pensait que ce serait les patients

cherchant des solutions passives qui n'adhèreraient pas : « *C'est pas quelque chose qui est envisageable pour eux. (...) Parce que tout simplement encore une fois, ils attendent de nous un problème, une solution. Alors là on va vous envoyer à Château-Gontier pour discuter (...) Ils vont rigoler mais l'idée est très bonne.* » (M8). Le médecin 10 ne pensait pas que l'AEC pouvait convaincre les gens de changer leurs habitudes : « *Quand vous dites à une personne bah faut nager, faut marcher ou faut faire de la natation ben oui mais non il fait rien. C'est pas parce qu'ils iront peut-être faire un tour à Château-Gontier (...) c'est pas pour ça qu'éventuellement ils le feront.* » (M10). Il mettait en garde d'adresser des patients non motivés au changement : « *Si après une fois qu'ils sont sortis ils n'en n'ont rien à foutre c'est pas la peine.* » (M10).

4.4. Accessibilité

4.4.1. Distance pour le patient

Quel que soit le lieu d'exercice du médecin, la distance de l'AEC avait son importance. Ainsi, les médecins à moins de 10 kms de l'AEC étaient satisfaits de cette offre de proximité : « *Si c'est local, c'est pratique, puisque toujours devoir aller... ça, les gens, ça les gonfle.* » (M4). Et à l'inverse, les autres voyaient la distance comme un obstacle. Une des médecins exerçant à plus de 30 kms de l'AEC expliquait que la distance pouvait freiner les patients subaigus contrairement aux chroniques : « *Je ne sais pas comment ça sera reçu par les patients. Quand c'est sur la consultation du centre antidouleur, c'est vrai que nous on adresse des patients tellement super chroniques désespérés qu'ils y vont parce qu'ils ont une demande tellement (...) ... mais là au bout de quatre semaines, j'essaye d'imaginer un patient jeune qui a mal au dos, (...) est ce qu'il voudra aller à Château-Gontier...* » (M18). L'AEC à distance pouvait être une solution transitoire, mais les médecins attendaient une offre de proximité : « *Ça peut être intéressant d'envoyer sur Château Gontier dans un premier temps, le temps que ça se mette en place, mais après à terme ça serait sympa qu'on ait une délégation de Château Gontier qui viennent nous voir. (...) Ce serait aidant.* » (M1). Un médecin ET expliquait que la structure locale pourrait mettre en confiance les patients : « *C'est peut-être plus facile... Enfin psychologiquement, c'est peut-être moins stressant pour les gens d'être dans leur propre environnement (...) qu'ils connaissent tous : le pôle santé, plutôt que dans le... que d'être dans une structure plus hospitalière (...) Moi je le vois dans le cadre de l'éducation en diabéto... Ça c'est clair et net.* » (M19). Il proposait un relais au sein de son pôle santé et évoquait l'utilisation du système de télémédecine qui était déjà mis en place dans le pôle santé avec le CHHA : « *Pourquoi pas envisager des consultations avancées ou des consultations d'éducation thérapeutique euh... Sur le pôle santé de (ville) ou faire ça en télémédecine, pourquoi pas ? Au moins pour les bilans. (...) Puisque nous sommes équipés*

*en salles de télémédecine, avec Château-Gontier.» (M19). Les médecins s'interrogeaient sur les possibilités d'accès à l'AEC pour les personnes travaillant. Le médecin 8 pensait que ces patients actifs ne pourraient pas accéder à l'AEC : « *Parce que le subaigu la plupart du temps, c'est aussi des gens qui sont en activité professionnelle, donc leur dire : allez, faut faire une heure de voiture, de route dans la semaine sur votre travail, c'est pas quelque chose qui est envisageable pour eux.* » (M8).*

4.4.2. Rapidité de la prise en charge

Il était important également pour les médecins que l'AEC respecte les courts délais de prise en charge annoncés : « *Effectivement faut être rapide et faut mettre le paquet tôt pour que ça se passe bien et que ça se résolve tôt plutôt que de se retrouver avec des situations qui se chronicisent, et ça c'est pareil dans toute la médecine.* » (M2). Une des médecins pratiquant anciennement de l'ET expliquait travailler déjà sur les représentations des patients, mais que l'apport de l'AEC serait dans la rapidité de prise en charge : « *C'est très bien, bon maintenant c'est vrai qu'on leur explique déjà qu'il ne faut plus rester allongé, donc ça voilà, on travaille sur ces croyances-là déjà un petit peu (...). Mais c'est vrai que ce qui est intéressant c'est de le faire assez rapidement quoi, donc si, c'est très intéressant.* » (M14).

4.4.3. Joignabilité et facilité pour adresser

Les médecins réclamaient une facilité pour adresser leur patient, prenant peu de temps : « *Faut faire attention que ce soit pas chronophage et générateur de travail.* » (M3). Un des médecins était méfiant par rapport à ce qu'il avait pu rencontrer dans d'autres occasions : « *Par rapport à une mise en place de structure qui peut apporter des choses, il faut que ce soit simple d'organisation, pour le patient et aussi pour le médecin, parce que quand je vous entends dire : « il faut envoyer un courrier », ça me fait penser à ce système lourd et rébarbatif du CHU quoi.* » (M7).

Un des médecins insistait sur la traçabilité de la prise de rendez-vous : « *En termes de mode de prise de contact, il y a le téléphone mais ça ne laisse pas de trace. (...) Voilà moi j'aime bien fonctionner par fax, par mail.* » (M3).

Certains médecins exprimaient des doutes pour le respect des délais sur le moyen-long terme: « *Parce qu'il n'y en a pas d'autres en Mayenne des filières courtes comme ça, donc si toute la Mayenne débarque ça va vite être submergé quoi. (...) Faut voir (...) si c'est viable sur la durée, mais c'est une bonne idée.* » (M5).

Un des médecins évoquait la limite par rapport au nombre d'intervenant formé : « *Il en faudrait deux déjà. Parce qu'elle a des vacances, elle aura des vacances... (...) Et elle peut être malade. Tant qu'il n'y en a pas deux de formées, ça risque de foirer de temps en temps.* » (M9).

4.4.4. Coût financier

L'absence d'avance de frais était appréciée : « *Après c'est quelque chose du coup, qui est intra-hospitalier ? (...) Donc c'est pris en charge pour les patients.* » (M4). Une des médecins expliquait que la perte de salaire d'une journée pour le patient pourrait être un frein : « *Et puis après, si la personne a repris son travail, il va aller consulter comment ? Il prend une journée ?* » (M17). Elle proposait une incitation financière pour les personnes limitant leurs arrêts de travail : « *Mais la personne qui accepte de pas trop s'arrêter au travail, on peut peut-être lui financer l'arrêt de travail. Que ce ne soit pas une journée de perdue.* » (M17). Les frais de déplacement étaient à prendre en compte également : « *Là non seulement, sur le plan de l'organisation c'est pas simple pour eux, mais en plus sur le plan financier, ça leur fait des frais et ils ne sont pas prêts, ils ne sont pas prêts à faire ces efforts là, ça j'en suis persuadé.* » (M8).

4.5. Communication ville-hôpital

4.5.1. Échange avec les médecins sur les patients

Les médecins souhaitaient un réel échange entre l'AEC et les généralistes : « *Non votre retour donc voilà. Que l'échange ait du sens. Je fais l'effort, je vous les adresse, je vous fais un courrier...* » (M3). Le médecin 15 expliquait le risque d'incohérence dans la prise en charge en cas d'absence de communication : « *Nous ce qu'on voudrait aussi c'est un retour. C'est pour tout. Parce qu'avec la délégation de tâches, ce qui ne va pas, c'est qu'on n'a pas de retour, et sans retour, on va dans le mur. C'est comme ça.* » (M15). Un des médecins souhaitait la communication d'études réalisées sur l'AEC pour mettre en évidence son efficacité : « *Je suis assez branché études et caetera et je suis très « evidence-based medicine » donc euh moi il me faut des chiffres et me prouver que ça a un intérêt. Donc c'est important que voilà il y ait... Pour moi hein... Cette notion d'inclus dans le programme entre guillemets. (...) Voilà il faut essayer déjà d'avoir un feed-back voilà à trois mois, six mois, un an, savoir comment il se porte et caetera.* » (M3).

4.5.2. Consultation de contrôle avec le médecin généraliste après l'AEC

Un des médecins proposait qu'une consultation de contrôle chez le médecin traitant soit prévue dans l'AEC : « *Les obliger à (...) revoir le médecin traitant bien sûr, à un certain délai, un délai que vous déciderez, identique*

à tout le monde. (...) Pas trop tard pour pas les perdre de vue, pas trop tôt pour que les effets soient positifs. (...) C'est pour savoir si vous avez évolué. S'il n'y a rien, s'il n'y a pas d'enjeux, les gens ne vont rien faire.» (M15). Un des médecins souhaitait que des échelles soient communiquées pour permettre un suivi commun entre l'AEC et le généraliste. « *Je veux bien faire une échelle évaluative... (...) Et ça me semblerait logique, de faire une évaluation avant après. Voilà, est-ce que notre chiffre a diminué. »* (M3).

4.5.3. Formations

Les médecins souhaitaient être conviés à des réunions de présentation de l'AEC : « *D'abord expliquer ce que vous faites pour qu'on sache ce que vous dites à nos patients, pour qu'on ait un discours un petit peu, (...) ça me semble primordial, de toute façon vous ferez bien une information quand la structure sera en place et qu'elle fonctionnera ? (...) Donc il me semble que la cohérence du projet, c'est aussi que le discours soit aussi proche, celui du généraliste, que celui que vous tiendrez là-bas. »* (M7). Une des médecins expliquait que les courriers reçus enrichissaient sa pratique : « *Moi ça m'apprendra peut-être des choses sur le schéma corporel aussi, puisque ce n'est pas une approche que j'avais forcément, euh... (...) Quand on lit les courriers, on apprend des choses hein, et puis après on se renseigne, enfin voilà. »* (M18).

4.6. Intérêts de l'AEC

4.6.1. Pour le patient

L'AEC apportait une possibilité de soins à un moment où les généralistes avaient peu d'alternatives thérapeutiques : « *Ça permettrait quand même d'être plus rapide dans les prises en charge en fait, parce que nous, on est un peu perdu, on attend, on voit juste les gens, on n'a pas le temps, mais on attend qu'ils aillent mieux, mais ça prend du temps. »* (M6).

Plusieurs médecins mettaient en lien l'accélération de la prise en charge avec la limitation du risque de passage à la chronicité : « *Si vous avez une prise en charge plus efficace dès le début, plus tôt on traite bien, vite, plus tôt ils guérissent, faut pas laisser passer le cap des 10 semaines. »* (M9).

Certains recherchaient la reprise du travail de leurs patients comme objectif principal : « *Non c'est vraiment la reprise du travail le plus rapidement possible et qu'ils ne se focalisent pas sur le problème de dos, et puis qu'ils puissent avancer sur le reste. »* (M14). D'autres, cherchaient à limiter l'isolement social : « *Ben la prise en charge, justement la réintégration dans les milieux sociaux habituels pour permettre une rééducation plus rapide pour pas s'isoler de la société, se mettre du côté des malades, des « t'as mal où ». »* (M9).

En intérêts plus modestes, l'AEC pourrait être le moyen de rencontrer d'autres personnes en situation similaire :

« *Et puis s'apercevoir qu'on est pas tout seul à avoir mal, je pense que c'est intéressant de toute façon.* » (M1).

L'AEC pourrait être un soutien aux patients : « *Chez certains patients qui ont des vraies lombalgies, des patients qui sont lombalgique chronique avec plusieurs lombalgies et qui souffrent de ça, c'est de leur dire*

qu'on les écoute, on les prend en charge et qu'on les laisse pas tomber. Voilà c'est clair. » (M12). Cela

permettrait une reprise de confiance des patients : « *On le fait bien pour tout ce qui est cardio maintenant, cardio pneumo diabéto (...) les gens qui vont sont vraiment très contents de ce qu'ils apprennent, de la*

confiance qu'on leur redonne (...), de ce qu'ils peuvent faire et moralement c'est hyper important aussi. » (M7).

Les médecins voyaient en l'AEC une limite possible des récidives : « *Et puis surtout, une action d'éducation thérapeutique, c'est sur du long terme. (...) Dès qu'il aura de nouveau un épisode de lombalgie, il saura comment réagir.* » (M8).

4.6.2. Pour le médecin

L'AEC apparaissait complémentaire à la prise en charge du généraliste : « *c'est une prise en charge*

complémentaire, ça dispensera pas de la kiné et caetera. » (M3). Cela pouvait être un soutien pour le médecin :

« *Des soutiens, des aides qui font ... qui nous aident pour éviter que ça passe à la chronicité, et puis surtout prendre le temps d'expliquer ce que c'est qu'une lombalgie.* » (M7). Cela pourrait être un gain de temps pour les médecins : « *L'éducation (...) comme c'est chronophage, (...) Donc c'est pour ça que ce genre de structure peut apporter un plus.* » (M7).

Pour les médecins, l'AEC permettrait d'avoir un avis extérieur : « *Un intervenant extérieur ça peut toujours être bien sur des situations qui sont en train de se chroniciser. Ça peut toujours faire du bien en plus. Je vois plus l'intervention extérieure comme quelque chose de positif. (...) Et pas comme une intrusion dans la prise en charge.* » (M2).

Cela pourrait donner une nouvelle orientation à leur prise en charge : « *Ben l'infirmière nous donne un nouveau départ j'allais dire, vous comprenez ? Parce que peut-être qu'on a mal embarqué la prise en charge. (...) Négligé quelque chose qu'on n'a pas vu. (...) Je n'en sais rien. Psychologique, je n'en sais rien.* » (M16).

L'AEC pouvait se substituer à l'avis spécialisé : « *Beaucoup plus qu'avec un avis rhumatologique, parce que le rhumatologue qu'est-ce qu'il fait ? Bon ben il prescrit des anti-inflammatoires parce qu'il n'a pas envie de rien faire, il fait un bilan radiologique mais il ne veut pas avoir, comme nous, il ne va pas avoir le temps d'avoir une action thérapeutique longue...* » (M8).

L'intérêt de l'AEC était la répétition d'un discours cohérent par plusieurs intervenants, et ainsi de renforcer ce discours : « *Par exemple, leur médecin traitant ils le voient depuis vingt ans : ils en ont marre. (...) Et du coup, aller voir quelqu'un d'autre, des fois, qui est spécialisée dedans, ils vont dans le centre antidouleur donc ils se disent : « bon bah là c'est une personne qui s'y connaît elle va m'aider, tout ça ». (...) Même si elle redit la même chose que le médecin, au final ce sera des choses qui vont peut-être mieux passer (...) avec une autre personne. »* (M11).

Une des médecins attendait de l'AEC une aide pour gérer les bénéfices secondaires de ses patients : « *Si on veut court-circuiter les demandes injustifiées [d'arrêt de travail], (...) des faux lombalgiques, des gens qui ne se prennent pas en charge. (...) Donc là il faut que ce soit beaucoup plus rapide. (...) Oui et puis que le lumbago ne soit pas un confort.* » (M17).

4.6.3. Pour la société

L'AEC pourrait permettre une diminution des coûts de la lombalgie sur différents plans (consommation de soins, arrêt de travail) : « *Au niveau avantages, ben c'est pareil on va réduire les coûts, moins d'arrêt de travail, moins de kiné, moins de recours à des spécialistes, moins d'imagerie complémentaire inutile.* » (M8), « *On va réduire la quantité de prescriptions médicamenteuses qui sont pas toujours indiquées et qui sont pas toujours intéressantes.* » (M8).

Le coût économique d'une ET en groupe plutôt qu'individuelle était soulevé : « *Avec un intervenant qui est là pour une heure à discuter pour huit personnes versus un arrêt de travail d'un an par personne, bon ben l'économie est là, et puis surtout une action d'éducation thérapeutique, c'est sur du long terme.* » (M8).

4.7. Réserves des médecins

4.7.1. Le projet ne répond pas aux demandes d'un médecin

Le médecin ostéopathe avait une attente ciblée sur la rééducation : « *Effectivement, la question c'est : qu'est-ce qu'on va leur proposer également comme mouvement, (...) est-ce qu'ils vont montrer quoi à n'importe qui...* » (M15). Pour lui, l'AEC n'allait pas suffire : « *On leur a déjà expliqué 10 000 fois avant. Donc enfin je ne sais pas si ça, ça va vraiment faire avancer le schmilblick. Uniquement ça, ce n'est pas suffisant.* » (M15).

Le médecin expliquait qu'il attendait l'avis d'un expert, et que l'infirmier ne pourrait pas répondre à sa demande : « *Je suis pas contre l'éducation thérapeutique, mais ce que je veux dire, c'est qu'il faut qu'il y ait du global mais un peu du ciblé (...). Dans ces trucs-là, on veut un peu comme une expertise quelque part. Donc il faut quelqu'un de compétent, c'est ça le truc. Sinon, on va se dire : « ben ils ont fait quoi ? » « Bon ils m'ont*

posé des questions » (...) ben c'est-à-dire qu'à un moment il faut qu'il y ait des compétences spécifiques qui peuvent répondre aux problématiques de chaque personne isolément. » (M15).

4.7.2. Le projet ne répond pas aux besoins des patients

Le médecin 12, qui n'était pas d'accord avec la définition de la LSA, trouvait que l'éducation n'avait pas sa place pour les lombalgies subaiguës : « Ce que je veux dire là-dedans, c'est qu'il faut savoir mettre des actions en place, il faut savoir aussi les arrêter. (...) Ça peut être utile aux lombalgies chroniques...» (M12).

4.7.3. Les conséquences possibles

Un des médecins ostéopathe expliquait qu'on risquait de surmédicaliser des patients n'ayant pas besoin de l'AEC : « *Le subaigu me fait peur. (...) On ne passe pas son temps chez le médecin. Donc je n'ai pas envie d'avoir des gens qui vont être subaigus et qui vont aller continuellement chez le médecin...* » (M12). Ce médecin craignait qu'on chronicise les patients en proposant cette AEC : « *La lombalgie on voudrait pas que ce soit une maladie chronique, donc je trouve que... ce que vous me proposez, cette espèce de réseau lombalgie, une espèce d'arme à double tranchant : c'est-à-dire que : ça y est, je suis handicapé parce que j'ai ma lombalgie, je suis dans la bonne case.* » (M12). Il pensait que cela risquait de rendre le patient dépendant aux soins : « *Je voudrais pas qu'on tombe vers une espèce d'auto-entretien : « Si je dis que j'ai plus mal au dos, je vais pas pouvoir y aller, donc je vais y aller parce que je vais dire que j'ai mal au dos.* » » (M12). Le fait de proposer l'AEC pouvait enfermer les patients dans le statut de malade : « *Ben la preuve, je suis malade, c'est qu'ils me prennent en charge.* » (M12).

Il craignait également, comme le médecin 15, une perte de qualité de soins par la multiplication des intervenants : « Et je pense que plus on met de rouages, plus on perd du bon sens. » (M12). Il craignait une concentration des soins vers l'hôpital : « *On s'en va vers de l'hospitalo-centrisme... (...) et après on se plaint que les gens vont aux urgences, vont à l'hôpital. Mais pourquoi ? Parce que tous les réseaux appartiennent à l'hôpital, de toute façon. Il n'y a pas un réseau qui a le droit de se développer s'il n'appartient pas à l'hôpital.* » (M12).

4.7.4. Nécessité d'une offre de soins plus large

Le médecin 12 proposait de renforcer les missions du généraliste plutôt que de rajouter une structure : « *Il faut redonner aux médecins un tout petit peu de pouvoir, de pouvoir agir en étant cohérent dans ce qu'ils font, et dans ce qu'ils disent. (...) Plus de pouvoir d'écoute, c'est quand même lui qui sait...* » (M12). Plusieurs médecins auraient souhaité une intervention de psychologues. Le médecin 16 expliquait que si l'AEC abordait l'implication

des facteurs psychologiques dans la lombalgie, il fallait proposer derrière, une prise en charge psychologique : « *Si vous voulez, si vous ouvrez une porte, après il faut assumer... (...) si vous allez faire comprendre à quelqu'un que son mal de dos est lié à ses soucis psychologique (...) Oui d'accord et après, comment vous allez... Va falloir l'aider psychologiquement ! (...) Mais qu'est-ce qu'on propose après ?* » (M16). Le médecin 11 proposait d'inclure une prise en charge psychologique si certains critères étaient repérés lors de l'AEC : « *Peut-être essayer de trouver des check-points qui font dire que « ben là, il y a telle chose qui va pas » quand on fait l'entretien (...), des choses comme ça qui disent « ben cette personne-là en gros il y a aussi un problème psychologique » qui fait que ça va pas trop aider...* » (M11), « *Si on sent que la personne, elle est très fragile et que c'est un facteur de chronicisation, peut-être l'envoyer ou lui proposer un soutien psy ou de motivation, des choses comme ça.* » (M11).

Plusieurs médecins parlaient d'une structure pluridisciplinaire incluant médecin, kiné, psychologue, et incluant parfois ostéopathe et des thérapies alternatives dans la prise en charge des lombalgies subaiguës : « *Faut toute une équipe pluridisciplinaire ! Il faut un algologue, il faut des kinés, des médecins de rééducation fonctionnelle, faut des ergothérapeutes, des psychologues, faut des... Éventuellement des acupuncteurs, (...) des gens qui pratiquent l'hypnose, des psychologues comportementaux, il faut tout un tas de trucs derrière, il faut toute une équipe...* » (M10).

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

La principale force de l'étude est l'originalité de ce travail : le CAD du CHHA étant le seul Centre Hospitalier du territoire mayennais à proposer un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire, consacré à la prévention de lombalgie subaiguë commune. La particularité de l'étude était l'analyse des prises en charge des généralistes pour la LSA, tout en leur proposant de considérer une nouvelle possibilité thérapeutique. Le recueil des entretiens s'est effectué dans une période entre deux évènements importants pour la lombalgie commune. Premièrement, il se situait quelques mois après le début de la campagne nationale de l'Assurance Maladie « Mal de dos : le bon traitement c'est le mouvement » (11). On a pu voir ainsi les premiers effets sur la population et l'influence sur la prise en charge des médecins. Deuxièmement, les nouvelles recommandations de l'HAS (1) ont été publiées pendant la rédaction de la thèse, ce qui a permis de donner un regard nouveau aux données recueillies.

L'échantillonnage n'a pas permis de recruter autant de femmes que d'hommes. Il a néanmoins permis de réunir une large diversité de profils de généraliste en fonction de l'âge, du milieu d'exercice, de la localisation par rapport à l'AEC, et de leurs activités complémentaires (ostéopathie, thérapies alternatives, éducation thérapeutique, FMC douleur). Certaines personnes n'ayant pas répondu au premier contact via les pages jaunes ont été relancées via des connaissances. Une faible partie des médecins sollicités a néanmoins accepté de participer à l'étude, il y a donc un biais de volontariat. Deux médecins (1, 8) avaient suivi une formation sur la douleur chronique destinée aux généralistes, avec le responsable du projet d'AEC. Cela a pu induire un biais de confirmation.

C'était la première étude qualitative pour la chercheuse. La qualité des entretiens et du recueil des données a donc pu être moindre par rapport à celle d'un chercheur expérimenté.

Plusieurs entretiens ont été interrompus, ce qui a pu influencer le cours de la réflexion des médecins. La médecin 4 a cuisiné et mangé pendant l'entretien. Des sollicitations extérieures (téléphones, personne interpellant) ont interrompu les entretiens 8, 9, 14, 16, 17.

2. Prise en charge de la LSA : Une intégration incomplète du modèle bio-psycho-social

L'étude a permis de mettre en évidence qu'une partie des médecins seulement, intégrait le modèle BPS. Cela pouvait être dû en partie, aux représentations que les médecins avaient : à la fois sur la lombalgie, et le modèle sur lequel ils appuyaient leur pratique médicale. Ainsi, les modèles biomédical et biopsychosocial apparaissaient dans la façon d'exercer des différents médecins ; mais il se distinguait néanmoins, de nombreuses nuances, dans la gestion des facteurs psychologiques (émotionnels, cognitifs, comportementaux). Le médecin 15 ostéopathe suivait une démarche basée sur la biomécanique. Le médecin 10 raisonnait en cause uni-factorielle : opposant la lombalgie mécanique à la lombalgie psychogène, et associait « représentations » à « psychogène ». Le médecin 12 avait conscience des représentations des patients, qu'il gérait partiellement, en revanche, il ne gérait pas les facteurs émotionnels. Ses représentations en rapport avec le plan médico-légal, pouvaient influencer son recours aux avis complémentaires. La médecin 14 essayait d'intégrer toutes les dimensions du modèle BPS.

2.1. La place des facteurs socio-professionnels

Les médecins avaient conscience du rôle du travail dans la lombalgie de leurs patients, autant sur les contraintes physiques que sur le vécu au travail, correspondant aux drapeaux bleus et noirs (Annexe 1). La gestion de ces drapeaux noirs ne pourra être prise en charge que par les médecins du travail, en relation avec les entreprises ; et non pas par l'AEC, comme souhaité par certains médecins. Les difficultés que les médecins soulevaient étaient le manque de moyens d'agir sur ces drapeaux (adaptation de poste, prévention primaire). La campagne de l'Assurance Maladie comporte un volet destiné aux entreprises (13), pour sensibiliser sur ces difficultés et sur la nécessité d'agir. Il sera intéressant de mesurer l'impact de cette campagne sur les aménagements effectués dans les entreprises.

2.2. La place des facteurs émotionnels

La majorité des médecins avait conscience des facteurs émotionnels de leurs patients. Mais nombre d'entre eux voyaient ces facteurs comme non modifiables, et donc ne pouvant pas être pris en charge. Certains médecins pensaient que leur rôle n'était pas dans l'abord de ces facteurs. D'autres pensaient que mettre le patient devant la composante psychologique de sa lombalgie risquait de l'aggraver. Parfois ils envoyait chez le psychologue, car ils n'abordaient pas cette composante avec leur patient. En traitant séparément ces facteurs, en compartimentant les facettes de la lombalgie, le risque est de rester cloisonné dans cette dichotomie de la

médecine. L'absence de formation pour cette approche globale pourrait mettre le médecin en difficulté, et la relation thérapeutique peut en pâtir.

2.3. La place des facteurs cognitifs et comportementaux

La prise en charge des facteurs cognitivo-comportementaux était quant à elle peu abordée. La notion de fausses croyances ou représentations, était peu connue des médecins. Pourtant, celles-ci ont un rôle majeur dans la chronicisation de la lombalgie (8,14,15). Malgré des exemples donnés, plusieurs médecins minimisaient leurs rôles dans l'évolution de la lombalgie. Une minorité de médecins avaient conscience que les soignants, pouvaient eux-mêmes être porteurs de fausses croyances pouvant ainsi les transmettre. En effet, leur influence sur les représentations des patients pouvait impacter positivement ou négativement l'évolution de la lombalgie (douleur, incapacité fonctionnelle, présence au travail et la qualité de vie) (15-18).

Quelques exemples se sont dégagés des entretiens, où les croyances et peurs des médecins et/ou des patients, s'entremêlaient, s'influençaient. Les médecins incriminaient régulièrement le surpoids comme facteur de chronicisation de la lombalgie. A l'heure actuelle, les études montrent des résultats contradictoires (19-21) tant qu'au surpoids comme facteur de risque de survenue de lombalgie et de sa chronicisation. Cette interprétation des médecins pourrait induire un biais cognitif chez le patient : « tant que je serai en surpoids j'aurai mal au dos ». Les idées reçues sur le mouvement étaient abordées d'emblée par les médecins dès la première consultation, sous forme d'informations et de conseils. Pour eux, cela suffisait à abolir les représentations du patient. Pourtant certains conseils et informations donnés en matière d'activité physique pouvaient être source de confusion, et provoquer kinésiophobie et évitement d'activité physique. En effet, les messages concernant le respect de la non-douleur lors d'une activité, renvoient à l'image de la douleur comme signal de danger. Le patient pouvait ainsi assimiler la douleur à une lésion ou à une aggravation de lésions du dos. De même, on retrouvait l'idée que le dos n'allait pas supporter certains mouvements comme la course à pied, certaines techniques de nage, ou des sports de raquettes... Ces contre-indications, sans fondement dans la littérature (22), reposaient sur des idées reçues des médecins. La conséquence pouvait être la création ou le renforcement chez le patient de la perception de fragilité de son dos, favorisant la kinésiophobie.

Beaucoup de médecins étaient confrontés aux idées reçues des patients sur la nécessité d'une imagerie dans la démarche diagnostique de leur lombalgie. Cependant, eux-mêmes prescrivaient précocement l'imagerie malgré l'absence de drapeaux rouges, pour différentes raisons (authentification d'une lésion anatomique, support pour faire évoluer la prise en charge du patient, protection médico-légale du médecin...). Les prescriptions hors

recommandations d'imagerie, à la demande des patients, semblaient concerner les personnes réfractaires aux explications ou celles ayant peur d'une maladie grave. L'objectif était alors de rassurer le patient, pour qu'il puisse passer à autre chose ou, en d'autres termes : changer sa représentation pour une autre. Dans tous les cas, le discours du médecin dans l'interprétation du compte rendu d'imagerie est crucial. En effet, une étiologie de lombalgie secondaire étant rarement retrouvée, des éléments radiologiques peuvent malgré tout interpeller le patient. Les conclusions d'imagerie peuvent alors entraîner des effets néfastes sur l'incapacité fonctionnelle (23,24), ainsi que sur les croyances et les comportements (25). Plusieurs médecins n'identifiaient pas la notion d'absence de corrélation anatomo-clinique de la lombalgie (24,26), et pouvaient ainsi renforcer chez le patient la notion de dommage sur sa colonne. Leur discours était parfois ambivalent, avec par exemple, une banalisation de l'arthrose, tout en alarmant sur le risque d'enraissement associé, ou d'usure. Ces derniers avaient des représentations erronées sur l'interprétation à donner après une imagerie.

Les facteurs comportementaux pouvaient être notés par les médecins, mais considérés comme immuables. Souvent ils comparaient leurs patients observants, actifs, qui ne se mettaient pas en arrêt de travail, aux autres, qui ne suivaient pas leurs recommandations, ne faisaient pas d'efforts, et « traînaient » sur les arrêts de travail. Pour ce deuxième type de patients un sentiment d'agacement chez les médecins est senti, voir parfois une stigmatisation. Ces à priori pourraient nuire à la relation thérapeutique. En effet, une étude qualitative (27) montre le découragement des soignants pour réaliser une éducation face à des patients non motivés.

2.4. La place des facteurs biomécaniques

Au cours des entretiens, les éléments prédominants explorés par les médecins concernaient le mouvement : activités professionnelles, loisirs, sédentarité et mouvements à risque. Il a été constaté une confusion chez certains médecins entre les facteurs de risque de lombalgie aiguë, (où les facteurs biomécaniques semblent être prédominants (8,20,21)) et les facteurs de risque de lombalgie chronique (psychosociaux : drapeaux jaunes, bleus et noirs) (8). Cette incertitude peut induire des difficultés à déterminer les besoins des patients pour guérir. En effet, en considérant les facteurs biomécaniques comme des facteurs de risque de chronicisation, les médecins vont encourager leur traitement. Ainsi, la prise en charge repose essentiellement sur des points biomédicaux : arrêt de travail pour limiter les mouvements à risque devant l'incapacité fonctionnelle à les effectuer, prise de contact avec la médecine du travail pour la gestion des mouvements à risques, encouragement des mesures ergonomiques, reprise d'une activité physique, essentiellement via la prise en charge kinésithérapeutique pour reconditionner le patient.

2.4.1. Activité physique : le discours sur le mouvement

Le discours unanime des médecins était de favoriser le mouvement. Pour cela, ils insistaient pour que les patients ne restent pas alités, qu'ils essayent de poursuivre leurs activités quotidiennes, et se mettent à pratiquer une activité physique. C'est également le message principal de la campagne nationale de l'Assurance Maladie (11), qui a possiblement influencé le discours de certains médecins interrogés. Un nouveau baromètre BVA effectué en 2018, confirme la tendance à une amélioration des croyances sur le mouvement de la population générale et des médecins (28). La cohérence de la campagne avec le discours des médecins, facilitait la prise en charge de ces représentations. Les généralistes souhaitaient également une promotion du mouvement par un accès gratuit aux activités sportives. Cela est concordant avec la volonté de l'HAS de développer la pratique d'activité physique. Le principe de prescription d'activités physiques remboursées (29) commence à émerger dans le cadre de pathologies chroniques. Même si la lombalgie commune n'est pas concernée par cette mesure, le Parcours d'Activité Physique et Santé Mayenne (PAPS 53) (annexe 8) existe depuis cinq ans. La Mayenne était un département pilote pour la promotion de sport à prix réduit. Pourtant, une seule médecin citait ce concept, sans en connaître le nom, retenant surtout que le programme devenait payant par la suite. Certains médecins s'appuyaient sur des mesures locales, en lien avec les réseaux d'éducation thérapeutique. Le médecin 19 insistait sur l'intérêt social de l'activité physique.

Il convient de noter que l'intérêt réel de l'activité physique dans la lombalgie n'est pas encore clairement établi. Les études décrites dans les recommandations américaines montrent une légère amélioration pour les lombalgies chroniques, sur la douleur et la fonction, par la pratique d'activité physique (30,31). Il n'y a pas d'effet démontré ou un manque de preuves (31-33) pour les lombalgies de moins de trois mois. Ainsi, les recommandations américaines de 2017 (30) ne conseillent pas d'exercice physique au stade aigu ou subaigu d'une lombalgie commune. Les nouvelles recommandations de l'HAS (1), avec une preuve de grade B, préconisent en premier lieu l'exercice physique comme traitement principal pour une évolution favorable de la lombalgie et la reprise des activités quotidiennes, dont le travail, dès que la douleur le permet. Cependant, les revues de la littérature (34-37) citées ne concernent que les lombalgies chroniques. L'HAS précise « *Pour chacune de ces activités physiques, l'association à un traitement usuel était bénéfique sur les critères de jugement, mais n'était pas significative lorsque comparé ou ajouté à d'autres interventions actives* ».

La question de l'activité physique amène une notion évoquée plusieurs fois par les médecins : celle du déconditionnement des patients. Lutter contre le déconditionnement était un argument pour la promotion du mouvement. Le déconditionnement était selon eux, parfois la cause, parfois la conséquence de la lombalgie.

Des chercheurs (38) se sont interrogés sur l'état des preuves de ce déconditionnement chez le lombalgique, ils s'aperçoivent que les preuves du rôle du déconditionnement dans la lombalgie sont minimes. Le déconditionnement du lombalgique semble similaire à celui d'une personne sédentaire non lombalgique. Néanmoins, ils concluent que l'inactivité semble être un facteur délétère : par les conséquences psychosociales qu'elle engendre (troubles anxiocdépressifs, restrictions d'activités sociales, difficultés de couple, financières) et les conséquences physiques (déconditionnement physique avec une baisse des capacités fonctionnelles). En effet, le niveau d'activité et de handicap serait associé aux comportements du patient (catastrophisme et kinésiophobie) (39). Les comportements passifs étaient associés à un risque d'incapacité persistante (40-42). La déduction peut donc être la suivante : chez une personne sédentaire non douloureuse, le mouvement n'est pas associé à la douleur, contrairement au lombalgique où le mouvement peut y être, et ainsi créer une kinésiophobie et un comportement d'évitement. La différence entre le sédentaire et le lombalgique pourrait être la peur de la douleur, cette dernière entraînant un comportement d'évitement elle majore ou provoque le déconditionnement physique et psychosocial. En partant du modèle de Vlaeyen (7), l'hypothèse formulée serait : les peurs de la douleur et ses conduites d'évitement seraient le catalyseur du déconditionnement psychosocial et physique. D'autres études vont dans ce sens (43), en exposant les capacités physiques comme un facteur prédictif important des peurs-évitements chez les lombalgiques chroniques. De ce fait, il conviendrait de préconiser un maintien du niveau d'activité du patient pour éviter les comportements d'évitement.

2.4.2. Kinésithérapie

Globalement, les attentes des médecins par rapport à la kinésithérapie correspondaient aux missions formulées par l'HAS 2005 (44). Ils recherchaient dans ces soins : des techniques actives, de l'éducation posturale et une aide à promouvoir la participation active des patients. Les techniques passives étaient souvent citées, comme antalgiques et pouvant être associées à d'autres traitements.

Il faut noter qu'ils avaient tendance à la prescrire trop tôt par rapport à ces recommandations (avant le stade subaigu). Ils attachaient une grande importance aux notions d'ergonomie et à l'éducation posturale. L'HAS 2019 (1) ne mentionne pas spécifiquement l'éducation posturale ou l'ergonomie. De plus, cette dernière n'a pas prouvé son intérêt dans la prévention de récidives de lombalgie (45). La question pourrait se poser de la participation de ces règles posturales (sans fondement) dans la kinésiophobie des patients.

La plupart des médecins souhaitaient agir par la kinésithérapie, sur les facteurs physiques du patient, ainsi que sur son comportement. L'HAS a fait évoluer les missions du kinésithérapeute. Ainsi en 2005 (44), pour les LSA et lombalgies chroniques, le kinésithérapeute devait avoir, par ces exercices thérapeutiques, une « *action*

physique et psychologique qui redonne confiance au patient envers ses capacités ». La deuxième partie de la phrase pourrait être interprétée comme une gestion (entre autres) de la kinésiophobie, mais cela restait floue. Il était demandé au kinésithérapeute de prendre en compte les facteurs psychosociaux, mais il était aussi précisé qu'ils pouvaient relever d'une prise en charge spécialisée. Cela pourrait suggérer que la prise en charge des facteurs psychosociaux pouvait dépasser leurs compétences. Les missions d'éducation correspondaient à l'apprentissage d'auto-exercice et de règles d'hygiène de vie. Le kinésithérapeute devait également favoriser la participation active du patient. Cependant, une étude montre que les kinésithérapeutes ont tendance à axer leur prise en charge sur les exercices physiques, et à laisser de côté la réassurance et la participation active du patient lombalgique chronique (46). La position de l'HAS en 2019 (1) est plus explicite pour les missions des kinésithérapeutes. Premièrement, elle modifie les indications de la kinésithérapie. Il n'y a plus de distinction entre l'aigu et le subaigu. La kinésithérapie concerne à présent les lombalgie communes à risque de chronicité. Cela pourrait conduire à une prise en charge plus précoce des patients à risque de chronicité. Son rôle éducatif y est plus détaillé (bien que reposant sur un accord d'expert) : il est dans la réassurance, la lutte contre les fausses croyances, et la promotion des bienfaits de l'activité physique. Les études citées par l'HAS(1) comparent souvent différentes techniques de kinésithérapie. La revue Prescrire (12) synthétise de son côté des données issues de plusieurs revues de la littérature (47-49) : elle conclue à l'absence d'efficacité démontrée en termes de douleur et d'incapacité fonctionnelle de la pratique d'exercices physiques, supervisés ou non, pour les lombalgie aiguës. Concernant les lombalgie subaiguës, les résultats sont discordants concernant l'incapacité fonctionnelle et l'impact sur le nombre de jour d'arrêt de travail. Prescrire conclue que les conseils aux patients devraient se limiter à poursuivre ses activités quotidiennes, qui permettaient d'arriver à un niveau minimum d'activité physique. Ces données remettent en question les principes sur lesquels sont basés la plupart des médecins actuellement. L'hypothèse sur le choix des indications de kinésithérapie par l'HAS pourrait être la suivante : la kinésithérapie pourrait permettre une approche davantage centrée sur l'éducation et le modèle BPS. Le kinésithérapeute pourrait participer à la prise de conscience du patient de l'aspect multifactoriel de sa pathologie. A travers les exercices supervisés, le kinésithérapeute pourrait mobiliser les compétences du patient et ainsi l'aider dans son autonomisation (par autogestion de la douleur, apprentissage d'exercices à réaliser à domicile) et une modification de ses peurs (kinésiophobie, dos fragile...). La clé de la réussite pourrait être une approche multimodale en combinant des techniques rééducatives, éducatives, comportementalistes. Plusieurs études montraient l'efficacité de l'association de ces approches : les exercices combinées à l'éducation réduisent le risque de nouvel épisode de lombalgie, contrairement à une éducation seule (50). De même, dans un essai

ciblant les lombalgies aiguës et subaiguës, où on retrouve une supériorité à court terme sur les plans douleur et fonction, en faveur de l'association éducation/intervention (exercice + thérapie manuelle) par rapport à une intervention éducative seule (51).

2.4.3. Ostéopathie

La place des ostéopathes est délicate dans la prise en charge du lombalgique. En effet, certains ostéopathes font partie des professionnels de santé (médecin et kiné), tandis que les ostéopathes « ni-ni » (ni médecin, ni kinésithérapeute) ne font pas partie des professionnels de santé (52,53). Le médecin traitant reste le premier recours dans le parcours de soins. Cependant les habitudes de soins des patients lombalgiques se dirigent vers l'ostéopathie en première intention. Ne dépendant pas du parcours de soins du fait de leur statut, aucune régulation des patients n'existe pour les ostéopathes. L'HAS (1) aborde cependant les thérapies manuelles dans ces recommandations, mais en deuxième intention. Elle rappelle l'importance de les associer à d'autres thérapeutiques, dont des exercices supervisés. Les techniques manuelles correspondent à des techniques passives, or l'HAS dirige clairement le parcours de soins pour favoriser la participation active du patient, et donc des techniques actives. Ainsi, il conviendrait de rester attentif aux représentations engendrées (54) et aux comportements par l'ostéopathie. Les ostéopathes ont donc une responsabilité vis-à-vis de leur discours, dans la prise en charge des lombalgies communes.

2.4.4. Chirurgie

L'avis chirurgical était plus souvent sollicité par les patients que par le médecin. Pour la chirurgie lombaire, les généralistes trouvaient une hétérogénéité de pratique entre les chirurgiens en Mayenne. Ils décrivaient des indications chirurgicales retenues parfois de façon excessive. Selon un rapport décrit dans les recommandations HAS « lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie » (55), cette variabilité des pratiques est retrouvée au niveau national. Toutefois la région Pays de Loire fait partie des régions avec un nombre d'interventions majeures sur le rachis élevé. (annexe 12)

Il était préconisé en 2015 (55) de proposer une prise en charge pluridisciplinaire, incluant une éducation ainsi une prise en charge rééducative avec une orientation cognitive pour les peurs-croyances liées à la douleur, et une prise en charge antalgique. La chirurgie devait être envisagée ensuite en l'absence d'amélioration. Les dernières recommandations HAS 2019 (1) proposent de consulter le chirurgien, en troisième intention pour une lombalgie commune (après un avis rhumatologique ou MPR), ce qui pourrait limiter les interventions. De ce report au recours à la chirurgie, on pourrait imaginer une diminution du nombre de chirurgie du rachis, au profit

d'une augmentation du recours aux rééducations, et pourquoi pas aux prises en charges éducatives. Pour cela, il faudrait développer l'offre des structures de rééducation multidisciplinaire en Mayenne. En effet les structures actuelles sont déjà saturées, ce dont se plaignent déjà les médecins. Par contre, les médecins arriveront-ils plus à canaliser les demandes des patients à voir un chirurgien ? Si face à la demande, parfois pressante, le médecin n'a rien à proposer comme alternative, on peut penser que le patient ira tout de même voir le chirurgien, avant d'avoir effectué sa rééducation.

3. L'AEC en pratique comparée aux demandes des médecins généralistes et aux nouvelles recommandations

Nous avons pu évaluer les difficultés à la prise en charge des patients lombalgiques subaigus. Les obstacles à l'amélioration de la lombalgie viennent de différents horizons : des facteurs multiples dépendants du patient, des facteurs dépendant des soignants et du système de soins.

L'objectif de l'AEC est d'être dans une médecine curative plutôt que réadaptative.

3.1. L'explication du choix du travail sur les croyances

Demoulin (18) résume que « *d'après le modèle de l'autorégulation de Leventhal (56) le patient développe des croyances et des émotions relatives à son affection. La représentation qu'il se fait de celle-ci et son sentiment d'efficacité personnelle vont conditionner son comportement.* ». Ce constat peut faire évoluer les consciences et intégrer la prise en charge des peurs, fausses croyances et comportements inappropriés dans la prise en charge du lombalgique comme le vecteur permettant l'amélioration du mouvement. C'est la remarque faite par Dupeyron et Coudeyre (38): les programmes multidisciplinaires ont montré une efficacité, or ce sont des programmes mobilisant les comportements actifs des patients. C'est pourquoi ces chercheurs encouragent les stratégies cognitivo-comportementales et éducatives. L'AEC suit cette ligne de conduite.

3.2. La place de l'éducation thérapeutique dans la lombalgie à risque de chronicité

La prise en charge basée sur le modèle biomédical a montré ses limites. L'ANAES 2000 (57,58) remettait déjà en question l'éducation biomédicale type école du dos, tandis que l'éducation selon le modèle BPS était déjà citée pour gérer les lombalgies chroniques. Les recommandations européennes de 2006 (59) recommandaient une intervention éducative brève, encourageant le retour à une activité normale, dispensée par un kinésithérapeute ou un médecin pour les lombalgies chroniques. Dans les recommandations de 2015

« Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie » (55), il était précisé que la chirurgie n'était pas supérieure une prise en charge rééducative intensive, avec une approche cognitivo-comportementale sur les peurs et croyances liées à la douleur, ainsi qu'à une éducation thérapeutique. Cependant dans les dernières recommandations de l'HAS 2019 (1), la place de l'éducation a été limitée à la neurophysiologie de la douleur. L'intérêt de l'éducation combinée aux autres techniques par rapport à la chirurgie n'est plus mentionné. Pourtant plusieurs revues de la littérature encouragent les démarches éducatives dans la lombalgie commune (3,8). Une revue de la littérature de 2015 (8), reprend 13 essais avec interventions sur les croyances et les capacités d'adaptation. Elle met en évidence l'absence d'efficacité d'une simple information. Les interventions type TCC ont un faible niveau de preuve d'efficacité. Les autres stratégies (éducation individuelle, groupe et coordination du travail) n'ont pas fait leurs preuves. Pourtant, malgré l'absence d'effet démontré, elle reste optimiste sur la possible efficacité de cette méthode, avec quelques ajustements. Elle formule plusieurs hypothèses qui auraient influencé négativement les résultats de ces interventions, notamment par la formation insuffisante des soignants dans l'utilisation des outils de dépistages ou d'interventions des facteurs psychosociaux (60,61).

L'autre revue de la littérature de 2011 (3) justifie le manque de recommandations fortes dégagées de la revue par l'hétérogénéité des critères d'évaluation des études. Il recommande néanmoins une éducation thérapeutique en prévention secondaire, basée sur le modèle BPS et les croyances.

D'autres pistes que l'éducation à la neurophysiologie de la douleur semblent intéressantes dans la prévention de la chronicisation de la lombalgie. Une revue (62) insiste que la prévention de la chronicisation passera par la sensibilisation et l'éducation aux causes et aux conséquences de la lombalgie chez le patient subaigu. Cela dépasse la seule éducation sur le mécanisme de douleur. De même, des essais randomisés contrôlés (63) concernant un programme d'auto-management (incluant des compétences pour pouvoir résoudre des problèmes, prendre des décisions, utiliser des ressources, se fixer des objectifs, autoadaptation) montrent une légère efficacité en terme de douleur et de fonction. Le contenu du programme est également plus large qu'une éducation à la neurophysiologie de la douleur.

D'autres essais ont montré qu'une prise en charge multidisciplinaire équivaut à une éducation associée à des conseils dans la lombalgie subaiguë (64). Même si les recommandations HAS 2019 (1) ne préconisent pas d'éducation thérapeutique en rapport avec les croyances, elles mettent tout de même en avant la lutte contre les peurs et fausses croyances à travers les généralistes et les kinésithérapeutes.

Le premier degré de lutte contre les peurs et les fausses croyances possible par les soignants, correspond à la réassurance. Cela permet déjà de limiter les idées reçues sur la nécessité de repos en cas de lombalgie.

Néanmoins, cela n'est pas suffisant. Pour accompagner les patients dans leur démarche face à leur lombalgie, les médecins discutent, et pratiquent au quotidien une forme d'éducation avec leurs patients. Cette éducation pourrait être décrite la plupart du temps comme l'éducation frontale. « *La pédagogie classique, ou dite « frontale » La pratique habituelle d'enseignement en éducation thérapeutique suppose une relation linéaire entre un émetteur (le soignant), détenteur d'un savoir, et un récepteur (le patient) qui enregistre, puis mémorise une suite de messages. Dans cette approche, le soignant suppose qu'il lui suffit de transmettre, c'est-à-dire d'expliquer, éventuellement d'argumenter* » (65).

Parmi les entretiens, on s'aperçoit que les discussions des médecins avec les patients sur les bienfaits de l'activité physique, et la nécessité de la participation active de ces derniers n'est que rarement effective. De plus, en dehors des représentations accessibles à la simple réassurance, les médecins n'ont pas toujours les clés pour les repérer et les gérer. Les patients n'intègrent pas leur rôle d'acteur dans leur prise en charge. Il n'y a donc pas de changement de leurs comportements ni de leurs représentations, ni de motivation.

Le terme d'éducation thérapeutique du patient est soumise à décret, et a donc un cadre réglementaire très précis (66). Ainsi d'autres approches d'éducation existent : le behaviourisme (comprenant la thérapie cognitivo-comportementale) et le socioconstructivisme (approche de l'AEC).

L'HAS (1) recommande en deuxième intention la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), associée à une prise en charge incluant des exercices supervisés.

Cette approche a prouvé son efficacité dans la lombalgie au stade subaigu et chronique (67-69).

Une étude chez des patients lombalgiques aigus et subaigus montre un risque de chronicité diminué de 9 fois par un traitement type cognitivo-comportemental en six sessions, comparé à une simple information (68). Cela montre l'intérêt d'une intervention précoce agissant sur les facteurs cognitifs et comportementaux.

L'approche TCC recherche un changement de comportement, notamment des comportements d'évitement et ainsi une diminution de l'incapacité fonctionnelle. Dans cette approche, les croyances, les souhaits du patient sont moins intégrés par rapport au socioconstructivisme.

L'alternative proposée par le centre antidouleur est donc une éducation basée sur le modèle socioconstructiviste. Ce modèle cible une modification de croyances pour agir sur le comportement. On formule l'hypothèse que les résultats au long cours seront plus importants, car si le comportement n'a pas de sens pour le patient, le risque est l'abandon de ce comportement.

Un essai randomisé (69) concernant une prise en charge cognitive sur six sessions, contre soins usuels chez des patients LSA, a montré une amélioration en terme de fonction, douleur et qualité de vie à un an.

Ce qui est recherché à travers l'AEC est la modification des représentations des patients, pour une appropriation des stratégies d'adaptation favorable à l'amélioration de la lombalgie (promotion activité physique, retour en activité professionnelle et sociale, réassurance et donc pas de nécessité d'imagerie...).

Cette démarche socioconstructiviste nécessite une action éducative en groupe (65), notamment car elle s'appuie sur la notion de « patient ressource ». On se base donc sur le vécu et les expériences de chaque patient pour pouvoir modifier les pensées des participants et faire émerger de nouveaux comportements, que le patient aura lui-même intégré ; à la différence d'une TCC où les comportements sont suggérés au patient.

Le programme d'AEC a lieu sur quelques semaines. Le fait que les séances soient espacées dans le temps, permet au patient de s'approprier les informations, d'avoir un temps de réflexion lui permettant d'approfondir ses connaissances entre les séances. L'intérêt du groupe réside sur le fait que le patient puisse y avoir une motivation supplémentaire pour réaliser ses objectifs. L'autre avantage d'une prise en charge éducative en groupe concerne le moindre coût par rapport à une éducation individuelle (financier et temps soignant).

En deuxième intention, l'HAS recommande une éducation à la neurophysiologie de la douleur, une prise en charge de type cognitivo-comportementale. Actuellement, la solution des médecins pour permettre une prise en charge biopsychosociale était d'adresser à un programme pluridisciplinaire. Par l'AEC, nous proposons de réunir l'éducation au principe de la douleur à la prise en charge des facteurs cognitifs pour influencer les comportements d'adaptation.

3.3. L'importance du soignant

Cependant, les obstacles à ces prises en charge concernaient les délais. L'HAS (1) ne cite pas le profil du soignant pour cette prise en charge pluridisciplinaire : « *le type de professionnels impliqués dépend à la fois de l'expérience du clinicien prenant en charge initialement le patient, de la situation individuelle, des préférences du patient, et des ressources du système de soins disponibles localement. (AE)* ».

La réflexion du CAD dans le choix de l'infirmier ressource avec pratique avancée pour s'occuper de l'AEC a été la suivante : le programme d'ET déjà existant concernant la lombalgie chronique prenait en compte un algologue, des IDE, hypnothérapeute, psychologue, et un ergothérapeute.

Pour pouvoir respecter les délais de réception des patients et en fonction de la disponibilité des soignants, il est apparu raisonnable de confier cette mission à une des infirmières du centre antidouleur, ayant des compétences spécifiques (DU douleur, licence de santé publique, formation de 40h en ETP, 30h de coordination ETP et expérience de 5 ans dans le programme d'ETP lombalgie chronique). En effet le choix du psychologue pour

gérer cette AEC a été rapidement écarté du fait de l'orientation plus forte psychologique de sa formation et de ses prises en charge. A travers les entretiens avec les médecins questionnés sur le choix du soignant, l'impact biomédical était fortement présent. Il n'est pas question de renier l'importance de la part biologique de la lombalgie, mais de permettre l'intégration des parties psychosociales. On retrouvait ici l'influence des modèles des médecins : les biomédicaux, qui considéraient la part biomédicale trop spécifique pour être dispensée par un soignant sans formation particulière. Certains médecins favorisaient les métiers du corps (médecin et kinésithérapeute), pour leurs connaissances biomédicales et ainsi la possibilité de répondre aux questions des patients, et d'avoir la confiance des patients grâce à leurs compétences biomédicales. Le soignant attendu par les médecins en majorité était le kinésithérapeute. Cela pourrait également refléter les habitudes de prescriptions des médecins, d'éducation au mouvement. Pour les médecins insitants pour que l'AEC renforce le discours sur le mouvement, la demande d'un kiné à ce poste était logique. Certains étaient plutôt favorables à un IDE. Pour eux, le modèle BPS intégrait plus facile un IDE que les métiers du corps (médecin et kiné). En effet, sa place est à créer dans le parcours du lombalgique. Cela lui permettrait de prendre en compte toutes les dimensions de la lombalgie. La majorité des médecins avait cependant des propos modérés, intégrant assez bien l'ensemble biopsychosocial : il fallait une personne connaissant la physiopathologie du rachis (biomécanique) par sa formation ou son expérience, pour permettre d'éclairer les patients sur le modèle biopsychosocial en faisant prendre connaissance des facteurs psychologiques et cognitivo-comportementaux, et de leur retentissement socioprofessionnel.

A l'annonce de l'infirmière au poste de l'AEC, les médecins n'y voyaient cependant pas d'inconvénients en tant que généralistes. Ils jugeaient l'IDE compétent pour ce poste, la condition requise était l'expérience sur la pathologie. Seul le médecin formateur ostéopathe ne trouvait pas suffisamment apte un IDE pour ce poste. Ses propos étaient à nuancer, en effet sa vision d'un projet hospitalier ambulatoire correspondait à un bilan diagnostique et une aide à une orientation de prise en charge rééducative physique. Le projet d'AEC ne correspondait pas à ses besoins. Deux autres médecins expliquaient que l'IDE n'appartenait pas au parcours du soin du lombalgique à leur sens. Même si les médecins étaient en accord avec le choix du soignant pour l'AEC, deux autres expliquaient cependant qu'ils risquaient de se heurter à un refus de leurs patients du fait du statut de l'IDE. La confiance des patients ne serait pas acquise. Les médecins expliquaient en effet que pour certains patients, le rôle de chaque soignant était particulier, et que les patients accordaient à certains plus de crédit qu'à d'autres : parfois les spécialistes plus que les médecins généralistes, parfois les ostéopathes plus que les généralistes, et parfois les kinés ou les médecins plus qu'aux IDE. Cela dépendait des représentations de

chacun. Un patient ayant une représentation biomécanique du corps va ainsi apporter plus de crédit à l'ostéopathe qu'au médecin.

Dans la littérature, l'évaluation de l'efficacité de l'éducation en fonction du type de soignant apparaît dans quelques articles, sans comparaison entre les différents intervenants.

Une revue de la littérature (3) cite que « *certaines recherches ont démontré l'impact des conseils donnés par une infirmière par rapport à des soins courants (70)* ». Une revue de la littérature (71) retrouve qu'une éducation délivrée en soins primaires ayant pour but de changer des comportements, était plus efficace par un médecin que par un IDE ou un kinésithérapeute. Il s'agissait d'une analyse en sous-groupe. En effet l'autorité du médecin semblait plus efficace pour induire un changement de comportement.

Les réflexions des médecins ainsi que l'analyse de la littérature, ont participé à l'évolution de l'AEC. Finalement, l'AEC sera animé par plusieurs intervenants. Ainsi il y aura la participation de plusieurs IDE, dont un IDE avec un DU de psychologie (avec approche cognitive et comportementale). L'intérêt peut être d'adapter, en fonction du groupe une approche cognitivo-comportementale, ou socioconstructiviste selon les profils des patients. De même, l'algologue du service participera à l'AEC, notamment au premier atelier, qui évoque notamment les causes multifactorielles de la lombalgie et la place de l'imagerie. Il pourrait avoir plus d'impact que l'IDE chez des patients réticents à une éducation par une IDE. De plus, on peut formuler l'hypothèse que le discours concernant la limitation de l'imagerie et l'interprétation de l'imagerie, sera peut-être mieux entendu et compris venant d'un médecin algologue. En effet il est possible que le soignant de l'AEC contredise l'avis du médecin traitant ou du spécialiste. Ce patient peut avoir davantage confiance envers un soignant habilité à prescrire, plutôt que l'IDE ou le kiné.

Il conviendrait d'effectuer d'autres études, mais il est intéressant de prendre en compte le statut et les compétences du/des soignants qui délivreront une éducation.

En effet, les patients seront amenés de plus en plus fréquemment à rencontrer les IDE par l'évolution de la législation (72-76) concernant les IDE avec pratique avancée.

Dans le contexte de soins mayennais, qui est le troisième désert médical en 2015 (77) et le quatrième concernant les kinésithérapeutes en 2017(78), un programme d'éducation thérapeutique délivré par un IDE serait déjà une aide pour les médecins.

3.4. La population cible

Le projet était présenté aux médecins comme indiqué pour les patients subaigus. Les médecins faisaient remarquer qu'ils souhaitaient pouvoir intégrer les patients présentant des lombalgies aiguës, s'ils jugeaient qu'ils étaient à risque de chronicité, ainsi que les lombalgies récidivantes dans l'AEC. Ces critères des médecins correspondent finalement à la nouvelle définition par l'HAS des lombalgies à risque de chronicité. Les critères d'inclusion dans l'AEC pourraient ainsi évoluer, répondant aux critères des médecins, et de l'HAS.

Un des médecins, souhaitait avoir des critères pour orienter la prise en charge thérapeutique. Les scores prédictifs de chronicité pourraient répondre à cette demande (1).

En effet, deux scores se dégagent de la littérature (79,80) pour déterminer un niveau de risque de chronicité : le Start Back Screening (81) et l'Orebrö Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ)(82). (annexes 13 et 14). Un article (83) conclue que le choix entre le Start Back Screening et l'OMSPQ est à adapter selon l'utilisation que l'on en fait. Le Start Back Screening semble plus approprié au sein d'une démarche thérapeutique. L'OMPSQ short semble plus pertinent à seule visée pronostic. L'évolution de ces critères ferait discuter l'utilisation en pratique par les généralistes des scores prédictifs de chronicité, notamment celui choisi pour l'AEC : Start Back Screening Tool (annexe 13). Cette population cible correspondrait également à une population pertinente selon Dupeyron (84) : « *L'échec d'un traitement médical bien conduit, l'absence de réponse à la kinésithérapie ambulatoire et la présence de facteurs de chronicité psychosociaux et professionnels peuvent constituer des éléments permettant d'orienter au mieux le patient* ». Les points de vue des généralistes et de l'HAS diffèrent sur le moment où l'éducation pourrait être délivrée. L'éducation à la neurophysiologie de la douleur et les approches type TCC sont recommandées en deuxième intention par l'HAS. Tandis que les médecins pensaient pertinent d'adresser à l'AEC les patients présentant des facteurs de risque de chronicité dès le stade aigu en première intention, ainsi que des patients avec échec de la prise en charge ambulatoire (soit en deuxième intention).

3.5. Le délai de prise en charge pour l'AEC était une des demandes les plus fortes des médecins.

La prise en charge de la LSA en Mayenne semblait imprégnée par l'attente : attente des examens, des séances de kinésithérapie, d'une place en rééducation, d'un rendez-vous chez le spécialiste, de solutions de la médecine

du travail... Les médecins l'évoquaient bien et un état des lieux réalisés par le CHHA en 2018 sur les délais des spécialistes de Mayenne relatifs à la lombalgie retrouvait des délais entre trois et six mois selon la spécialité. Plusieurs médecins allaient jusqu'à mettre en lien le délai d'accès aux soins comme un facteur indépendant de chronicisation de la lombalgie.

On pourrait s'interroger également, en effet, sur les représentations que cela implique « c'est le kiné qui va me soigner, je n'ai pas de kiné avant un mois, donc je vais avoir mal encore au moins un mois », « je n'ai pas le soin qu'il me faut tout de suite, mon mal de dos a le temps de s'aggraver pendant ce temps là... ». Ces représentations pourraient être cependant favorisées par un comportement catastrophiste. Une revue de la littérature (85) a cherché le retentissement du délai d'attente des soins pour les troubles musculo-squelettiques. Il y avait de faible niveau de preuve concernant une influence du délai d'attente avec la participation au travail. De même, il y avait peu de preuve concernant une influence sur l'anxiété et la dépression. Les fausses croyances n'étaient pas abordées. Une étude qualitative (86) soulevaient chez les patients des impacts psychologiques négatifs sur le délai d'attente, notamment concernant l'anxiété ressentie et le sentiment de démoralisation. D'autres études sont à effectuer. Une hypothèse pourrait être qu'un délai d'attente plus long aurait un impact chez des patients présentant des stratégies d'adaptation négatives.

Les médecins expliquaient qu'un des intérêts de l'AEC était l'accélération de la prise en charge des patients. L'autre argument sur l'importance de la rapidité de prise en charge par l'AEC concerne le lien entre le délai d'intervention et l'influence sur les croyances. En effet les études ont démontré qu'une intervention précoce permet un plus grand impact sur les croyances (87,88).

Concernant la distance, l'AEC étant un projet pilote, il sera d'abord localisé au CHHA. La distance rebutait plusieurs médecins pour plusieurs raisons. Le frein principal pour les patients serait le temps consacré et les frais engendrés. Mais une des médecins soulignait de façon pertinente que la distance parcourue, l'effort que les patients pouvaient consacrer au soin était proportionnel à leurs attentes et à la valeur qu'ils accordaient aux soins. Ainsi l'ostéopathie pouvait être payante car elle valait la peine. Toutefois, l'investissement financier restait la plupart du temps modéré, et l'échec de plusieurs séances conduisait le patient chez le médecin. De même, faire 10 minutes de voiture pour se rendre à un programme où l'on discute de la lombalgie ne correspond pas au même investissement que de faire une heure de voiture et devoir prendre sa demi-journée pour se rendre à ce programme. On s'attend donc à voir une population à proximité de l'AEC. Il pourrait être intéressant d'évaluer la distance que les gens sont prêts à parcourir pour participer au programme d'éducation. Cela pourrait permettre d'évaluer la nécessité de couverture du territoire de structures éducatives relais.

L'objectif à terme est de remettre le projet « clé en main » aux maisons de santé.

Les médecins avaient de mauvaises expériences pour la communication hôpital-ville. L'accessibilité aux structures actuelles dans tous les domaines médicaux était chronophage pour les médecins et les patients. Cet aspect, qui peut être négligé depuis l'hôpital, a une grande importance pour les professionnels et les patients. Quand toute démarche est complexe, on risque de décourager les médecins et les patients. Une nouvelle structure devrait tenir compte des erreurs actuelles. En pratique, l'AEC accueillera les patients adressés par le médecin via un courrier. Le patient pourra prendre rendez-vous lui-même par téléphone auprès du centre antidouleur avec l'IDE. Le délai de rendez-vous est estimé à environ une semaine. Le diagnostic étant fait rapidement après la prise de contact, l'hypothèse est que le patient se sent soutenu et encouragé par cette perspective de prise en charge. Les deux ateliers éducatifs auront lieu entre deux et trois semaines après le diagnostic, avec une semaine entre les deux ateliers. Le patient serait ensuite reçu 15 jours après la fin des ateliers pour la synthèse (Annexe 15). Ces délais apparaissent raisonnables, toujours à condition que l'offre ne soit pas saturée, ce qui correspondait à la crainte des médecins. La question correspondra aux financements de soignants pour maintenir des délais de prise en charge corrects, et de secrétaires pour recevoir les appels (des projets d'application pour Smartphone sont également en cours de développement en douleur chronique et pourraient constituer une alternative).

La communication de l'hôpital vers les généralistes reposera sur des courriers. Il paraît intéressant que l'AEC adresse dès le bilan éducatif un compte rendu au médecin et au kinésithérapeute. En effet, l'AEC va intervenir ponctuellement. Les autres professionnels de santé continueront à voir le patient pendant et après l'AEC. Il paraît important que l'AEC adresse le résultat du bilan éducatif rapidement. Plus les soignants auront rapidement connaissance de ces peurs et représentations, plus ils pourront participer à leur prise en charge. A défaut d'avoir des techniques spécifiques éducatives pour ces représentations, ils pourront cibler un discours rassurant sur ces points. Les kinésithérapeutes étant les principaux partenaires des médecins pour la LSA, il paraît essentiel que la communication les concerne au même titre que les médecins.

3.6. Sa place face aux craintes des médecins

Certains médecins craignaient une surmédicalisation et un risque de chronicisation en recommandant l'AEC.

La surmédicalisation est surtout basée sur un excès de consommation des soins (recours à l'imagerie, dépendance à la kinésithérapie, en particulier aux techniques passives). Le but de l'éducation thérapeutique est au contraire d'avoir un projet centré sur le projet de vie du patient. Il s'agit de donner au patient les clés

nécessaires pour qu'il puisse gérer sa pathologie avec un minimum d'aide médicale. Les comportements d'autogestion sont encouragés. L'exemple que le médecin 12 citait concernant la dépendance à un réseau d'éducation thérapeutique était différent car il citait un patient chronique, qui semblait chercher à rompre son isolement social par le réseau. Mais les conditions sont très différentes de l'AEC, qui s'inscrit dans une démarche ponctuelle (2 séances + 2 bilans). A noter que la réglementation de l'éducation thérapeutique du patient impose au moins quatre temps : diagnostic éducatif, deux ateliers et une synthèse.

Il peut être cependant intéressant de rappeler au patient ce caractère ponctuel de l'AEC. Les objectifs du patient au bilan éducatif joueront un rôle important dans la démarche qu'il va entreprendre.

Le même médecin, évoquait aussi la possibilité que les patients ne soient pas adhérents envers l'AEC. En effet, l'éducation demande de l'énergie pour mobiliser ses connaissances et ses émotions : « *S'approprier un nouveau savoir, c'est donc intégrer de nouvelles informations dans une structure de pensée qui fait barrage. Tout le paradoxe de l'apprendre est là... Le patient apprend selon sa personnalité, en s'appuyant sur ce qu'il connaît déjà, mais dans le même temps, il doit aller à son encontre.* » (65). Ainsi, certaines personnes ne seront probablement pas enclines pour se remettre en question et envisager d'autres solutions. Ces patients risquent de refuser ou de ne pas adhérer à l'AEC. Cette composante renforce l'importance du diagnostic éducatif, qui permet de sonder également les intentions du patient, et de servir d'entretien motivationnel. En effet l'entretien motivationnel a prouvé son efficacité dans les démarches éducatives (18). Il est important de cibler avec le patient les objectifs de l'AEC, pour que le patient y trouve du sens. En effet, les études ont montré que, si des informations sont données sans contexte, ni adaptation aux besoins du patient, celles-ci ne sont pas efficaces (3). L'éducation repose sur une prise en charge centrée sur le patient où c'est au soignant de s'adapter à chacun.

Une autre réticence des médecins était la délégation de tâches par l'AEC. Le médecin 15 était contre celle-ci, expliquant le risque de perte de cohérence dans la prise en charge. En effet, en passant par d'autres intervenants, les patients pouvaient rencontrer des intervenants orientés vers un modèle BPS, et ainsi ne plus être en cohérence avec le modèle biomédical que ce médecin ostéopathe avait. Ce débat est particulièrement vrai pour les pratiques ostéopathiques. En effet les bases de ce métier reposent sur du structurel. En abordant les facteurs émotionnels, cognitifs avec ce médecin, celui-ci les reniait, ne les prenait pas en compte. Les soignants pouvaient penser qu'intégrer le modèle BPS, c'était rejeter l'aspect biomédical. La confusion est là : le modèle BPS intègre la partie biomédicale, mais on rajoute de la place également aux parts psychologiques et sociales. On ne remplace pas le biomédical, celui-ci est un prérequis dans l'ETP.

Le challenge des années à venir va être de réussir à faire intégrer à toutes les professions, même celles basées principalement sur du biomécanique (ostéopathe, kiné, rhumatologue, chirurgien), le modèle biopsychosocial. La solution pour les médecins regrettant cette délégation de tâches peut donc être la formation à l'éducation thérapeutique. L'autre problème soulevé par le médecin 12 était la revalorisation de la rémunération. Le débat sur le mode de rémunération de l'éducation thérapeutique en médecine de ville reste encore d'actualité.

3.7. Ce qui n'ira pas dans le sens des médecins

Les médecins souhaitaient que l'AEC se place en tant qu'expert. La mise en évidence de facteurs influençant la lombalgie, que le médecin traitant n'aurait pas forcément vu, pourra constituer l'expertise attendue des médecins. Cependant, l'éducation thérapeutique n'est pas un expert dictant au patient ce qu'il doit faire. L'AEC est là pour accompagner le patient pour la réalisation de ses objectifs.

Plusieurs médecins voyaient en l'AEC la solution pour avoir rapidement un interlocuteur qui puisse dire « non » à l'arrêt de travail demandé par leurs patients ayant des bénéfices secondaires. L'AEC a vocation de s'intéresser aux croyances et aux peurs : cela comprend les drapeaux jaunes et une partie des drapeaux bleus (peur de la rechute, faible espoir de reprise du travail). Par sa démarche centrée sur le projet du patient, les facteurs socio-professionnels seront abordés. Néanmoins l'AEC n'a pas pour rôle de remplacer le médecin du travail. L'HAS (1) a d'ailleurs statué sur la prise en charge des drapeaux bleus et noirs, comme relevant du médecin du travail. Pour les médecins regrettant l'absence d'une prise en charge multidisciplinaire. L'objectif du CAD était de trouver un équilibre à l'aide d'une intervention éducative minimale, car le but n'était pas de surmédicaliser d'emblée le patient, ni d'exploser les dépenses. Néanmoins, certains patients seront à haut risque de chronicité. Ces patients seront repérés dès le bilan éducatif, grâce notamment au score prédictif de chronicité, le Start Back Screening Tool (annexe 13), maintenant recommandé par l'HAS, à terme les médecins doivent s'approprier ces outils prédictifs de chronicité. Le bilan en fin d'intervention a deux vocations : renforcer les acquis et les représentations en cours de changement en séance collective par un entretien individuel ; ainsi que de pouvoir intégrer rapidement les patients à haut risque de chronicité, où l'AEC n'aura pas suffi à améliorer la lombalgie. Ces derniers patients pourront ainsi être intégrer rapidement dans un programme pluridisciplinaire (algologue, psychologue, programme d'ETP plus structuré).

4. Perspectives pour la suite : implications en pratique et en recherche

4.1. La sensibilisation et la formation des soignants

L'orientation de l'AEC sera différente des attentes des généralistes sur plusieurs points. Les facteurs cognitivo-comportementaux sont encore mal connus des médecins et ils ne sont pas encore pleinement intégrés dans leurs pratiques (18). Les croyances des soignants influencent négativement leur gestion des patients. (89-91) Or, il faut que la prise en charge du patient reste cohérente. Si l'on commence à faire évoluer la représentation du patient, alors que celle du médecin reste en l'état, le discours tenu lors de l'AEC risque de ne pas être suivi. Cela est également valable quand le patient retournera chez le kinésithérapeute. Le patient risque d'être perdu. La première étape sera d'informer les médecins du territoire, de la création de l'AEC et sa vocation. Cette information minimale sera effectuée via un courrier et une plaquette d'information (annexe 16) qui seront envoyées en mai 2019 aux médecins.

La deuxième étape sera d'adresser le résultat du diagnostic éducatif du patient aux soignants, pour ainsi faire un début de sensibilisation aux représentations erronées des patients.

La troisième étape sera de les sensibiliser sur la part non négligeable de représentations induites par les soignants. Celles-ci viennent d'une communication mésadaptée, et leurs propres représentations erronées, provenant de la population générale, ou de connaissances médicales non remises à jour.

Indirectement, la prévention de la chronicisation de la lombalgie pourrait passer par la formation continue des médecins et paramédicaux sur les principales représentations (imagerie, exercice physique, modèle biomédical/BPS...).

La communication des soignants avec le patient était parfois difficile. Or, le discours médical peut avoir un impact sur les attitudes du patient (6), ainsi que sur ses croyances, jusqu'à plusieurs années (92). Celui-ci peut générer de l'inquiétude, de la culpabilité en cas de mauvaise observance, ou de la frustration lorsque les stratégies de protection échouent (92). L'exemple fréquemment retrouvé dans les entretiens, était : la conversation du médecin avec le patient ayant consulté un ostéopathe. Le médecin rejettait formellement le modèle ostéopathique du patient, voir montrait un agacement envers le discours ostéopathique. Ainsi, il risquait de heurter le patient. Le patient n'intègrerait pas le modèle du médecin puisqu'il resterait sur celui de l'ostéopathe. Tout cela influencerait négativement la prise en charge (inobservance, altération relation médecin-patient...). Cependant, l'étude (92) explique l'impact positif de la réassurance sur l'augmentation de la confiance en soi du patient. Il est nécessaire que les soignants prennent conscience de la portée de leurs discours, et

acquièrent des compétences spécifiques pour maîtriser leur sémantique, leurs attitudes et leur abord du patient.

Beaucoup de patients attendaient passivement des solutions selon les médecins. Les médecins essayaient de favoriser la participation active de leurs patients à travers différentes méthodes. Ainsi, ils réassuraient, écoutaient... Certains les faisaient verbaliser leurs envies, tentaient de les responsabiliser les patients en créant un projet commun avec eux. Ils se faisaient aider par les kinésithérapeutes. D'autres avaient une attitude plus paternaliste. Les médecins parlaient parfois des patients sur un ton stigmatisant. Les médecins ne trouvaient pas toujours de solutions pour gérer ces attitudes passives. Les généralistes désiraient ainsi une aide de l'AEC pour favoriser la participation active du patient. Même si l'AEC peut être une aide en deuxième intention, il serait important de former les généralistes sur les techniques de communication et de motivation des patients, car ils sont au centre du parcours de soins.

Cette formation (non spécifique à l'AEC, et non spécifique à la lombalgie) devrait être adaptée aux contraintes de temps de la médecine générale. Les techniques devront aider à favoriser une communication sans création de fausses croyances, et à favoriser une observance thérapeutique, notamment par l'éducation des patients. La thèse de Laurent (93) cite notamment le partage de la décision médicale, l'entretien motivationnel (connu pour les consultation d'arrêt du tabac), et les interventions brèves. Il est urgent d'intégrer des cours de communication aux études des soignants, sous la forme d'ateliers pratiques. En effet les cours magistraux ne suffisent probablement pas à pouvoir mettre en pratique de telles méthodes. (A noter que l'entretien motivationnel est déjà cité dans les études de deuxième cycle d'étude médicale via l'item sur l'addiction au tabac (94)).

Un autre problème résidera dans l'envie des médecins de s'intéresser à ces facteurs psychologiques au sens large. Le médecin 12 expliquait qu'il ne traitait pas les facteurs psychologiques, car cela ne faisait pas partie de son rôle selon lui, mais il évoquait surtout son manque d'intérêt pour ce domaine de la médecine. Une revue de littérature (95) expliquait que malgré le repérage partiel des facteurs émotionnels et cognitifs, les kinésithérapeutes exprimaient leur préférence pour la gestion des facteurs biomécaniques. Une étude qualitative (27) retrouvait ce sentiment chez les soignants qui pouvaient juger manquer de compétences pour effectuer une éducation. Un des facteurs de motivation était néanmoins la généralisation de l'éducation thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

L'hypothèse serait que les soignants intègreraient le modèle BPS, s'ils se sentaient à l'aise dans cette pratique. Il faudrait donc les former en conséquence, et généraliser cette pratique pour qu'elle devienne une habitude, et

non pas l'exception.

Complémentaires à la formation des soignants, d'autres approches s'ajoutent. En effet, une revue de la littérature (3) signale l'utilisation du Guide du dos (96,97) pour améliorer la compréhension de la relation entre les activités et la lombalgie, ainsi que de son retentissement fonctionnel. Ce livret ne remplace pas un programme éducatif structuré, mais pourrait constituer une aide peu chronophage pour les généralistes. L'HAS met également un support à disposition des soignants. Celui-ci se base sur la neurophysiologie de la douleur. Il est cependant dommage que ce lien internet (98) qu'il ne soit pas plus mis en valeur pour attirer l'œil du soignant (1).

Les médecins avaient apprécié l'envoi par l'Assurance Maladie des dépliants d'information sur la lombalgie à destination des patients. La brochure est toujours accessible sur internet (99). Cependant ils regrettaient l'envoi limité en nombre de brochures. La mise à disposition directement dans les cabinets de médecine générale semblait favoriser l'utilisation de ces supports. Il se poserait la question d'une possibilité de commande de dépliants par les médecins, sans frais à engager de leur part.

4.2. Deux métiers en évolution : Kinésithérapeute et infirmier

Le kinésithérapeute est un soignant de confiance pour les patients, et permet un suivi régulier. Il est important que le discours des kinés ne reste pas centré sur du biomédical. En effet, il est logique de constater que les représentations du kinésithérapeute influencent également les prises en charge (100). Les kinésithérapeutes restent les partenaires privilégiés des généralistes dans la prise en charge des lombalgies communes.

Cependant, seulement 30% des kinés transmettent leur bilan diagnostic kinésithérapeutique aux médecins, d'après une enquête en 2003 (44). Il semblerait essentiel que les kinésithérapeutes et les généralistes développent leurs échanges. En effet, si un des soignants repère une représentation, il apparaîtrait pertinent que l'autre soutienne ce même point. L'usage des messageries sécurisées pourrait faciliter l'échange d'information entre les soignants.

Les nouvelles recommandations HAS (1) placent le kinésithérapeute au cœur de la gestion des représentations et la promotion de la participation active du patient. Cependant, une revue de la littérature (95) relève que la formation actuelle des kinésithérapeutes ne leur permet pas de se sentir compétents pour une prise en charge BPS. Il pourrait donc y avoir un réel intérêt à la formation des kinésithérapeutes au concept établi dans l'AEC, et plus largement à l'éducation thérapeutique. L'accès à la pratique de l'éducation thérapeutique aujourd'hui contient une formation obligatoire de 40 heures en France, cela pourrait être intégré à leur formation initiale.

Une revue de la littérature de 2018 concernant les lombalgies chroniques (101) évoque l'intérêt d'une évolution vers une kinésithérapie adaptée au modèle biopsychosocial, devant l'inefficacité de la kinésithérapie « classique ». Une autre revue de la littérature (102), rassemblant trois essais de qualité modérée, semble montrer une supériorité d'une prise en charge bio-psycho-sociale en soins primaires pour les lombalgies chroniques effectuée par un kinésithérapeute par rapport à un programme d'éducation. Les possibilités de prise en charge étant nombreuses, cela ne permet pas de conclure quelle technique semble efficace. Cependant, les médecins interrogés se plaignaient déjà de la pénurie de kinésithérapeutes, ce que confirme le rapport de 2017 (78), avec une moyenne 6,5 kinés pour 10 000 habitants en Mayenne contre de 10,8/10 000 en Pays de Loire). La profession infirmière est celle la plus représentée parmi les professionnels de santé en France (103). Ainsi, toujours dans le souci d'une adaptation au contexte territorial, il est possible que les infirmiers de pratique avancée jouent un rôle futur dans l'éducation thérapeutique (72-76).

4.3. Nécessité d'études

Des études seront nécessaires pour évaluer la réelle efficacité de l'AEC. Il conviendra de définir des critères d'efficacité qui seront comparables à d'autres études. (Incapacité fonctionnelle, handicap et qualité de vie (échelle de Dallas), délai de retour au travail, de douleur, représentations (Fear Avoidance Beliefs Questionnaire) et anxiété/dépression (Hospital Anxiety and Depression) (annexe 17 à 19)). Ainsi, le diagnostic éducatif intègre ces différentes échelles.

Si l'AEC prouve son efficacité, l'objectif sera de développer le projet en libéral, au sein de maison ou pôle de santé. Cette démarche bénéficierait du soutien de l'ARS. Cela pourra permettre de répondre à la demande de proximité des médecins généralistes, et peut-être de lever le frein des patients craignant la structure hospitalière.

Par ailleurs, l'AEC est pour l'instant ouverte aux patients lombalgiques subaigus. Les médecins souhaitent élargir les indications aux lombalgie récidivantes et aiguës à risque de chronicité. Cela sera à rediscuter dans les critères d'inclusion. L'apparition dans les recommandations HAS 2019, du terme « lombalgie à risque de chronicité » pourrait être un argument supplémentaire pour inclure ces catégories de patients dans les études. Il serait intéressant d'étudier l'efficacité de l'étude en fonction du score Start Back initial des patients (annexe 13), ainsi qu'en fonction de la durée d'évolution de la lombalgie. Cela permettrait d'adapter les soins des patients en fonction du risque de chronicité du patient. En effet, il est possible que l'étude montre une inefficacité de l'AEC sur les patients à haut risque de chronicité. Il serait alors possible de plus pertinent

d'intégrer ces patients directement dans des programmes pluridisciplinaires, comme le suggéraient certains médecins. De même, un des médecins craignait la surévaluation des besoins d'éducation des patients. Cette interrogation concernerait potentiellement les patients à faible risque de chronicité : il sera donc intéressant de déterminer l'intérêt réel de proposer l'AEC pour ce groupe de patients.

Les études sont donc indispensables pour démontrer l'efficacité de l'AEC, ainsi que pour évaluer le plus précisément possible sa population cible.

Par ailleurs, la démarche du CAD se poursuit dans la formation des soignants. Il pourrait être intéressant d'évaluer l'évolution des patients bénéficiant de l'AEC, en fonction de la formation de l'équipe soignante de ville (généraliste et/ou kinésithérapeute formés par le CAD). Les courriers standards concernant le patient (diagnostic éducatif et synthèse finale) seraient systématiquement communiqués. Quatre groupes pourraient ainsi se dégager :

- AEC avec généraliste et kinésithérapeute formés par le CAD
- AEC avec généraliste et kinésithérapeute sans formation complémentaire
- AEC avec généraliste formé par le CAD et kinésithérapeute sans formation complémentaire
- AEC avec kinésithérapeute formé par le CAD et généraliste sans formation complémentaire

L'hypothèse serait ainsi que les groupes avec soignants formés pourraient être plus efficaces que le groupe sans soignants de ville formés. Cela pourrait renforcer l'hypothèse qu'une démarche cohérente et pluridisciplinaire en soins primaires serait efficace. Cela encouragerait également la formation des soignants.

Ces travaux de recherche pourraient faire l'objet d'une thèse à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. mars 2019;
2. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses 7 juillet 2016 Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017. In: Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2017 [Internet]. 2016. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-17_assurance-maladie.pdf
3. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 juill 2011;54(5):319-35.
4. Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine.* sept 1987;12(7):632-44.
5. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Sci New Ser.* 1977;196(4286):129-36.
6. Laroche F. Les mots, les pensées et les comportements-pièges des patients et de leurs médecins. *Rev Rhum.* juin 2009;76(6):522-8.
7. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, et al. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain.* sept 1995;62(3):363-72.
8. Ramond-Roquin A, Bouton C, Bègue C, et al. Psychosocial Risk Factors, Interventions, and Comorbidity in Patients with Non-Specific Low Back Pain in Primary Care: Need for Comprehensive and Patient-Centered Care. *Front Med.* 2015;2:73.
9. Europe WHORO for. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. 1998 [cité 1 mai 2019]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>
10. Saout MC. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. sept 2008;165.
11. AMELI. Programme sensibilisation lombalgie dossier de presse. 2017.
12. Lombalgie récentes et exercices physiques. *Prescrire.* nov 2018;38(421):851-2.
13. Assurance Maladie. Kit de communication à destination des employeurs sur la prise en charge de la lombalgie commune [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/mal-dos/soutien#text_60815
14. Johan W.S. Vlaeyena,b,* , Steven J. Lintonc. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000;317-32.
15. Tsuboi Y, Murata S, Naruse F, et al. Association between pain-related fear and presenteeism among eldercare workers with low back pain. *Eur J Pain Lond Engl.* 2019;23(3):495-502.
16. Rainville J, Smeets RJEM, Bendix T, et al. Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain—translating research into clinical practice. *Spine J.* sept 2011;11(9):895-903.
17. Rainville J, Carlson N, Polatin P, et al. Exploration of physicians' recommendations for activities in chronic low back pain. *Spine.* 1 sept 2000;25(17):2210-20.

18. C. Demoulin , N. Roussel , M. Marty. Les croyances délétères du lombalgique : revue narrative de la littérature. *Rev Med Liège* 2016; 71 : 1 : 40-46; 2016.
19. Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges - Article de revue - INRS [Internet]. [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2030>
20. Burdorf A, Sorock G. Positive and negative evidence of risk factors for back disorders. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23(4):243-56.
21. Ramond-Roquin A, Bodin J, Serazin C, et al. Biomechanical constraints remain major risk factors for low back pain. Results from a prospective cohort study in French male employees. *Spine J*. avr 2015;15(4):559-69.
22. Ribaud A, Tavares I, Viollet E, et al. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? *Ann Phys Rehabil Med*. oct 2013;56(7-8):576-94.
23. Mahmud MA, Webster BS, Courtney TK, Matz S, Tacci JA, Christiani DC. Clinical management and the duration of disability for work-related low back pain. *J Occup Environ Med*. déc 2000;42(12):1178-87.
24. Valat J-P. Facteurs de chronicisation des lombalgies communes. *Rev Rhum*. 2005;72(5):373-5.
25. Deyo RA. Real Help and Red Herrings in Spinal Imaging. *N Engl J Med*. 14 mars 2013;368(11):1056-8.
26. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 14 juill 1994;331(2):69-73.
27. Lelorain S, Bachelet A, Bertin N, et al. French healthcare professionals' perceived barriers to and motivation for therapeutic patient education: A qualitative study. *Nurs Health Sci*. sept 2017;19(3):331-9.
28. Assurance Maladie. "Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement " : où en est-on ? Une évolution positive des opinions et des comportements bientôt confortée par une nouvelle vague de campagne. Communiqué de presse; 2018.
29. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
30. Qaseem A, et al, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 4 avr 2017;166(7):514.
31. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2 oct 2007;147(7):492.
32. Pengel LHM, Refshauge KM, Maher CG, et al. Physiotherapist-directed exercise, advice, or both for subacute low back pain: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 5 juin 2007;146(11):787-96.
33. Hagen EM, Ødelien KH, Lie SA, et al. Adding a physical exercise programme to brief intervention for low back pain patients did not increase return to work. *Scand J Public Health*. 1 nov 2010;38(7):731-8.
34. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, et al. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 6 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002/14651858.CD010671.pub2>
35. Lin H-T, Hung W-C, Hung J-L, et al. Effects of pilates on patients with chronic non-specific low back pain: a systematic review. *J Phys Ther Sci*. oct 2016;28(10):2961-9.

36. Sitthipornvorakul E, Klinsophon T, Sihawong R, et al. The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Musculoskelet Sci Pract.* 2018;34:38-46.
37. Vanti C, Andreatta S, Borghi S, et al. The effectiveness of walking versus exercise on pain and function in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Disabil Rehabil.* mars 2019;41(6):622-32.
38. Dupeyron A, Coudeyre E, Gremiaux V, et al. Les patients lombalgiques chroniques sont-ils vraiment déconditionnés ? Are chronic low back pain patients really deconditioned? *Lett Rhumatol.* sept 2014;(404):20-5.
39. Thomas E-N, Pers Y-M, Mercier G, et al. The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 févr 2010;53(1):3-14.
40. Jones GT, Johnson RE, Wiles NJ, et al. Predicting persistent disabling low back pain in general practice: a prospective cohort study. *Br J Gen Pract.* 1 mai 2006;56(526):334-41.
41. Mercado AC, Carroll LJ, Cassidy JD, et al. Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain.* sept 2005;117(1-2):51-7.
42. Ramond A, Bouton C, Richard I, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Fam Pract.* 1 févr 2011;28(1):12-21.
43. Lee J, Park S. The relationship between physical capacity and fear avoidance beliefs in patients with chronic low back pain. *J Phys Ther Sci.* oct 2017;29(10):1712-4.
44. Haute Autorité de Santé. Prise en charge masso-kinésithérapeutique dans la lombalgie commune : modalités de prescription [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf
45. Demoulin C, Marty M, Genevay S, et al. Effectiveness of preventive back educational interventions for low back pain: a critical review of randomized controlled clinical trials. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* déc 2012;21(12):2520-30.
46. Liddle SD, David Baxter G, Gracey JH. Physiotherapists' use of advice and exercise for the management of chronic low back pain: A national survey. *Man Ther.* 1 avr 2009;14(2):189-96.
47. Schaafsma FG, Whelan K, Beek AJ van der, et al. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 27 avr 2019];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001822.pub3/full>
48. Chou R, Deyo R, Friedly J, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 4 avr 2017;166(7):493.
49. Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 20 juill 2005 [cité 27 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000335.pub2>
50. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 1 févr 2016;176(2):199-208.
51. Wand BM, Bird C, McAuley JH, et al. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine.* 1 nov 2004;29(21):2350-6.
52. Moret-Bailly J. L'ostéopathie : profession de santé ou activité de soins ? *Rev Droit Sanit Soc.* 2009;(2):290-300.

53. Les textes réglementaires régissant l'exercice de la profession d'ostéopathe - IFSO-Rennes [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.bretagne-osteopathie.com/ifso/reglementation.html>
54. Barker KL, Reid M, Lowe CJM. Divided by a lack of common language? - a qualitative study exploring the use of language by health professionals treating back pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 5 oct 2009;10(1):123.
55. Haute Autorité de Santé. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie : Recommandations pour la pratique clinique Argumentaire scientifique. 2015.
56. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: The self-regulation of health and illness behaviour. New York, NY, US: Routledge; 2003. p. 42-65.
57. ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. 2000.
58. ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. 2000.
59. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/66398>
60. Jellema P, van der Windt DAWM, van der Horst HE, et al. Why is a treatment aimed at psychosocial factors not effective in patients with (sub)acute low back pain? *Pain.* 5 déc 2005;118(3):350-9.
61. van der Windt D, Hay E, Jellema P, et al. Psychosocial interventions for low back pain in primary care: lessons learned from recent trials. *Spine.* 1 janv 2008;33(1):81-9.
62. Dianne Liddle S, Gracey JH, David Baxter G. Advice for the management of low back pain: A systematic review of randomised controlled trials. *Man Ther.* 1 nov 2007;12(4):310-27.
63. Du S, Hu L, Dong J, et al. Self-management program for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 1 janv 2017;100(1):37-49.
64. Marin TJ, Eerd DV, Irvin E, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 26 nov 2018];(6). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.buadistant.univ-angers.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002193.pub2/abstract>
65. Giordan A. Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine Mal Métaboliques.* mai 2010;4(3):305-11.
66. Haute Autorité de Santé - Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etc
67. Behavioural treatment for chronic low-back pain [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: [/CD002014/BACKBehavioural-treatment-for-chronic-low-back-pain](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6250033/)
68. Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine.* 1 nov 2000;25(21):2825-31; discussion 2824.
69. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *The Lancet.* 13 mars 2010;375(9718):916-23.
70. Little P, Lewith G, Webley F, et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *BMJ.* 19 août 2008;337:a884.

71. Traeger AC, Hübscher M, Henschke N, et al. Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 1 mai 2015;175(5):733-43.
72. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
73. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. 2018-633 juill 18, 2018.
74. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique.
75. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.
76. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
77. Atlas régionaux 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1664>
78. Ordre des masseurs kinésithérapeutes. RAPPORT Démographie des kinésithérapeutes [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf
79. Pauli J. Screening Tools to Predict the Development of Chronic Low Back Pain: An Integrative Review of the Literature. *Pain Med.* 2018;1-27.
80. Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, et al. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med* [Internet]. déc 2017 [cité 7 avr 2019];15(1). Disponible sur: <http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-016-0774-4>
81. Bruyère O, Demoulin M, Brereton C, et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health.* 7 juin 2012;70(1):12.
82. Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain: Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 mai 2012;55(4):263-78.
83. Lheureux A, Berquin A. Comparison between the STarT Back Screening Tool and the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire: Which tool for what purpose? A semi-systematic review. *Ann Phys Rehabil Med.* 19 oct 2018;
84. Dupeyron A. ETP dans la lombalgie chronique : objectifs ciblés et individuels. *Concours Méd.* nov 2014;136(9):710-712.
85. Lewis AK, Harding KE, Snowdon DA, et al. Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 20 nov 2018;18(1):869.
86. Harding KE, Taylor NF, Bowers B, et al. Clinician and patient perspectives of a new model of triage in a community rehabilitation program that reduced waiting time: a qualitative analysis. *Aust Health Rev.* 25 juin 2013;37(3):324-30.
87. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, et al. Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J.* 1 nov 2014;14(11):2658-78.
88. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, et al. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J.* mai 2014;14(5):816-836.e4.

89. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil.* déc 2002;12(4):223-32.
90. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain.* 1 oct 2006;124(3):330-7.
91. Gremeaux V, Coudeyre E, Viviez T, et al. Do Teaching General Practitioners' Fear-Avoidance Beliefs Influence Their Management of Patients with Low Back Pain? *Pain Pract.* 1 nov 2015;15(8):730-7.
92. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, et al. The Enduring Impact of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. *Ann Fam Med.* nov 2013;11(6):527-34.
93. Laurent A. thèse EXPLORATION DES METHODES UTILISEES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORRAINS POUR MOTIVER LEURS PATIENTS A MODIFIER LEURS COMPORTEMENTS. Université de Lorraine- Faculté de médecine de Nancy; 2014.
94. Collège des Enseignants de Pneumologie. Item 73 : addiction au tabac [Internet]. 2017. Disponible sur: http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2017/04/item-73_Tabac-2017_04.pdf
95. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, et al. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother.* avr 2015;61(2):68-76.
96. Le guide du dos (Back book version française) [Internet]. TSO; 2002. Disponible sur: https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/rhu/documents/rhu-backbookfrench_.pdf
97. Coudeyre E, Givron P, Gremeaux V, et al. Traduction française et adaptation culturelle du « back book ». *Ann Réadapt Médecine Phys.* oct 2003;46(8):553-7.
98. Ressources sur la neurophysiologie de la douleur [Internet]. Section Rachis. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/neurophysiologie-douleur/>
99. Assurance Maladie. Je souffre de lombalgie: de quoi s'agit-il et que faire? [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/lombalgie-definition-action_assurance-maladie.pdf
100. Tania Gardnera, Kathryn Refshauge b, Lorraine Smith a. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1836955317300693?token=CECD75025669AE3B623CB75C3400086070CAF674DF32338E3499418DC63CB9A899DF9646BAF4034A2EEEADFEBB79E7EE>
101. Cuenca-Martínez F, Cortés-Amador S, Espí-López GV. Effectiveness of classic physical therapy proposals for chronic non-specific low back pain: a literature review. *Phys Ther Res.* 2018;21(1):16-22.
102. Erp RMA van, Huijnen IPJ, Jakobs MLG, et al. Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *Pain Pract.* 2019;19(2):224-41.
103. Conseil National - Statistiques démographiques [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/la-profession-en-chiffre.html>
104. Ramond-Roquin A, Bouton C, Gobin-Tempereau A-S, et al. Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Fam Pract.* 1 août 2014;31(4):379-88.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Soignants souhaités par les généralistes pour l'AEC.....32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population (médecin 1 à 9) **Erreurs ! Signet non défini.**

Tableau II : Caractéristiques de la population (médecin 10 à 19) **Erreurs ! Signet non défini.**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MÉTHODES	4
RÉSULTATS	6
1. Caractéristiques des médecins	6
2. Gestion et difficultés soulevées par les généralistes dans la prise en charge de la lombalgie subaiguë commune	8
2.1. Prise en charge diagnostique	8
2.1.1. Clarté du diagnostic de lombalgie subaiguë commune	8
2.1.2. La place de l'examen clinique	9
2.1.3. La place de l'imagerie	9
2.2. Prise en charge thérapeutique	10
2.2.1. Prise en charge antalgique	10
2.2.2. Repos et arrêt de travail	12
2.2.3. Promotion de l'activité physique	14
2.2.4. Prise en charge kinésithérapeutique	15
2.2.5. Prise en charge des facteurs professionnels	16
2.2.6. Lutte contre le surpoids	17
2.2.7. Prise en charge des facteurs émotionnels	17
2.2.8. Prise en charge des représentations	18
2.2.9. Avis et prises en charge complémentaire	20
2.3. La place de la relation médecin-patient	22
2.3.1. L'approche des patients	22
2.3.2. Le temps de consultation	23
2.3.3. La confiance des patients	24
2.3.4. Le statut du généraliste	25
2.3.5. La gestion d'une évolution défavorable	25
2.3.6. Les pressions exercées sur les médecins	25
3. Attentes des généralistes sur l'évolution du parcours de soins de la LSA	26
3.1. Une majoration des moyens	26
3.1.1. Prévention primaire et secondaire	26
3.1.2. Éducation	27
3.1.3. Informations et débats	27
3.1.4. Médecine du travail	27
3.1.5. Un meilleur accès aux soignants	28
3.2. Formation et sensibilisation des médecins	28
3.2.1. Formation des médecins	28
3.2.2. Discussion avec les autres acteurs du parcours de soin	29
4. L'avis des généralistes sur l'action éducative ciblée	29
4.1. L'action en elle-même	29
4.1.1. Contenu	29
4.1.2. Approche des patients	30
4.2. Le soignant	32
4.2.1. Quel corps de métier et pourquoi ?	32
4.2.2. Compétences du soignant	33
4.2.3. Le soignant est une infirmière : réactions	33
4.3. Qui adresser et quand ?	35
4.3.1. Population cible	35
4.3.2. Place dans le parcours de soin	36
4.3.3. Possibilité que les patients n'adhèrent pas au projet	36
4.4. Accessibilité	37
4.4.1. Distance pour le patient	37
4.4.2. Rapidité de la prise en charge	38
4.4.3. Joignabilité et facilité pour adresser	38
4.4.4. Coût financier	39

4.5.	Communication ville-hôpital.....	39
4.5.1.	Échange avec les médecins sur les patients	39
4.5.2.	Consultation de contrôle avec le médecin généraliste après l'AEC	39
4.5.3.	Formations.....	40
4.6.	Intérêts de l'AEC.....	40
4.6.1.	Pour le patient.....	40
4.6.2.	Pour le médecin.....	41
4.6.3.	Pour la société.....	42
4.7.	Réserves des médecins	42
4.7.1.	Le projet ne répond pas aux demandes d'un médecin.....	42
4.7.2.	Le projet ne répond pas aux besoins des patients	43
4.7.3.	Les conséquences possibles	43
4.7.4.	Nécessité d'une offre de soins plus large	43
DISCUSSION		45
1.	Forces et faiblesses de l'étude	45
2.	Prise en charge de la LSA : Une intégration incomplète du modèle bio-psycho-social	46
2.1.	La place des facteurs socio-professionnels	46
2.2.	La place des facteurs émotionnels	46
2.3.	La place des facteurs cognitifs et comportementaux	47
2.4.	La place des facteurs biomécaniques	48
2.4.1.	Activité physique : le discours sur le mouvement	49
2.4.2.	Kinésithérapie	50
2.4.3.	Ostéopathie	52
2.4.4.	Chirurgie	52
3.	L'AEC en pratique comparée aux demandes des médecins généralistes et aux nouvelles recommandations	53
3.1.	L'explication du choix du travail sur les croyances	53
3.2.	La place de l'éducation thérapeutique dans la lombalgie à risque de chronicité	53
3.3.	L'importance du soignant	56
3.4.	La population cible	59
3.5.	Le délai de prise en charge pour l'AEC était une des demandes les plus fortes des médecins. 59	
3.6.	Sa place face aux craintes des médecins	61
3.7.	Ce qui n'ira pas dans le sens des médecins.....	63
4.	Perspectives pour la suite : implications en pratique et en recherche	64
4.1.	La sensibilisation et la formation des soignants	64
4.2.	Deux métiers en évolution : Kinésithérapeute et infirmier	66
4.3.	Nécessité d'études	67
LISTE DES FIGURES		75
LISTE DES TABLEAUX		76
TABLE DES MATIERES		77
ANNEXES.....		I

ANNEXES

Annexe 1 : Listes des drapeaux rouges, jaunes, bleus et noirs

(Source : Fiche mémo – Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune HAS mars 2019 page 3)

 DRAPEAUX ROUGES	 DRAPEAUX JAUNES
<ul style="list-style-type: none">➔ Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.➔ Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).➔ Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).➔ Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).➔ Perte de poids inexpliquée.➔ Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile.➔ Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).➔ Déformation structurale importante de la colonne.➔ Douleur thoracique (rachialgies dorsales).➔ Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.➔ Fièvre.➔ Altération de l'état général.	<p>Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité</p> <ul style="list-style-type: none">➔ Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.➔ <u>Problèmes émotionnels</u> tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et/ou retrait des activités sociales➔ <u>Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos</u>, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active➔ <u>Comportements douloureux inappropriés</u>, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.➔ <u>Problèmes liés au travail</u> (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).
 DRAPEAUX BLEUS	 DRAPEAUX NOIRS
<p>Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur</p> <ul style="list-style-type: none">➔ Charge physique élevée de travail.➔ Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.➔ Manque de capacité à modifier son travail.➔ Manque de soutien social.➔ Pression temporelle ressentie.➔ Absence de satisfaction au travail.➔ Stress au travail.➔ Faible espoir de reprise du travail.➔ Peur de la rechute.	<p>Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance</p> <ul style="list-style-type: none">➔ Politique de l'employeur empêchant la réintroduction progressive ou le changement de poste.➔ Insécurité financière.➔ Critères du système de compensation.➔ Incitatifs financiers.➔ Manque de contact avec le milieu de travail.➔ Durée de l'arrêt maladie.

D'après la Société française de médecine du travail (SFMT). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonne pratique. Rouen: SFMT; 2013.

Annexe 2 : Résumé des recommandations HAS 2019 sur la prise en charge non médicamenteuse dans la lombalgie commune

(Source Fiche mémo – Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune HAS mars 2019)

Prise en charge non médicamenteuse

Avant d'envisager une prise en charge non médicamenteuse, le **diagnostic médical de lombalgie commune** doit avoir été posé (AE).

L'exercice physique est le traitement principal permettant une évolution favorable de la lombalgie commune (grade B).

Tableau 1. Prises en charge non médicamenteuses indiquées ou possibles en cas de lombalgie commune.
Différentes prises en charge peuvent être associées.

			Modalités
Première intention	Autogestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible)	Indiquées (grade B)	
	Activités physiques adaptées et activités sportives	Indiquées (grade B)	Activité progressive et fractionnée selon la préférence du patient.
	Kinésithérapie	Indiquée (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
Deuxième intention	Éducation à la neurophysiologie de la douleur (a)	Indiquée (AE)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
	Techniques manuelles (manipulations, mobilisations)	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.
	Interventions psychologiques type TCC	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés ; par un professionnel ou une équipe formés aux TCC de la douleur.
Troisième intention	Programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale (b) et professionnelle	Possible (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs de risque psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée. À moduler en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient.

TCC : techniques cognitivo-comportementales ; (a) sectionrachis.fr/index.php/recommandation-lombalgie/neurophysiologie-douleur/ ; (b) il est recommandé que les programmes comportent des exercices actifs supervisés, une approche multidisciplinaire, des TCC et des mesures d'ordre social.

Annexe 3 : Modèles biomédical et biopsychosocial

(Source : Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. Ann Phys Rehabil Med. 1 juill 2011;54(5):319-35.)

Modèles biomédical et biopsychosocial.

Modèle biopsychosocial : modèle intégré tenant compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie

Biologique	Analyse clinique, de la condition physique et mentale
Psychologique	Facteurs personnels psychologiques et comportementaux influant sur le fonctionnement de l'individu
Social	Reconnaissance de l'importance du contexte social, des pressions et contraintes sur le fonctionnement de l'individu, notamment du retentissement socioprofessionnel

Modèle biomédical : modèle fondé sur l'application directe de la méthode analytique des sciences exactes conduisant du diagnostic au traitement sans considérer l'homme

Anatomie et biomécanique humaine	Influence directe de la lésion sur la douleur limitée au système lombopelvien
----------------------------------	---

Annexe 4 : Modèle peur-évitement

(Source : Vlaeyen La psychologie de la peur et de la douleur Revue du Rhumatisme 76 (2009) 511-516)

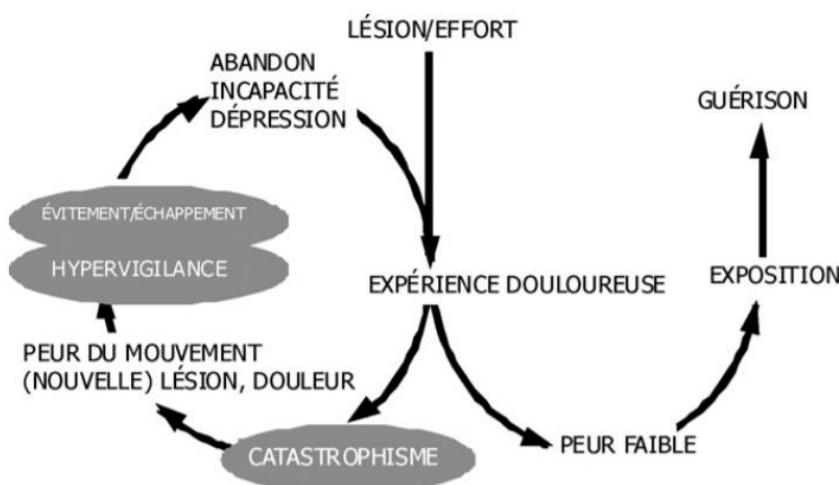


Fig. 1. Modèle cognitivo-comportemental de la peur liée à la douleur. Si la douleur, causée par une lésion ou un effort, est interprétée comme menaçante (catastrophisme vis-à-vis de la douleur), la peur liée à la douleur progresse. Cela conduit à un évitement/échappement, suivi d'une incapacité, d'un abandon et d'une dépression, responsables d'une persistance des expériences dououreuses et donc d'un cercle vicieux de peur et d'évitement croissants. En l'absence de catastrophisme, il n'existe pas de peur liée à la douleur et les patients affrontent rapidement les activités quotidiennes, ce qui les mène à une guérison rapide [7].

Annexe 5 : Parcours du patient dans le projet d'action éducative ciblée

(Source : centre antidouleur du CHHA)

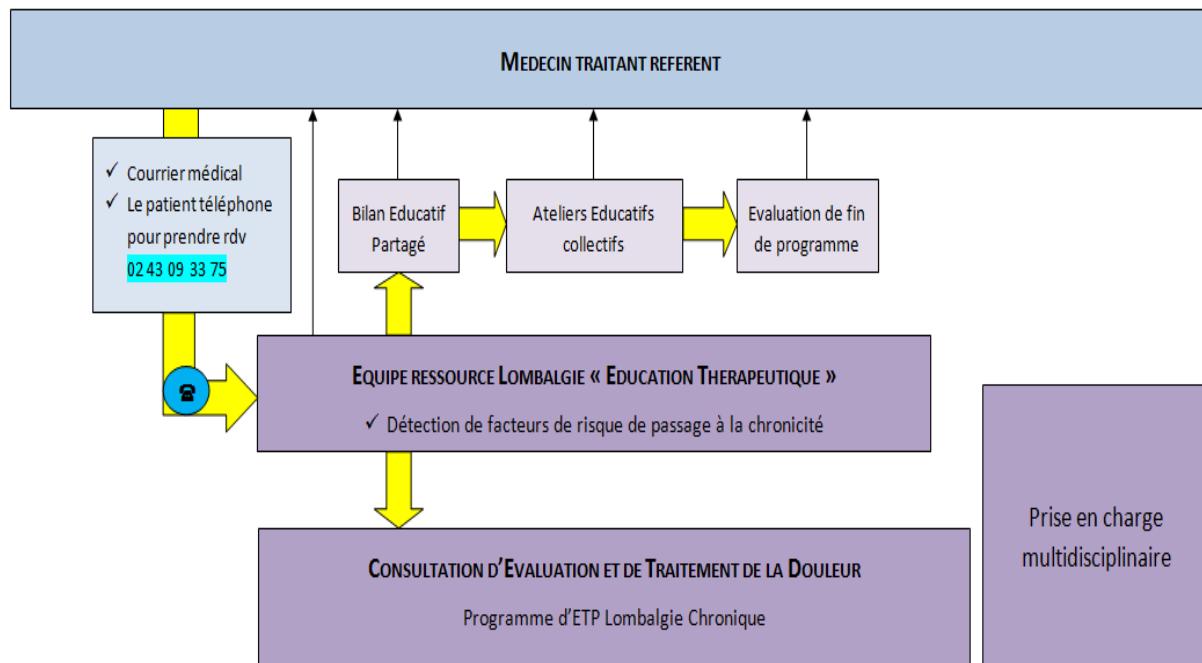


EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (E.T.P.)

La lombalgie commune : éviter le passage à la chronicité

Parcours du patient

Courrier information
évolution du patient



Annexe 6 : Diagnostic/Bilan éducatif du projet d'AEC

(Source : centre antidouleur du CHHA)

	DIAGNOSTIC EDUCATIF Programme ETP La Lombalgie chronique Module 2 - La lombalgie subaiguë
Nom / Prénom :	
Date de naissance : / /	Demande de RDV du patient le / /
Date : / /	Contact téléphonique par IDE le / /
Vérification critères inclusion par téléphone : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> le / /	
Réalisé par :	
I- DIMENSION BIO-MEDICALE	

CRITERES D'INCLUSION

ATTENTES SPECIFIQUES DU PATIENT PAR RAPPORT A SA PRISE EN CHARGE

	Oui	Non
RDV prévu avec un neurochirurgien ou chirurgien du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RDV prévu pour scanner, IRM, autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RDV prévu pour un traitement spécifique (infiltration....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ *Si un seul « oui » : non inclusion au programme et réorientation vers le médecin traitant.*

VERIFICATION DES ELEMENTS DE SECURITE AVANT INCLUSION

	Oui	Non
Patient moins de 20 ans ou premier épisode après 55 ans		
Traumatisme important		
Syndrome inflammatoire, infectieux, fièvre		
Traitements prolongés par corticoïdes		
Baisse de l'état général		
Antécédent de cancer, VIH		
Douleur qui augmente progressivement, non liée à l'activité physique		
Douleur augmentée en position allongée, mal localisée (dos et thorax)		
Signes de compression nerveuse (sciatique, paralysie sphinctérienne...)		
Dosage CRP perturbé		

⇒ *Si un seul «oui» : y a-t-il eu une exploration ? oui non*

Laquelle et quels résultats ?

⇒ *Si pas d'exploration, patient à réorienter vers son médecin traitant.*

VERIFICATION DE LA REALISATION D'UN BILAN BIOLOGIQUE

Bilan bio réalisé ? oui non

→ *Si oui, date du bilan :*

Résultats : NFS :

VS :

CRP :

→ *Si non : remettre ordonnance du médecin de la consultation douleur.*

Le bilan est à effectuer impérativement avant le programme.

ANTECEDENTS**MEDICAUX****CHIRURGICAUX****LE PATIENT A-T-IL DEJA BENEFICIE D'UN PROGRAMME ETP ?**

oui non

→ Si oui , lequel :

LA DOULEUR**HOSPITALISATIONS LIEES À LA LOMBALGIE**

Dates :

Durée :

DESCRIPTION DE LA DOULEUR

Début de la douleur :

Localisation de la douleur :

Fréquence de la douleur :

Evaluation de la douleur : (EN)

Maintenant :

Lors de crises :

FACTEURS INFLUENCANT LA DOULEUR

(Facteurs déclenchant, situations particulières, moments précis dans la journée, facteurs apaisant la douleur comme le repos ...).

LE TRAITEMENT**TRAITEMENTS ACTUELS**

CONNAISSANCE DU PATIENT PAR RAPPORT À SON TRAITEMENT

Le patient connaît :

- Le nom de ses médicaments oui non
- La posologie de ses médicaments oui non
- L'action de ses médicaments oui non
- L'intérêt de l'observance oui non
- Le rôle des traitements à visée antalgique (traitement de fond, traitement de la crise) oui non
- Les traitements non médicamenteux oui non

Remarques :

Echelle STarT Back Screening Tool	
Score total	
Sous score	

II- DIMENSION COGNITIVE

Vos douleurs sont-elles liées à une lésion suite à un port de charge, une activité physique, un accident de travail, un chute, un AVP ?

Pensez-vous connaître l'origine de vos douleurs ? oui non

Si oui, précisez :

Pour vous, est-ce quelque chose de grave ?

Que vous a dit votre médecin traitant ou votre kinésithérapeute (dos fragile, arthrose, discopathie, contracture musculaire, en lien avec l'âge, votre poids...) ?

Quels conseils votre médecin vous a-t-il donné (repos, maintien ou arrêt d'activités...) ?

Pour vous, les examens complémentaires pourraient-ils expliquer la cause de votre douleur et avoir un intérêt dans votre prise en charge ? oui non

Pour vous, quel(s) serait(ent) le(s) meilleur(s) traitement(s) (médicaments, chirurgie, repos, activité physique...) ?

Pensez-vous que vos douleurs vont s'aggraver et pourquoi ?

Scores FABQ	
FABQ 1	/24
FABQ 2	/42

III- DIMENSION SOCIO-PROFESSIONNELLE

SITUATION PROFESSIONNELLE

Profession :

- En activité Temps plein Temps partiel À la recherche d'un emploi
 Poste de travail aménagé

En arrêt de travail depuis le

En invalidité

En retraite

Autre :

Quelles difficultés rencontrez-vous dans votre travail par rapport à vos douleurs ? Y a-t-il un impact ?

Vous sentez-vous épaulé(e) dans votre travail malgré la douleur actuellement ?

Pouvez-vous dire qu'une bonne ambiance règne au travail ?

Que pensent votre supérieur, vos collègues de la situation ?

SITUATION FAMILIALE

- En couple Célibataire Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf Nombre d'enfants :

Comment ça se passe au quotidien avec votre famille, conjoint, enfant ? (soutien de l'entourage, conséquence sur les relations avec l'entourage...)

Que pensent-ils de votre problème de dos ? Vous ont-ils conseillé ?

Avez-vous connu des événements de vie difficiles (deuil, séparation, choc émotionnel...) ?

Qualifiez-vous votre enfance de paisible ?

ACTIVITES QUOTIDIENNES

Quelles sont vos activités préférées ? Avez-vous des passions ? Qu'est-ce qui vous plaît ?

La douleur vous empêche-t-elle de faire certaines activités (bricolage, jardinage, ménage...) ?

Avez-vous diminué vos loisirs, vos sorties... ?

Pratiquez-vous une activité physique régulière (laquelle, à quelle fréquence, quelle durée...) ?

D'après-vous, est-il préférable de limiter les activités physiques afin de diminuer votre douleur ?
Pourquoi ?

SCORES ECHELLE DE DALLAS

Répercussions sur...	
les activités quotidiennes	%
les activités professionnelles/loisirs	%
le rapport anxiété/dépression	%
la sociabilité	%

IV- DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

Dans quel état d'esprit êtes-vous aujourd'hui ? Comment vous sentez-vous (humeur, peur, tristesse, stress, colère...) ?

Avez-vous l'impression que votre caractère est modifié par rapport à d'habitude (irritabilité, moins de patience...) ?

Avez-vous des craintes particulières depuis l'apparition de vos douleurs ?

Score anxiété	
Score dépression	

Annexe 7 : Fiches pédagogiques des deux ateliers de l'AEC

(Source : centre antidouleur du CHHA)

	FICHE PEDAGOGIQUE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE : Module 2 - La lombalgie subaiguë
Atelier 1 : La lombalgie subaiguë : prévenir la chronicité	
Objectif de l'atelier	
Développer un travail cognitif avec le patient (croyances par rapport à l'imagerie, la chirurgie, les traitements médicamenteux, les facteurs de chronicisation) afin de rassurer le patient sur le bon pronostic du mal de dos et de favoriser une reprise rapide d'activités et éviter l'iatrogénie.	
Organisation de l'atelier	
<ul style="list-style-type: none">- Public concerné : Patients participant au programme ETP module 2 « la lombalgie subaiguë ».- Nombre maximum de participants : de 6 à 8 patients.- Durée : 1 heure 30.- Lieu : Salle d'ETP.- Personnel(s) ressource(s) :<ul style="list-style-type: none">• Docteur M. Nouri• V.Folliot (IDE)• C. Giacuello (IDE)- Documents utilisés :<ul style="list-style-type: none">• Vidéos : « La colonne vertébrale » (2') ; « Comprendre la douleur » (5') ; « douleur en dos majeur ».• Diaporama.• Carte conceptuelle : « Comment je vois ma lombalgie et avec quel traitement ».	
Pré-requis : Eléments de sécurité vérifiés lors du diagnostic éducatif et bilan biologique récupéré.	
Déroulement de l'atelier	
<p style="text-align: center;"><i>Remarque : Le déroulement de l'atelier est susceptible d'être modifié en fonction de la dynamique du groupe.</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Etape 1 (10') : Lancement de l'atelier<ul style="list-style-type: none">• L'I.D.E. fait un rappel sur la confidentialité.• Présentation rapide de chaque patient (chacun se présente rapidement).➤ Etape 2 (10') : Carte conceptuelle « <i>Comment je vois ma lombalgie et avec quel traitement</i> »<ul style="list-style-type: none">• Projection de la carte conceptuelle.• Chaque patient y apporte quelques mots.• Mutualisation et verbalisation (mots-clés notés sur paperboard par l'animateur).➤ Etape 3 (20') : L'imagerie et la chirurgie dans la lombalgie<ul style="list-style-type: none">• (recommandations HAS « lombalgie et chirurgie de l'adulte 2015 », recommandations du collège de médecins américains).• Rappel anatomique de la colonne vertébrale : projection de la vidéo sur la colonne vertébrale.• Utilisation des mots-clés qui ont été notés au tableau en début de séance pour aborder les représentations.• Rappel anatomique de la colonne vertébrale : projection de la vidéo sur la colonne vertébrale.• Interactions avec les patients sur leurs différentes croyances par rapport à la chirurgie et l'imagerie.➤ Etape 4 (20') : Prise en charge de la lombalgie<ul style="list-style-type: none">• Projection de la vidéo « comprendre la douleur »• Projection d'un diaporama sur les traitements médicamenteux et non médicamenteux.• Projection éventuelle d'extrait de l'émission « douleur en dos majeur »• Discussion avec les patients.	

<ul style="list-style-type: none">➤ Etape 5 (30') : Identifier les facteurs de chronicisation<ul style="list-style-type: none">• Projection d'un diaporama sur les facteurs de chronicisation.• Chaque patient est invité à titre individuel à repérer l'existence éventuelle de facteurs de chronicisation.• Tour de table pour mutualiser les facteurs de chronicisation.• Questionnements par rapport aux facteurs de chronicisation : sont-ils modifiables ? Comment ?• Démarche réflexive.➤ Evaluation de l'atelier :<ul style="list-style-type: none">• Evaluation orale.• Circulations de la parole autour des questions, réactions des participants et des précisions en conséquence.

Atelier 2 : les croyances délétères à propos des lombalgies

Objectif de l'atelier

Identifier les croyances délétères favorisant les conduites d'évitement des patients souffrant de lombalgie subaigüe et y remédier afin de prévenir la chronicisation des lombalgies.

Organisation de l'atelier

- Public concerné : Patients participant au programme ETP Module 2 « la lombalgie subaigüe ».
- Nombre maximum de participants : de 6 à 8 patients.
- Durée : 1 h30 à 2h00.
- Lieu : Salle d'ETP.
- Personne ressource :
 - J. Renault (IDE)
- Documents et matériels utilisés :
 - Diaporama
 - Cartes « Vraie/Fausse », paperboard

Pré-requis : Avoir effectué l'atelier 1.

Déroulement de l'atelier

Remarque : Le déroulement de l'atelier est susceptible d'être modifié en fonction de la dynamique du groupe.

➤ Etape 1 (40') : Identifier les fausses croyances

- (Approche interactive, diaporama et cartes « vraie / fausse »)
- Présentation de l'atelier puis, reprise de l'atelier précédent. Repérage des changements opérés et ou des résistances actuelles. (10')
 - Jeu « Rechercher les fausses affirmations ». A partir des représentations individuelles, remédiation éducative par l'apport théorique / origines et constructions des croyances délétères vis-à-vis de la lombalgie commune. (30')

➤ Etape 2 (15') : Sortir du catastrophisme

- (Approche interactive et magistrale (diaporama)).
- Apport théorique : kinésiophobie et catastrophisme (mouvement, douleur, peur ...) (15').

➤ Etape 3 (30' à 45') : Amorcer un travail individuel sur ses facteurs aggravants

- (Approche interactive).
- Reprise des facteurs aggravants que chacun des participants aura identifiés au cours du 1er atelier. Partage et recherche collective de solutions ou piste de solutions pour chacun. (30' à 45').

➤ Etape 4 (10') : Conclusion

- (Approche interactive (diaporama)).
- Synthèse et possibilités de poser ses dernières questions (10').

➤ Evaluation de l'atelier :

- Evaluation orale.
- Clôture de l'atelier.

Annonce 8 : Plaquettes d'information du Parcours d'Activité Physique et Santé en Mayenne (PAPS 53)

COMITE DEPARTEMENTAL OLYMPIQUE ET
SPORTIF DE LA MAYENNE
(CDOS 53)

Michel LIÉBERT
Président du CDOS 53

Maison départementale des sports
109 avenue Pierre de Coubertin
BP 91035
53010 LAVAL CEDEX

02. 43.67.10.30
mayenne@franceolympique.com

PLATEAU TECHNIQUE SPORTIF DU
CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL

CONTACTS

CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL

CENTRE HOSPITALIER DU NORD-MAYENNE

CENTRE HOSPITALIER DU HAUT-ANJOU

HOPITAL LOCAL D'EVRON

HOPITAL LOCAL DE CRAON

06.22.69.82.13

medsport@chlaval.fr

LE SPORT AU SERVICE DE LA SANTE EN MAYENNE

Parcours Activités Physiques et Santé 53

POURQUOI LE PAPS ?

VOUS ÊTES BENEFICIAIRE *

Votre Parcours A.P.S. se divise en plusieurs étapes :

- Vous réalisez un diagnostic auprès d'un médecin (médecin traitant ou spécialiste)
- Vous bénéficiez d'un accueil individualisé avec un éducateur sportif pour être conseillé sur les activités physiques les mieux adaptées à votre situation.
- Vous pratiquez une activité physique dans un atelier de découverte pendant 3 mois ou dans un club sportif labellisé pour vous accueillir.
- Vous recevez des conseils pour adapter votre alimentation à votre activité physique.
- Tout au long de votre Parcours A.P.S., un suivi personnalisé et confidentiel veille au respect des préconisations faites par le médecin lors du diagnostic.
- Vous décidez de poursuivre votre activité physique dans le club mayennais labellisé de votre choix.
- Une aide financière vous est attribuée sur la totalité du parcours.

- Vous réalisez le diagnostic préalable pour orienter le patient vers le Parcours A.P.S. et vous rédigez le certificat de non contre-indication, assorti d'éventuelles réserves et préconisations.
- Vous êtes informé du Parcours du patient à son entrée dans le dispositif au terme du premier entretien, et à sa sortie du dispositif (vous êtes destinataire du bilan réalisé avec le patient)

Diabète, maladies cardio-vasculaires, convalescence de cancers, obésité, surpoids... Le PAPS est également ouvert aux personnes atteintes d'un handicap physique ou mental et aux jeunes scolaires en surpoids ou autres demandes personnelles.

Annexe 9 : Les composantes du changement de comportement en quatre dimensions

(source : Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. Médecine Mal Métaboliques. mars 2007;1(1):69-7)

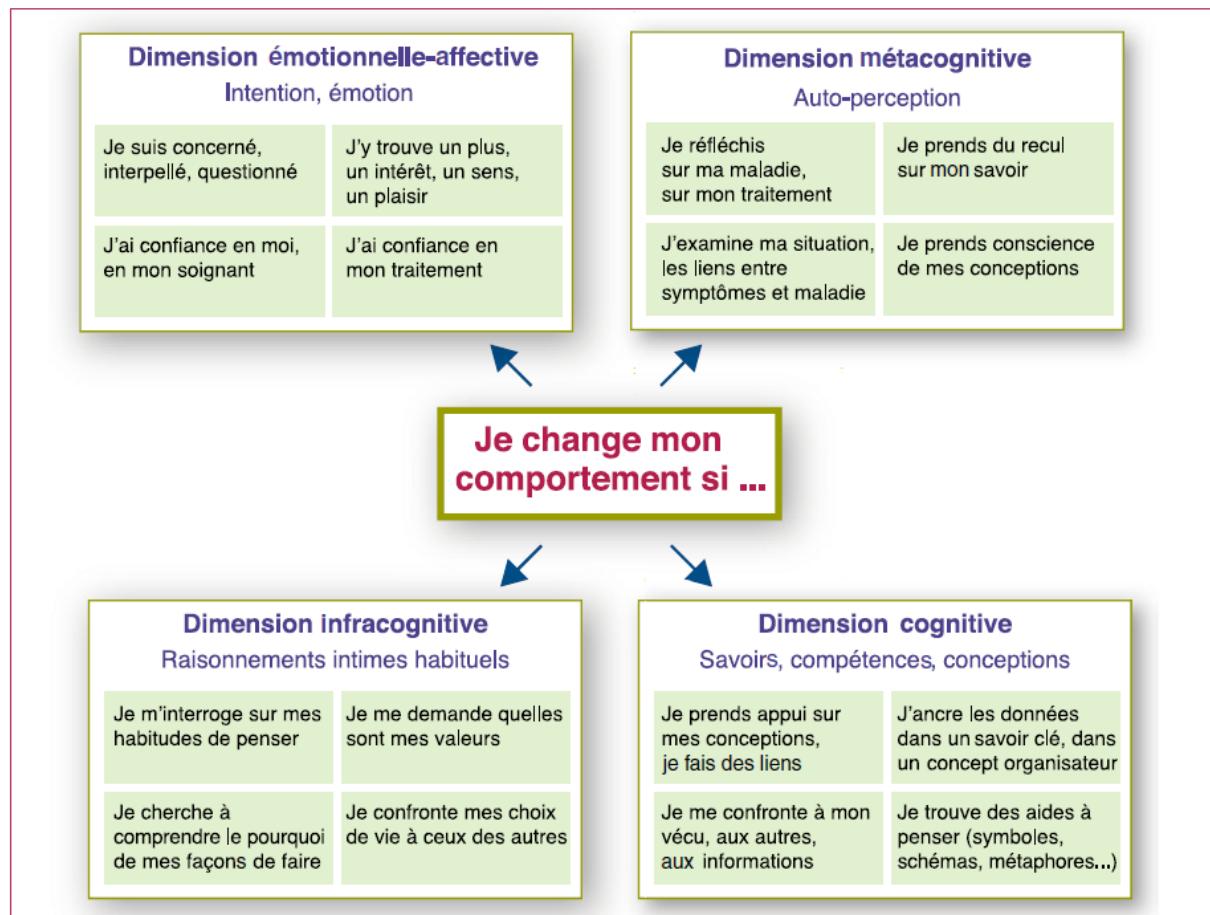


Figure 2 : Les composantes du changement de comportement en quatre dimensions.

Annexe 10 : message type lors du recrutement des médecins (oral ou écrit)

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je travaille avec le Dr Nouri (algologue au centre antidouleur de Château Gontier) dans le cadre de ma thèse.

Je mène une étude qui s'intéresse au thème de la lombalgie commune dans la période subaiguë.

Je souhaiterais m'entretenir avec vous pour parler de cette pathologie et de sa prise en charge en Mayenne, ainsi que d'une nouvelle action éducative qui va être mise en place en Mayenne.

L'objectif de ce travail est de permettre de recueillir votre avis et connaître vos attentes sur cette nouvelle action éducative pour les patients atteint de lombalgie subaiguë.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience sur la prise en charge des lombalgiques subaigus, et d'obtenir votre avis sur l'action éducative après vous l'avoir présentée.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant une trentaine de minutes maximum, dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée. J'effectue les entretiens le mercredi jusqu'en octobre, s'il n'y a pas de possibilité le mercredi je serai disponible d'autres jours de la semaine à partir de novembre.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes cités...) seront ensuite rendu anonymes.

Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. (voir le document joint)

Le projet a été relu par la Commission d'Éthique du CHU d'Angers.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

Par téléphone ou par email

Dans l'attente de votre réponse,

Sincères salutations,

Oriane Kerbourc'h

Annexe 11 : Le guide d'entretien

Merci beaucoup de me recevoir, je suis interne en médecine générale et mon travail de thèse porte sur la lombalgie en période subaiguë, donc qui évolue depuis au moins 4 à 6 semaines mais durant depuis moins de trois mois. Et donc lombalgie commune où on n'a pas de craintes sur une métastase, un rhumatisme inflammatoire, une fracture etc. Je travaille avec le Dr Nouri, qui est algologue au centre anti douleur de Château Gontier, le but c'est de parler sur une nouvelle action éducative qui va être mise en place à Château Gontier. Dans un premier temps on va parler de votre prise en charge de ces patients-là, et ensuite on parlera de cette nouvelle action éducative après que je vous l'ai présenté.

1/ Est-ce que dans un premier temps vous pouvez vous présenter ?

2/ Prise en charge de la lombalgie subaiguë commune

-Est ce que vous avez des exemples de patients sur des lombalgies subaiguës, qui durent depuis moins de trois mois ?

Relance : qu'est-ce que vous recherchez dans une lombalgie qui dure ? Qu'est ce que vous explorez durant ces consultations ?

- Est-ce qu'il y a des choses qui favorisent selon vous que la lombalgie dure, se chronicise ? est ce que vous voyez des facteurs de chronicité ?

-Si fausses croyances non citées : est ce que les fausses croyances, les peurs c'est quelque chose qui vous parle ?

-Si ne voit pas ce que c'est une fausse croyance : C'est par exemple quelqu'un qui va penser que, s'il a mal en fait, s'il bouge et qu'il a mal c'est qu'il va abîmer son dos et que du coup il ne faut pas bouger... Ou alors ça peut être aussi « j'ai très mal donc c'est que j'ai quelque chose de grave. Qu'ils explicitent ou pas, mais ça peut être des fausses croyances qu'ils peuvent avoir.

- En Mayenne / territoire Segréen, est ce que vous rencontrez des difficultés particulières ?

3/ Présentation du principe d'éducation thérapeutique et d'action ciblée puis questions

Alors maintenant on va parler un petit peu d'éducation thérapeutique. Là je prends l'exemple du diabète, où il y a des programmes d'éducation thérapeutique où le but c'est d'avoir un programme un peu complet pour que le patient apprenne à connaître sa maladie, à la gérer, et puis à adapter un petit peu aussi sa vie à la maladie .

Et il peut y avoir des actions éducatives ponctuelles, par exemple apprendre à faire un dextro et à gérer ses glycémies. Donc ça c'est quelque chose de ponctuel.

-Est-ce que vous auriez des idées du même type pour la lombalgie subaiguë ? (Relance)

4/Présentation du projet d'AEC puis questions

Si cela vous va, je vais maintenant vous présenter ce qui va être mis en place à Château-Gontier. Donc le but, ce serait, si vous avez un patient qui a une lombalgie qui évolue depuis 4 à 6 semaines et moins 3 mois, où vous n'avez pas de craintes sur une cause secondaire... Que vous puissiez l'adresser au centre antidouleur de Château-Gontier, soit en appelant soit en adressant un courrier. Le but est que le patient soit reçu assez rapidement, dans les jours-semaines à venir pour faire un bilan déjà de sa lombalgie avec un soignant. Et il serait revu deux fois, en deux séances d'une heure et demi, par petits groupes de 8 personnes maximum, toutes subaiguës, pour débriefer, de la gestion des médicaments et travailler sur les fausses croyances qu'ils peuvent avoir... Vous continuez votre prise en charge en parallèle. Si à la fin des séances, vous voyez que cela évolue bien, nous n'avons plus rien à faire, si par contre vous voyez que ça n'évolue pas, qu'il est en train de se chroniciser, le but c'est que vous puissiez nous le réadresser, pour qu'il soit inclus dans un programme pluridisciplinaire, soit avec l'algologue, le MPR...

-quelles sont vos impressions là-dessus ? pourquoi ? attentes ? freins ? idées à intégrer ? qu'est-ce que ça peut apporter ? pour quels patients ? choses à modifier ?

-J'ai parlé de soignant, est-ce que vous verriez quelqu'un en particulier ? quel soignant, que ce soit médical ou paramédical à ce poste ?

Quelles compétences souhaiteriez-vous pour ce soignant ?

Alors ce sera une infirmière, qui s'occupe déjà du programme d'éducation thérapeutique pour la lombalgie chronique, qui a un DU douleur et une formation en éducation thérapeutique.

Pour vous le fait que ce soit une infirmière... ?

relance

-Est-ce que vous auriez des idées, plus globalement je veux dire pour lutter contre la chronicisation de la lombalgie ?

-Est-ce que vous verriez des choses à ajouter ?

Remerciements

Annexe 12 : Interventions majeures sur le rachis 2011

(source recommandations HAS « Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie » 2015

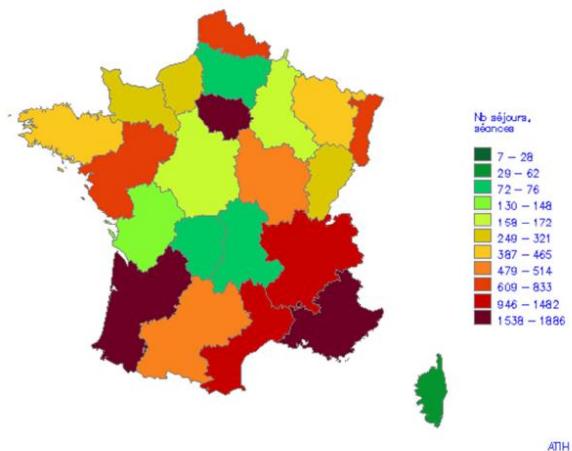


Figure 1. France par région – GHM 08C521 Interventions majeures sur le rachis, niveau 1 (2011)
(source ATIH)

Annexe 13 : Start Back Screening Tool

(source https://www.mcgill.ca/spineprogram/files/spineprogram/start_back9_item_fr.pdf)

STarT Back Outil Triant

Pour ce premier ensemble de questions, veuillez penser à votre mal de dos pendant ces deux dernières semaines.

		Pas d'accord 0	D'accord 1
1	Mon mal de dos a irradié dans la/les jambe(s) à un certain moment ces 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	J'ai ressenti des douleurs dans l'épaule ou dans le cou à un certain moment ces 2 dernières semaines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ces 2 dernières semaines, je n'ai marché que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ces 2 dernières semaines, je me suis habillé plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Il n'est vraiment pas prudent, pour une personne dans un état comme le mien, d'être physiquement active .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Des pensées préoccupantes m'ont souvent traversé l'esprit ces 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'estime que mon mal de dos est épouvantable et je pense que cela n'ira jamais mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	En général, ces 2 dernières semaines, je n'ai pas profité de toutes les choses que j'avais l'habitude d'apprécier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il **gêné** pendant ces **2 dernières semaines**?

Pas du tout Légèrement Modérément Beaucoup Enormément
 0 0 0 1 1

Score total (tout 9) : _____ Sous Score (Q5-9): _____

Traduit par Christophe Demoulin, l'Université de Liege, Belgique, le 2009 juin

© Keele University 01/08/07

Cotation de l'instrument :

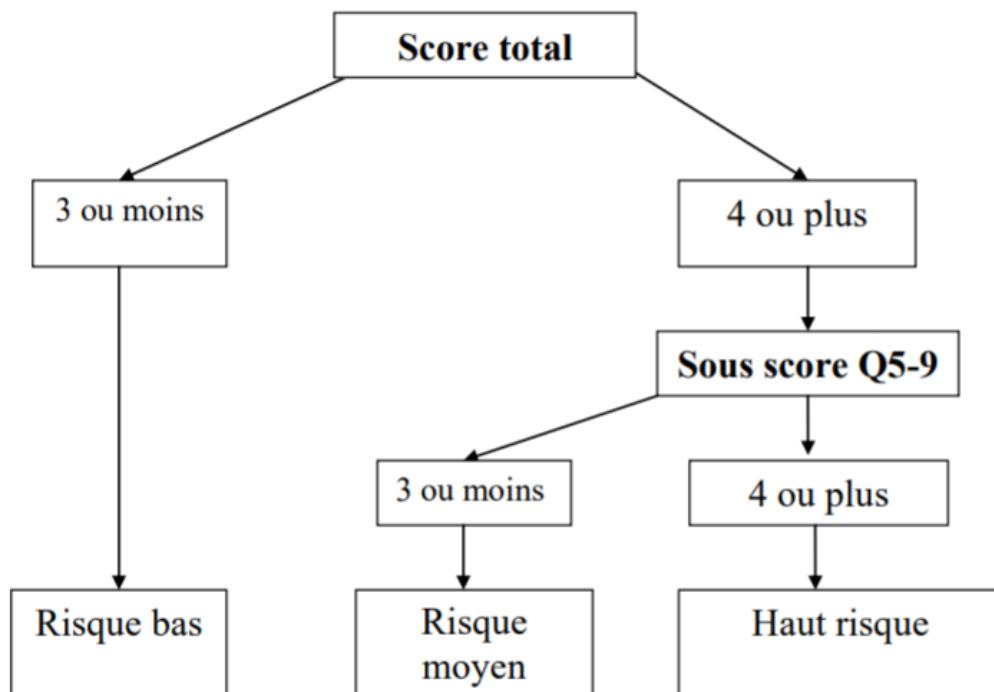
1 point est attribué à l'item 1 si « beaucoup » ou « énormément » est coché.

1 point est attribué pour chacun des autres items (2 à 9) si « d'accord » est coché.

La sous-échelle psychosociale comprend les items 1, 4, 7, 8 & 9.

Un patient est assigné au groupe à haut risque si le score de la sous-échelle psychosociale est supérieur ou égal à 4.

Les patients restants sont assignés au groupe à faible risque si le score global de l'instrument est inférieur à 4 et au groupe à risque moyen si ce score global est supérieur ou égal à 4.



Annexe 14 : Orebrö Musculoskeletal Pain Screening (version courte)

(Source : <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/OrebroFr.pdf>)

Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening (version courte)

Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter votre dos.

7. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										Complètement d'accord

8. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										Complètement d'accord

Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.

9. Je peux faire un travail léger pendant une heure.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

10. Je peux dormir la nuit.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

Item 1. La première catégorie « 0-1 semaine » vaut 1 et la dernière « >52 semaines » vaut 10. La catégorie « 8-9 semaines » vaut 5.

Item 2, 3, 4, 5, 7 et 8. Le score est celui du chiffre entouré.

Item 6, 9 et 10. Le score égale 10 moins le chiffre entouré.

Total =

Score >49= risque élevé

Outil reproduit avec la permission du Professeur Steven J. Linton détenteur du copyright de l'Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire.

Annexe 15 : Bilan final / synthèse de l'AEC

(source : centre antidouleur du CHHA)

	EVALUATION INDIVIDUELLE FINALE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : Module 2 - La lombalgie subaiguë
Nom / Prénom : Date de naissance : / / Date : / / Réalisé par :	
Evolution de la douleur (cf. Auto-évaluation de la douleur) Hospitalisations liées à la douleur depuis les ateliers ETP : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Date : - Durée : Imageries réalisées en lien avec la lombalgie subaiguë depuis les ateliers ETP : <u>EN :</u> <u>% d'amélioration :</u> <u>Remarques :</u>	
Evolution du traitement médicamenteux	
Evolution du retentissement de la douleur chronique (Cf. auto-évaluation de la douleur : échelle de retentissement émotionnel et échelle qualité de vie) Dans la vie professionnelle <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> À la recherche d'un emploi <input type="checkbox"/> Poste de travail aménagé <input type="checkbox"/> En arrêt de travail depuis le <input type="checkbox"/> En invalidité <input type="checkbox"/> En retraite <input type="checkbox"/> Autre : Dans la vie familiale (soutien de l'entourage, modification des relations....)	

Dans les activités quotidiennes (si reprise d'activités, à quel rythme, combien de temps....)

Dans la santé psychologique (comportement, humeur, peur, tristesse, émotions) :

	Score anxiété	Score de dépression
Initial		
Final		

Evolution score échelle de Dallas :

% répercussions	Activités quotidiennes	Activités professionnelles/loisirs	Anxiété/ dépression	Sociabilité
Initial				
Final				

Evaluation des objectifs priorisés et négociés avec le patient

Suite à donner

Fin du programme d'Education Thérapeutique du Patient Module 2 « la lombalgie subaigüe » et poursuite suivi avec médecin traitant.

RDV avec médecin de la consultation douleur :

Annexe 16 : Plaquette d'information de l'AEC à destination des médecins généralistes

(Source : centre antidouleur du CHHA)

Vérification des éléments de sécurité avant inclusion dans le programme ETP Lombalgie à risque de chronicité

Oui	Non
-----	-----

- Patient moins de 20 ans ou premier épisode après 55 ans
- Traumatisme important
- Syndrome inflammatoire, infectieux, fièvre
- Traitements prolongés par corticoïdes
- Baisse de l'état général
- Antécédent de cancer, VIH
- Douleur qui augmente progressivement, non liée à l'activité physique
- Douleur augmentée en position allongée, mal localisée (dos et thorax)
- Signes de compression nerveuse (sciatique, paralysie sphinctérienne...)

Exclusion du patient du programme ETP en l'absence d'exploration

Contact : Mme C. Gicquelle

Coordinatrice des programmes Education Thérapeutique du Patient

Télé : 75 33 09 43 02

PROGRAMME D'EDUCATION THÉRAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS PRÉSENTANT UNE LOMBALGIE COMMUNE À RISQUE DE CHRONICITÉ



Objectifs de l'éducation thérapeutique proposée :

- Eviter la chronicisation de la lombalgie en menant une éducation thérapeutique précoce auprès des patients.
- Déceler précocement les patients ayant des facteurs de risque de passage à la chronicité.
- Développer un travail cognitif avec le patient afin de favoriser une reprise d'activités le plus rapidement possible.
- éviter l'iatrogénie (éviter une surmédicalisation avec une imagerie le plus souvent non nécessaire).
- Dramatiser la situation en rassurant le patient sur le bon pronostic général du mal de dos.
- Dynamiser de façon positive les qualités et les ressources de chaque patient.

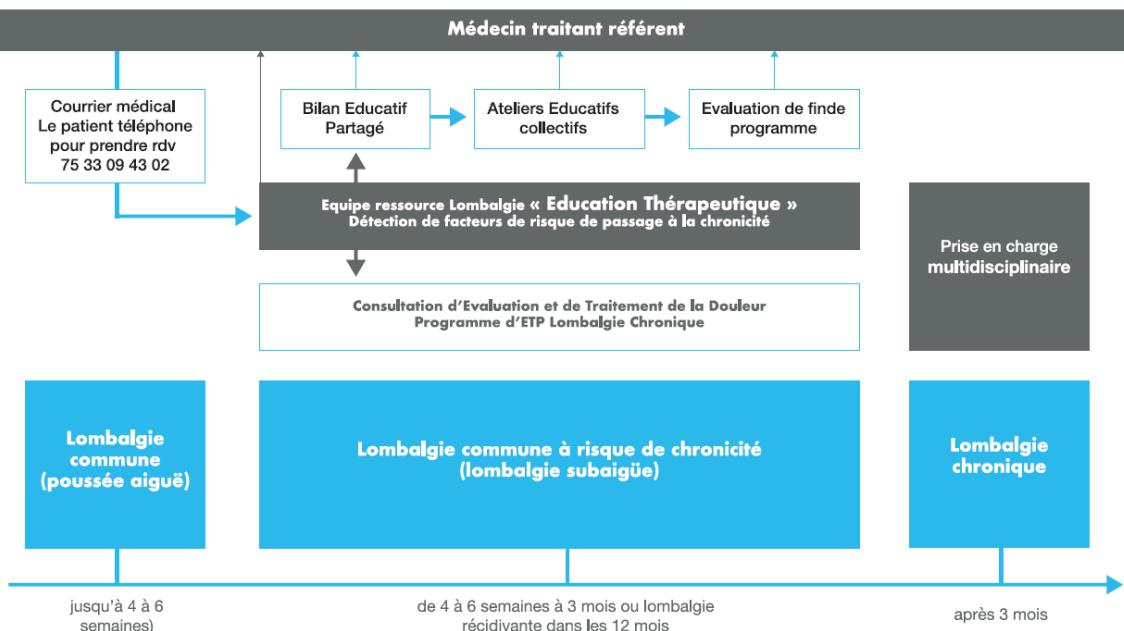
Après votre avis médical initial, votre patient muni d'un courrier de votre part contactera ensuite par téléphone la Consultation Douleur afin d'obtenir un rendez-vous pour la réalisation d'un bilan éducatif.

Vous serez tenu informé(e) de l'évolution de votre patient tout au long de son parcours de soin

Courrier information évolution du patient

Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.) La lombalgie commune : éviter le passage à la chronicité

Parcours du patient



Annexe 17 : échelle de Dallas

(source : <http://www.antalvite.fr/pdf/Auto-questionnaire%20de%20Dallas.pdf>)

Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.)					
Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.					
Nom :		Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Date :		
A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).					

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout	parfois	tout le temps
0 %		)100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, sa brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur)	moyennement	je ne peux pas sortir du lit
0 %		)100%

3. La possibilité de soulever quelque chose :

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant)	moyennement	je ne peux rien soulever
0 %		)100%

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant	presque comme avant	presque plus	plus du tout
0 %			)100%

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)	moyennement	je ne peux pas rester assis(e)
0 %		)100%

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout (je reste debout comme avant)	moyennement	je ne peux pas rester debout
0 %		)100%

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout (je dors comme avant)	moyennement	je ne peux pas dormir du tout
0 %		)100%

Total X 3 = ----- % de répercussion sur les activités quotidiennes

8. La vie sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc....) ?

pas du tout (ma vie sociale est comme avant)	moyennement	je n'ai plus aucune activité sociale
0%(		100%)

9. Les déplacements en voiture:

Dans quelle mesure la douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

pas du tout (je me déplace comme avant)	moyennement	je ne peux me déplacer en voiture
0%(		100%)

10. Les activités professionnelles

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

pas du tout (elle ne me gêne pas)	moyennement	je ne peux pas travailler
0%(		100%)

Total X 5 = -----% de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

11. L'anxiété /Le moral:

Dans quelle mesure estimatez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

je fais entièrement face (pas de changement)	moyennement	je ne fais pas face
0%(		100%)

12. La maîtrise de soi :

Dans quelle mesure estimatez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

je les contrôle entièrement (pas de changement)	moyennement	je ne les contrôle pas du tout
0%(		100%)

13. La dépression

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

je ne suis pas déprimé(e)	je suis complètement déprimé(e)
0%(	100%)

Total X 5 = -----% de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

14. Les relations avec les autres

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

pas de changement	changement radical
0%(	100%)

15. Le soutien dans la vie de tous les jours

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc..) ?

aucun soutien nécessaire	soutien permanent
0%(	100%)

16. Les réactions défavorables des proches

Dans quelle mesure estimatez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

pas du tout	parfois	tout le temps
0%(		100%)

Total X 5 = -----% de répercussion sur la sociabilité

Annexe 18 : Fear Avoidance Belief Questionnaire

(source C. Nguyen et al. / Revue du Rhumatisme 76 (2009) 537–542

Évaluation individuelle face à la douleur FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Référence : Waddell G, Newton M, Henderson I et al. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear-avoidance belief in chronic low back pain and disability. Pain 1993;52:157-68

Version française : Chaory K, Fayad F, Rannou F et al. Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004;29:908-13

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourez le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
		1	2	3	4	5	
FABQ PHYSIQUE							
1 – Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 – L'activité physique agrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 – L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 – Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 – Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
FABQ TRAVAIL							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 – Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 – Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 – Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 – Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 – Mon travail agrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 – Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 – Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 – Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 – Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 – Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 – Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6

TOTAL DES ITEMS

Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)

Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)

Annexe 19 : Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

(source https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_échelle_had.pdf)

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)	9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- La plupart du temps 3	- Jamais 0
- Souvent 2	- Parfois 1
- De temps en temps 1	- Assez souvent 2
- Jamais 0	- Très souvent 3
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Oui, tout autant 0	- Plus du tout 3
- Pas autant 1	- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Un peu seulement 2	- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- Presque plus 3	- J'y prête autant d'attention que par le passé 0
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, très nettement 3	- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2	- Un peu 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1	- Pas tellement 1
- Pas du tout 0	- Pas du tout 0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses	12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant que par le passé 0	- Autant qu'avant 0
- Plus autant qu'avant 1	- Un peu moins qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2	- Bien moins qu'avant 2
- Plus du tout 3	- Presque jamais 3
5. Je me fais du souci	13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Très souvent 3	- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2	- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1	- Pas très souvent 1
- Très occasionnellement 0	- Jamais 0
6. Je suis de bonne humeur	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Jamais 3	- Souvent 0
- Rarement 2	- Parfois 1
- Assez souvent 1	- Rarement 2
- La plupart du temps 0	- Très rarement 3
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)	
- Oui, quoi qu'il arrive 0	
- Oui, en général 1	
- Rarement 2	
- Jamais 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	
- Presque toujours 3	
- Très souvent 2	
- Parfois 1	
- Jamais 0	

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse - 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Références

- Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370.
Traduction française : J.F. Lépine.
- « L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Gueffy, éditions Pierre Fabre. Présentée également dans : *Pratiques médicales et thérapeutiques*, avril 2000, 2, 31.

Intérêt pour une action éducative ciblée dans la prise en charge de la lombalgie subaiguë commune :

Enquête qualitative auprès des médecins généralistes de Mayenne et du Haut Anjou

RÉSUMÉ

Introduction : La lombalgie commune est un problème de santé publique. L'enjeu actuel est la prévention de la chronicisation de la lombalgie commune. Les principaux facteurs de risque de chronicité sont d'ordre psychosociaux, notamment cognitivo-comportementaux à travers les peurs, croyances et comportements inadaptés face à la douleur. Le centre hospitalier du Haut Anjou a souhaité développer une action éducative ciblée (AEC) sur les lombalgies communes subaiguës (LSA) réalisée par une infirmière. Les généralistes adresseraient les patients.

Objectifs : L'étude analyse l'intérêt des généralistes concernant le projet d'AEC, la compréhension des difficultés des généralistes dans la prise en charge (PEC) des LSA, ainsi que leurs attentes en dehors de l'AEC pour le territoire mayennais et segréen.

Méthodes : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de généralistes, exerçant en territoire mayennais et segréen, entre août et décembre 2018. Analyse thématique du verbatim.

Résultats : 19 médecins ont été interrogés. La plupart des généralistes étaient favorables à la création de l'AEC. Leurs principales attentes étaient la PEC rapide de leurs patients, une structure de proximité et une communication ville-hôpital. L'AEC devait permettre la promotion du mouvement et la participation active des patients. Les généralistes évoquaient davantage un kinésithérapeute qu'un infirmier pour l'AEC, cependant l'infirmier n'était pas un obstacle car l'expérience du soignant primait. Les facteurs cognitifs étaient peu repérés et traités par les médecins. La PEC restait axée sur un modèle biomédical. En termes de santé publique, les généralistes souhaitent un délai optimal d'accès aux spécialistes, obtenir une aide lors de la gestion difficile d'arrêts de travail, ainsi qu'une majoration des moyens sportifs et d'adaptation de postes de travail.

Discussion et conclusion : La place de l'éducation thérapeutique n'apparaît pas suffisamment claire dans les recommandations de l'HAS 2019. Cependant la gestion des facteurs cognitifs y est bien évoquée ainsi qu'une sensibilisation au modèle biopsychosocial. La formation initiale et continue des soignants sur ce modèle dans la lombalgie commune, ainsi que de l'éducation thérapeutique apparaît nécessaire pour optimiser la PEC des patients.

Mots-clés : **Lombalgie commune / Lombalgie sub aiguë / Education thérapeutique / Modèle biopsychosocial / Croyance / Infirmier**

ABSTRACT

KERBOURC'H Oriane

Interest in an targeted educational action in the management of sub-acute common low back pain:

Qualitative study of general practitioners in Mayenne and Haut Anjou (French territories)

Introduction: Low back pain is a public health problem. The current challenge is preventing chronic low back pain. The main risk factors of chronicity are psychosocial, especially fear-avoidance beliefs. The hospital of Haut Anjou projected to develop a targeted educational action (AEC) on subacute common low back pain (sLBP), conducted by a nurse. Patients would be recommanded by their general practitioner (GP).

Objectives: The study's goal is to analyse GPs' interest for AEC, understand of the GPs' difficulties in the management of sLBP, as well as their expectations outside the AEC for the Mayenne and Segréen territory.

Methods: Qualitative survey by semi-directed individual interviews with general practitioners, practicing in Mayenne and Segré territory, between August and December 2018. Thematic analysis of the verbatim.

Results: 19 doctors were interviewed. Most generalists were in favor of AEC's creation. They expected a quick management of their patients, a structure of proximity and a city-hospital communication. AEC would have to promote the movement and active participation of patients. The GPs thought more about a physiotherapist than a nurse for AEC, but the nurse was not an obstacle, the experience was their priority. Cognitive factors were poorly identified and treated by physicians. The management remained focused on a bio-medical model. In terms of public health, GPs wanted an optimal access to specialists, to get help in case of difficult work stoppages, as well as an increase in the means for the adaptation of workstations and for the sports practice.

Discussion and conclusion: The place of therapeutic education is not sufficiently clear in the recommendations of HAS 2019. However, the recommandations encourage management of beliefs and awareness of the biopsychosocial model. Initial and ongoing training of healthcare's professional on the biopsychosocial model in low back pain, as well as the therapeutic education appears to be necessary to optimize the management of patients.

Keywords : Common low back pain / subacute low back pain / therapeutic education / biopsychosocial model / beliefs /nurse