

PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIES A LA PERENNISATION DES LOMBALGIES

(ENQUETE QUALITATIVE)

Introduction

- **Choix du sujet:** conjonction d'un questionnement personnel sur la prise en charge des patients douloureux chroniques et d'un axe de recherche du DMG sur la prévention du passage à la chronicité des lombalgies.
- La lombalgie : **définition qui a évolué** de concepts anatomocliniques à une définition aspécifique reconnaissant la **part subjective** de la douleur : « sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos » (OMS). Lombalgie chronique : durée d'évolution supérieure à 3 mois.
- Épidémiologie : une pathologie très fréquente en médecine générale, dont « seuls » 5 à 10% évoluerait vers la chronicité, mais draineraient 85% des coûts médicaux totaux. Lourdes conséquences sur le plan **individuel** et en termes de santé publique (coût pour la société).

[4] Cherin P, De Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. Médecine & Longévité. sept 2011;3(3):137-149.

- Du **biomédical vers le biopsychosocial**: faible efficacité des thérapeutiques conventionnelles, et reconnaissance progressive du rôle des facteurs psychosociaux dans la pérennisation des lombalgies (seulement 10 % de la **variance du handicap** associé aux lombalgies serait lié à l'intensité de la douleur, alors que les **facteurs psychosociaux** représenteraient 35% de cette même variance).

[9] Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D'Apolito A-C, Lafaye de Michaux R, et al. Évaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. juin 2006;49(5):226-233.

- **Question de recherche:** comprendre le rôle potentiel des médecins généralistes dans l'évaluation et la prise en charge des facteurs psychosociaux associés à l'évolution des patients lombalgiques vers la chronicité.

Les facteurs psychosociaux (FPS)

- Définition de l'OMS: « les facteurs déterminant la façon dont quelqu'un réagit face aux contraintes et difficultés de la vie quotidienne, maintient son bien-être mental et interagit avec les autres, dans sa culture et son environnement ».
- Facteurs psychosociaux ou « Yellow flags » : indicateurs d'un risque accru de **passage à la chronicité**:
 - des **problèmes émotionnels** tels que la dépression, l'anxiété et une conscience augmentée des sensations corporelles, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
 - des **attitudes et des représentations inappropriées** par rapport au mal de dos, comme par exemple l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, ou encore des attentes de solutions placées dans des traitements passifs plutôt que dans une implication personnelle active
 - des **comportements douloureux inappropriés**, en particulier un comportement d'évitement ou de réduction de l'activité lié à la peur.
 - des **problèmes liés au travail** (par exemple une insatisfaction professionnelle ou un environnement de travail hostile) ou des problèmes liés des questions de rente d'invalidité.

[10] Henrotin Y, Rozenberg S, Balagué F, Leclerc A, Rouxo É, Cedraschie C, et al. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. Revue du Rhumatisme. 2006;73, Supplément 2:S35-S52.

Méthode

- Enquête **qualitative** auprès de médecins généralistes mayennais (MGM), par entretiens semi-directifs: 16 entretiens réalisés (durée moyenne 39 min), objectifs de variation maximale et de saturation des données atteints. Nombreuses formations et activités complémentaires relevées.
- Méthode d'**analyse des données** : triangulation de l'analyse, relevé thématique par entretien puis analyse transversale du corpus. Utilisation de la dichotomie usuelle entre facteurs professionnels et facteurs individuels, et 2 axes d'analyse, issus de la question de recherche : rôle et méthode de recueil des FPS, et place des FPS dans la stratégie thérapeutique des MGM.
- Entretiens très ouverts, d'où une grande richesse des résultats, mais difficulté à recadrer la question. Utilisation de la notion de « **difficultés de vie** » plutôt que du terme « facteurs psychosociaux », et notion de **durée subjective**.
- Résultats **non attendus** : rôle de l'histoire familiale, place de la pratique des MNC et du recours au centre antidouleur
- La totalité des résultats n'a **pas été exploitée** : réseaux formels et informels, fibromyalgie, autres TMS... (Hors du champ de la question de recherche).

Résultats 1: Rôle des FPS et dépistage du risque de passage à la chronicité

- Pathologie souvent décrite comme « **pesante** », absence d’élément diagnostic spécifique, **échec des thérapeutiques conventionnelles**.

M11 : « *C'est là qu'on peut se remettre en cause sur la qualité d'un traitement (...). On va faire des trucs qui sont intellectuellement satisfaisants, puis les gens arrivent et vous disent « ben non, c'est exactement pareil ».* »

- Rôle reconnu des facteurs psychosociaux.**

M1 : « *un problème psychologique ou social, c'est au moins 80% des lombalgiques chroniques, au moins* ».

- Mécanisme? Retentissement organique de l’anxiété, modulation de phénomènes douloureux.

M8 : « *il y a des gens qui admettent (...) que ça ait pu cristalliser à un moment donné, et que c'était encore plus difficile à ce moment-là* ».

- Rôle des facteurs individuels, et en particuliers **psychologiques**.

M3 : « *que ce soit causal, ou circonstanciel (...) l'aspect psychologique va intervenir à un moment ou à un autre, dès lors qu'il y a une chronicité* ».

- Rôle fréquent des **difficultés conjugales et de l’histoire familiale**: problèmes de couple, difficultés relationnelles avec les parents ou les enfants, maladie d’un proche.

M11 : « *Et il a dit « Le jour où j'ai quitté ma femme, je n'ai plus eu mal au dos ».* »

- Rôle des **facteurs professionnels**: conditions de travail, insatisfaction professionnelle, difficultés relationnelles au travail.

M6 : « *quand les gens sont considérés comme de la m..., c'est vrai que ça favorise ce genre de choses.* »

- Dépistage** de l’évolution vers la chronicité ? Rôle la connaissance du contexte personnel familial ou du « profil » préalable du patient, parfois un « pressentiment » pas toujours explicable, mis sur le compte de l’expérience.

Résultats 2: modes de résolution envisagés

- **Limites des thérapeutiques conventionnelles, place des facteurs psychosociaux largement admise.**

M4 : « *Au début, on pensait peut-être qu'on allait tout résoudre, avec les anti-inflammatoires et les antidouleurs. (...)Et puis après on se rend compte que... que ce n'est pas si simple que ça. Il y a certains facteurs qui interfèrent* »

- Dossier clos une fois le relais pris par le **spécialiste**.

M2 : « *je passe la main ! Il y a des rhumatologues qui prennent tout ça en charge merveilleusement* »

- **Pas de guérison** au sens de disparition définitive du symptôme, pathologie récidivante.

M4 : « *Les lombalgiques, chroniques... on ne guérit pas. On ne guérit pas. On ne les guérit pas. Il y a des périodes de rémission, et ça revient* »

- Objectifs thérapeutiques souvent évoquée en termes de **douleur acceptable**.

M14 : « *L'idée générale, c'est qu'il n'y a pas de solution et comment est ce qu'ils vont supporter leur douleur?».*

Résultats 3: Abord des facteurs psychosociaux en consultation

- Recherché activement ou non, le recueil des FPS semblait **inhérent à la pratique de la médecine générale**. Abord plutôt par des questions ouvertes, avec souplesse et spontanéité mais aussi parfois en « bousculant » le patient.

M6 : « Ce sont des choses qu'on apprend très progressivement après, au fil des consultations ».

- Éléments recueillis aussi de façon **indirecte** (suivi du couple ou de la famille), parfois en lisant « entre les lignes ».

M13 : « Je pense qu'elle l'a dit à demi-mot ».

- Moyens d'amener le patient à prendre conscience de la relation entre lombalgie et FPS: lien simplement supposé, initiative laissée au patient, abord sur un mode interrogatif ou bien plus direct.

M15 : « Là on se dit forcément, là, il y a de tels, de tels dommages psychologiques, il ne peut pas être imperméable à ça. »

Résultats 4: prise en charge des facteurs professionnels

- **Gestion des arrêts de travail.**

M6 « donc, ou bien il faut les remettre en arrêt, ou bien ils reprennent leur travail, sans aucun aménagement ».

- **Reprise à temps partiel thérapeutique**

M13 « le mi-temps thérapeutique permet aussi, justement, oui, de bouger et de se reprendre un peu en charge, et pas de se laisser porter tout le temps... par l'entourage, ou par le médecin ».

- **Prise en charge en accident du travail-maladie professionnelle**

M11 « c'est vrai que c'est destructeur, pour les gens ».

- **Adaptations de postes et reclassement professionnel**

M12 « Il a été reclassé comme aide soignant (en riant) dans une maison de retraite. Ce n'était pas l'idéal ».

- **Invalidité et arrêt d'activité:** peut être en elle-même un déclencheur de retour au travail, mais pas forcément avantageux pour le patient à long terme

- **Réorientation professionnelle et centres de réadaptation professionnelle**

M11 « C'est sûr, quand vous êtes dans un abattoir de poulets, que... Je ne vois pas ce que vous allez pouvoir faire d'autre ».

Résultats 5: Intervenants dans la prise en charge des facteurs psychosociaux professionnels

- Collaboration avec le médecin du travail et le médecin conseil.

M3 « tout ce qui va tourner autour de l'emploi, ça va être un travail à plusieurs : le médecin du travail, le médecin de la Sécu et le médecin traitant. Je crois que vraiment, il y a un trio qui doit fonctionner, là... ».

- Relations avec le **médecin conseil** : surtout pour la gestion des arrêts de travail. Relations parfois ambiguës.

M1 « ce n'est pas moi qui décide, vous êtes obligé de reprendre ».

M5 : « ils ne sont pas tellement dans une logique de soin, non plus. Ils sont plus dans une logique financière ».

- Globalement de bons rapports avec le **médecin du travail**: mise en place de postes adaptés, mais recommandations à ce sujet étaient cependant souvent décrites comme peu suivies d'effet.

M6 : « déclaré apte avec aménagement du poste, éviter les charges lourdes, aménagement de la position de travail, tout ça... Et puis, ça ne débouche sur rien ! Et moi je revois les gens ! ».

Résultats 6: prise en charge des facteurs psychosociaux individuels en dehors du cabinet du médecin généraliste

- Recours à un **psychothérapeute**: pas d'indication systématique, potentiellement efficace mais pas toujours réalisable (en termes de délais et de coût) et parfois mal acceptée
M4 « Je ne me suis pas risqué à ça, encore ! Parce que là, ils vont me dire, ben, qu'est ce qui vous arrive, je viens vous voir pour mon dos, et vous m'envoyez chez le psychiatre !? ».
- Utilisation des **réseaux formels**: Place du **centre antidouleur**, recours fréquent, souvent direct. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire, en particulier psychothérapeutique, mais aussi de l'hypnose. Souvent décevant a posteriori (iatrogénie des traitements médicamenteux).

M2 : « Le problème, c'est que si tous les centres antidouleur donnent du Rivotril®, on va donner du Rivotril®, ça c'est clair »

- Utilisation des **réseaux informels**: Place importante du rhumatologue, mais un résultat parfois mitigé.

M14 « ça fait comme une porte de solution, mais qui dure pas si longtemps que ça. Il y a un moment où on arrive avec ce même échec ».

- Lutte contre le **déconditionnement physique**: chez le kinésithérapeute (apprentissages posturaux, initiation d'un travail musculaire, lutter contre l'isolement). Évocation rare et imprécise des écoles du dos et « d'autres centres ».
- Recours extérieur aux **médecines parallèles**: fréquemment évoqué, en particulier l'ostéopathie. Un certain pragmatisme, recours en cas d'impasse. Mais aussi méfiance vis-à-vis d'une pratique mal connue, voire rapprochée d'une forme de charlatanisme, et remise en cause de la confiance du patient.

M16 : « moi je sais que je peux plus rien, enfin vous voyez on a essayé tout un tas de truc, ça ne marche pas. Donc, essayez »

Résultats 7: prise en charge des facteurs psychosociaux individuels au cabinet du généraliste

- Recours à l'**éducation** du patient pour favoriser son autonomie et la reprise d'activités (hygiène de vie, apprentissages posturaux, activités de plaisir), mais aussi lutte contre les représentations inappropriées. Dans une certaine mesure: rendre le patient acteur de sa prise en charge.

M12 : « si la personne veut bien aussi... travailler, ça dépend... Il ne faut pas tout attendre du médicament. Il y a un travail personnel à faire, pour avancer »

- Utilisation de l'**écoute et de la parole** au cabinet du généraliste: bénéfice souvent reconnu, effet positif de l'expression d'un vécu difficile. Intérêt d'une attitude empathique.

M8 « Cette écoute au cabinet, je pense quand même qu'elle est une vraie béquille. Elle n'est pas efficace chez tous, mais certains, ça leur permet de poursuivre avec des moyens simples »

- **Psychothérapie au cabinet?** refus du statut de psychothérapeute. Pratiquée par choix (outils de la psychanalyse et TCC) ou par défaut (faute de recours extérieur).

M11 « Je pense qu'elle est un peu sauvage, elle se fait sûrement, ici, au cabinet mais ça ne peut pas être constitué de fait. C'est inaccessible au point de vue financier. »

- Recours aux **psychotropes** (problème de l'iatrogénie, prescriptions parfois instaurées par d'autres) et aux **antidépresseurs** (à titre d'épreuve thérapeutique, pour débloquer une situation).
- Pratique des **médecines parallèles** au cabinet: mésothérapie, mais aussi pratique de MNC multiples, vues une extension des moyens d'action du généraliste. Repousser le constat d'échec, et donc les limites du pouvoir médical ?

M9 : «c'est les patients qui vous remettent en cause. J'ai la chance d'avoir plusieurs cordes à mon arc. »

Résultats 8: Difficultés liées à l'abord des FPS individuels

- Liées au **patient** : refus de se livrer, voire fuite (changement de cabinet).

M6 « *Il était assez fâché, qu'on envisage cette hypothèse. Mais je pense qu'il y a eu un déclic à partir de là.* »

- Crainte d'être **intrusif**, mais aussi prudence vis-à-vis du risque de faire **décompenser un mal-être sous-jacent**.

M9 : « *C'est redoutable, si vous n'avez pas l'outil pour le tirer de là* ».

- Risque que le patient **attende trop** du médecin.

M10 « *je veux bien écouter tous ces problèmes, si ça peut aider à les résoudre, mais ce n'est pas à moi de les résoudre lui-même, donc... peut-être que lui à posé trop d'espoir en moi* ».

- **Disponibilité du médecin**, en temps ou en esprit.

M8 « *Quelques fois, c'est très rapide, parce qu'on en a un peu ras-le-bol, aussi, sans doute* ».

M16 « *les facteurs psychosociaux des autres dépendent aussi des facteurs psychosociaux du médecin* ».

- Importance pour le médecin d'avoir conscience de **ses propres représentations**.

M2 « *dans la lombalgie chronique, ce qui m'énerve, en fait, c'est le tire-au-flanc. Et je ne vois plus que ça, parfois. Et ce n'est pas bien !* ».

Recueil des facteurs psychosociaux

- Participation des facteurs psychosociaux individuels et professionnels à la pérennisation des lombalgies **largement reconnue** par la communauté scientifique et par les MGM.
- **Recommandations** et guides pratiques: échelles standardisées et auto-questionnaires.
[25] CLIP. Guide de pratique CLIP. 2006.
- **Abord des FPS** en médecine générale: pas de politique de dépistage argumentée, mais a posteriori facteurs de chronicisation relevés proches de ceux issus de la littérature.
- Recueil des FPS en MG: **méthodes et rythme différents** de ceux utilisées pour la recherche, mais efficaces.
[26] Jellema P, Windt DA van der, Horst HE van der, Stalman WA, Bouter LM. Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments. The British Journal of General Practice. 1 janv 2007;57(534):15.
- Place particulière des **FPS liés à la famille et au couple**, plus présents que dans la littérature. Plus faible représentation liée à la nature quantitative d'études utilisant des outils standardisés: moindre prise en compte de ce type d'informations?

Somatisation

- Très présente dans les **entretiens avec les MGM**, mais aussi dans la **recherche**
[19] Cedraschi C. Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie ? Qu'en est-il de l'anxiété et de la dépression ? Quelles peurs et quelles représentations constituent-elles des écueils ? Revue du Rhumatisme. mars 2011;78, Supplément 2(0):S70-S74.
- Concept qui souffre d'un **manque de précision**. A l'origine, acceptation étiologique (psychanalyse) souvent délaissée au profit d'une acceptation nosologique (diagnostic d'exclusion d'une pathologie somatique).
- Somatisation présente dans les **classifications internationales** des maladies(DSM-IV, CIM-10). Item F45-4 : « Syndrome douloureux somatoforme persistant », qui comprend les dorsalgies psychogènes.
- Qu'elle soit vue comme un **état morbide** ou un symptôme potentiellement porteur d'un **sens psychanalytique**, si elle est identifiée, il reste intéressant de la prendre en compte en médecine générale et en particulier dans les situations de lombalgie chronique, car elle pourrait permettre une **ouverture vers le champ biopsychosocial**.
- **Rôle du psychisme** en médecine générale (présentation des symptômes et contenu de la consultation: intérêt d'une **formation adaptée** (sciences sociales et concepts de base de la psychanalyse) et de l'inclusion d'un travail sur la clinique relationnelle dans la formation des jeunes médecins (type « groupe Balint »))

[24] Velluet L, Kayser M. Devenir « médecin de famille », entretien avec L. Velluet. Pratiques, Les cahiers de la médecine utopique. mars 2007;(36):pp. 50-52.

Prise en charge des facteurs professionnels

- Les **facteurs professionnels** de risque de passage à la chronicité des lombalgies.

[7] Nguyen C, Poiradeau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme. juin 2009;76(6):537-542.

- **Outils à disposition du médecin généraliste:** temps partiel thérapeutique, reclassement professionnel, adaptations de postes par l'intermédiaire du médecin du travail et prise en charge en maladie professionnelle

[45] Roquelaure Y, Vénien K, Moisan S, Penneau-Fontbonne D, Lasfargues G, Fouquet B. Déclarer une lombosciatique en maladie professionnelle : est-ce l'avantage bien compris du patient ? Revue du Rhumatisme. mai 2005;72(5):531-533.

- Agir en amont: le **modèle de Sherbrooke**, prise en charge précoce et pluridisciplinaire dont l'objet est la capacité de l'individu à reprendre son activité.

- Adaptation en France? **Lombaction** (réseau de maintien dans l'emploi des patients lombalgiques chroniques des Pays de Loire)

[49] Petit A, Roquelaure Y, Richard I. Réseau de maintien en emploi des travailleurs lombalgiques chroniques en Pays de Loire. 2012.

- Rôle du médecin généraliste: **dépistage** des situations à risque et **orientation du patient**, en général vers le médecin du travail: visite de pré-reprise.

- Importance de la collaboration entre médecins généralistes et **médecin du travail**

[27] INPES, Colette MENARD Gérald DEMORTIERE Eric DURAND Pierre VERGER François BECK. Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés. 2011.

- Relations plus ambiguës avec le **médecin conseil au sujet des arrêts de travail**.

Education thérapeutique

- Fréquente évocation par les MGM des difficultés liées aux **représentations inappropriées** des patients : patients peu accessibles à l'éducation proposée par le médecin généraliste.
- École de Genève: dépasser le **modèle pédagogique transmissif**, spontanément utilisé en médecine générale, pour prendre en compte les représentations du patient et travailler sur ses croyances et comportements inappropriés, dans le but de favoriser son autonomie et d'améliorer sa qualité de vie.

[32] Lagger G, Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Giordan A. Éducation thérapeutique, 1re partie : origines et modèle, 2e partie : Mise en pratique des modèles en 5 dimensions. Médecine . , Concepts et outils,. mai 2008;Volume 4(Numéro 5, 223-6).

- ETP définie par un **cadre spécifique** (équipes pluridisciplinaires) et impliquant une formation des soignants.

[29] HAS. Éducation thérapeutique du patient. 2007 juin.

- Rôle du médecin généraliste? Fournir au patient conseils et informations, en collaborant avec des équipes pluridisciplinaires pratiquant l'ETP, selon les ressources locales (éventuellement limitées).
- Dimension participative du travail d'ETP: moyen d'aborder les patients installés dans un positionnement passif?

Place des MNC

- Médecines Non conventionnelles : **terme de référence**
- **Place non négligeable des MNC dans le parcours des patients lombalgiques chroniques** (résultat non attendu), au premier desquelles l'ostéopathie. Lien avec les caractéristiques rurales de la Mayenne ou reflet d'un phénomène de société?
[38] Schmidt J, Afak N, Duhaut P, Salle V, Smail A, Pellet H, et al. Utilisation des médecines parallèles : enquête chez 1423 patients hospitalisés. La Revue de Médecine Interne. juin 2008;29, Supplément 1(0):S63.
- **Opinion diverses des MGM sur le sujet**, allant de la pratique de la mésothérapie (répandue), voire au recours à de multiples formes de MNC, à la notion de charlatanisme, avec souvent un certain pragmatisme.
- **Validité du recours aux MNC dans le parcours des patients lombalgiques chroniques** ? Au total, plus grande implication du patient ou renforcement d'un positionnement passif, voire potentielle échappatoire pour le patient à l'abord des MNC ?
[39] Van Tulder MW, Furlan AD, Gagnier JJ. Complementary and alternative therapies for low back pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. août 2005;19(4):639-654.
- **Médecins pratiquant les MNC** : pas d'étude retrouvée sur les motivations de ces médecins. Crain de se voir confronté aux limites du pouvoir médical? Dans l'étude cependant: reconnaissance de l'importance de l'écoute et du rôle des facteurs psychosociaux, mais sans modifier l'équilibre traditionnel soignant-soigné.
- **Médecins qui orientent leurs patients vers les MNC** : respect des croyances du patient , un certain pragmatisme, en particulier face aux situations d'impasse (échec thérapeutique): rapport avec les difficultés liées à l'abord des facteurs psychosociaux?
- Pose la question de **l'utilisation de l'effet placebo en médecine générale**. M Balint: « Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même ».
[55] Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot; 1960.

Prise en charge des facteurs psychologiques

- **Facteurs psychologiques de risque de passage à la chronicité des lombalgies : au total plus incapacitants que l'intensité de la douleur.**

[9] Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D'Apolito A-C, Lafaye de Michaux R, et al. Évaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. juin 2006;49(5):226-233.

- **Place des TCC dans les recommandations:** Méthode bien codifiée expliquant leur place dans la recherche, efficacité réelle mais modérée

[52] Williams AC de C, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD007407.

- **Rôle du psychothérapeute dans la prise en charge des patients douloureux chroniques, dont les patients lombalgiques:** une écoute personnalisée.

[19] (diapo 12) et [22] 22. Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A-F. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Revue du Rhumatisme. juin 2009;76(6):587-592.

- **Rôle de la contextualisation narrative pour le patient (percevoir le rôle éventuel de FPS dans l'histoire de sa plainte douloureuse) et pour le médecin (mieux comprendre les attentes et les représentations du patient, grâce à la façon dont la plainte s'inscrit dans son histoire personnelle, familiale et sociale).**

[12] Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cahiers de psychologie clinique. 2007;28(1):167.

Pratique de la psychothérapie en médecine générale?

- **Fonction psychothérapeutique du médecin généraliste:** source de multiples questionnements pour les praticiens.
- Contexte particulier de la médecine générale (accès à l'intimité, nécessaire contact physique, prise en charge de l'entourage) : « compagnie d'investissement mutuel » de M. Balint.
- Une **psychothérapie spécifique du médecin généraliste** ? L. Velluet : favoriser l'autonomie physique et psychologique du patient, et un équilibre familial et social stable . Références psychanalytiques incontournables et formation personnelle à la psychothérapie nécessaire (« groupes Balint »).

[58] Velluet L. Le médecin, un psy qui s'ignore. Éditions L'Harmattan. 2005.

- **Attitude psychothérapeutique** (P.B. Schneider): attitude d'écoute du médecin généraliste qui s'avérerait capable de reconnaître ce qui fait sens dans le discours du patient.
- Potentielle **évolution du symptôme** « lombalgie chronique », qui pourrait devenir accessible à un travail de psychothérapie, élargissant ainsi le champ d'action du médecin généraliste .

[13] Martin-Mattera P, Ly-Thanh-Huê, Garnier F, Huez J-F, Benoist V. Les lombalgies chroniques : symptôme ou pas symptôme ? L'Évolution Psychiatrique. oct 2010;75(4):607-620.

Le positionnement relationnel du médecin généraliste

- La relation médecin-malade, lieu par définition d'une **intersubjectivité**. Jeu relationnel induisant des **attitudes et des contre-attitudes**, dans lequel le médecin doit prendre en compte sa part de subjectivité.
- **Le positionnement relationnel du médecin généraliste** (P.B. Schneider): déterminé par la personnalité, les représentations et l'expérience du médecin.
- Positionnement scientifique, service de réparation ou d'entretien, d'aide ou de soutien et interpersonnel subjectif. Différence liée **l'objet de la relation**: le corps et le symptôme, ou le patient en tant qu'individu ou enfin la relation médecin-malade elle-même.

[56] Schneider PB. Psychologie médicale. Payot; 1969.

- L. Velluet: **progression idéale vers l'autonomisation du patient** au travers de différents espaces : l'espace primaire, l'espace transitionnel et l'espace d'autonomisation. Progression qui s'adapte aux **événements de vie** du patient, et qui dépend de la capacité du médecin à accompagner cette évolution.

Rôle de la relation médecin-malade

- Importance de ce positionnement relationnel dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques : impact sur la **gestion de l'échec thérapeutique et des délais de recours**:
 - Dans un positionnement **centré sur le symptôme**, le patient peut être considéré comme résistant aux traitements: recours extérieur précoce, les délais d'attente pouvant devenir frustrants pour le patient et inconfortables pour le médecin.
 - Le médecin peut aussi contourner la difficulté, et répondre avec **la pratique des MNC**, donc sur un mode somatique et suggestif, qui ne favorise pas l'autonomie du patient.
 - Un positionnement de type « **aide** » plutôt que « **soutien** » peut quant à lui provoquer une souffrance chez le médecin généraliste, qui peut se sentir responsable de l'échec des procédures entreprises (pas de « **collusion de l'anonymat** » pour le médecin généraliste).
 - Par contre , une prise en charge du **patient dans sa globalité**, en incluant un abord des facteurs psychosociaux, peut permettre une verbalisation fructueuse des difficultés de vie du patient, (questions concernant son travail, sa famille, ses affects, son couple, voire sa sexualité). En soi un moyen de **lutte contre l'enkyttement de la plainte lombalgique dans la chronicité**?

[62] Huez J-F, Ramond A, Bouton C. Projet de recherche interventionnelle du Département de Médecine Générale d'Angers auprès des patients présentant une plainte lombalgique depuis 6 à 8 semaines. 2012.

- Le contenu de la relation médecin-malade et sa **manière d'aborder les facteurs psychosociaux** associés à la pérennisation des lombalgie peut donc potentiellement **influencer l'évolution des patients** lombalgiques dont la plainte dure.

Conclusion

- Un problème médical au rang de **problème de société** et inscription d'un problème de société dans le domaine médical.
- Selon façon dont il aborde le patient, la prise en charge des lombalgies chroniques n'expose **pas le médecin généraliste aux mêmes difficultés** : abord biomédical (risque d'aboutir à un constat d'échec) ou abord biopsychosocial (signifiant d'admettre que le patient détiendrait une partie des réponses)
- Évolution de **l'aspect unilatéral** de la relation médecin-malade au profit de **l'autonomie du patient**. Deuil de l'omnipotence mais du médecin, mais aussi facteur de lutte contre **l'épuisement professionnel?**
- L'analyse des résultats confirme l'intérêt développement des **réseaux de maintien dans l'emploi**, mais aussi du travail engagé auprès des étudiants en médecine sur les **sciences humaines et le rôle du psychisme** dans les interactions avec le patient.
- Éventuel intérêt d'élargir la question de recherche à **d'autres troubles musculosquelettiques persistants** (cervicalgies et douleurs chroniques des membres supérieurs fréquemment évoquées par les MGM).

Merci de votre attention