

## SIGLES ET ABREVIATIONS

AINS	Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
BDI	Beck Depression Inventory
CAPI	Contrat d'amélioration Des Pratiques Individuelles
CLIP	Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne
CMP	Centre Médico-Psychologique
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM	Caisse Primaire d' Assurance Maladie
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EVS	Événement de Vie Stressant
HAD	Hamilton Anxiety and Depression Scale
HAS	Haute Autorité de Santé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNC	Médecines Non Conventionnelles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TC	Thérapies Comportementales
TCC	Thérapies Cognitivo-Comportementales

# PLAN GENERAL

INTRODUCTION

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

1. La forte composante psychosociale des lombalgies chroniques est largement admise par les médecins généralistes
2. Place des médecins généralistes dans la prise en charge des facteurs psychosociaux des lombalgies chroniques
3. Rôle de la relation médecin-malade en médecine générale dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques

CONCLUSION

RESUME

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

## INTRODUCTION

La définition de la lombalgie peut sembler évidente, puisque étymologiquement, c'est une douleur de la région lombaire... La question a pourtant été sujette à débat. Cette définition a d'abord longtemps reposé sur des concepts anatomocliniques et physiopathologiques, centrés en particulier sur la dégénérescence discale, mais depuis la fin des années 80, elle a évolué, prenant plutôt en compte des entités cliniques issues de la pratique [1]. L'OMS a défini la lombalgie en 2007 de façon aspécifique par une « sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos ». Pour l'HAS, la lombalgie chronique est définie par « une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de trois mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou ». Une lombalgie est dite commune quand elle n'est pas symptomatique ou secondaire (c'est à dire non liée à une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse). Concernant la durée d'évolution des lombalgies communes, on distingue les lombalgies aiguës, évoluant depuis moins de quatre semaines, les lombalgies subaiguës dont l'évolution s'étend sur quatre à douze semaines, et enfin les lombalgies chroniques à proprement parler, évoluant par définition depuis plus de douze semaines. Ces définitions n'évoquent cependant pas le lourd retentissement de la lombalgie chronique sur la vie personnelle et professionnelle du patient, ainsi que ses conséquences en termes de santé publique.

En France, sur une période de dix ans (1999-2009), la fréquence globale des lombalgies est assez stable [2]. En 2002-2003, parmi les adultes âgés de 30 à 64 ans, la prévalence annuelle des lombalgies ayant duré au moins un jour était de 55%. Concernant les lombalgies ayant duré au moins trente jours, cette prévalence chutait à 18%, et la prévalence annuelle des lombalgies ayant duré plus de 6 mois, avec limitation des actes de la vie quotidienne, évoluait en France autours de 8% [3]. Les lombalgies chroniques (c'est-à-dire de plus de trois mois d'évolution) représenteraient au total 5 à 10% de l'ensemble des lombalgies, mais drainerait plus de 85% des coûts médicaux totaux relatifs aux lombalgies communes. Le coût annuel de la lombalgie chronique en France, du fait coûts directs (frais médicaux) et indirects (perte de productivité du travailleur) est estimé à 2,7 milliards d'euros, représentant environ 1,5 % de l'ensemble des dépenses de

santé annuelles [4]. La France n'est pas le seul pays où la prise en charge des lombalgies représenterait une question de santé publique, puisqu'en 2004, on estimait que 5% du budget de la santé des Etats Unis était consacré aux rachialgies [5]. Selon un rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de Santé Publique (GTNDO), en 2003, en France, les lombalgies chroniques constituaient la troisième cause de consultation chez le médecin généraliste pour les hommes, et la première cause d'incapacité au travail et d'invalidité avant 45 ans. Elles étaient aussi la première cause d'arrêt de travail (d'une durée moyenne de 33 jours, représentant une perte annuelle de 3 600 000 journées de travail). Pour les patients lombalgiques entrés dans la chronicité, la probabilité de reprise de travail serait de 40 à 50% après six mois d'arrêt de travail, 15 à 25% après un an et serait quasiment nulle après deux ans d'absence [4]. La capacité à reprendre leurs activités professionnelles serait donc le critère principal d'efficacité de la prise en charge des patients lombalgiques chroniques [6].

Une revue de littérature publiée en 2004 a permis d'identifier trois facteurs de risques de fort niveau de preuve, car à la fois prédictifs de récurrence, de chronicité et de non retour au travail des patients lombalgiques: l'antécédent de lombalgie, l'insatisfaction au travail auto-évaluée et le mauvais état général de santé. Trois facteurs de risque de chronicité avec un niveau de preuve moindre ont aussi été identifiés: les facteurs socioprofessionnels incluant le statut professionnel (salaire, contact social et notion d'indemnisation), les facteurs psychologiques (incluant le statut psychologique global et la dépression) et l'intensité de l'activité physique au travail [5]. Les facteurs psychocomportementaux, qui comprennent les notions d'appréhension-évitement et croyances (en anglais *Fear-Avoidance and beliefs*), le catastrophisme et la kinésiophobie, influenceraient aussi le passage à la chronicité, mais induiraient surtout une résistance au traitement [7]. Un seul des ces facteurs, isolé, aurait une faible valeur pronostique, mais la conjonction de plusieurs facteurs serait indicatrice d'une augmentation du risque de chronicité de la lombalgie et d'incapacité prolongée de travail [8]. Il a été ainsi démontré que seulement 10 % de la variance du handicap associé aux lombalgies serait lié à l'intensité de la douleur, alors les facteurs psychosociaux représenteraient 35% de cette même variance [7, 9]. Le rôle des facteurs psychosociaux comme déterminants de l'évolution des patients lombalgiques vers la chronicité est donc désormais largement admis, et la plupart des recommandations sur le sujet en tiennent compte. L'OMS a défini

les facteurs psychosociaux comme « 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 ». Ils peuvent être de différents ordres : facteurs psychosociaux liés au travail, facteurs psychosociaux liés à l'individu, facteurs psychosociaux liés à la famille et au couple. Par opposition aux « drapeaux rouges » (ou « *red flags* ») qui sont des signes de haute probabilité d'une maladie grave sous-jacente, et qui nécessitent des investigations complémentaires, les facteurs psychosociaux de risque de passage à la chronicité des lombalgies sont appelés dans la littérature médicale « drapeaux jaunes » (ou « *yellow flags* »). Selon les recommandations européennes de 2006, la prévention du passage à la chronicité des patients lombalgiques nécessiterait l'évaluation des facteurs psychosociaux individuels et professionnels associés aux situations de lombalgies qui ne s'améliorent pas, ou qui s'aggravent après quatre à six semaines d'évolution [10].

Le rôle des facteurs psychosociaux dans l'évolution des patients lombalgiques vers la chronicité pourrait expliquer l'efficacité modeste des thérapeutiques dites conventionnelles. Une méta-analyse publiée en 2007 visait à évaluer l'effet thérapeutique de ces traitements sur la douleur et l'incapacité fonctionnelle des patients lombalgiques [11]. Pour la lombalgie aiguë, l'analyse révélait un rôle modeste des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des manipulations et aucun effet des exercices. Concernant les lombalgies subaiguës et chroniques : les AINS, la thérapie comportementale, les exercices et l'acupuncture jouaient un rôle modeste, et les stimulateurs électriques transcutanés et les manipulations avaient une faible efficacité. L'étude concluait à un effet faible à modéré des traitements évalués, à la fois pour les lombalgies aiguës et chroniques, ainsi qu'à la nécessité de développer des modes d'intervention plus efficaces.

Pour mieux prendre en charge les patients lombalgiques chroniques, il conviendrait donc d'élargir le modèle biomédical traditionnel de la douleur. L'OMS a défini la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». Ainsi, la douleur serait une expérience subjective, impliquant des processus à la fois discriminatifs, affectifs et cognitifs : le stimulus nociceptif perçu serait associé à une émotion désagréable, puis l'ensemble serait interprété par le sujet en fonction de son expérience et de ses représentations personnelles, en relation avec le contexte

socioculturel. Ce modèle pluridimensionnel biopsychosocial de la douleur a été confirmé sur le plan neurobiologique par des études en imagerie cérébrale fonctionnelle [12].

Ces éléments viennent confirmer la validité des approches psychologiques et environnementales dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Il est donc justifié pour le médecin généraliste de chercher à évaluer les facteurs psychosociaux et environnementaux qui interviennent dans l'évolution des patients lombalgiques. La difficulté est que ces facteurs psychosociaux déterminent pour chaque patient une situation unique et personnelle, par définition peu accessible aux outils standardisés, et que leur abord repose sur une démarche pour laquelle le médecin généraliste n'est peu ou pas formé. La volonté d'aborder ces questions et de permettre l'émergence éventuelle des déterminants psychologiques et sociaux de pérennisation de la douleur n'a pas prétention à résoudre le symptôme, mais pourrait ouvrir un champ d'action potentiel supplémentaire pour le patient et le médecin [13]. Ces dernières années la recherche scientifique a aussi commencé à se pencher sur le rôle des représentations et croyances, non pas seulement du patient, mais aussi du médecin. Si les mécanismes de cette influence sur leur prise en charge des patients lombalgiques sont encore mal connus, sa réalité a pu être démontrée [14, 15, 16].

Dans l'espoir de mieux 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, nous avons donc souhaité réaliser un travail qualitatif exploratoire, au moyen d'entretiens menés auprès de médecins généralistes exerçant dans le département de la Mayenne. Cette étude s'inscrivait dans l'un des axes de recherche du Département de Médecine Générale d'Angers : « prévention du passage à la chronicité des lombalgies ».

## METHODE

### *Choix de la méthode qualitative*

S'agissant d'explorer de façon la plus exhaustive possible la manière dont les médecins intégraient les facteurs psychosociaux à leur prise en charge des patients lombalgiques dont la plainte dure, une étude qualitative a semblé être la méthode la plus adaptée.

### *Choix du type d'entretien*

Il s'agit d'une enquête par entretiens individuels semi-directifs, s'appuyant sur une grille d'entretien préétablie constituée de questions ouvertes portant sur différents thèmes en rapport avec la question de recherche. Les questions et les relances ont été adaptées au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Il était nécessaire que chaque médecin se sente libre de parler, raison pour laquelle les entretiens ont été réalisés de façon individuelle et sous conditions d'anonymat.

### *Recrutement de l'échantillon*

Le recrutement des médecins s'est fondé sur une recherche de variation maximale, afin de garantir la diversité des comportements et des opinions recueillis. Le critère d'inclusion était la pratique de la médecine générale en libéral dans le département de la Mayenne. Le fait que l'enquêteur, lui-même médecin remplaçant dans le département, connaisse préalablement un médecin a été un critère d'exclusion. Les médecins ont ensuite été sélectionnés a priori sur les critères de diversité disponibles au moment du recrutement : lieu d'exercice, genre et âge. Les variables identifiées a posteriori étaient le lieu d'exercice (rural ou urbain), le genre, l'âge, l'année d'installation, l'exercice isolé ou en groupe, le statut de maître de stage universitaire et le nombre approximatif d'actes par jour. Les formations suivies et les pratiques de méthodes dites non conventionnelles ont aussi été relevées. La taille de l'échantillon dépendait d'un constat de saturation des données. Il a donc été procédé à un premier encodage rapide, lors de la retranscription des entretiens au fur et à mesure de l'étude, afin d'évaluer ce paramètre.

### *Méthode de recueil des données*

Les entretiens ont pour la plupart été réalisés au cabinet des médecins, de manière à ce qu'ils se sentent à l'aise lors de l'échange. Les entretiens ont été enregistrés sous format numérique après accord des médecins. La retranscription du corpus s'est faite de façon littérale, en incluant les données non verbales des entretiens. L'enquêteur a retranscrit les enregistrements audio à la main sur un logiciel de traitement de texte, constituant ainsi le verbatim de l'étude.

### *Méthode d'analyse des données*

Une première analyse rapide a été réalisée au fur et à mesure de la retranscription des données, en fonction des réponses apportées aux questions de recherche. Le directeur de thèse a procédé à une lecture des entretiens au fur et à mesure de leur retranscription, permettant ainsi une triangulation de l'analyse. Puis l'enquêteur, en collaboration avec le directeur de thèse, a réalisé un relevé thématique pour chaque entretien, puis une analyse transversale des données de l'ensemble du corpus.

Il n'a pas été demandé précisément aux médecins rencontrés de définir les facteurs psychosociaux, afin de ne pas trop orienter leurs réponses, puisqu'une des questions de recherche était de savoir s'ils prenaient en compte ces facteurs dans leur abord des patients lombalgiques. Ces facteurs psychosociaux, lorsqu'ils limitent le bien être du patient, pourraient être résumés par la notion de « difficultés de vie » (histoire personnelle, conflits familiaux, difficultés ressenties au travail...). Il a donc plutôt été demandé aux médecins si les « difficultés de vie » des patients leur semblaient jouer un rôle dans la pérennisation de la plainte lombalgique, et si c'était le cas, comment ce constat influençait leur prise en charge.

La séparation des facteurs psychosociaux en facteurs professionnels et facteurs individuels est la plus communément utilisée dans la recherche sur les facteurs de risque de chronicité de la lombalgie [7, 10]. Cette dichotomie préalable a été utilisée lors de l'analyse et l'encodage des résultats, et les facteurs individuels et professionnels ont donc été étudiés dans des sous-parties distinctes, tant lors de l'analyse des résultats que dans la discussion.

# RESULTATS

## A- DONNÉES GÉNÉRALES DES ENTRETIENS

En mai 2012, le Conseil de l'Ordre recensait 209 médecins généralistes libéraux en Mayenne. En tout, seize entretiens ont été réalisés. L'ensemble des entretiens a été réalisé sur une période de six semaines. La durée moyenne de chaque entretien a été de 39 minutes (amplitude : de 22 à 78 minutes).

Les critères sociodémographiques relevés sont rassemblés dans le tableau I. L'échantillon était composé de 37.5% de femmes, et donc de 62.5% d'hommes. Tous étaient conventionnés secteur 1, sauf un qui était aussi le seul à être inscrit en tant médecin généraliste, acupuncteur, homéopathe, et était conventionné secteur 2. Concernant le lieu d'exercice, 43.7% exerçaient en milieu urbain, le reste en milieu rural. La moyenne d'âge était de 53 ans. (Le plus jeune des médecins rencontrés avait 35 ans, et le plus âgé avait 63 ans). Le nombre approximatif d'actes sur une journée oscillait entre vingt et cinquante. Parmi ces médecins, six sur seize étaient installés seuls, l'un deux exerçait seul à temps partiel en association avec un médecin collaborateur. Les autres étaient installés en groupes de deux à quatre médecins.

Tous les médecins exerçaient en libéral, mais pas toujours exclusivement. Les activités parallèles à l'exercice libéral n'étaient pas un critère de sélection a priori. Il s'est cependant avéré, une fois les entretiens réalisés, que parmi les activités relevées, il y avait : médecin coordinateur en EHPAD, vacations à la Maison d'arrêt de Laval, siège à la Commission de réforme des collectivités territoriales, vacations en CCAT, vacations en Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), médecin de crèche, vacations en Institut Médico-Educatif, vacations à l'hôpital Local. L'un d'eux effectuait des gardes de régulation libérale.

Les formations complémentaires relevées étaient variées : DU de soins palliatifs, DU dommages corporels, DU alcoologie toxicologie, Médecine du sport, Capacité de gériatrie, Psychiatrie de l'enfant. Un des médecins pratiquait la thérapie cognitivo-comportementale. Un des faits marquant était la fréquence du recours aux médecines non conventionnelles. Quatre des médecins pratiquaient la mésothérapie, et deux autres

s'étaient formés mais ne la pratiquaient plus. Deux médecins pratiquaient des procédures non conventionnelles multiples, qui comprenaient : phytothérapie, auriculothérapie, ostéopathie, micronutrition, myothérapie, acupuncture, homéopathie, hypnothérapie, mésothérapie.

## B- RELEVÉS THÉMATIQUES PAR ENTRETIEN

La retranscription de l'ensemble des seize entretiens et des relevés thématiques qui en ont été faits n'a pas pu être reproduite dans ce document, du fait du volume représenté par ces données (pour les mêmes raisons, le tableau issu de l'analyse thématique transversale du corpus regroupant l'ensemble des extraits de verbatim relevés n'a pas pu être reproduit ici). Il a donc été décidé, avec l'accord du médecin concerné, de présenter ici une seule retranscription (celle de l'entretien mené avec le médecin désigné « M11 ») et le relevé thématique qui en a été fait (Annexes 1 et 2). Le choix de cet entretien semblait pertinent du fait de la variété des aspects de la prise en charge des patients dont la plainte lombalgique dure qui y ont été abordés. La retranscription de l'intégralité des entretiens réalisés, leurs relevés thématiques, ainsi que le tableau transversal regroupant l'ensemble des extraits de verbatim relevés ont été enregistrés sur CD, dont une copie est jointe à chaque exemplaire de ce travail.

TABLEAU I : AGE, LIEU ET MODE D'EXERCICE DES MEDECINS RENCONTRES

Médecin	âge	sexe	Année installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Seul/groupe
M1	41	M	2008	Urbain	Mi-libéral, mi-EHPAD	Groupe de 4
M2	52	M	1987	Urbain	Libéral	Groupe de 2
M3	54	F	1989	Rural	Liberal	Seule + collaborateur
M4	58	M	1981	Urbain	Liberal + vacations maison d'arrêt + Commission de réforme des collectivités territoriales	seul
M5	62	M	1978	Urbain	Liberal + vacations CCAT+PASS	seul
M6	58	M	1981	Rural	Liberal	Groupe de 2 + collaborateur
M7	41	F	2002	Rural	libéral	seule
M8	59	F	1984	Urbain	Libéral + médecin de crèche	Groupe de 3
M9	62	M	1971	Urbain	Liberal	seul
M10	35	M	2009	Rural	libéral	Groupe de 4
M11	59	M	1985	Rural	Libéral + Vacations IME + Hop. local	seul
M12	58	F	1981	Rural	Liberal	seule
M13	39	F	2003	Rural	Liberal	Groupe de 4
M14	45	M	2006	Urbain	Liberal	Groupe de 2
M15	62	F	1976	Rural	Liberal	Groupe de 2
M16	63	M	1978	Rural	Libéral	Groupe de 2 + collaborateur

## C- ANALYSE DE L'ENSEMBLE DU CORPUS

L'encodage du verbatim a été regroupé en deux thèmes principaux, reposant sur les questions de recherche : ce que pensent les médecins de l'intrication des facteurs psychosociaux dans l'évolution des lombalgies vers la chronicité et la place qu'ils donnent à ces facteurs dans leur prise en charge des patients lombalgiques chroniques.

### 1. POINT DE VUE DES MEDECINS RENCONTRES SUR LA LOMBALGIE CHRONIQUE

#### 1.1. Comment les médecins caractérisaient-ils la lombalgie chronique?

La définition de la lombalgie chronique commune pouvait reposer sur l'absence d'élément diagnostique spécifique (M1 : « *Quand on a fait la preuve qu'il n'y a rien d'extraordinaire* »). La pauvreté de l'examen clinique était plusieurs fois évoquée (M1 : « *Lombalgique. Examen, rien. L'imagerie, pas grand-chose* »). La définition pouvait reposer sur la durée des symptômes, sur la notion de récurrence, ou sur l'absence d'amélioration dans le temps. Plusieurs médecins soulignaient une résistance aux traitements médicamenteux, dont l'efficacité pouvait alors être remise en cause (M11 : « *C'est là qu'on peut se remettre en cause sur la qualité d'un traitement, que ce soit nos anti inflammatoires, nos antalgiques ou les trucs plus élaborés, les infiltrations guidées et tout ça. On va faire des trucs qui sont intellectuellement satisfaisants, puis les gens arrivent et vous disent « ben non, c'est exactement pareil »* »). C'est parfois par la durée de l'arrêt de travail que se définissait la chronicité (M10 : « *la lombalgie dite chronique, pour moi, c'est surtout quand l'arrêt de travail dure. Si il y a une plainte mais qui n'empêche pas de travailler : on sait qu'il a mal au dos* »).

## 1.2. Ressenti des médecins généralistes au sujet de la lombalgie chronique

La lombalgie chronique était une pathologie qui suscitait des sentiments variés chez les médecins rencontrés. Pour un des médecins elle ne représentait « pas un problème ». Si un médecin la qualifiait d'intéressante, un autre éprouvait le sentiment contraire (M4 : « *ce n'est pas un truc qui me branche de trop, les lombalgies. J'en vois beaucoup, mais ce n'est pas ce qui m'attire le plus, dans la médecine* »). L'évolution des lombalgies vers la chronicité pouvait pousser le médecin à sortir des schémas habituels, à dépasser le modèle biomédical (M11 : « *Donc il va falloir trouver d'autres voies, que le symptôme, le traitement et la guérison* »). La pathologie était plusieurs fois décrite comme pesante (M3 : « *ça fait partie de ces pathologies qui sont pesantes, un peu* »). Un médecin qualifiait la lombalgie chronique de pénible du fait des composantes psychosociales impliquées (M2 : « *Attendez, il y a plein de phénomènes derrière qui ne sont plus médicaux. Et c'est pour ça que c'est un peu pénible à traiter...* »). L'impression générale pouvait être assez pessimiste (M11 : « *c'est long, c'est compliqué, on n'en voit pas la fin* »). Le type d'attention particulier que nécessitait ces patient pouvait représenter en soi une difficulté (M16 : « *Je pense qu'au bout d'un moment, ils me fatiguent. (Rire). Ils me fatiguent, psychologiquement, ils me fatiguent.* »).

La notion d'échec pouvait être en elle même caractéristique de la pathologie (M11 : « *on est en échec tout le temps, dans les lombalgies chroniques, on est en échec c'est évident* »). Cette constatation pouvait faire de la lombalgie chronique une pathologie rédhibitoire pour le médecin (M2 : « *La personne qui vient vous voir et qui vous met toujours en situation d'échec parce que vous n'arrivez pas à la soulager : il y a quelque chose qui, effectivement, probablement me heurte* »). La difficulté à soulager ces patients pouvait aussi pousser le médecin à se remettre en cause (M13 : « *Si c'est le troisième de l'après midi, ça peut être pesant. On se dit « zut quoi, ils viennent me voir, mais je n'ai pas de réponse, je n'ai pas de solution* » »). Le médecin pouvait avoir la sensation que cet échec lui était reproché par certains patients (M6 : « *Presque, pour certains, en nous rendant presque responsables si on n'a pas trouvé la solution* »). La lutte contre cette sensation d'échec pouvait nécessiter le constat de progrès rapportés par le patient (M9 : « *d'une fois à l'autre, il me rapportait un petit progrès... il me rapportait un petit truc. Et là, on a un fil qu'on ne lâche pas. On tient le truc* »). Parfois, l'absence d'amélioration

était interprétée par le médecin comme la nécessité de poursuivre son action (M14 : « *tant qu'elle ne se bouscule pas elle-même, c'est que je n'ai pas assez donné d'éléments qui l'indiquent* »). La frustration de ne pas pouvoir « aider plus » un patient pouvait parfois susciter une émotion chez le médecin (M6 : « *on le fait reprendre, on le ménage pendant quatre-cinq jours, une semaine à tout casser, et la deuxième semaine, on lui fait reprendre le travail pénible. Je l'ai revu hier, ça ne le fait pas. Et ça, je n'arrive pas... (S'arrête, visiblement ému)* »).

### 1.3. Il y a « autre chose » que des mécanismes cliniquement objectivables

Aucun médecin ne résumait la lombalgie chronique à un modèle seulement biomédical, qui ne reposerait que sur des constatations anatomocliniques et paracliniques. L'arthrose et la dégénérescence discale « objectivées » pouvaient certes participer, mais pas le plus souvent et pas systématiquement (M6 : « *peu d'éléments radiographiques, ce qui est le cas de beaucoup de lombalgies, je dirais la majorité* »). Et en général, ces éléments en eux-mêmes ne suffisaient pas à circonscrire la pathologie (M10 : « *Je pense que dans les lombalgies et les maux de dos, la médecine n'explique pas tout* »). Parmi les éléments relevant d'un modèle biomédical, c'est-à-dire potentiellement « objectivables », en plus de lésions anatomopathologiques du rachis, certains médecins évoquaient le rôle du surpoids ou de l'hérédité (M10 : « *peut-être que la famille joue aussi là-dessus. Ça, sur un plan purement mécanique, hein !* »). Un médecin évoquait le rôle du seuil de sensibilité à la douleur, qui pourrait ne pas être assez pris en compte (M15 : « *On a quand même vite fait de dire « psychologique » alors que peut être il y a un ressenti réel... une fragilité à la douleur* »). La lombalgie chronique était parfois vue comme un symptôme fonctionnel, au même titre que la migraine ou que la colopathie fonctionnelle. Un médecin s'appuyait sur le modèle de l'ostéopathie (M9 : « *c'est une restriction de mobilité* »). Pour un des médecins, le délai de recours au spécialiste pouvait en lui-même favoriser la chronicité. Pour un autre, la problématique pouvait reposer sur une recherche de mise en échec du médecin par le patient.

La plupart des médecins avançaient donc, pour expliquer la lombalgie chronique, l'existence « d'autre chose » (M6 : « *des cas où on se dit que ce n'est pas uniquement dans le dos, il y a autre chose. On le sent assez vite* »). Cet « autre chose » était parfois complètement indéfini (M9 : « *admettez qu'il y a cette part de mystère. Des fois, quand les gens vont mieux, on ne sait pas pourquoi. Des fois, ils vont plus mal, on ne sait pas pourquoi non plus, il y a cette part d'inconnu* »). Le lien pouvait être fait avec l'environnement au sens général (M16 : « *il a forcément mal au dos, parce qu'il a un travail physique et que c'est répétitif, mais c'est majoré par l'environnement. L'environnement étant tout ce que l'on veut* »). Certains évoquaient un mécanisme plurifactoriel (M7 : « *C'est un cumul de choses qui font qu'elle a mal au dos* »).

Il y avait donc « autre chose », et plusieurs médecins se posaient la question de faire « la part des choses » dans la persistance des lombalgies. Pour certains, il s'agissait de distinguer justement la part des facteurs psychosociaux (M6 : « *c'est toujours difficile de faire la part réelle des choses dans la lombalgie qui persiste. Quelle est la part du reste, les soucis familiaux, les soucis professionnels.* »). D'autres restreignaient la question à la participation du « psychologique » par rapport au « physique », en opposant les deux dimensions (M16 : « *Qu'est ce qui est la part du physique, la part du psychologique ?* »). La question était aussi posée en termes de douleur « objective » ou « subjective », en laissant la part belle à cette dernière (M1 : « *C'est vrai que la douleur objective est quand même très peu importante par rapport au pourcentage du subjectif dans le chronique, et plus on avance, pire c'est* »). Cette notion même de douleur subjective pouvait servir à expliquer le manque d'éléments « objectifs ».

## 2. ROLE ATTRIBUE AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS L'EVOLUTION DU PATIENT VERS LA CHRONICITE

### 2.1. Mécanismes de ce rôle

La participation des facteurs psychosociaux à la pérennisation des lombalgies était souvent soulignée (M1 : « *un problème psychologique ou social, c'est au moins 80% des lombalgies chroniques, au moins* »). Un médecin avançait un lien fort avec des facteurs

professionnels (M11: « *Si on devait jouer à associer un mot se serait... accident de travail, maladie professionnelle...* »). Mais il tenait aussi pour acquis le rôle de facteurs individuels, comme la somatisation (M11 : « *il y a des aspects psychosomatiques, c'est évident* ») et la dépression (M11 : « *Tout le monde le sait bien, les rapports entre l'état dépressif et la lombalgie, bon c'est très clair*»). Un médecin remarquait que le rôle des facteurs psychosociaux était probablement sous estimé (M6 : « *ce n'est pas si rare que ça, je pense. Ce n'est pas si rare que ça. Il y en a. Et on passe sûrement à côté, aussi, de cas comme ça* »).

Pour expliquer le rôle des facteurs psychosociaux, certains médecins évoquaient un retentissement organique de l'anxiété provoquant des phénomènes de contracture musculaire. L'un des médecins avançait l'idée de mécanismes agissant au niveau cellulaire (M12 : « *L'état émotionnel va se répercuter sur les muscles, sur la cellule de toute façon* »). Le rôle des facteurs psychosociaux pouvait être envisagé du point de vue de leur effet sur la douleur. Il pouvait s'agir d'une diminution de la tolérance à la douleur ou d'un phénomène de majoration de douleurs préexistantes (M8 : « *le contexte, social, professionnel, familial, et c'est vrai qu'il y a des gens qui admettent qu'il y ait pu avoir, que ça ait pu cristalliser à un moment donné, et que c'était encore plus difficile à ce moment-là* »). Les facteurs psychosociaux pouvaient aussi faire durer la plainte (M13 : « *il y a une situation de travail qui a provoqué ou entretenu les choses, mais effectivement, je pense que le côté psychologique peut jouer aussi, dans la pérennisation de la plainte et de la douleur* »). Un phénomène de modulation des douleurs dans le temps, en fonction des difficultés de vie personnelle, était décrit (M1 : « *toute la famille est en émois, et elle, c'est fluctuant justement en fonction des annonces, des nouvelles qu'elle a* »).

## 2.2. Rôle des facteurs individuels

L'âge, et en particulier la proximité de l'âge de la retraite, était un facteur relevé (M11 : « *la dame, elle est à l'âge critique pour ça*»). Le fait que le patient accepte d'essayer de composer avec sa douleur ou bien en reste la victime pouvait jouer un rôle dans l'évolution de la lombalgie (M13 : « *la douleur reste présente et... du coup ils occultent un peu tout autour d'eux* »). L'incapacité à faire face était ainsi mise en lien avec la

chronicité (M12 : « *qui n'arrivent pas à se prendre en charge... ou qui attendent tout, aussi, de l'extérieur pour avancer... Donc, c'est évident qu'on va les retrouver d'une manière chronique* »). Le fait que le patient n'envisage pas d'amélioration de son état ou réduise ses activités pouvait être considéré comme un frein (M13 : « *tourner en rond, et se dire « je ne peux pas faire, je ne peux plus rien faire* » »). Le fait qu'il espère une solution radicale ou immédiate pouvait aussi représenter une difficulté (M6 : « *elle va revoir un énième spécialiste, en espérant qu'il la guérisse à vie* »).

La notion de somatisation était très souvent évoquée. La plainte pouvait en effet être interprétée comme une recherche indirecte d'attention et de dialogue (M14 : « *la personne, elle a des douleurs, pour qu'on s'occupe plus d'elle et puis pour peut-être que le dialogue arrive. Les gens ils sont tellement tordus, que parfois, ça passe par beaucoup de choses* »). La somatisation pouvait expliquer l'aggravation d'une pathologie préexistante (M12 : « *Oui, des lombalgies qui sont..., ou des cervicalgies qui se sont aggravées... en plein divorce, une séparation. Pff... Oui, c'est clair* »). La somatisation pouvait être l'expression d'un sentiment de dévalorisation (M14 : « *je pense que les maladies, elles ont aussi une base de déclenchement avec la psyché. C'est-à-dire qu'il y a un moment, on s'en prend plein la gueule, on se fait dévaloriser je ne sais quoi, et puis comme par hasard il arrive les maladies, les accidents, les maux de dos* »). Un antécédent familial de lombalgie chronique pouvait faire évoquer l'hypothèse d'une somatisation (M6 : « *son père avait eu le même problème, il marchait avec une canne, il avait des douleurs qui résistaient à tout aussi, et que... Il y a quelque chose qui avait... Pour lui, il y avait une image...* »).

Un syndrome dépressif sous jacent, qui serait masqué par la lombalgie, pouvait aussi expliquer la chronicisation. Les médecins pouvaient relever un certain profil, présent en aval de la lombalgie. Cette idée pouvait reposer sur des arguments psychologiques, ou sur la condition physique du patient (M5 : « *Les gens allergiques à l'exercice physique, il y en a pas mal... Il y a aussi... une méconnaissance du corps* »). Les représentations du patient au sujet de son corps étaient aussi évoquées (M5 : « *comme si le corps ne s'exprimait que par des douleurs, et qu'il n'y a pas de... c'est un corps absent de leur imaginaire* »). Les difficultés psychologiques pouvaient être considérées comme la cause de la chronicisation, mais aussi comme sa conséquence (M3 : « *que ce soit causal, ou*

*circonstanciel, de toute façon, l'aspect psychologique va intervenir à un moment ou à un autre, dès lors qu'il y a une chronicité »).*

### 2.3. Rôle des difficultés conjugales et de l'histoire familiale

Le rôle des conflits familiaux était plusieurs fois avancé (M13 : « *Pour un peu que dans la vie privée, ça n'aille pas très bien, et qu'il y a des conflits aussi... de couple où avec les enfants, ça peut pérenniser aussi une situation de lombalgie* »). Plusieurs médecins avaient constaté une juxtaposition entre l'amélioration des problèmes de couple et celle des symptômes (M11 : « *Et il a dit « Le jour où j'ai quitté ma femme, je n'ai plus eu mal au dos » »*). Les difficultés relationnelles avec les enfants étaient évoquées: les problèmes de garde, mais aussi des conflits à l'âge adulte, allant de simples problèmes de communication à la bataille juridique (M16 : « *la maison est à lui, mais elle est aussi aux gamins, qui ont maintenant dix-huit ans et qui demandent leur part. Donc il risque d'être obligé de vendre sa maison* »). Un lien avec des situations de deuil ou la maladie d'un proche était aussi retrouvé. Des relations conflictuelles avec la mère ou considérées comme « névrogènes » étaient parfois mises en avant, qu'elles soient verbalisées ou non par le patient (M2 : « *Que sa mère, tordue, a surprotégé* », M11 : « *Je pense qu'il y a des problèmes fondamentaux avec sa mère et sûrement quelques uns avec son mari. Mais, c'est... c'est nié. C'est nié* »). A deux reprises, la chronicité de la lombalgie était mise en lien avec un inceste (M5 : « *une dame qui avait mal, une lombalgie chronique. Et puis un jour, elle m'a dit qu'elle s'était fait violer par son père, et... ça été mieux après.* »). Un médecin (une femme) relevait aussi les difficultés liées au statut des mères de famille actives, qui serait source d'un stress particulier (M3 : « *les femmes plutôt jeunes, avec plusieurs enfants...Voilà, on peut avoir cette plainte-là parce qu'elles ont des vies parfois un peu compliquées, entre le travail, les enfants* »).

## 2.4. Rôle des facteurs professionnels

La lombalgie était souvent associée aux métiers manuels ou au statut d'ouvrier, et l'importance des contraintes physiques était fréquemment évoquée, en particulier les gestes répétitifs (M16 : « *Gestes répétitifs : la mécanique, elle lâche. Elle ne peut pas tenir de toute façon* »). Le rôle de la pression temporelle ou du stress au travail était relevé (M8 : « *on demande de plus en plus, que ce soit en cadence ou en responsabilité.* »). Les conditions de travail étaient aussi un facteur identifié (M11 : « *avec des conditions qui sont terribles parce qu'il y a le froid, c'est... c'est assez dantesque* »). Un médecin évoquait l'insécurité de l'emploi (M11 : « *comme l'entreprise est en... un peu « entre parenthèses », tout de suite je pense que c'est un facteur* »). La notion de bien-être au travail était évoquée de façon générale (M10 : « *je pense déjà que s'il se sent pas forcément terrible dans son travail, ça peut compter* »). L'insatisfaction professionnelle pouvait jouer un rôle (M2 : « *effectivement, quand vous n'êtes absolument pas content de ce que vous faites, absolument pas reconnu, absolument pas « ceci-cela* » »). Des situations conflictuelles avec l'employeur ou les collègues étaient mises en cause (M4 : « *c'est lié peut être à autre chose, une souffrance au travail, un conflit avec l'employeur* »). Certains laissaient une place à part au sentiment de dévalorisation, en particulier lié au travail, qui pouvait être décrit comme un facteur favorisant (M6 : « *quand les gens sont considérés comme de la merde, c'est vrai que ça favorise ce genre de choses.* »). Le fait que le patient n'envisage pas la reprise du travail pouvait faire craindre des difficultés. Un médecin insistait sur la nécessité que le patient soit motivé par son travail, qu'il y trouve de l'intérêt, séparant alors les patients lombalgiques en deux catégories : ceux qui souhaiteraient sincèrement retourner au travail et ceux qui seraient plutôt en recherche de bénéfices secondaires (M16 : « *La lombalgie chronique, c'est de faire la différence entre les gens qui ont vraiment mal au dos ou ceux qui sont rentrés dans un système, un système de lombalgiques* »).

### 3. LES MEDECINS PEUVENT-ILS PRESENTIR L'EVOLUTION VERS LA CHRONICITE?

Le principe même d'un a priori à ce sujet pouvait être réfuté (M9 : « *chez moi, ce n'est pas une hypothèse* »). Certains médecins ne voyaient simplement pas dans cette démarche un axe spécifique de travail sur la lombalgie. La crainte d'une évolution vers la chronicité pouvait reposer sur des éléments retrouvés à l'anamnèse, comme l'absence de facteur déclenchant, ou la notion de plainte douloureuse récurrente (M8 : « *Et puis un ras-le-bol de sa vie... De sa vie, de son travail, et qui a tout le temps mal au dos, ou même ailleurs* »). Un antécédent personnel de lombalgie chronique pouvait susciter la crainte d'une récurrence. Un patient très plaintif ou une certaine manière de présenter les faits étaient aussi relevés. Certains éléments de l'examen clinique éveillaient la vigilance du médecin, en particulier une grande raideur, ou une discordance entre la plainte et l'examen clinique (M1 : « *Quand l'examen clinique est discordant par rapport à la plainte, là ça m'alerte un petit peu, on est peut être plus déjà dans le chronique* »). La notion de posture était évoquée (M8 : « *D'emblée on voit la posture du patient, avec le monde sur les épaules, on va dire* »). La présence ou non d'une sciatalgie n'était pas citée dans ce contexte. L'absence d'amélioration dans le temps était aussi prise en compte. Un médecin disait craindre la chronicité après deux mois sans amélioration, mais un autre s'en inquiétait après une semaine d'arrêt de travail, si une prolongation était nécessaire. La nécessité même d'un arrêt de travail pouvait créer une inquiétude (M2 : « *Et puis le nécessaire recours à l'arrêt de travail, avec une difficulté ensuite, dans l'esprit, à se dire qu'il va reprendre* »). Ce « pressentiment » ne pouvait pas toujours être expliqué précisément (M11 : « *C'est un truc que je sens...* »). Le médecin pouvait s'appuyer sur la connaissance préalable qu'il a de ses patients (M4 : « *oui, un profil, un profil lombalgique, oui* ») ou de leur famille (M6 : *Oui, d'emblée, connaissant le contexte familial* »). C'était parfois le contexte au sens large qui était pris en compte. (M12 : « *Les gens qui ont un mal être, les gens stressés ou les gens qui ne sont pas bien dans leur activité professionnelle, ou qui ont des soucis... ou qui n'arrivent pas à se prendre en charge... ou qui attendent tout, aussi, de l'extérieur pour avancer... Donc, c'est évident qu'on va les retrouver d'une manière chronique* »).

#### 4. ABORD DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX EN CONSULTATION ET ELEMENTS RELEVES CONCERNANT LA RELATION MEDECIN-MALADE:

##### 4.1. Méthode de recueil des facteurs psychosociaux en consultation

En tant que « médecin de famille », le médecin pouvait se trouver dépositaire de nombreux facteurs psychosociaux, même si ce recueil n'était pas le fruit d'une volonté particulière (M11 : « *Oui, je les connais, ça fait longtemps que je suis installé. Je les connais depuis longtemps. Ça c'est clair* », M2 : « *On connaît une partie de son histoire, et une partie de ses souffrances parfois*»). Le fait de s'intéresser au contexte socioprofessionnel et de recueillir les éléments de vie personnelle pouvait être plus volontaire, et faire partie d'une politique d'abord global du patient (M3 : « *Moi, je le fais très, très facilement, d'aborder les gens sur le plan de la vie personnelle, quelle que soit la pathologie présentée* »). Il était cependant parfois difficile d'être systématique (M6 : « *enfin toujours. Ce n'est pas toujours, il y a des fois où j'oublie* »).

Concernant les lombalgies, l'existence de facteurs psychosociaux défavorables n'était en général pas interrogée dès la première consultation. Ce recueil pouvait être initié du fait du constat de la chronicité (M12 : « *il faut prendre en charge tous les éléments, quand les situations traînent* »). Les médecins pouvaient explorer les conditions et la gestuelle du travail, mais aussi une situation professionnelle conflictuelle, en recherchant entre autre un sentiment de dévalorisation. Il n'était pas toujours nécessaire d'interroger ce vécu pour soupçonner une difficulté, le médecin connaissant déjà les conditions de travail des entreprises du secteur. Concernant les facteurs psychosociaux individuels, la démarche était le plus souvent progressive et pouvait être facilitée par le fait que les patients lombalgiques consultaient régulièrement (M6 : « *Ce sont des choses qu'on apprend très progressivement après, au fil des consultations* »). Le médecin devait parfois savoir saisir le bon moment, et ne pas hésiter à faire une consultation longue à l'occasion. L'inefficacité des thérapeutiques entreprises pouvait constituer en elle-même une porte d'entrée pour amener le patient à réfléchir à l'idée « qu'il y avait peut-être autre chose ». Les médecins procédaient le plus souvent sous forme de questions ouvertes, non médicales. Il s'agissait alors de questionner « la vie des gens », leur environnement, l'existence de problèmes familiaux, le vécu de la situation (M8 : « *il y a des gens qui*

commencent à en parler spontanément, mais la plupart de temps, il faut aller le chercher. Donc il faut, évidemment, ouvrir le dialogue vers... Questionner l'environnement, « comment vous vivez, est ce que vous vous sentez bien dans la vie, est-ce que ça se passe bien au travail ? » ». Un des médecins était plus ou moins direct dans ses questions selon la connaissance qu'il avait de ses patients (M10 : « Si je ne connais pas bien le contexte, en général, je me borne à cette question là, c'est à eux de saisir la perche ou pas... Si je connais plus la famille parce que voilà, je vais peut-être poser une question plus précise »). L'intérêt de ne pas centrer les consultations uniquement sur la lombalgie a été souligné (M6 : « quand ça traîne vraiment, on essaye de ne plus se focaliser uniquement sur la région lombaire »). La question du moral était parfois directement abordée, soit au bout d'un certain temps parce que la situation stagnait, soit « sur le vif » parce que des signes d'anxiété étaient perceptibles (M14 : « moi, quand je vois le regard de quelqu'un, ou les rides de quelqu'un, ou le visage de quelqu'un, tu dis « Qu'est ce qui se passe ? » »). Les questions étaient parfois volontairement dérangeantes, abordant par exemple le domaine de la sexualité (M14 : « je peux aller jusqu'à... « Vous avez trompé votre femme ? » « Y'a un truc que vous n'osez pas lui dire ? Y'a un truc que vous vous reprochez que vous n'osez pas lui dire ? » »). Des questions sur le vieillissement des « anciens » dans la famille pouvait permettre d'aborder les représentations des patients (M9 : Je leur dis « comment ils sont les anciens chez vous, comment ils sont ? Votre père, votre grand-père, votre tante ? »).

Quand le patient ne souhaitait pas répondre, les questions pouvaient être reportées à des consultations ultérieures. Cependant une fois les questions posées, un « effet-retard » était parfois constaté, les patients y réfléchissant à froid. Les médecins pouvaient aussi exploiter des éléments qui n'avaient pas été verbalisés directement par le patient. Ainsi connaître les proches, comme par exemple un conjoint qui révélerait d'un caractère difficile, pouvait orienter le médecin (M13 : « et puis effectivement, le fait de connaître le conjoint, quelqu'un toujours bougon, toujours grognon, toujours... (Rire) Je pense que ça a un peu influencé, aussi, mon diagnostic »). Parfois c'est le conjoint lui-même qui verbalisait à la place du patient, en consultation de couple ou à part, ce qui pouvait nécessiter des précautions vis-à-vis de la confidentialité. Dans certains contextes, le médecin devait parfois savoir lire entre les lignes, et interpréter les non-dits des patients (M13 : « Je pense qu'elle l'a dit à demi-mot »).

#### 4.2. Eléments sur la relation Médecin-Patient

Les moyens employés pour faire verbaliser les difficultés de vie pouvaient dépendre du type de relation que le médecin entretenait avec son patient. Certains médecins « laissaient venir » le patient, sans le contraindre à une réponse, l'important étant qu'il sente le médecin abordable et prêt à l'écouter. Un médecin soulignait l'importance pour lui de ne pas être intrusif, de respecter la pudeur du patient, et de le laisser décider de façon autonome si et quand il souhaitait se livrer. (M10: « *j'essaye de maintenir la porte ouverte, mais ce n'est pas à moi de la forcer* »). L'importance de la relation de confiance établie avec le médecin a été mise en avant. La dynamique décrite était parfois clairement coopérative, reposant sur la participation du patient. La nécessité de l'écoute réciproque a été soulignée, le patient devant écouter lui aussi ce que le médecin avait à dire. Un des médecins, tout en insistant sur l'importance d'aborder rapidement les facteurs psychologiques en consultation, marquait cependant sa distance avec le statut du psychothérapeute (M3 : « *Moi, je ne fais pas de suivi psychologique* »). Un autre médecin, s'appuyant sur un travail en groupe de pairs, inscrivait sa démarche dans une approche psychanalytique (M8 : « *on essaye de déplier, comme dirait le psychanalyste, de déplier le symptôme, et puis l'environnement* »). Certains médecins trouvaient utile, à l'occasion, de bousculer le patient (M16 : « *Oui après, oui parfois il faut les provoquer. Il faut provoquer. On peut sortir des trucs* »). Cela pouvait nécessiter d'aller contre la réaction première de repli du patient. La volonté du médecin de faire entendre son point de vue au patient pouvait amener à une impasse relationnelle (M2 : « [La lombalgie] *C'est l'incapacité à entendre ce qu'on leur dit.* » et « *La lombalgie chronique ? Ça m'évoque quoi ? ...Un chieur.* »). Dans un autre mode de relation, le médecin pouvait suggérer les éléments qu'il jugeait utiles au patient (M9 : « *Et puis y a l'art, comment dire, l'art de dire... L'art de dire... C'est-à-dire qu'on va énoncer quelque chose : ce qu'on va énoncer a une valeur prédictive* »).

#### 4.3. Moyens d'amener le patient à prendre conscience de la relation entre lombalgie et facteurs psychosociaux

Différentes manières d'amener le patient à faire le lien entre la persistance de sa lombalgie et l'existence de facteurs qui ne soient pas exclusivement somatiques ont été relevées. Certains médecins agissaient avec précaution, ne s'autorisant pas à affirmer ce lien, bien qu'il soit supposé. Ce lien pouvait être seulement deviné par le médecin ou bien lui apparaître comme évident (M15 : « *Là on se dit forcément, là, il y a de tels, de tels dommages psychologiques, il ne peut pas être imperméable à ça.* »). Imposer ce lien pouvait être considéré comme non productif, l'initiative étant laissée au patient (M14 : « *je pense qu'il faut laisser faire le chemin, parce qu'on ne peut pas dire à quelqu'un ce qu'il ne veut pas entendre* »). L'abord pouvait être précautionneux, le médecin se contentant de le faire « *toucher du doigt* », ou bien indirect, en explorant les conséquences sur le quotidien. Le médecin pouvait aussi utiliser un mode interrogatif (M5 : « *ça m'arrive de le dire : « Je pense..., il faut peut être que vous vous posiez la question, s'il n'y a pas un rapport entre ça et ça* ». »). D'autres médecins pouvaient être plus directs, et expliquer en termes clairs au patient le lien perçu. La mise au jour de ce lien pouvait être simultanée chez le médecin et le patient, fruit d'une recherche commune.

## 5. ELEMENTS SUR LE MODELE THERAPEUTIQUE DES MEDECINS RENCONTRES

Le modèle thérapeutique des médecins rencontrés était illustré par les modes de résolution des situations de lombalgie chronique qu'ils pouvaient envisager. Le dossier pouvait être considéré comme 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, et qui font très bien pour mes patients, moi ça me va très bien* »). Il était admis par certains que la guérison au sens de la disparition des symptômes n'était pas possible (M14 : « *L'idée générale, c'est qu'il n'y a pas de solution et comment est ce qu'ils vont supporter leur douleur?* »). La résolution était souvent posée en termes de douleur acceptable, une douleur avec laquelle il allait falloir vivre et à laquelle le patient devait s'adapter (M8 :

« Si elles deviennent gérables et supportables, elles s'intègrent dans des douleurs avec lesquelles on vit, effectivement »). Le rôle du médecin consistait alors à gérer ponctuellement les accès aigus d'une 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 »). L'amélioration pouvait advenir grâce à la reprise d'activité en elle-même (M14 : « elle reprend des activités. Et à ce moment là ça fait comme une auto-rééducation, une auto-kiné, une auto... puis le corps, c'est comme si le corps s'adaptait »). La reprise à temps partiel pouvait stabiliser le patient, ou c'est un changement de travail qui pouvait apporter la solution (M3 : « ça passe quand même par un changement de vie, enfin, quelque part. C'est-à-dire que soit... Enfin souvent un changement de vie professionnelle »). La résolution pouvait encore passer par la prise en charge en maladie professionnelle, grâce à un reclassement professionnel ou un arrêt de longue durée jusqu'à la retraite. Dans un autre registre, la verbalisation d'un événement traumatisant pouvait apporter un soulagement (M1 : « elle me dit : « J'ai été agressée sexuellement par mon père ». Et elle s'est mise à pleurer. Et après les douleurs ont diminué »). Le contrôle des symptômes pouvait parfois être obtenu grâce au traitement d'un syndrome dépressif. Un des médecins évoquait une situation de « guérison inexplicable » validée par l'Eglise Catholique, tout en distinguant ses croyances de sa pratique médicale (M2 : « Je n'ai pas d'explication... Je n'ai pas dit qu'il fallait aller à Lourdes ! »). Un médecin expliquait que le mieux-être du patient pouvait passer par la réalisation d'objectifs de vie négligés, et que son rôle consistait donc à aider le patient à comprendre et réaliser ces objectifs.

Pour les médecins rencontrés, une évolution favorable des patients lombalgiques chroniques ne reposait donc pas tant sur des procédés thérapeutiques conventionnels que sur la prise en charge des facteurs psychosociaux, qu'ils soient individuels ou professionnels (M4 : « Au début, on pensait peut-être qu'on allait tout résoudre, avec les anti-inflammatoires et les antidouleurs. Qu'une douleur, c'était organique, et voilà qu'on allait y arriver tout de suite, qu'on allait avoir des succès rapidement. Et puis après on se rend compte que... que ce n'est pas si simple que ça. Ils y a certains facteurs qui interfèrent »).

## 6. COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES ENVISAGENT-ILS LA PRISE EN CHARGE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX INDIVIDUELS AU CABINET ?

### 6.1. Recours à l'éducation du patient pour favoriser son autonomie et la reprise d'activités

L'éducation du patient pouvait consister à travailler sur l'hygiène de vie, cette notion pouvant inclure l'activité physique, mais aussi la perte de poids et le mode de vie en général. Cette mission pouvait être jugée difficile (M3 : « *tout ce qui est l'hygiène de vie, sur le sport, le poids, le machin. Ca, c'est aussi quelque chose qu'on travaille, et c'est peut-être ça le plus dur !* »). La notion de plaisir pouvait être mise avant (M8 : « *Je reprends surtout l'idée d'une activité sportive très, très régulière, celle qui lui fait plaisir, qu'il va faire, ou qu'elle va faire de façon spontanée, ou du moins avec une envie, avec un désir et un plaisir* »). Enseigner des notions d'hygiène du dos pouvait être considéré comme un moyen de prévenir la récurrence. Il pouvait s'agir d'apprentissages posturaux, illustrés par des schémas anatomiques ou par la réalisation d'exercices physiques au cabinet. Si parfois le patient trouvait de lui-même des solutions pour préserver son dos, d'autres fois il pouvait se montrer réticent à modifier des habitudes très anciennes (M11 : « *ils ont aménagé leur façon de fonctionner, leur façon de faire aussi techniquement, et maintenant ils vieillissent et ils font leur jardin.* »). Le médecin devait parfois lutter contre des représentations jugées inappropriées au sujet de la lombalgie, qui pouvaient être vues comme un obstacle à l'éducation du patient (M11 : « *[au sujet de l'ostéopathie] une explication comme ça, fumeuse, mais qui est accessible. Il y a une douleur parce qu'il y a quelque chose qui est déplacé, un nerf ou un nerf coincé, ou... A partir du moment où il y a une explication comme ça, de toute façon on ne pourra jamais la sortir de la tête du patient* »). Certains médecins exposaient à leurs patients la nécessité de rester actif, ainsi que les bénéfices attendus d'une reprise du travail. Il s'agissait parfois de rassurer le patient sur l'absence de danger (M7 : « *Quand on leur a expliqué que d'un point de vue mécanique, il n'y avait rien de dangereux, que ça ne les empêchait pas de faire des activités, il y en a qu'on arrive à réorienter vers un petit peu d'activité physique, des loisirs* »). Expliquer au patient que la résolution prendrait du temps pouvait être considéré comme bénéfique. Certains médecins soulignaient l'importance de lutter contre

un positionnement passif du patient (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 », M11 : « Ça peut être ça la solution. Justement, vous leur donnez le truc, de les refaire... acteur dans cette affaire là. Ça c'est une partie de notre boulot »). Le but était souvent que le patient apprenne à gérer sa douleur par lui-même (M5 : « leur dire qu'ils peuvent améliorer, mieux prendre en charge leur douleur, par une action ... eux-mêmes. C'est le plus difficile »).

## 6.2. Pratique des médecines non conventionnelles au cabinet

Plusieurs médecins utilisaient des procédures relevant des médecines non conventionnelles. Certains s'étaient formés à la mésothérapie mais ne la pratiquaient pas, par manque de conviction, soulignant par là une participation de l'effet placebo (M16 : « je n'étais pas assez convaincu et convaincant, je pense. Pour avoir un résultat. Convaincant, surtout ! »). Un constat d'efficacité de la mésothérapie n'impliquait pas forcément le déni de cet effet placebo (M8 : « Enfin bon, je ne sais pas si c'est subjectif, mais ils ont l'air d'être soulagés »). Deux médecins avaient recours à de multiples méthodes non conventionnelles. Tous deux soulignaient l'intérêt d'apporter aux patients des réponses différentes des thérapeutiques dites conventionnelles (M12 : « ça permet de vous rendre compte qu'il y a des gens qui font autre chose « qu'antalgiques point barre et puis voilà » »). Ces pratiques étaient vues comme une extension des moyens d'action du médecin généraliste au cabinet (M12 : « J'ai une approche très... vaste. Donc j'utilise toutes les ficelles possibles. Je fais aussi de l'auriculothérapie, je m'en sers aussi dans la douleur. Plus de l'acupuncture »). Il pouvait s'agir de repousser le moment d'un constat d'échec (M12 : « j'essaye de... de soulager au maximum avant de dire, « bah là c'est un échec complet » »). Ces pratiques pouvaient permettre de surseoir à la remise en cause du pouvoir médical du médecin (M9 : « c'est les patients qui vous remettent en cause. J'ai la chance d'avoir plusieurs cordes à mon arc. »). Le constat régulier d'une efficacité de ces procédures pouvait représenter un moyen de lutter contre l'épuisement professionnel (M9 : « L'intérêt du médecin, aussi, il se nourrit du retour de ce que lui racontent les patients. Il a besoin de ça, il a besoin de « comment ça va? Ca va mieux ». Si vous avez

que des patients qui vous disent « Ben non, c'est de pire en pire », où « c'est toujours la même chose »... Pour le médecin... vous déprimez. Moi je ne pourrais pas ». L'acupuncture était présentée comme une procédure antalgique, mais aussi comme un moyen d'apaiser le patient sur le plan émotionnel (M9 : « pour les chinois, un point d'acupuncture ça a un effet physique, mais ça a aussi un effet psychique. Eux, ils n'ont pas cette dichotomie »). L'ostéopathie pouvait être l'occasion d'instituer un contact physique particulier avec patient, avec éventuellement une note régressive (M9 : « Et je les prends dans mes bras, ça c'est l'ostéopathie. Je les prends dans mes bras « Oh la la, mon petit chéri comment ça va ? »). Le temps nécessaire à la réalisation de certaines procédures pouvait faciliter la verbalisation du patient (M15 : « la consultation est un peu plus longue, et plus itérative parce qu'on voit trois ou quatre fois, donc on revient sur le thème, et ils finissent par... voilà, s'exprimer, davantage. »). Des techniques de relâchement musculaire pouvaient favoriser un relâchement émotionnel et donc la parole (M12 : « à la fin de la séance la personne peut partir en sanglots. Donc, ça peut être aussi le mode d'entrée dans... dans l'après, quoi. Vous avez une chute du tonus... donc elle se relâche, et il y a des choses qui sortent »). Un de ces médecins pratiquait l'acupuncture, l'ostéopathie, ou la mésothérapie plutôt dans un but antalgique, et utilisait par ailleurs des plages horaires dédiées pour pratiquer l'hypnothérapie et les thérapies cognitivo-comportementales. Un médecin évoquait le désir de se former un jour à l'ostéopathie, mais avec une certaine ambivalence : il ne souhaitait pas pratiquer, mais semblait malgré tout faire le lien avec les limites des traitements conventionnels (M10 : « Non, c'est plus pour moi. C'est juste parce que j'aime bien savoir. Bon, ben, j'ai fait de la gériatrie, anti inflammatoires, machin chez le petit vieux, on évite d'en donner. Je ne suis pas complètement convaincu que bouffer des anti-inflammatoires tout le temps... »).

### 6.3. Utilisation de l'écoute et de la parole au cabinet du médecin généraliste

L'écoute, à différents degrés, jouait très souvent un rôle dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Plusieurs médecins avaient relevé l'effet positif de l'expression d'un vécu difficile ou de non-dits sur la douleur (M6 : « Elle l'a plus verbalisé, on a pu en discuter. Je pense qu'elle est nettement mieux, maintenant »).

L'écoute pouvait être vue comme un moyen d'aider le patient dans son travail d'acceptation de la douleur. Celle-ci pouvait alors devenir plus supportable, autorisant ainsi une diminution des traitements antalgiques (M1 : « *ça permet, dans la prise en soin globale, qu'il y ait moins de traitements médicamenteux* »).

L'abord des difficultés de vie pouvait être intégré à la pratique médicale quotidienne ou bien intervenir dans un second temps, après un bilan clinique et radiologique non contributif (M8 : « *Et puis après on n'a effectivement plus grand chose d'autre. Donc il y a de longues discussions* »). La démarche était parfois clairement empathique, ayant pour but de faire savoir au patient que sa plainte était reconnue, et de légitimer son ressenti (M5 : « *l'histoire des patients. La façon dont ils vivent ça. Comment ça s'inscrit dans leur histoire. Qu'est ce qu'ils en font, eux.* »). Montrer au patient qu'on entend sa plainte pouvait être considéré comme essentiel à la prise en charge de la douleur (M8 : « *j'insiste beaucoup sur la prise en compte de la douleur et de la situation, c'est-à-dire reconnaître le symptôme, parce qu'ils ont surtout besoin de ça.* »). L'écoute pouvait avoir une fonction de soutien moral, en permettant de temporiser et de relâcher les tensions (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* »). Un médecin différenciait la discussion de la psychothérapie, et un autre utilisait des outils issus de la psychanalyse. Un des médecins utilisait à la fois l'hypnose et la thérapie cognitivo-comportementale (M9 : « *Les TCC, donc, je me mêle de votre vie et je vous dis ce qu'il faut faire. C'est simple (en riant). Alors l'hypnose c'est différent. L'hypnose c'est les ressources de l'inconscient. C'est deux domaines. C'est pour ça, moi je marche sur ces deux pieds là* »). Un médecin réfutait strictement l'idée d'un recours à la psychothérapie, de façon générale, la considérant délétère pour le patient (M14 : « *jamais. Non, la psychothérapie, je trouve que ça remonte dans le passé. Et pour moi, le passé, c'est un peu synonyme de la folie, parce que c'est des images qui n'existent plus.* »). Mais son modèle thérapeutique reposait cependant sur l'écoute et le renforcement positif (M14 : « *« c'est quoi le but de votre vie personnelle, qu'est ce que vous foutez sur cette planète ? Qu'est-ce qui vous rend heureux ? Qu'est-ce qui vous ressource ? Qui fait que vous arrivez à vous occuper des autres ? »* »).

Si un travail de psychothérapie s'engageait au cabinet, ce n'était pas toujours un choix délibéré de la part du médecin. C'était parfois à cause du coût que représentait une



psychothérapie (M11 : « adresser à quelqu'un, il ne faut pas rêver. Un psychologue ce n'est pas pris en charge. Alors quelqu'un qui est en arrêt de travail, qui a déjà des revenus qui ne sont déjà pas fantastiques, envisager une psychothérapie... 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. »). D'autres fois, c'était le manque de disponibilité des psychologues qui était évoqué (M1 : « elle a besoin de parler maintenant, pas dans trois mois. Alors elle est suivie aussi par le CMP, de temps en temps »).

#### 6.4. Recours aux psychotropes

Les médecins pouvaient recourir aux antidépresseurs quand ils se sentaient « bloqués » (M13 : « mettre du coup un anti déprimeur, et le revoir ça peut, oui du coup... déverrouiller un peu une situation, sur laquelle on n'arrivait pas trop... on patinait quoi »), ou bien à titre d'épreuve thérapeutique (M6 : « je l'ai traitée comme un état dépressif pendant quelques mois, et on a eu une très, très nette amélioration de beaucoup de ses douleurs »). C'était parfois le statut chronique de la plainte qui pouvait entraîner l'indication des antidépresseurs (M1 : « les médicaments initiaux, c'est-à-dire tout ce qui est anti-inflammatoires et antalgiques sont moins efficaces quand on est plus dans la douleur chronique... donc on est plus aux traitements psychotropes »). Ces molécules pouvaient n'être considérées comme un recours envisageable qu'à la condition qu'un syndrome dépressif sous-jacent soit diagnostiqué, ou encore en attendant une prise en charge psychothérapeutique. Il était parfois regretté que le patient refuse d'essayer un traitement potentiellement bénéfique simplement du fait d'a priori. L'indication de traitements psychotropes pouvait être reconnue, mais plutôt laissée à la charge du centre antidouleur.

Certains médecins se méfiaient de la prescription de psychotropes, considérés comme un recours rapidement efficace, mais non dénué de risques, dont la dépendance. L'un des médecins refusait strictement l'idée d'introduire des traitements psychotropes, les considérant comme inutiles, voire franchement délétères pour le patient (M14 : « Si tu mets un antidépresseur, ou je ne sais quoi, vingt ans après, le problème, il est là. Il est

*bien transformé en je ne sais quel monstre, donc on ne peut plus rien y faire. Mais le problème est toujours là »*). Parfois, le médecin ne pouvait que continuer les traitements mis en place par d'autres, tout en devant en gérer les effets indésirables au quotidien (M2 : « *Le problème, c'est que si tous les centres antidouleur donnent du Rivotril®, on va donner du Rivotril®, ça c'est clair* »). L'enjeu pouvait alors être l'allègement de l'ordonnance, voire le sevrage, pas toujours évident.

#### 6.5. Limites et difficultés de la prise en charge des facteurs psychosociaux individuels au cabinet

Vouloir aborder les facteurs psychosociaux individuels en consultation pouvait exposer le médecin à certaines difficultés. Tout d'abord parce que tous les patients n'acceptaient pas de parler de se livrer (M11 : « *il y a des gens qui vont vous en parler et d'autres qui vont garder ça secret* »). Un médecin trouvait les hommes plus pudiques que les femmes sur le plan des difficultés personnelles. Il pouvait sembler nécessaire de connaître les patients de longue date pour s'autoriser des questions personnelles (M1 : « *je ne les connais que depuis trois-quatre ans, je ne peux pas me permettre de les bousculer, de les embêter avec ça* »). Il y avait aussi un risque que la démarche du médecin soit perçue comme intrusive par le patient, et le fasse fuir (M13 : « *à partir du moment où j'ai commencé à titiller de ce côté-là... ils ont changé de médecin parce que j'avais peut être soulevé quelque chose qui dérangeait* »). Certaines situations conflictuelles pouvaient cependant porter leurs fruits (M6 : « *Il était assez fâché, qu'on envisage cette hypothèse. Mais je pense qu'il y a eu un déclic à partir de là.* »). Face à certaines personnalités, un médecin disait préférer « rester dans le somatique », une trop grande mise en avant de la participation de facteurs psychologiques risquant d'ancrer l'idée de chronicité dans l'esprit du patient. La prise en charge des facteurs psychosociaux pouvait aussi être limitée par le fait que le médecin ne pouvait pas toujours accélérer cheminement du patient. L'un d'eux exposait le besoin pour certains patients d'aller « *au bout du voyage lombalgique* », comparant ce parcours à celui de l'alcoolique ou du toxicomane (M11 : « *Il y a des gens qui ont exploré tous les... toutes les joies si je puis dire, ou toutes les catastrophes de la lombalgie, et qui, après, qui passent à autre chose* »). L'amélioration pouvait n'advenir qu'après épuisement des procédures disponibles (M14 : « *En fait, quand*

*la personne a vu, a fait le tour de la médecine, et de tout le reste aussi, ostéopathes, toucheurs, tout ça, enfin- par ici ça s'utilise beaucoup. Il y a un moment où elle a même un raz-le bol d'avoir mal et elle reprend des activités »).*

Un médecin craignait une effusion d'émotions en consultation (M1 : *« Par contre, je ne veux pas les pousser trop loin dans leurs retranchement, parce que comme je le dis : je ne sais pas faire. Je ne saurai pas gérer après quelqu'un qui éclate en sanglots et qui n'a plus le moral après »*). D'autres médecins, craignant de faire décompenser un mal-être sous jacent, en particulier un risque suicidaire, s'astreignaient à une certaine prudence. Un des médecins argumentait l'idée qu'il ne faut pas s'aventurer sur des chemins que l'on ne maîtrise pas (M9 : *« C'est redoutable, si vous n'avez pas l'outil pour le tirer de là »*). L'incapacité du patient à s'engager dans une réflexion personnelle pouvait mener au risque de s'enfermer dans des traitements psychotropes. Le risque existait aussi que le patient attende trop du médecin, menant à une inéluctable déception (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, ou je ne sais pas »*).

Le contenu d'une consultation pouvait aussi dépendre du médecin, qui n'était pas toujours disponible de la même façon, 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 »*). D'éventuelles difficultés personnelles pouvaient interférer dans sa pratique (M16 : *« les facteurs psychosociaux des autres dépendent aussi des facteurs psychosociaux du médecin. (Rire). Si vous êtes bien dans votre tête, ou bien dans votre peau, en tant que médecin et que tout va bien, ça va être plus facile d'aider les autres »*). Un des médecins rencontrés admettait ainsi bien volontiers son manque d'objectivité vis-à-vis de ses patients lombalgiques chroniques, les qualifiant de « tire-au-flanc ». Ce médecin faisait de lui-même à ce sujet le lien avec le souvenir son propre père décédé, et juxtaposait à ce souvenir l'idée que le travail serait une valeur première dans la vie d'un homme (M2 : *« Donc, j'imagine que 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! Mais j'ai tellement cette notion de travail, que... (Silence)''*). Les représentations des médecins sur la lombalgie pouvaient donc influencer son attitude (M2 : *« Mais vis-à-vis des lombalgiques, dans le même esprit, je pense qu'il y a l'aspect du tire-au-flanc qui me gêne. Donc, je ne me passionne pas »*).

## 7. COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES ENVISAGENT-ILS LA PRISE EN CHARGE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX INDIVIDUELS HORS DU CABINET :

### 7.1. Recours à un psychothérapeute

Pour certains médecins, le recours à un psychothérapeute faisait habituellement partie de leur pratique (M3 : « moi je m'en sers pas mal. D'une façon générale, pas seulement dans les lombalgies »). Dans le cadre des lombalgies, s'il semblait indiqué, ce recours intervenait malgré tout plutôt dans un deuxième temps, une fois un travail initié avec succès au cabinet, ou en cas d'échec à faire verbaliser le patient par exemple (M15 : « Il y en a, on sait qu'ils vont finir par parler. Et puis d'autres, moins. Dans ce cas, là on peut le diriger là-dessus »). Pour d'autres, si une psychothérapie hors du cabinet était envisagée, c'était sous condition qu'il existe une souffrance psychologique clairement identifiée en plus de la plainte somatique (M5 : « si je pense qu'il y a une pathologie, ou une souffrance psychologique, un souci, oui, bien sûr »). Certains médecins constataient que la psychothérapie permettait une diminution de l'anxiété, et un meilleur contrôle de la douleur chez leurs patients. Une diminution des traitements médicamenteux, et donc de leurs effets indésirables, pouvait en résulter (M1 : « ils sont complètement shootés. Et là, ça permet de diminuer les médicaments, qu'ils aient une vie sociale un petit peu plus acceptable »). Si parfois la psychothérapie avait permis une évolution globale du patient franchement favorable, d'autres fois elle pouvait être efficace sur les difficultés psychologiques associées, mais sans effet sur la lombalgie. La psychothérapie pouvait être considérée comme inopérante chez les patients ayant peu de capacités à verbaliser.

Certains médecins n'initiaient pas ce type recours, estimant qu'il ferait de toute façon partie des procédures du centre antidouleur, dont ce serait justement le rôle. Ce n'était cependant pas une attente systématique en cas d'orientation vers le centre antidouleur, qui était parfois sollicité « seulement » pour la réalisation d'une procédure technique (M10 : « elle s'est retrouvée à retourner toutes les semaines à gribouiller des dessins, je crois, un peu pour prise en charge psychologique et je ne suis pas sûr que... - voire occupationnelle. »). Ce médecin soulignait malgré tout l'utilité de la psychothérapie

*(M10 : « d'autres personnes que j'ai adressées au centre antidouleur, je pense que la prise en charge psychothérapeutique était très importante »).*

Proposer une psychothérapie à un patient lombalgique chronique n'était pas toujours évident pour le médecin. Pour un des médecins, cette démarche avait demandé une réflexion particulière (M3 : « il a simplement fallu que moi aussi je fasse ce travail-là, de me dire... d'arrêter de me dire : comment ils vont recevoir ? Il faut d'abord proposer, puis après, on voit comment ils reçoivent »). D'autres exprimaient la crainte de se voir discréditer auprès du patient (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 !? »). Le contrôle de l'anxiété pouvait alors être recherché par des moyens plus indirects : ce médecin envoyait parfois ses patients chez le sophrologue. Dans certains cas, la psychothérapie était proposée aux patients lombalgiques chroniques, mais pas sur l'argument de la lombalgie. Une des difficultés était de faire accepter le principe d'une psychothérapie au patient qui n'en comprend pas l'indication (M7 : « « Si vous alliez voir un psychologue ? » « Pour quoi faire ? » « Je vais très bien. C'est le dos, on ne trouve pas ce que j'ai » »). Et si le patient acceptait, elle pouvait tout de même être vécue comme intrusive, et de ce fait mal supportée. Le coût du recours à un psychologue libéral et les délais de recours dans les structures publiques pouvaient de toute façon limiter l'accès du patient à la psychothérapie, voire décourager le médecin de la proposer (M11 : « adresser à quelqu'un, il ne faut pas rêver. Un psychothérapeute ce n'est pas pris en charge »). Certains médecins évoquaient le recours au psychiatre, qui lui, est remboursé, avec la difficulté que celui-ci serait parfois plus prescripteur que thérapeute (M1 : « je voulais que ce soit un psychologue, elle a refusé. Donc : le médecin psychiatre. Mais le médecin psychiatre n'est pas dans le domaine... de l'écoute »).

## 7.2. Place du centre antidouleur

Il arrivait à la plupart des médecins de travailler avec le centre antidouleur dans le cadre des lombalgies chroniques. Un médecin disait y recourir « de plus en plus ». Ce recours pouvait apparaître comme une évidence, et se faire dès le premier mois, si le médecin

retrouvait des facteurs de risque de chronicité. Au contraire, le centre antidouleur pouvait sembler indiqué seulement si les symptômes duraient et que le médecin se sentait en situation d'impasse (M4 : « *Au centre antidouleur. Oui, j'adresse. Si on n'arrive pas à grand-chose* », M6 : « *quand je suis un petit peu bloqué, que j'ai l'impression d'avoir essayé pas mal de choses sans beaucoup de résultats, je propose aux gens* »). Pour certains médecins, ce recours concernait des cas dits « extrêmes » (M7 : « *Quand on les envoie au centre de la douleur, ce sont ceux qui ne vont jamais bien* »). Le centre antidouleur pouvait ainsi jouer le rôle d'alternative à la prise en charge au cabinet, pour le médecin comme pour le patient, après épuisement des possibilités thérapeutiques ou si l'avis du rhumatologue n'avait pas permis d'amélioration. Pour un des médecins, le recours au centre antidouleur était considéré comme relevant du rhumatologue.

L'intérêt des centres antidouleur pouvait résider dans l'approche pluridisciplinaire, permettant une prise en charge globale du patient (M15 : « *D'où le rôle, aussi, des centres antidouleurs, parce que eux, ils ont toute une équipe pour faire la psychologie, l'hypnose ou la physiothérapie... Ils cernent le problème du patient.* »). Ils pouvaient représenter le moyen de prendre en charge les aspects psychologiques de la lombalgie, médicamenteux ou non (M4 : « *C'est peut être leur rôle à eux de proposer la prise en charge psychologique à ce moment là. Préparer la personne, et lui demander de prendre des traitements, des psychotropes, enfin des médicaments à visée anxiolytique, voire antidépressive* »). De ce point de vue, le centre antidouleur était parfois proposé en première intention, car a priori mieux accepté que le psychiatre. Une équipe pluridisciplinaire pouvait être perçue comme nécessaire pour prendre en charge une douleur composite (M5 : « *Quand je pense que la douleur est très plurifactorielle. Plus, quand je pense qu'il y a aussi une fixation sur le symptôme* »). Plusieurs médecins soulignaient l'intérêt de l'hypnose, souvent proposée dans les centres antidouleur. Le centre antidouleur pouvait aussi se révéler utile pour lutter contre le déconditionnement physique (M3 : « *les mettre à l'activité, c'est compliqué...Ca, c'est difficile. Et je trouve que, là, le centre antidouleur le fait mieux que moi* »). Beaucoup de médecins se disaient cependant assez déçus par ces centres, ne voyant a posteriori pas forcément d'amélioration pour leurs patients, et regrettant parfois la lourdeur des traitements instaurés et leur iatrogénie (M14 : « *La prescription est parfois un peu lourde. Quand les centres antidouleur, ils mélangent des petites doses d'Effexor®, avec des petites doses de*

*Rivotril®*, des petites doses de *Laroxyl®*, avec des myorelaxants tout ça... Et ben, j'ai du mal à voir »).

### 7.3. Lutte contre le déconditionnement physique

En plus des conseils donnés au cabinet, certains médecins comptaient sur la prise en charge kinésithérapique pour aider le patient à « se remettre en mouvement ». Elle pouvait cependant être considérée comme inutile en l'absence d'apprentissage postural préalable. Pour d'autres, le cabinet du kinésithérapeute pouvait justement être considéré comme le lieu des conseils posturaux. Les séances de kinésithérapie pouvaient être l'occasion de lutter contre une attitude d'évitement, en obligeant le patient à sortir de chez lui (M13 : « par le kiné, déjà on l'oblige à sortir et à aller travailler un petit peu son dos »). Elles permettaient aussi d'initier un travail musculaire, la reprise d'activité sportive pouvant se faire en collaboration avec le kinésithérapeute, ou dans un second temps, grâce au travail réalisé (M4 : il y a de la balnéothérapie, après ça peut déboucher sur de la piscine). L'inefficacité de la kinésithérapie pouvait être un élément orientant vers un syndrome dépressif associé. Des médecins évoquaient les « écoles du dos » et des « centres spécialisés » dans le Maine et Loire, mais ces recours étaient alors indirects, en général initiés par le rhumatologue. Un des médecins regrettait qu'il n'existe pas, dans le cadre de la lombalgie chronique et du sport, de structure comme celles mises en place pour les patients diabétiques.

### 7.4. Recours extérieur aux médecines non conventionnelles

Ce type de recours, pratiqués par des intervenants extérieurs, a été très fréquemment évoqué au cours des entretiens, avec au premier plan l'ostéopathie. Ces recours pouvaient être validés par les médecins, qui affichaient alors souvent un certain pragmatisme (M16 : « Je leur dis « écoutez essayez, 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 »). L'ostéopathie pouvait être évoquée comme un dernier recours, en cas d'impasse (M13 : « je ne vais pas leur

*proposer d'emblée, forcément, d'aller voir un ostéopathe... Ou alors vraiment quand je ne sais plus quoi... quoi en faire »). Les résultats de l'ostéopathie constatés par les médecins étaient très variables, mais plusieurs reconnaissaient son efficacité (M14 : *il y a eu des améliorations étonnantes* »). Les médecins pouvaient être aussi critiques vis-à-vis des représentations associées à l'ostéopathie (M11 : *« pour un ostéopathe, c'est toujours tout déplacé, il y a un nerf qui est déplacé, il y a une vertèbre qui est déplacée. C'est une réalité anatomique qui me fascine »*). Certains se montraient inquiets de ne pas connaître la nature des procédures pratiquées (M8 : *« Donc, moi je dis aux gens que je ne suis pas hostile, que je veux bien, mais que je ne sais pas vraiment ce qui y est fait. »*). L'ostéopathie était parfois comparée à un effet de mode, voire à du charlatanisme (M2 : *« Aujourd'hui, c'est les ostéopathes, qui font tout et n'importe quoi, et qui sont devenus à la mode. Et puis un jour, ils mourront de la même mort que les homéopathes, et puis ainsi de suite »*). Les patients avaient de toute façon souvent recours à l'ostéopathie de façon spontanée et sans l'aval du médecin, ce qui amenait un médecin à se poser la question de la confiance du patient (M2 : *« Ces gens qui sont capables de faire confiance à des charlatans et qui ne nous font plus confiance »*). L'acupuncture était parfois mise en avant, pour son efficacité, mais aussi pour son innocuité (M11 : *« l'acupuncture. Moi, ça me va très bien. Quelle que soit la... Au moins, ce n'est pas dangereux. »*).*

### 7.5. Notion de réseau

Certains médecins avançaient l'idée que le médecin généraliste ne doit pas rester seul, ou du moins isolé dans ce type de prise en charge (M8 : *« on est surtout plusieurs à intervenir auprès d'un patient qui souffre, et au moins c'est... Alors pour moi, c'est indispensable, parce que je trouve que c'est très, très lourd d'être responsable tout seul de la prise en charge d'un tel patient »*). Cet impératif pouvait amener le médecin à recourir à des avis spécialisés, même en sachant leur indication limitée (M11 : *« voir éventuellement un chirurgien même si il n'y a pas d'indication chirurgicale »*). Un des médecins pouvait s'appuyer sur les associés de son cabinet (M1 : *« voilà, je ne sais pas quoi faire. Là un de mes collègues me dit, ce n'est pas grave, tu lui dis de venir me voir »*). Un autre évoquait la nécessité de collaborer avec les spécialistes, chaque

difficulté ayant ainsi sa solution (M3 : « *c'est plus un problème de réseau, après. C'est dire : avec qui je vais travailler là-dessus ?* »). Le fait de travailler en collaboration avec d'autres intervenants pouvait être présenté comme utile au bien-être professionnel du médecin (M8 : « *heureusement, qu'on n'est pas tout seul et omnipotent, sinon... on s'emmerderait vite, enfin bon, ça ne m'intéresse pas du tout.* »).

L'intervenant sollicité le plus fréquemment était le rhumatologue, tous les médecins pouvant avoir recours à lui à un moment ou à un autre de la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Sa place était plusieurs fois considérée comme évidente (M1 : « *Rhumatologue, ça c'est sûr* »). D'autre fois, il était décrit comme un dernier recours, en cas d'impasse. Certains médecins ne constataient pas toujours un bénéfice évident à l'issue de la consultation rhumatologique (M6 : « *a posteriori, certains cas où on se dit, bon finalement, on retombe un petit peu sur ce que je faisais sans... ni plus, ni moins.* »). Il pouvait être vu en tout cas comme un moyen de rassurer le patient sur la bénignité de sa pathologie, et de temporiser un moment (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* »). Le rhumatologue pouvait être l'occasion pour le médecin de confirmer son diagnostic, ou de prévenir une éventuelle erreur de ce point de vue (M15 : « *Éliminer une cause passée inaperçue.* »). Pour quelques médecins, à contenu égal, le discours et les prescriptions du spécialiste pouvaient se révéler plus efficaces que les leurs (M1 : « *quand c'est le rhumatologue, ça marche mieux* »). Le discours même du spécialiste, quel qu'il soit, pouvait jouer un rôle, le plus souvent en renforçant celui du médecin généraliste (M13 : « *Mais le patient qui s'entend dire deux fois la même chose, finit par accepter les choses* »). Cette fonction était parfois considérée comme utile pour la démarche d'acceptation du patient (M15 : « *Et ensuite, c'est un point supplémentaire pour le patient dans l'acceptabilité de la maladie* »).

## 8. COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES ENVISAGENT-ILS LA PRISE EN CHARGE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX PROFESSIONNELS :

### 8.1. Au sujet de la gestion des arrêts de travail

La gestion de la durée des arrêts de travail pouvait représenter une difficulté (M3 : « *Là où c'est compliqué, c'est sur la longueur des arrêts de travail* »). Une autre idée exprimée était la justification difficile de l'arrêt en l'absence de « preuves » radiologiques évidentes (M6 : « *quand c'est quelqu'un qui a un travail pénible, qui, manifestement, sur les radios, a largement de quoi avoir mal, tout ça, bon, on n'a pas de soucis. On a aussi beaucoup de cas, malheureusement : peu d'éléments radiographiques – ce qui est le cas de beaucoup de lombalgies, je dirais la majorité* »). Un des médecins fixait rapidement un délai pour la reprise avec le patient. Un autre expliquait le bénéfice attendu de la reprise du travail en s'appuyant sur les recommandations dans ce domaine (M6 : « *en leur expliquant que la solution n'est pas de rester inactif, qu'au contraire, dans les lombalgies, il est prouvé maintenant que, plus vite on reprend une activité, mieux c'est* », M13 : « *leur dire que la reprise peut aider aussi, à ne pas rester dans la douleur, dans la chronicité* »). Un médecin considérait comme important de respecter la plainte du patient, et prolongeait les arrêts de travail tant qu'il le jugeait nécessaire (M8 : « *Je trouve que c'est difficile de remettre au travail, sur des boulots difficiles de surcroît, des gens qui souffrent toute la journée. Pour moi, l'arrêt de travail ne me pose pas beaucoup de problèmes* »). L'arrêt de travail pouvait être vu comme un moyen de protéger des patients particulièrement exposés sur le plan professionnel, en particulier en l'absence de poste adapté (M6 : « *Donc, ou bien il faut les remettre en arrêt, ou bien ils reprennent leur travail, sans aucun aménagement* »). Le médecin pouvait parfois hésiter à prolonger un arrêt, voire le refuser en cas de présentation clinique contradictoire avec la plainte. Mais c'était parfois le patient qui refusait un arrêt de travail jugé nécessaire par le médecin. Si un médecin ne souhaitait pas « faire la police », la sensation de « s'être fait avoir » était très mal perçue (M13 : « *parce qu'il était venu le lundi en ne pouvant pas marcher et le mardi je le voyais courir en ville. Donc, c'est dommage quand on est là au mauvais moment* »). Un des médecins avançait l'idée que certains patients pourraient bénéficier d'arrêts prolongés du fait d'un nomadisme médical (M16 : « *je ne suis pas sûr de faire tous les arrêts de travail, parce qu'il doit se balader pas mal.* »).



## 8.2. Au sujet de la reprise à temps partiel thérapeutique

Une des solutions avancées était la reprise de travail à temps partiel, présentée comme efficace pour le retour à l'activité, mais ne permettant pas systématiquement une reprise à temps plein ensuite (M1 : « *mais par contre dès qu'on a repris au dessus de 80%, on n'y arrive pas* »). Le temps partiel pouvait nécessiter des négociations avec le patient et avec le médecin conseil. Ce type de reprise pouvait être présenté comme un moyen d'améliorer à la fois les douleurs et le moral du patient, de lui redonner confiance, et de lutter contre une forme de passivité (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* »).

## 8.3. Au sujet de la prise en charge en accident du travail-maladie professionnelle

La notion d'accident du travail n'a pas été évoquée à proprement parler au sujet la prise en charge des patients lombalgiques dont la plainte dure. La déclaration en maladie professionnelle pouvait être laissée à la charge du médecin du travail (M5 : « *les passages en maladie professionnelle, là, c'est... je confie souvent le bébé au médecin du travail, pour qu'il téléphone* »). Une telle déclaration pouvait requérir des négociations avec le patient, afin d'évaluer une éventuelle recherche de bénéfices secondaires (M15 : « *Les arrêts en tant qu'accident de travail ou maladies professionnelles, tout ça, ça se négocie. Surtout, si ils ont en tête de profiter un petit peu des avantages relatifs à ce choix* »). Un des médecins considérait la prise en charge au titre de maladie professionnelle potentiellement au bénéfice du patient, en tout cas dans le cadre des collectivités territoriales, du fait de l'indemnisation, de la possibilité de prolonger l'arrêt de travail jusqu'à l'âge de la retraite si celle-ci devait advenir dans les trois ans, et dans le cas contraire de la perception d'une rente d'invalidité (M4 : « *des aides-soignantes, par exemple, qui ont des problèmes comme ça, de lombalgie par le travail, ça peut se déclarer en maladie professionnelle. C'est plutôt leur intérêt* »). D'autres médecins considéraient plutôt au bénéfice du patient de limiter la prise en charge en maladie professionnelle, considérant celle-ci comme un facteur de paupérisation et de chômage, et

de moindre protection du patient au long terme (*M11* : « *c'est vrai que c'est destructeur, pour les gens* »). Dans cette optique, les représentations des patients pouvaient être jugées erronées, le médecin généraliste se devant alors d'être persuasif à ce sujet. Pour un des médecins, le bénéfice de cette procédure allait plutôt à l'employeur ou au médecin conseil (*M11* : « *le médecin conseil va être très content de sortir de ses mauvaises statistiques ce patient, qui fait des arrêts de travail au long cours et tout ça. Et puis, l'employeur, parce qu'on vous a harcelé... donc tout le monde... Sauf peut être le médecin* »). Le médecin ne pouvait parfois que constater les effets pernicieux de la procédure (*M11* : « *le médecin, qui lui, après, n'aura plus que ses yeux pour pleurer* »).

#### 8.4. Au sujet des adaptations de postes et du reclassement professionnel

Le fait que le patient puisse bénéficier d'un poste adapté pouvait être considéré comme une solution efficace pour les patients lombalgiques subissant de fortes contraintes physiques au travail. Si certains médecins l'envisageaient comme un prolongement de leur prise en charge en collaboration avec le médecin du travail, d'autres considéraient qu'ils n'étaient pas en capacité de « changer le travail » de quelqu'un, cette mission relevant alors entièrement du médecin du travail (*M9* : « *Si c'est au travail, effectivement, je n'ai pas la capacité de changer son travail. En même temps, il va peut être voir son médecin du travail, il va peut-être essayer de retrouver un truc* »). Ce recours était le plus souvent défini par ses limites. Elles pouvaient être liées au fait que l'entreprise ne pouvait pas en pratique offrir de poste correspondant aux besoins du patient, ou bien plutôt à des réticences de l'employeur. Les recommandations du médecin du travail concernant un aménagement ont été une fois décrites comme efficaces. La plupart des médecins les considéraient comme rarement suivies d'effet. La question des cadres a été soulevée, l'amélioration dépendant alors plus d'un changement de mode de vie que d'une adaptation de poste (*M8* : « *Quand c'est des postes à responsabilité, c'est faire prendre conscience qu'il y a peut être moyen de vivre autrement* »). Les limites du reclassement professionnel, qui est un des modes de prise en charge rattachés à la maladie professionnelle, sont elles aussi évoquées. Il pouvait être potentiellement mal vécu par le patient du fait d'une baisse de salaire ou d'un changement de filière (*M11* : « *Si vous*

*prenez un type dans une fonderie, s'il n'a plus de rapport, si on le reclasse avec un travail qui n'a plus de rapport avec la coulée de métal, c'est une déchéance... »). Le reclassement professionnel était considéré comme plus difficile chez les personnes plus âgées ou faiblement qualifiées. Quand un poste était tout de même proposé, il n'était pas toujours adapté (M12 : « Il a été reclassé comme aide soignant (en riant) dans une maison de retraite. Ce n'était pas l'idéal »).*

#### 8.5. au sujet de l'invalidité et de l'arrêt d'activité

L'évolution de la lombalgie vers la chronicité pouvait amener à des situations incompatibles avec le travail, parfois parce que l'arrêt d'activité était le seul moyen de contrôler les douleurs du patient, parfois du fait de manque de postes adaptés (M3 : « Il n'y avait pas de possibilité de reclassement professionnel dans sa boîte. C'était clair qu'il fallait qu'on arrive à une solution qui ne passait pas par la reprise du travail »). Le statut d'invalidité pouvait être perçu par le médecin comme une manière parmi d'autres de toucher une rente pour le patient en recherche de bénéfices secondaires (M10 : « il doit toucher une rente minime d'invalidité. Pff... Est-ce que de toute façon, il ne serait pas retrouvé à toucher quelque chose à droite ou à gauche et ne pas travailler ? Je ne suis pas sûr que ça change grand-chose sur l'avenir de ce patient là »). La perspective de l'invalidité pouvait en elle même être un déclencheur du retour au travail (M11 : « il a envisagé le truc... qu'il ne pourrait plus travailler, quoi. Et je pense que ça a été le déclic et assez rapidement il s'est remis à travailler »). Ce statut a été décrit comme devenu plus difficile à obtenir. Un médecin regrettait que le discours du médecin conseil au sujet de ce statut ne soit pas toujours accessible pour le patient. Un des médecins trouvait important d'expliquer au patient le manque à gagner en termes de pension de retraite (M13 : « pour leurs droits à eux, c'est important de ne pas les laisser... de leur faire comprendre que l'invalidité... pour après, au moment de la retraite, ils vont avoir de gros regrets »).

## 8.6. Au sujet des centres de réadaptation professionnelle

Les centres pluridisciplinaires de réadaptation professionnelle étaient parfois présentés comme un recours efficace. Un des médecins les considérait réservés aux patients sincèrement motivés par la reprise d'activité (M16 : « *Mais ça, c'est vraiment pour les gens motivés. Des gens, vraiment, qui veulent se sortir de leur truc* »). Le fait que la prise en charge des patients dans ces centres soit globale, à la fois sur le plan mental et physique, pouvait permettre une reprise de confiance du patient. Une réorientation professionnelle pouvait y être organisée. L'intérêt pour les patients de travailler en groupe était souligné (M3 : « *faire des groupes, aussi, de gens qui ont la même pathologie, qui peuvent échanger, c'est essentiel* »). Deux centres étaient cités, le Pâtit Fraux en Ille-et-Vilaine, et Parigné l'Evêque en Sarthe. L'accès à ces centres pouvait être considéré comme compliqué et nécessiter la collaboration du médecin du travail. Une autre limite citée était le faible nombre de places disponibles. Un des médecins recourait plutôt, dans le cadre des pathologies professionnelles, à une prise en charge en service hospitalier à Angers.

## 8.7. Au sujet de la réorientation professionnelle

Une des options pour le patient lombalgique chronique pouvait être de changer de profession (M7 : « *il s'est orienté au niveau professionnel, il a changé de travail. Il ne va pas mal, en ce moment* »). Un des médecins considérait comme licite d'envisager une reconversion professionnelle après un an d'évolution. La reconversion professionnelle pouvait être limitée par un faible niveau d'étude ou un faible niveau de qualification professionnelle (M11 : « *C'est sur, quand vous êtes dans un abattoir de poulets, que... Je ne vois pas ce que vous allez pouvoir faire d'autre* »). Un médecin décrivait une filière de réorientation en cours de mise en place par la CPAM de la Mayenne dans le cadre des arrêts de longue durée (M6 : « *[la CPAM] nous avait parlé de ça assez récemment, qu'ils mettaient en place une structure, quand justement un arrêt commençait à être un petit peu long, pour ce genre de problèmes, essayer de réorienter, de faire une formation différente. J'ai une personne qui est en train de commencer ça actuellement* »).

### 8.8. Au sujet des intervenants dans la prise en charge des facteurs psychosociaux professionnels

L'existence de facteurs professionnels pouvait requérir un modèle thérapeutique spécifique (M3 : « *ça va poser des problèmes si on trouve des causes qui vont relever du domaine professionnel. Du coup, il va y avoir tout un tas de choses à mettre en place en dehors du traitement médical.* »). La collaboration avec à la fois le médecin du travail et le médecin conseil pouvait être perçue comme une aide, permettant de temporiser en cas de situation difficile liée à l'emploi (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...* »). Cette collaboration avait cependant parfois des limites (M3 : « *Un moment un petit peu ubuesque, où le médecin du travail refusait une inaptitude et où la Sécu refusait un arrêt de travail, j'étais particulièrement coincée...* »).

#### - Au sujet du médecin conseil

Dans le contexte de la lombalgie chronique, beaucoup de médecins évoquaient le rôle du médecin conseil. Il arrivait que le médecin contacte lui-même le médecin conseil, ou que ce soit le médecin conseil prévienne le médecin généraliste par téléphone d'un refus de prolongation. Il était plusieurs fois présenté comme une aide pour le médecin généraliste. Cette idée d'aide pouvait être illustrée par le refus du médecin conseil de prolonger un arrêt de travail, dans des situations où le médecin traitant jugeait la reprise de travail indiquée, mais ne parvenait pas à l'imposer au patient (M3 : « *Après ça peut être aidant quand nous, on n'arrive pas remettre les gens au travail* »). Cette aide pouvait être occasionnelle, dans les situations « difficiles », ou systématique (M1 : « *le médecin de la Sécu a réussi à résoudre, entre guillemets, les trois lombalgies chroniques que j'avais* »). Elle pouvait être mise en lien avec le fait de « démasquer » la capacité de reprendre le travail en levant le versement des indemnités (M6 : « *Il y a aussi l'aspect financier : parce que si le médecin du travail dit « il faut reprendre le travail » ou si nous, on le dit...* »). Le médecin conseil pouvait être considéré comme le seul apte à repérer un arrêt de longue durée entretenu par un nomadisme médical. Un des médecins

estimait que la convocation auprès du médecin conseil pouvait aider un patient à prendre conscience du fait que sa douleur n'était pas nécessairement liée au travail. L'efficacité ressentie du médecin conseil a été mise en relation avec la manière dont les patients le percevaient (M1 : « *quelqu'un de l'extérieur, qui est vu comme un juge, si je puis dire, le médecin de la Sécu, quelqu'un de totalement indépendant à la relation qu'on a avec les patients* »). Cette décision par un intervenant extérieur pouvait permettre au médecin de se désengager de la décision prise, tout en n'en pensant pas moins (M1 : « *mais ce n'est pas moi qui décide, vous êtes obligé de reprendre* »). D'autres médecins estimaient que le médecin conseil ne travaille pas dans l'intérêt du patient (M11 : « *les médecins conseil ne sont pas de bon conseil (En riant), pour le..., ce n'est pas du tout l'intérêt du patient qui leur importe* »). Cette impression pouvait être mise en lien avec l'existence d'un objectif statistique sous jacent, voire avec une logique de rentabilité du médecin conseil qui rendrait les rapports entre ce dernier et le médecin généraliste difficiles (M5 : « *Avec les médecin-conseil, c'est beaucoup plus compliqué. Parce qu'ils ne sont pas tellement dans une logique de soin, non plus. Ils sont plus dans une logique financière, donc ce n'est pas... C'est compliqué.* »). Certaines décisions du médecin conseil étaient décrites comme arbitraires (M6 : « *Et il voulait arrêter le versement des indemnités, sans l'avoir vue, sans l'avoir convoquée* »).

#### - Au sujet du médecin du travail

Les médecins rencontrés décrivaient en général de bons rapports avec le médecin du travail (M5 : « *J'ai de bon rapports avec les médecins du travail, je les ai souvent en ligne, et on voit ça ensemble* »). Les médecins généralistes pouvaient ainsi avoir un contact direct avec le médecin du travail, le joignant par téléphone, ou bien ce contact pouvait être seulement indirect, par l'intermédiaire du patient (M16 : « *On a rarement de contact. Là, ça se passe avec le patient.* »). Le médecin du travail pouvait avoir un rôle dans la demande de prise en charge en maladie professionnelle, dans les demandes de temps partiels et dans l'orientation des patients vers des centres de réadaptation. Il pouvait remettre au patient des formulaires de demande auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Un des médecins voyait dans cette démarche la marque d'une lassitude vis-à-vis du patient (M16 : « *le médecin du travail* »).

*commence à se lasser, parce qu'il lui a sorti un dossier qu'il faut que je remplisse »). Une de ses fonctions la plus citée était la négociation des adaptations de postes. Un médecin se disait plutôt satisfait de ce point de vue (M8 : « une personne que je vois beaucoup moins pour ses lombalgies, donc je pense vraiment qu'il y a eu un effort de fait sur le plan « prise en compte » au niveau de la médecine du travail »). Les recommandations du médecin du travail 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 ! »).*

# DISCUSSION

## A- PRINCIPAUX RÉSULTATS

La lombalgie chronique était perçue comme une pathologie complexe par les médecins généralistes rencontrés. Si le modèle anatomopathologique n'était pas abandonné, la participation des facteurs psychosociaux individuels et professionnels à la pérennisation des lombalgies était largement reconnue, et les médecins généralistes pouvaient identifier chez leurs patients des éléments permettant de pressentir une évolution vers la chronicité. Les médecins avaient souvent intégré la prise en charge des facteurs psychosociaux à leur stratégie thérapeutique, en particulier en recourant à l'écoute, l'éducation et à l'encouragement à la reprise d'activité, en particulier professionnelle. Un recours fréquent aux médecines non conventionnelles dans et hors du cabinet a été noté. La manière dont les médecins abordaient les facteurs psychosociaux et prenaient en charge les patients lombalgiques chroniques dépendait en partie du type de relation médecin-malade qu'ils avaient instauré avec ces patients.

## B- DISCUSSION CONCERNANT LA MÉTHODE

### 1. Au sujet de la recherche de variation maximale

Les médecins ont été recrutés lors d'un contact téléphonique où le sujet de l'entretien était présenté. Les variables prises en compte lors du recrutement étaient la répartition géographique dans le département, l'âge, et le statut de maître de stage, de manière à créer un échantillon varié. Le recrutement s'est révélé satisfaisant de ce point de vue, tant en termes d'âge que de mode d'exercice, de répartition géographique ou de profil des médecins rencontrés. La moyenne d'âge des médecins, cinquante-trois ans, était proche de celle de la population des médecins mayennais (selon les données de 2012 de l'Observatoire Régional de la Santé). La dispersion géographique des médecins recrutés a permis d'éviter une éventuelle surreprésentation d'habitudes locales liées à la proximité de certains intervenants (proximité d'un Centre Hospitalier, d'un centre antidouleur, du

cabinet de spécialistes ou de kinésithérapie). L'échantillonnage ne se voulait cependant de toute façon pas « statistiquement » représentatif, puisque la méthode reposait sur une recherche de diversité des opinions recueillies.

## 2. Au sujet de l'anonymat

Les caractéristiques des pratiques des médecins rencontrés ont été listées dans les résultats. Elles n'ont cependant pas été mises en lien directement avec chaque médecin, car certaines étaient trop spécifiques pour pouvoir garantir l'anonymat dans un département où la densité médicale reste faible. Il n'a donc été spécifié pour chaque médecin que son âge, son genre, son année d'installation, son mode et son milieu d'exercice. Si les informations non dévoilées s'avéraient nécessaires à des travaux ultérieurs, ce point pourra de nouveau être discuté, en requérant préalablement l'accord des médecins concernés.

## 3. Notion de saturation des données

Un premier encodage a été réalisé, au fur et à mesure de la conduite des entretiens, à la fois par le médecin enquêteur et le directeur de thèse. Cette triangulation des données a permis, à l'issue de seize entretiens, de conclure à une saturation satisfaisante des données.

## 4. Limites méthodologiques

Les entretiens ayant été réalisés en été, le recrutement a été partiellement déterminé par les périodes de congés des médecins contactés. Il y a eu très peu de refus sur le principe: le motif était en général un manque de disponibilité, et non le sujet de l'étude. Un médecin a refusé du fait de l'enregistrement. Certains des entretiens ont été limités par le temps que les médecins pouvaient y consacrer, cependant d'autres fois, les médecins rencontrés dépassaient d'eux même le temps qu'ils avaient imparti à l'entretien.

La méthodologie voulait que le médecin enquêteur intervienne le moins possible afin de laisser une liberté de parole maximale aux médecins rencontrés. Ce choix a cependant limité les possibilités de recadrage de la question. Il en a résulté une grande richesse des entretiens, et l'apparition de résultats non attendus, comme le rôle de l'histoire familiale du patient, l'importance du recours aux médecines non conventionnelles ou la place des centres antidouleur dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques.

Le fait que l'étude ne concernait pas les lombalgies aiguës était clairement exposé en début d'entretien, et la notion de durée était posée en termes de « plainte qui dure ». La notion de chronicité était donc plus subjective que celle requise lors de travaux quantitatifs, mais peut-être plus susceptible de faire évoquer des situations où intervenaient des facteurs psychosociaux. De plus, au cours de l'étude, lorsque l'enquêteur demandait des précisions sur des situations cliniques évoquées de mémoire, il en résultait souvent que le médecin finisse par consulter le dossier médical du patient concerné sur son ordinateur, coupant alors le fil de l'entretien. La conséquence est qu'il n'a pas été possible dans l'analyse des résultats de distinguer des variations d'attitude liées spécifiquement à la durée d'évolution des lombalgies. L'étude a donc concerné des situations de persistance subjective de la plainte lombalgique du point de vue du médecin plutôt que spécifiquement des situations de lombalgie chronique, c'est-à-dire évoluant depuis plus de trois mois.

Un des médecins pratiquant de multiples formes de médecines parallèles a été contacté intentionnellement, pour satisfaire à la recherche de variation maximale. Le fait qu'un second médecin, choisi complètement au hasard, ait une variété de pratiques similaire pourrait biaiser les résultats en créant une surreprésentation des médecines parallèles au cabinet du médecin généraliste. La pratique de la mésothérapie a cependant été évoquée par quatre autres des médecins rencontrés. Ce type de pratiques ne relevant pas d'une inscription officielle, il n'y a aucun moyen de conclure à une forme de représentativité ou à un hasard de la sélection.

## 5. Données non exploitées

A cause de la nature volontairement très ouverte des entretiens conduits, les données recueillies dépassaient souvent le cadre de la question de recherche. Certains aspects des résultats n'ont donc pas été totalement exploités, ou ont été volontairement mis de côté dans la perspective éventuelle de travaux complémentaires ciblés sur d'autres questions de recherche (beaucoup d'éléments éclairant par exemple les rapports entre les médecins généralistes et les centres antidouleur ou les rhumatologues avaient été recueillis). Concernant les habitudes et les réseaux formels ou informels mis en place dans le cadre de la lombalgie chronique, seuls les résultats qui semblaient éclairer la prise en charge des facteurs psychosociaux ont été développés. Un très large matériel concernant la place des médecines parallèles en médecine générale n'a pas non plus été complètement exploité. Un certain nombre de situations cliniques évoquées concernaient des pathologies musculosquelettiques du membre supérieur et des cervicalgies. Ces situations éclairaient souvent la place des facteurs psychosociaux dans les pathologies chroniques, mais n'ont pas été prises en compte. Pour la même raison, de nombreux résultats concernant la fibromyalgie n'ont pas été exploités.

## C- DISCUSSION CONCERNANT LES RÉSULTATS :

### 1. LA FORTE COMPOSANTE PSYCHOSOCIALE DES LOMBALGIES CHRONIQUES EST LARGEMENT ADMISE PAR LES MEDECINS GENERALISTES:

#### 1.1. Place des facteurs psychosociaux en tant que facteurs de risque de chronicité des lombalgies

L'analyse des résultats a montré que les médecins n'avaient pas une représentation univoque des causes de la lombalgie chronique. Le modèle anatomopathologique n'était pas abandonné, mais ce n'est pas sur lui que reposait leur compréhension de l'évolution vers la chronicité : la participation des facteurs psychosociaux à la pérennisation des lombalgies était largement reconnue. Cette constatation illustre bien la mutation qui s'est opérée ces dernières années d'une médecine biomédicale vers une médecine bio-psycho-sociale, qui tend à prendre en compte le versant psychologique de la plainte, tout en la replaçant dans un contexte familial, social, professionnel et culturel [12].

Une grande partie des facteurs psychosociaux relevés dans les entretiens rejoignait les facteurs identifiés par la littérature comme potentiellement à risque de chronicisation de la lombalgie, ou « drapeaux jaunes» (« *Yellow flags* ») [4, 7, 10]. Selon le groupe d'experts européens qui a proposé ces indicateurs en 2006, ces facteurs devraient être recherchés dans le cadre des lombalgies aiguës en l'absence d'amélioration après quatre à six semaines d'évolution : ils incluaient des facteurs psychologiques (les problèmes émotionnels (anxiété, dépression), des attitudes et représentations inappropriés vis-à-vis de la douleur (dont le catastrophisme), des comportements inappropriés (la réduction d'activité liée à la peur) et des problèmes liés au travail (conditions de travail, insatisfaction professionnelle et existence de compensations financières) [10]. Ces « drapeaux jaunes» ont été l'objet de nombreuses réévaluations et réflexions scientifiques ces dernières années: le terme de « drapeaux jaunes» serait plutôt réservé désormais aux facteurs psychologiques, le terme « drapeaux bleus » concernerait les représentations du travailleur au sujet de son travail et de son environnement professionnel, le terme « drapeaux noirs » renverrait aux politiques d'entreprises et au système de soins et d'assurance [17].

Dans l'étude, le recueil des différents facteurs psychosociaux associés à des situations de lombalgie a conduit à individualiser une catégorie particulière de facteurs individuels. Ces éléments étaient souvent en lien avec l'histoire familiale du patient. Il pouvait s'agir de problèmes de couple, de ruptures, de problèmes liés à la famille, d'histoires personnelles d'inceste ou de deuils. Ces éléments évoquent ce que L. Velluet a défini comme les Evénements de Vie Stressants (EVS), c'est-à-dire des événements qui exigeraient de l'individu la mise en route de phénomènes d'adaptation et pourraient alors être source de déstabilisation [18]. Ils comprendraient les échecs et les pertes (réelles ou symboliques), mais aussi les événements apparemment heureux et les étapes « normales » de vie (ainsi, un mariage ou une naissance, événements a priori heureux, pourraient aussi être source de déstabilisation). Le vécu de ces EVS pourrait être normalement ou anormalement stressant, le stress produit pour un même événement étant différent d'un individu à l'autre, selon ce qu'il évoque pour cet individu.

## 1.2. Place de la somatisation

Parmi les facteurs psychologiques, le rôle de la somatisation dans l'évolution de la lombalgie chronique est désormais largement souligné [19]. La plupart des médecins rencontrés dans l'étude faisaient la part belle au mécanisme de somatisation, sans définir précisément le sens qu'ils donnaient à ce mot. Cette idée n'impliquait en tous cas pas pour eux une remise en cause de la réalité de la douleur, et aucun n'employait le terme d'hystérie ou de conversion. Le concept de somatisation est largement employé par la communauté médicale, mais aussi par le grand public, mais sa définition souffre d'un manque de précision qui rend difficile et équivoque son utilisation. Le terme de « somatisation » est apparu dans les années 30, et le concept de somatisation a de nos jours plusieurs acceptions. L'une d'elles, issue du mouvement psychanalytique et des travaux de Freud sur les névroses, est étiologique, et renvoie à la notion de conversion hystérique. Ce sens est cependant maintenant souvent délaissé au profit d'une autre acception, nosologique, issue de la psychiatrie moderne et qui repose sur un diagnostic d'exclusion d'une pathologie somatique. Cette évolution aurait entre autres résulté de la volonté de s'affranchir du terme « hystérie », en raison de sa charge négative, mais elle

gommerait l'aspect psychopathologique qui fut pourtant à l'origine même de la notion de somatisation [20]. Ainsi, le concept de somatisation est repris dans la nosographie psychiatrique actuelle sous l'appellation « troubles somatomorphes ». Ces troubles sont répertoriés dans la quatrième édition de la classification américaine « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM-IV) et la dixième révision de la « Classification Internationale des Maladies » de l'OMS (CIM-10, F45). Leurs définitions des troubles somatoformes sont proches, mais si le DSM-IV inclut les troubles de conversion dans les troubles somatoformes, l'OMS les classe à part, dans les troubles dissociatifs. Dans sa définition de la somatisation (F45-0), la CIM-10 exige une durée d'évolution supérieure à deux ans. L'item F45-4 de la CIM-10, « Syndrome douloureux somatoforme persistant », comprend les dorsalgies psychogènes : « La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. » [21].

La détection de troubles somatomorphes associés aux situations de lombalgie chronique pourrait, au-delà des considérations nosographiques, se révéler utile pour le médecin généraliste. Ce type de troubles trouverait a priori difficilement sa place dans une prise en charge strictement biomédicale, mais la participation d'un phénomène de somatisation, si elle était identifiée, pourrait justement inciter le médecin à prendre en compte à la fois les mécanismes somatiques, psychologiques et sociaux de la douleur. Que le processus de somatisation fasse d'emblée sens ou non pour le patient, s'il est pris en compte par le médecin, il pourrait permettre d'ouvrir la prise en charge vers le champ psychothérapeutique, tout en veillant à ne pas réintroduire un clivage psyché/soma [16, 22]. Une fois déterminé que la plainte douloureuse peut avoir valeur de symptôme au sens psychanalytique du terme, il reste cependant parfois délicat d'amener la notion de composante psychologique au patient [23]. Ce type de démarche ne va pas de soi, et demande une formation – ou du moins une réflexion, spécifique de la part du médecin. Il n'est en effet pas toujours évident pour les médecins généralistes de prendre en compte dans leur pratique quotidienne la composante psychologique des plaintes somatiques des patients, qui nécessiterait d'interroger des aspects qui touchent à l'intime. Une des

origines de cette difficulté réside peut-être dans le fait que la sélection et la formation des médecins tend à déconsidérer l'aspect psychoaffectif au profit du cognitif. Il semblerait pourtant selon L. Velluet que du fait des exigences multiples de l'exercice de la médecine générale, les sciences humaines aient toute leur place dans la formation des médecins. Une des particularités de cet exercice consisterait en effet à prendre en compte le contexte familial et social des patients, et le médecin ne pourrait donc pas faire l'économie de s'intéresser aux interactions entre le psychisme et le fonctionnement du corps. C'est pourquoi L. Velluet jugeait nécessaire que les étudiants en médecine soient conscients, dès le début de leurs études, du rôle important du psychisme, tant dans la manifestation des pathologies que comme déterminant de leur comportement professionnel. Selon lui, la dimension psychologique serait inhérente à la pratique de la médecine générale, et des phénomènes de transfert et de contre-transfert seraient en permanence à l'œuvre, influençant aussi bien l'expression des symptômes que le climat des consultations. Sans cette prise de conscience et une formation adaptée, qui comprendrait l'enseignement des concepts de base de la psychanalyse et un travail sur la clinique relationnelle, c'est un pan entier du rôle du médecin de famille auquel les jeunes médecins ne seraient pas préparés. C'est pourquoi L. Velluet soulignait l'intérêt d'inclure dans leur formation des groupes de travail de type « Balint », qui leur permettraient d'entamer une réflexion sur ce qu'exprime le malade sur le plan émotionnel, et sur les sentiments qu'ils expérimentent en tant que soignants [24].

### 1.3 Place du dépistage des facteurs de risque de chronicité des lombalgies chroniques en médecine générale

L'intérêt du dépistage des facteurs du risque de passage à la chronicité des lombalgies chroniques est largement reconnu, et les recherches sur le sujet ont permis l'élaboration de nombreux questionnaires standardisés dédiés à ce dépistage. Leurs résultats seraient en général bien corrélés à l'absentéisme professionnel, l'incapacité totale de travail ou au risque d'invalidité chronique [7]. Des échelles validées permettraient aussi d'évaluer la perception d'incapacité ressentie par le patient: le FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire, qui évalue l'idée que se fait un patient du rôle nocif de ses activités,

personnelles ou professionnelles sur ses douleurs), l'échelle de kinésiophobie de Tampa et l'échelle des pensées catastrophiques [25]. De nombreux travaux de recherche ont abouti à des recommandations concernant la prise en charge et le dépistage des patients lombalgiques à risque de chronicisation, et plusieurs groupes d'étude ont proposé des guides de pratique clinique à destination des médecins. En pratique, dans ces guides, le dépistage et le suivi de ces patients reposait sur l'utilisation répétée de questionnaires et d'auto-questionnaires [25].

Les actions de prévention et de dépistage sont une des missions principales de la médecine générale, mais sur un plan pratique ce type d'approche « standardisé » du patient semble difficile à mettre en œuvre en soins primaires, car elle ne correspond pas aux rapports habituellement instaurés avec les patients en médecine générale ni aux contraintes de cet exercice. Des chercheurs néerlandais ont comparé en 2007 la valeur prédictive de trois outils standardisés de dépistage du risque de chronicité des lombalgies chroniques avec l'estimation de ce risque faite par les médecins généralistes : ils concluaient que l'estimation faite par les médecins généralistes était comparable aux résultats obtenus via des instruments de mesure standardisés, mais que sa simplicité en faisait la meilleure option disponible au moment de l'étude [26]. En effet, une grande partie des facteurs psychosociaux de chronicité relèveraient de la connaissance « normale » qu'un médecin généraliste a de son patient (antécédents, histoire personnelle et familiale, facteurs d'ordre professionnels, socioéconomiques, ou médicolégaux). Il serait aussi le premier à même d'évaluer de façon précoce l'existence de comportements ou d'attitudes inappropriées vis-à-vis de la douleur. Les facteurs psychosociaux professionnels, comme les conditions de travail et la satisfaction professionnelle, étaient largement pris en compte par les médecins généralistes rencontrés dans l'étude. Certaines entreprises agro-alimentaires locales étaient d'ailleurs citées à de nombreuses reprises comme pourvoyeuses de troubles musculosquelettiques. Ces médecins semblaient donc avoir une bonne idée de cet aspect de la vie de leurs patients, ce qui correspond aux données recueillies lors d'une enquête de l'INPES de 2011 sur les rapports entre médecins généralistes et médecins du travail. Il en ressortait que 94% des médecins généralistes déclaraient être fréquemment confrontés à des pathologies lombaires liées au travail, que 86% déclaraient être fréquemment confrontés à des problèmes de souffrance

psychique au travail, et que près huit médecins généralistes sur dix déclaraient interroger fréquemment leurs patients sur leurs conditions de travail [27].

Ainsi, si le recueil des facteurs psychosociaux n'était pas toujours le fruit d'une politique de dépistage ou de prévention argumentée de la part des médecins généralistes rencontrés, la nécessité d'une approche globale biopsychosociale était souvent reconnue, et a posteriori, les facteurs de risque de passage à la chronicité des lombalgies chroniques étaient bien identifiés. La connaissance qu'avaient ces praticiens de ces éléments pouvait être le fruit d'un phénomène passif, constat de faits déposés par le patient au fur et à mesure de son suivi, ou bien elle pouvait être activement recherchée. L'abord des facteurs psychosociaux en consultation se faisait avant tout de façon progressive, avec souplesse, en fonction du motif ou du contenu des consultations. Ce travail nécessitait une part d'intuition et de spontanéité, le médecin généraliste détectant par exemple un mal-être chez un patient qu'il connaît de longue date. L'expérience des médecins, liée à l'ancienneté d'installation ou à l'âge, était de ce point de vue déterminante. La difficulté concernait plutôt les patients pour lesquels les médecins rencontrés n'étaient pas « médecin de famille ». D'autres facteurs limitaient l'abord des facteurs psychosociaux par le médecin généraliste, comme sa disponibilité, ou celle du patient, au moment de la consultation. Les médecins généralistes semblaient donc tout à fait à même de repérer chez leurs patients lombalgiques la plupart des facteurs psychosociaux identifiés par la littérature comme à risque d'évolution vers la chronicité, mais avec des méthodes et sur un rythme différents de ceux utilisées pour la recherche. Les éléments biographiques, en particuliers liés à la famille et au couple, fréquemment relevés par les médecins rencontrés, n'apparaissent pas dans la littérature sur les facteurs de risque de chronicité de façon aussi saillante que dans cette étude. Ceci illustre peut-être le fait que la plupart des études sont quantitatives, et s'appuient sur des outils standardisés ne permettant pas de prendre en compte ce type d'informations.

## 2. PLACE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DES LOMBALGIES CHRONIQUES :

De nombreux travaux de recherche ont montrés que le pronostic des lombalgies chroniques dépendrait en grande partie de la prise en charge des facteurs psychosociaux. Du fait de la position centrale du médecin généraliste dans le système de soins, il semblerait donc justifié de chercher à comprendre si ces facteurs peuvent être accessibles à son intervention, et par quels moyens.

### 2.1. L'éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient est actuellement l'un des principaux axes de travail sur la prise en charge des patients lombalgiques chroniques [4, 7, 28]. Les recommandations européennes de 2006 sur la lombalgie chronique préconisaient au sujet de l'éducation des patients lombalgiques chroniques « des interventions brèves [...] qui encouragent le retour à une activité normale – pour diminuer l'absentéisme et le handicap associés aux lombalgies chroniques. Le groupe d'experts ne fournit pas de recommandations à propos du type d'intervention éducative qu'il s'agirait d'effectuer [...]. L'accent devrait être mis sur le fait de rassurer le patient et d'encourager la reprise des activités habituelles » [10].

Le concept d'ETP est apparu dans les années 70 à Genève, avec la création d'un service de « traitement et d'enseignement du diabète », pour répondre à une nécessité d'autonomisation des patients traités par insuline. La méthodologie de l'ETP issue de ces travaux est désormais connue – et reconnue, sous le nom « d'école de Genève ». Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». Elle doit permettre au patient d'acquérir et de maintenir des compétences d'autosoins (les compétences d'autosoins sont « des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé », OMS 2004) et d'acquérir ou de mobiliser des compétences d'adaptation (les compétences d'adaptation sont « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui

permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci », OMS 2003). En 2010, en France, près de 15 millions de français souffraient d'une maladie chronique : dans le rapport de l'HAS sur le sujet, l'ETP était définie comme « complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications des pathologies chroniques » [29]. Le rapport de l'HAS soulignait cependant que « une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient ». En effet, selon l'HAS, une démarche d'ETP « validée » nécessiterait une formation spécifique, et reposerait sur une démarche standardisée (« Élaborer un diagnostic éducatif, Définir un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage, Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance, et Réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme »). Donc, bien que l'ETP puisse être proposée par tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique, sa réalisation resterait, dans l'esprit des recommandations, plutôt l'apanage d'un travail d'équipe pluridisciplinaire (que celle-ci inclue ou non le médecin généraliste), et ayant bénéficié d'une formation spécifique. L'ETP serait de plus un outil à envisager de façon transversale: une revue de littérature de 2010 sur les stratégies multidisciplinaires de soins des patients douloureux chroniques parvenait à la conclusion que l'ETP ne devrait pas être dissociée des autres stratégies de soins, car des processus éducatifs seraient finalement à l'œuvre dans tous les domaines de la prise en charge de ces patients [30]. Chez les médecins rencontrés dans l'étude, l'ETP n'était pas un des motifs exprimés d'adressage à un centre antidouleur, mais elle apparaissait en filigrane lors de l'évocation de la prise en charge par des centres de réadaptation professionnelle.

De façon générale, pour les médecins rencontrés, l'éducation du patient passait par la lutte contre le déconditionnement physique et les représentations erronées des patients. Il a effectivement été montré que la durée de l'arrêt de travail, les attitudes de réduction de l'activité liée à la peur ou les représentations inappropriées sont indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité des lombalgies [10]. Dans l'étude, les médecins rencontrés pouvaient proposer des conseils d'hygiène de vie, ou plus précisément des conseils posturaux, par exemple en s'appuyant sur des schémas anatomiques. Ils

pouvaient aussi travailler avec les patients sur les moyens d'aménager leurs activités quotidiennes, afin qu'ils apprennent à gérer eux-mêmes leur douleur. Pour certains médecins, l'objectif de l'éducation thérapeutique était que le patient devienne véritablement acteur de sa prise en charge et comprenne qu'il est en fait détenteur de certains des moyens de son mieux-être.

Une étude de 2010 réalisée auprès de 167 médecins généralistes de Midi Pyrénées conclue « que la plupart des médecins généralistes considéraient mettre en œuvre de l'ETP dans leur pratique courante, qu'ils soient ou non formés et familiers du concept ». Les résultats de cette étude révélaient aussi que pour nombre de médecins généralistes, l'ETP resterait « cantonnée à l'étape d'information et centrée sur l'entretien individuel » [31]. Cette dernière remarque renvoie aux limites d'une vision unidirectionnelle, ou « scolaire », de l'éducation du patient. L'idée qui sous-tend la méthodologie de l'école de Genève, c'est que « le patient apprend seul, mais pas tout seul ». Selon cette école, les soignants, en se formant, devraient dépasser le modèle de pédagogie classique, ou « frontale », qui suppose « qu'il suffirait de dire, d'expliquer, de répéter, pour que les patients apprennent ». En effet, apprendre, surtout chez l'adulte, serait un « processus éminemment complexe consistant notamment à déconstruire et réorganiser des conceptions préexistantes chez l'apprenant » [32]. Le modèle pédagogique classique, qui fonctionne sur un mode purement transmissif, prendrait de plus difficilement en compte le décalage entre les représentations de la maladie du patient et celles du professionnel de santé [33] : le patient n'enregistre pas simplement les données énoncées par le médecin, mais seulement ce qui a du sens par rapport à l'idée qu'il se fait de sa maladie [34]. L'enjeu de l'ETP dans l'approche proposée par l'école de Genève serait qu'à terme le patient, en travaillant entre autre sur le sens de sa maladie chronique dans son histoire de vie, puisse retrouver une meilleure qualité de vie. La relation en éducation thérapeutique devrait donc s'appuyer sur les ressources des patients pour les développer ensuite, d'où la nécessité d'une relation soignant-soigné fondée sur le respect et l'empathie, établie dans une attitude de non-jugement. L'ETP reposerait sur alors une écoute du vécu quotidien du patient, de ses perceptions, de ses croyances, et de ses ambivalences. Ce travail à partir des conceptions du patient et de son modèle de croyances serait donc primordial, car c'est à cette condition qu'un changement pourrait se mettre en place dans toutes dimensions de la vie du patient [32].

Cette approche illustre bien l'émergence d'un paradigme biopsychosocial de la médecine, et confirme la place à donner aux facteurs psychosociaux dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. En effet, un aspect régulièrement évoqué par les médecins généralistes lors des entretiens était leur difficulté à lutter contre les idées des patients lombalgiques chroniques qu'ils considéraient comme erronées. Les « représentations inappropriées » de ces patients font en effet partie des facteurs psychosociaux reconnus dans la littérature [10]. Le travail de l'école de Genève montre bien que l'écoute des représentations des patients, même considérées comme inexacts par le soignant, ne s'opposerait pas à l'éducation du patient, mais en serait, en fait, le point d'ancrage. Les représentations sont des phénomènes mentaux, plus ou moins conscients, constituées d'un ensemble de connaissances, de perceptions et d'images, issues de l'éducation, de la culture et de l'expérience personnelle. Elles sont à l'origine des opinions, des croyances et des préjugés, et influencent le comportement des patients et leurs motivations. Le but de l'ETP serait donc de travailler à partir des représentations des patients, qui ne sauraient être ni réfutées ni ignorées, pour modifier les croyances et les attitudes qui elles pourraient être erronées. Le patient apprendrait donc par un processus complexe, à la fois « avec » ses représentations, et « contre » ses croyances, dans un modèle dit « allostérique » [34]. Les entretiens menés auprès des médecins généralistes ont aussi permis de relever l'importance pour certains médecins d'amener le patient à devenir plus acteur de sa prise en charge. Or le fait de responsabiliser le patient, et donc de passer d'un modèle reposant sur l'autorité du médecin à un modèle plus coopératif, représente un des fondements de l'ETP. Cette démarche appellerait un cheminement particulier, à la fois de la part du patient et du médecin, puisqu'une modification de l'équilibre des forces communément admis serait nécessaire [12]. La question du rôle que s'attribue le patient dans la gestion de sa maladie renvoie à la notion de « locus de contrôle » de J. Rotter, c'est-à-dire l'appréciation qu'auraient les individus de l'origine des déterminants qui influencent le cours de leur vie. Ces locus de contrôle pourraient être plutôt externes (croyance en l'influence de la chance, du hasard ou de personnages tous puissants) ou plutôt internes (le sort ou les performances de l'individu dépendrait alors surtout de lui-même) [35]. Si les locus de contrôle du patient concernant sa santé sont plutôt externes, reposant sur la capacité du médecin à le guérir, il pourrait alors se révéler hermétique au concept d'éducation thérapeutique et même se trouver déstabilisé par un message l'enjoignant à se prendre lui-même en charge et à composer

avec sa douleur. Ce type de représentation concernant la santé pourrait être à l'origine de certains facteurs psychologiques reconnus de pérennisation des lombalgies chroniques, comme « l'attente de solutions placées dans des traitements passifs plutôt que dans une implication personnelle active » [10]. Les activités éducatives proposées par des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de l'ETP, grâce à leur dimension participative, pourraient donc représenter pour ces patients un mode d'entrée dans un modèle plus coopératif de prise en charge de leur lombalgie chronique. Ce type d'ouverture pourrait alors permettre, avec le soutien du médecin généraliste, une évolution plus globale de l'attitude du patient et de ses attentes, et favoriser à terme son autonomie.

Si l'ETP s'est développée ces dernières années dans les établissements hospitaliers, sa pratique courante en milieu ambulatoire tarde à s'installer. Plusieurs freins à l'investissement du médecin généraliste dans des actions d'éducation thérapeutique ont été recensés, dont les principaux seraient le manque de temps, de formation et de reconnaissance de l'acte éducatif, mais aussi le manque de sensibilisation des patients [31]. L'éducation thérapeutique est pourtant intégrée de façon plus ou moins formalisée à l'exercice de la médecine générale, puisque le médecin généraliste « éduque » nécessairement ses patients à toutes les étapes de leur prise en charge : dans son travail de prévention primaire et secondaire et de dépistage, lorsqu'il annonce un diagnostic, lorsqu'il prescrit un traitement, ou encore lorsqu'il « négocie » des objectifs thérapeutiques. Une revue de littérature de 2007 sur les liens entre communication médecin-malade et ETP a souligné la convergence entre les compétences mises en jeu dans la relation médecin-malade et celles nécessaires à l'éducation thérapeutique du patient [36]. Ce constat n'est guère surprenant, puisque si l'éducation thérapeutique est définie comme « un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient » (OMS, 1998), elle s'appuierait donc par définition sur la relation médecin-malade, en particulier dans le cadre de la médecine générale. Le médecin généraliste est le responsable du suivi au long cours des patients, et dans le cadre des lombalgies chroniques, cette place particulière lui permettrait de fournir au patient une éducation thérapeutique construite sur la durée, progressive, et adaptée à la connaissance qu'il a de son malade, de ses difficultés de vie et de son environnement. Il pourrait ainsi dans sa démarche éducative faire preuve de souplesse, avancer au rythme du patient, s'adapter aux événements aigus et évaluer régulièrement les acquis. Cependant, pratiquer

efficacement l'ETP en consultation de médecine générale demanderait malgré tout, comme le recommande l'HAS, une formation adaptée difficilement accessible aux médecins généralistes libéraux, souvent surchargés de travail. Si le médecin généraliste ne peut donc pas faire toute l'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique et tout le temps, il pourrait cependant y participer en première ligne, et collaborer avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux, y compris les équipes pluridisciplinaires, pour coordonner les actions éducatives en fonctions des ressources locales.

## 2.2. Place des Médecines Non Conventionnelles (MNC) dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques

Un des aspects non attendu des résultats de l'étude est la prégnance des MNC, au premier plan desquelles l'ostéopathie, dans le parcours des patients lombalgiques chroniques, que celles-ci soient pratiquées au cabinet du médecin ou par un intervenant extérieur. Le terme « médecine non conventionnelle » est celui retenu par la Commission européenne pour qualifier des méthodes de soin parfois également appelées médecines douces, médecines complémentaires, médecines naturelles, médecines alternatives, médecines parallèles ou encore médecines holistiques et dont certaines font l'objet d'une reconnaissance progressive en Europe depuis les années 1990 [37]. Ces médecines comprennent de façon non exhaustive l'acupuncture, l'ostéopathie, la myothérapie, la chiropraxie, l'homéopathie, la naturothérapie, la micronutrition, la réflexologie et bien d'autres. Les recours aux MNC, souvent à l'initiative du patient, suscitaient des réactions diverses chez les médecins généralistes rencontrés dans l'étude, allant de l'adhésion et la pratique de ces méthodes à la franche opposition, en passant par l'indifférence circonspecte. La position des médecins vis-à-vis des MNC n'était en tout cas, en général, pas dénuée d'un certain pragmatisme. Il ne semble pas exister d'éléments permettant de mettre la fréquence de ce type de recours en rapport avec les caractéristiques rurales du département de la Mayenne, ou avec ses traditions populaires encore bien ancrées de recours aux « rebouteux » et autres « toucheurs ». Dans les milieux hospitalo-universitaires, les MNC sont généralement présentées comme une approche

« fantaisiste » et le plus souvent passées sous silence dans l'enseignement de la Médecine. Mais on peut se demander s'il serait raisonnable ou même scientifique de méconnaître des pratiques thérapeutiques qui concernent tant de patients. Une étude française de 2008 visait à estimer la fréquence du recours aux MNC (« médecines parallèles », dans l'étude), ses motifs et son efficacité ressentie [38]. Les chercheurs concluaient à un recours fréquent et régulier aux MNC des patients interrogés, avec pour motif la douleur dans 25% des cas, et la lombalgie dans 16% des cas. Parmi les patients ayant recours aux MNC, 71% rapportaient un effet bénéfique, et 7% se plaignaient d'effets indésirables. L'étude soulignait aussi le budget total non négligeable de ces recours, réparti entre les consultations et les traitements.

La question de la place des MNC dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques a souvent été posée, mais la faiblesse méthodologique des études sur le sujet ne permettait en général pas de juger de l'efficacité réelle de ces pratiques. Une revue de littérature de type Cochrane de 2005 visait à estimer l'efficacité des MNC comparée au placebo ou aux techniques conventionnelles pour les patients atteints de lombalgie chronique [39]. Les MNC concernées étaient l'acupuncture, les massages, la médecine par les plantes et la réflexologie. Un des écueils était que les mêmes auteurs étaient souvent à l'origine de plusieurs études. Les chercheurs concluaient de toute façon à des effets limités des MNC évaluées, malgré un coût non négligeable. La même année paraissaient les résultats d'une étude canadienne qui concluait que les patients lombalgiques chroniques recourant aux MNC auraient globalement des revenus plus élevés, un niveau d'activité et une implication sociale plus importants que ceux qui n'y recouraient pas, ainsi qu'un meilleur état de santé global, supposant une meilleure gestion de leur maladie [40]. L'étude s'appuyait cependant sur des données épidémiologiques datant de 1996-1997, et ses résultats devraient donc être relativisés du fait des progrès réalisés ces quinze dernières années en termes de prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Les auteurs expliquaient le recours aux MNC par un désir du patient de mieux contrôler sa maladie, et d'être d'avantage actif dans la prise en charge. La place que prennent les MNC dans le parcours des patients lombalgiques chroniques pourrait ainsi illustrer un manque de satisfaction de ces patients concernant leurs attentes et leur prise en charge. Cependant, si le recours extérieur aux MNC peut procurer un soulagement momentané à certains patients, on peut se demander dans quelle mesure il

pourrait constituer un ajournement de l'abord des facteurs psychosociaux par le médecin généraliste. Le patient pourrait en effet craindre, de façon plus ou moins consciente, que l'abord de ces questions puisse modifier un certain équilibre que lui aurait permis de trouver son « statut de lombalgique ». En ce sens, le recours aux MNC pourrait donc interférer dans la prise en charge des facteurs psychosociaux chez les patients lombalgiques chroniques.

Deux des médecins rencontrés pratiquaient de multiples formes de MNC. Ils y voyaient un élargissement de leur champ d'action face à leurs patients douloureux, en cas d'échec des procédures dites « conventionnelles ». La pratique des médecines parallèles par les médecins généralistes ainsi que les formations suivies, ont été explorées en 2006 au travers de questionnaires envoyés aux médecins de Haute-Garonne. Il en est ressorti que beaucoup de généralistes pratiquaient ces médecines mais que leur connaissance en était très variable. Certains pratiquaient sans avoir suivi de formation académique [41]. La recherche bibliographique n'a pas retrouvé d'étude concernant les motivations des médecins généralistes pratiquant des MNC. On peut en effet se demander pourquoi certains des médecins rencontrés avaient choisi de proposer ces formes de médecines, qui peinent malgré tout à faire leurs preuves sur le plan scientifique. Le parcours et la réflexion particulière que semblaient requérir ce type de choix empêchaient en tout cas de le résumer à une forme de charlatanisme. Cette volonté d'avoir « toujours une autre réponse » en cas d'échec des procédures entreprises faisait plutôt évoquer la crainte du médecin de se voir confronter aux limites de son pouvoir médical. La littérature sur la lombalgie chronique met en avant une médecine « humaniste », bio-psycho-sociale, centrée sur le patient qui serait pleinement acteur de son état [15, 19, 42]. La pratique des MNC semblerait par contre laisser le patient dans une situation passive, où il serait simple destinataire de soins. On peut cependant noter que dans l'enquête, un médecin qui pratiquait l'ostéopathie proposait aussi de la thérapie cognitivo-comportementale, et un autre qui pratiquait la myothérapie y voyait une procédure libératoire favorisant la relaxation et la verbalisation. Ainsi, ces médecins intégraient bien à leur pratique des MNC une prise en charge des facteurs psychosociaux et un soutien psychologique, mais sans pour autant modifier l'équilibre traditionnel du rapport soignant-soigné.

Certains des médecins rencontrés « finissaient » par orienter leurs patients vers ce type de pratiques, ou du moins laissent faire ces derniers quand ils décidaient d'y recourir. Si ces

médecins n'étaient pas convaincus de l'efficacité de ces pratiques, une question déontologique pourrait être soulevée. Cependant, selon le Serment d'Hippocrate, le médecin doit respecter « toutes les personnes [...] sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions ». L'utilisation de MNC, ou l'orientation vers ceux qui les pratiquent, ne serait donc pas nécessairement une forme de validation de la méthode, puisque de façon pragmatique il pourrait s'agir de respecter les croyances du patient. Il est aussi possible que le fait d'orienter un patient vers les MNC puisse représenter pour le médecin une échappatoire, réfléchie ou non, par exemple lorsque les limites d'un abord strictement biomédical du patient sont atteintes. Ces questions peuvent renvoyer au malaise associé à l'utilisation à dessein de l'effet placebo par les soignants [43]. La réalité de l'effet placebo a été démontrée, il est même largement utilisé dans la recherche scientifique, et pourtant son mécanisme réel reste un mystère. Le rôle de la suggestion dans l'effet placebo a souvent été évoqué, et par ce biais celui d'une autre pratique non conventionnelle sujette à controverses, l'hypnose. Volontairement ou non, l'effet placebo serait en tout cas utilisé au quotidien, à différents degrés, par les médecins généralistes, ne serait-ce que parce que, comme l'écrivait M. Balint : « Le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même » [55].

### 2.3. Prise en charge des facteurs professionnels et maintien dans l'emploi

Alors qu'une majorité des cas de lombalgies aiguës dites « communes » évolue spontanément vers la guérison en quatre à six semaines, entre 5 et 10 % des patients évoluent vers la chronicité et n'ont pas repris le travail après un an d'évolution, se trouvant donc en situation d'incapacité [4,10]. C'est bien cet aspect, outre les conséquences pour le patient sur le plan individuel, qui fait de la prise en charge des lombalgies chroniques un véritable enjeu de santé publique. Parmi les guides de pratique clinique sur le dépistage et la prise en charge des patients lombalgiques chroniques mis à disposition des médecins généralistes, celui du CLIP s'avère un des plus complets (Clinique des Lombalgies Interdisciplinaire en Première ligne, sous l'égide des organismes de Santé Publique Québécois). Cependant les recommandations finales sur les

moyens de maintenir les patients lombalgiques chroniques dans l'emploi restaient très générales : «lorsqu'il a besoin d'aide pour faciliter le retour à l'activité du patient souffrant de lombalgies persistantes, il [le clinicien] peut le référer à des ressources spécialisées selon la disponibilité de son milieu » [25].

Dans le cadre des lombalgies chroniques, l'insatisfaction au travail auto évaluée par le patient est un facteur de risque de chronicité avec un fort niveau de preuve. L'absence de poste aménagé, une faible qualification professionnelle, l'existence d'une indemnisation, l'inadéquation du salaire et un arrêt de travail supérieur à huit jours sont des facteurs de risque de chronicité ayant un niveau de preuve scientifique intermédiaire. Les facteurs de risque de chronicité de faible niveau de preuve scientifique sont la charge élevée de travail et le stress au travail [7]. Ce sont à peu près les mêmes déterminants qui ont émergé de l'ensemble des entretiens avec les médecins généralistes mayennais. Une des clés de la prise en charge des patients lombalgiques chroniques pourrait donc être leur capacité éventuelle à changer d'activité professionnelle ou la mise en place d'un poste adapté à leur pathologie. Dans les entretiens réalisés, peu de situations satisfaisantes de ce point de vue étaient décrites, qu'il s'agisse de reclassement professionnel dans le cadre d'une maladie professionnelle, d'adaptation de poste, ou de réorientation professionnelle à l'initiative du patient. Le maintien dans l'emploi des patients lombalgiques pouvait donc parfois ressembler à une recherche de la quadrature du cercle.

Parmi les outils directement à disposition du médecin généraliste, on retrouve la déclaration en maladie professionnelle, ouvrant en théorie la voie au reclassement professionnel. Une étude menée en 2006 en Moselle s'était fixée pour objectif d'étudier les modalités d'un reclassement professionnel de patients lombalgiques chroniques reconnus comme travailleurs handicapés par la COTOREP (équivalent actuel de la MDPH) [44]. Il en est ressorti que si près de deux tiers des candidats avaient effectivement obtenu un diplôme, il n'avait pas été constaté de différence significative en termes de retour à l'emploi entre diplômés et non diplômés : avec un recul de cinq ans, dans les deux cas, moins de la moitié avaient retrouvé un emploi, nonobstant un coût conséquent pour l'assurance maladie dans le cas des diplômés (entre 25 000 et 39 000 euros par patient). L'étude concluait donc à une faible valeur ajoutée du reclassement professionnel, et considérait « plus souhaitable de maintenir le lombalgique chronique dans son emploi en restaurant son rachis, en aménageant son poste de travail et, surtout,

en gérant ses peurs et croyances liées au couple "lombalgie-travail" ». La question du maintien dans l'emploi était donc renvoyée en amont. Cependant les possibilités en termes d'adaptation de postes et de reclassement professionnel dans l'entreprise sont souvent limitées. Ce fait a été souligné par les médecins généralistes interrogés, mais aussi par une étude quantitative menée dans les Pays-de-la-Loire en 2000. Sur plus de quatre-cent situations de lomboradiculalgies prises en charge au titre de maladie professionnelle, la moitié des salariés travaillaient dans des petites entreprises de moins de cinquante salariés et le quart dans des très petites entreprises de moins de dix salariés. Ce type d'entreprise offrirait peu de possibilités de reclassement professionnel, les professions concernées étant souvent physiquement difficiles, et généralement peu qualifiées [45]. Au sujet du bénéfice pour le patient de la déclaration de sa lombosciatalgie en maladie professionnelle, quand c'était possible, les avis des médecins rencontrés dans l'étude divergeaient, mais plusieurs s'inquiétaient d'une dégradation du statut socio-économique du patient à moyen et long terme. L'étude menée dans les Pays-de-la-Loire citée précédemment posait justement cette question. Il en ressortait que d'une part, la déclaration en maladie professionnelle était restreinte aux lomboradiculalgies par hernie discale, et reconnues comme provoquées soit par des vibrations, soit par le port de charges lourdes, et excluait donc les lombalgies communes, et que d'autre part « la réparation en maladie professionnelle des lomboradiculalgies [...] ne compensait pas financièrement la perte de salaire en cas de licenciement et d'absence de retour probable à l'emploi à moyen terme. Dans ce cas, l'indemnisation en maladie professionnelle était souvent moins intéressante sur le plan financier que la mise en invalidité dans le cadre de la maladie ordinaire ». Un outil peut-être plus prometteur du maintien dans l'emploi relevé dans l'étude était la possibilité pour le médecin de prescrire une reprise à temps partiel thérapeutique. Communément appelée mi-temps thérapeutique, cette reprise pourrait être prescrite à tout moment par le médecin traitant, et aurait pour objectif de permettre au salarié de reprendre progressivement son activité. Le temps de travail ne correspondrait pas obligatoirement à un mi-temps, et le pourcentage d'activité serait fixé par le médecin du travail et pourrait être progressif jusqu'à la reprise à temps complet. Les modalités pratiques concernant la durée et les horaires de travail devraient être négociées entre le salarié et l'employeur, en accord avec le médecin du travail. Les indemnités journalières pourraient être maintenues pendant une durée fixée par la caisse primaire d'affiliation du salarié [46]. Mais dans l'étude, si dans certain cas le recours au temps

partiel thérapeutique permettait une reprise de confiance du patient et un retour au poste de travail, d'autres fois la dimension temporaire de la mesure conduisait à une impasse car le retour à un poste à temps plein entraînait un nouvel arrêt de travail.

Ces difficultés à maintenir dans l'emploi les patients lombalgiques chroniques, et ses conséquences tant au plan individuel que général ont donné lieu à de nombreux travaux. Le modèle de Sherbrooke (du nom de l'Université québécoise qui en est à l'origine) a proposé une démarche innovante. Ce modèle reposerait sur une approche précoce et pluridisciplinaire des lombalgies, intégrant le milieu du travail au processus de réadaptation, et dont l'objet serait la capacité de l'individu à reprendre son travail [47]. Cette procédure dite de « retour thérapeutique au travail » est innovante en ce qu'elle utilise l'environnement habituel du travailleur comme moyen thérapeutique pour effectuer la réadaptation. Les différentes étapes de ce modèle de prise en charge solliciteraient de nombreux intervenants : les médecins du travail, qui feraient le bilan initial et informeraient les médecins traitants, mais aussi des ergonomes, puis selon l'évolution, des psychologues, des kinésithérapeutes, des médecins spécialistes, et des ergothérapeutes. En dernier lieu, une thérapie de récupération fonctionnelle (reconditionnement à l'effort en milieu clinique développé dans une perspective cognitivo-comportementale) pourrait être menée en parallèle d'un retour progressif et sécuritaire sur le lieu de travail. Des études randomisées ont prouvé la supériorité du modèle de Sherbrooke en termes de retour à l'emploi et une balance coût-efficacité favorable. Une étape essentielle serait celle de l'identification précoce des salariés à risque d'évolution vers la chronicité. Le signalement pourrait être fait par le médecin du travail, mais aussi par le médecin généraliste, s'il est sensibilisé à ce type de démarche. Une étude de faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système français conclue que malgré certains obstacles – en particulier concernant les rapports interprofessionnels et inter-organisationnels (entre professionnels de santé, monde du travail et systèmes d'assurance maladie), la France posséderait certains atouts permettant d'envisager une adaptation du modèle de Sherbrooke [48]. Le réseau Lombaction, créé en 2007 en Pays de Loire en partenariat avec les Services de Pathologie Professionnelle et de Rééducation Fonctionnelles du CHU d'Angers et le Service de Santé au Travail Interentreprises, propose un programme multidisciplinaire qui inclurait une composante ergonomique en milieu de travail, ainsi qu'un travail sur l'échange d'informations entre professionnels de

santé. Pour les patients inclus dans ce réseau entre 2009 et 2011, il a été constaté une diminution de plus de 41% du nombre de jours d'arrêt de travail dans les six mois suivants la prise en charge. Plus de 37% des patients inclus étaient adressés par le médecin traitant, montrant ainsi une bonne diffusion de l'information auprès des médecins libéraux de la région, et une certaine adhésion au concept [49]. Une autre démarche a été évoquée par un des médecins rencontrés : celle de la Caisse d'Assurance Maladie, qui propose un programme de prévention de la désinsertion professionnelle. Une documentation fournie aux médecins généralistes leur permettait de se situer dans les différents modes de prise en charge proposés : il s'agissait le plus souvent d'orienter le patient vers le médecin du travail, en proposant la visite de pré-reprise, ou vers le service social de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie. La plupart des options étaient cependant soumises à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé [50]. Il s'agissait donc là encore essentiellement pour le médecin généraliste d'un rôle de dépistage des situations à risque et d'orientation du patient.

Le médecin du travail serait ainsi le principal interlocuteur du médecin généraliste dans le cadre des réseaux de maintien dans l'emploi, dont la visite de pré-reprise serait un pivot. La qualité des rapports qu'ils entretiennent serait donc essentielle. Dans l'enquête de l'INPES de 2011, plus de deux tiers des médecins généralistes interrogés trouvaient les médecins du travail ouverts au dialogue, et disaient coopérer facilement avec eux. Le motif principal de sollicitation du médecin du travail par le médecin généraliste était effectivement la visite de pré-reprise (44%), suivi des problèmes d'aptitude à un poste (29%). Il ressortait des entretiens réalisés avec les médecins généralistes mayennais que s'ils considéraient entretenir de bons rapports avec le médecin du travail, les recommandations de ce dernier étaient cependant souvent décrites comme peu opérantes (en particulier au sujet des adaptations de poste). Les résultats de l'enquête de l'INPES allaient dans ce sens, puisque que si 71% des médecins généralistes se déclaraient confiants dans l'esprit de coopération et d'ouverture des médecins du travail, seulement 57% se déclaraient confiants dans leur efficacité [27]. Un autre interlocuteur du médecin généraliste dans le domaine du maintien dans l'emploi des travailleurs lombalgiques est le médecin conseil de la sécurité sociale. La bibliographie n'a pas montré d'étude éclairant les rapports entre médecins généralistes et médecins conseil. Dans les entretiens menés auprès

étaient le plus souvent abordés lorsqu'ils évoquaient les difficultés liées à la gestion des arrêts de travail. Ces difficultés pouvaient aussi bien apparaître lorsqu'il s'agissait de limiter la durée des arrêts pour éviter au patient une perte de contact avec le milieu du travail, que lorsque la question était de prolonger ces arrêts dans le but de protéger un patient souffrant. L'évocation des rapports avec le médecin conseil n'était souvent pas dénuée d'ambiguïté. Le médecin conseil était parfois sciemment « utilisé » par le médecin généraliste pour se déresponsabiliser d'une suspension d'indemnités dont il ne pensait pas moins. D'autres fois il était reproché au médecin conseil une logique plus comptable que médicale, par exemple lors du refus de prolongation d'arrêts de travail pourtant jugées nécessaires par le médecin traitant. Ces situations posent la question de l'indépendance et de la régulation de l'activité des médecins généralistes, véritable « serpent de mer » des politiques de santé publique, relancé entre autre en 2009 par le programme CAPI (Contrat d'amélioration Des Pratiques Individuelles) de l'Assurance maladie. Le médecin généraliste, qui travaille avec et à l'intérieur d'un système de soins, ne peut en effet indéfiniment décider seul pour son patient. Si la nécessité d'une régulation est généralement admise par les médecins généralistes, elle n'est pas pour autant toujours bien perçue. Le médecin généraliste pourrait en effet y voir une intrusion s'opposant à la traditionnelle indépendance de la médecine libérale. On peut cependant envisager que « contraindre » un patient qui ne s'y sentirait pas prêt à la reprise du travail, même et surtout pour son propre bien, puisse être source d'incompréhension, voire de ressentiment de la part de ce patient envers son médecin. L'intervention du médecin conseil pourrait alors permettre de sursoir au conflit potentiel. La relation de confiance du patient avec son médecin généraliste serait ainsi préservée, ainsi que la continuité des soins. L'importance du rôle de médiateur du médecin conseil dans ce domaine ne serait donc pas à négliger.

#### 2.4. Prise en charge des facteurs psychologiques et psychothérapies

Une étude portant sur l'évaluation des facteurs psychocomportementaux en jeu dans la lombalgie chronique a conclu en 2006 que ceux-ci seraient plus incapacitants que l'intensité de la douleur elle-même et détermineraient en partie la persistance de la douleur et de l'incapacité et la durée des arrêts de travail [9]. Les facteurs psychologiques identifiés dans la littérature comme facteurs de risque de chronicité des lombalgies comporteraient les problèmes émotionnels, comme le statut psychologique global, l'humeur dépressive et la dépression, la détresse psychologique et l'anxiété. Ils incluraient aussi les représentations, comportements et attitudes inappropriées vis-à-vis de la douleur, et en particulier le catastrophisme (pessimisme vis-à-vis de soi, des autres et de l'avenir), les comportements d'évitement, l'attente de solution radicale, l'absence d'espoir de guérison, et la difficulté à « faire face » (ou «  *coping*  ») [5, 10, 16]. La dépression constituerait le facteur d'ordre psychologique le plus fréquemment associé aux plaintes douloureuses chroniques, quelle que soit leur origine [19, 22]. Il faut noter que le sens de l'association entre douleur et dépression est variable selon les auteurs, la dépression (ou l'anxiété) pouvant être préexistante à la douleur ou engendrée par celle-ci. La place de la somatisation pourrait elle aussi être discutée, puisqu'elle pourrait être considérée soit comme un processus inconscient permettant l'élaboration d'un symptôme porteur de sens dans le cadre de la psychanalyse, soit comme un état morbide dans le cadre de la nosographie psychiatrique [20]. Ces considérations ne dispensent de toute façon pas le médecin d'une attitude pragmatique, visant à identifier et prendre en charge ces facteurs une fois identifiés.

Les recommandations de l'ANAES datant de 2000 proposaient effectivement de réaliser une évaluation psychologique initiale de la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse. Des outils d'évaluation étaient proposés (en particulier l'HAD, « Hamilton Anxiety and Depression Scale » et le BDI, « Beck Depression Inventory »), mais il était bien noté que ces derniers seraient plutôt utilisés à des fins de recherche. Leur utilité dans le cadre de la pratique quotidienne n'avait donc pas été démontrée. La stratégie thérapeutique proposée pour les patients lombalgiques chroniques incluait un « accompagnement psychologique, comprenant une évaluation du

retentissement social et familial, la prise en charge spécifique d'une anxiété et/ou d'une dépression et les thérapies comportementales ». Les Thérapies Comportementales (TC) étaient décrites comme « bénéfiques sur l'intensité de la douleur et sur l'apprentissage du contrôle de la douleur » [51]. Concernant les facteurs psychologiques, les recommandations européennes de 2006 pour la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique portaient sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), et aucun autre type de psychothérapie n'avait été « validé » [10].

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour objet le comportement, le conditionnement et les modes de raisonnement. Les outils utilisés sont, entre autres, l'éducation et l'information, la reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter par le patient, l'apprentissage de stratégies de *coping* (capacité à faire face) et la réassurance [42]. Une revue Cochrane réactualisée en 2012 a examiné l'efficacité clinique de deux modalités de traitement psychologiques sur la douleur chronique: les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) et les Thérapies Comportementales (TC) [52]. Elles ont fait l'objet de comparaison avec des traitements dits usuels (pas de traitement structuré, patients en liste d'attente) et des traitements dits actifs (physiothérapie, enseignement thérapeutique, traitement médicamenteux). Il a été conclu concernant les TCC, en comparaison avec l'absence de traitement, à des effets faibles à modérés portant plutôt sur le handicap, l'humeur et les pensées catastrophiques que sur la douleur. Seuls de faibles effets des TCC sur l'humeur étaient toujours tangibles six mois après le traitement. Les TC quant à elles n'auraient montré que des effets faibles et non durables sur l'humeur. Les auteurs concluaient que les thérapies psychologiques étudiées pouvaient aider les patients souffrant de douleurs chroniques en réduisant les troubles de l'humeur (dépression et anxiété), le handicap, les pensées catastrophiques, et dans certains cas, la douleur, mais manquaient d'éléments pour pouvoir estimer quelle type de thérapie était la plus adaptée à quel patient. Certaines caractéristiques des TCC pourraient justifier leur prépondérance dans les recommandations : leur méthode repose sur une prise en charge bien codifiée, limitée dans le temps, et d'efficacité mesurable. En pratique elles trouvent difficilement leur place en soins primaire, et sont le plus souvent proposées dans le cadre de programmes structurés multidisciplinaires, ce qui pourrait expliquer leur place dans la recherche et le système hospitalo-universitaire. De plus, les patients seraient souvent réticents à discuter des aspects psychologiques de leur douleur, craignant une

éventuelle remise en cause de celle-ci [19]. Ils accepteraient donc plus facilement des méthodes perçues comme peu intrusives : les TCC de part leur méthode brève et ciblée, tout en individualisant la prise en charge et en impliquant activement le patient, seraient donc peut-être de prime abord plus facilement acceptées par les patients (du moins ceux dont la demande serait uniquement celle du traitement de la douleur et dont la plainte n'aurait pas de dimension psychologique [53]). Il existe d'autres types de psychothérapie que les TCC, mais elles ne sont pas ou peu évaluées dans le cadre de la lombalgie chronique. Les psychothérapies dites « humanistes » seraient fondées sur l'idée que chacun pourrait et devrait choisir ce qu'il veut réaliser de son potentiel et sur l'expression de la vie psychique par le corps ou l'émotion. Le groupe jouerait un rôle important dans ce type de thérapie. Les psychothérapies d'interprétation, dont la psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration analytique, s'intéresseraient au domaine de l'inconscient et des niveaux de conscience. Quelque soit le type de psychothérapie proposée aux patients lombalgiques chroniques, c'est l'écoute personnalisée du patient, adaptée au cas par cas, qui permettrait un travail sur les facteurs psychologiques. La rencontre avec le thérapeute pourrait ainsi constituer la « pierre angulaire » de la prise en charge de ces patients, en leur permettant d'échapper à un parcours jalonné par des échecs répétés. Ce travail avec le thérapeute, en permettant de repérer les forces en présence dans la dynamique psychique du patient, pourrait finalement aboutir à la construction d'un espace de compréhension mutuelle qui serait le lieu de décisions partagées [19, 22].

Pour les médecins généralistes rencontrés, la prise en charge des facteurs psychologiques identifiés chez leurs patients lombalgiques chroniques (problèmes émotionnels, comportements inappropriés, difficulté à faire face) reposait le plus souvent sur l'éducation thérapeutique et le soutien psychologique. Le bénéfice de l'écoute du patient était largement reconnu, même si un des médecins refusaient strictement « l'étiquette » de psychothérapeute. L'un d'entre eux récusait toute forme de psychothérapie en général, bien que sa pratique s'apparente fortement à certaines psychothérapies humanistes. D'autres disaient pratiquer une forme de psychothérapie « sauvage », faute de recours extérieur disponible, ou du fait du coût que représenterait une « vraie » psychothérapie pour le patient. Certains médecins s'inquiétaient des risques liés au fait d'initier un travail de psychothérapie au cabinet sans en maîtriser réellement les outils. Un autre médecin s'était cependant formé aux TCC et proposait à certains de ses patients ce type de prise en

charge, dans le cadre de consultations spécifiques. Si aucun consensus ne se dégagait de ces résultats, ce qui est certain, c'est que le rôle éventuel de psychothérapeute du médecin généraliste était source de multiples questionnements pour ces praticiens. Une thèse qualitative de 2008 s'est intéressée à la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste. Cette étude révélait un intérêt certain des médecins généralistes pour la prise en charge psychothérapeutique au cabinet. Bien que la plupart des médecins rencontrés pour ce travail ne parviennent pas exactement à nommer ou à définir cette pratique, tous les médecins interrogés décrivaient une action de soutien et d'écoute en consultation [54].

L'idée d'une écoute thérapeutique en médecine générale amène à discuter du concept de psychothérapie du médecin généraliste. Une telle forme de psychothérapie aurait bien sûr des caractéristiques particulières. Tout d'abord, le médecin de famille bénéficie d'un accès unique et privilégié à l'intimité de son patient et à son histoire. Dans son ouvrage « le médecin, son malade et la maladie » de 1960, M. Balint, a tenté de décrire le contenu de la relation entre le médecin généraliste et son patient. Il définissait leur expérience conjointe accumulée au fil des années par le terme de « compagnie d'investissement mutuel », dont il ne faudrait pas gaspiller le potentiel [55]. Une autre particularité tiendrait au fait que lorsque médecin généraliste suit un patient au long cours, il suit en général aussi son entourage. Et une autre différence fondamentale avec les autres formes de psychothérapie résiderait dans l'existence d'un contact physique réel et indispensable entre le médecin généraliste et son malade [56]. L.Velluet a formalisé la notion de « psychothérapie spécifique du médecin généraliste », dont le but serait de « favoriser l'autonomie physique et psychologique des sujets suivis, et si possible, leur capacité de vivre au sein d'un équilibre familial et social stable » [57, 58]. Cet espace thérapeutique aurait pour objectif, à la différence des TCC, la guérison en profondeur, à savoir la disparition des signes dépressifs mais aussi la résolution des problèmes sous-jacents. Bien que l'entretien en médecine générale puisse être en soi thérapeutique, toute écoute ne serait donc pas psychothérapie, et cette dernière requerrait selon L. Velluet, pour pouvoir être intégrée à la pratique du médecin généraliste, une formation initiale, poursuivie et approfondie au cours de l'exercice. Les références psychanalytiques seraient incontournables, et leur maniement nécessiterait un apprentissage spécifique [18]. Une psychanalyse préalable du praticien ne serait pas indispensable, mais une formation personnelle à la psychothérapie serait tout de même nécessaire pour éviter une approche

qui serait, sinon, purement intuitive et potentiellement dommageable pour le patient. Parmi les voies de formation existantes, les « groupes Balint » sont les plus répandus, et les plus souvent cités. Il s'agit de groupes de pairs travaillant autour de situations cliniques vécues en consultation, sous la supervision d'un leader psychanalyste, et où les médecins participants ne parleraient pas d'eux-mêmes comme sujet. La formation « Balint », si elle est bien faite, devrait « permettre au médecin de mieux connaître ses faiblesses et d'accepter la limite de son pouvoir médical. Il saurait que le transfert et le contre transfert sont actifs dans toute relation thérapeutique » [59]. Le médecin pourrait alors apprendre à maîtriser un certain nombre « d'outils » de la psychothérapie, comme le choix entre directivité et non-directivité, la suggestion, la reformulation, la réassurance, ou la restauration du narcissisme. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste serait selon L. Velluet utile, voire nécessaire à la prévention et à la prise en charge de l'anxiété et de la dépression en soins primaires. Un diagnostic de dépression pourrait pour le praticien sous-tendre la prescription d'antidépresseurs. Une telle prescription pourrait sur le principe s'avérer potentiellement efficace, puisqu'en agissant sur l'anxiété, elle pourrait permettre un meilleur contrôle de la douleur. Mais le médecin devrait se méfier du leurre que pourrait représenter la prescription d'antidépresseurs, car au lieu d'ouvrir vers une prise en charge des facteurs psychologique, elle pourrait plutôt risquer de « fermer la porte au sens inconscient du symptôme » [53]. Au sujet des antidépresseurs, L. Velluet estimait ainsi qu'ils constitueraient une approche purement symptomatique de la dépression, et que sans une approche étiologique concomitante, leur utilisation pourrait être facteur d'enkystement de la souffrance. Il semblerait donc indispensable, si elle s'avère nécessaire, de négocier cette prescription avec le patient, afin de s'assurer que ce dernier n'y verrait bien qu'un adjuvant au travail psychothérapeutique engagé en consultation [18].

Dans le cadre de la lombalgie chronique, l'anxiété et la dépression occupent une place importante parmi les facteurs psychologiques en jeu. Leur prise en charge par le biais de la psychothérapie spécifique du médecin généraliste telle que décrite par L. Velluet nécessiterait du temps et un investissement personnel de la part du médecin, le manque de temps étant, quelque soit le domaine où ils souhaitent se former, un des obstacles principaux avancés par les médecins généralistes. Cette démarche ne saurait de plus être forcée, le médecin et le patient devant choisir de s'y engager. Qu'en est-il alors des

médecins qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas s'engager dans un travail psychothérapeutique personnel, mais qui voudraient tout de même proposer une prise en charge globale à leurs patients, qui inclurait un abord des facteurs psychologiques ? Plusieurs médecins rencontrés lors de l'étude revendiquaient cet abord global du patient, où l'écoute pouvait être décrite comme thérapeutique, révélant ainsi la dimension bio-psycho-sociale de leur approche bien que celle-ci ne soit pas nécessairement formulée en ces termes. Le médecin généraliste pourrait en effet prétendre à une attitude d'écoute qui favoriserait la parole et s'avérer capable de reconnaître ce qui fait sens dans le discours du patient, sans avoir pour autant suivi une formation préalable. La notion « d'attitude psychothérapeutique » a été décrite entre autres par P.B. Schneider, pour caractériser ce type d'approche du patient en médecine générale [56]. Ce ne serait pas une psychothérapie en elle-même, puisque le praticien n'engagerait aucun travail spécifique avec le patient. Il s'agirait plutôt de proposer une écoute empathique et attentive à un patient qui verbaliserait sa souffrance psychique, qu'il l'ait exprimée d'emblée ou que ce soit le médecin qui l'ait fait apparaître. Les effets d'une telle approche pourraient être réels mais resteraient aléatoires, à moins que le médecin ne soit conscient de son influence, auquel cas son intention d'action sur la souffrance psychique du patient marquerait un premier pas vers la psychothérapie. Il existerait ainsi un espace dans la consultation où les médecins généralistes pourraient, avec précaution et dans la mesure de leurs moyens, travailler avec leurs patients sur certains facteurs psychologiques en lien avec la chronicisation de leur lombalgie. La possibilité de faire émerger dans le cadre de la médecine générale le « sens subjectif » du symptôme lombalgique a été exposée par P. Martin-Mattera et al. : l'enjeu serait d'intervenir sur le processus de chronicisation, en tentant de faire évoluer le symptôme « douleur » qui, au-delà de sa fonction de signal de danger (fonction dépassée dans le cadre de la lombalgie chronique) pourrait se révéler porteur d'une « parole » du patient. La douleur pourrait ainsi devenir « symptôme » au sens psychanalytique du terme. Cette évolution, si elle s'avèrerait possible pour le patient, rendrait alors le symptôme « lombalgie chronique » potentiellement accessible à un travail de psychothérapie, élargissant ainsi le champ d'action du médecin généraliste [13]. Il faudrait cependant que le médecin veille à ne pas confondre la plainte du patient avec sa demande. A ce sujet, P. Jaury rappelait l'importance de respecter le rythme du patient, sans le brusquer, plutôt que de prendre le risque d'une « violation injustifiée de son intimité » [59].

### 3. ROLE DE LA RELATION MEDECIN-MALADE EN MEDECINE GENERALE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES

Toute consultation médicale est constituée, de fait, par la rencontre de deux individus : le médecin et le malade. Il y aurait donc par définition « intersubjectivité » dans la relation médecin-malade, c'est-à-dire une expérience partagée, co-construite par les personnes qui se rencontrent. Pour permettre que cette rencontre soit fructueuse, les participants devraient mettre en place un certain nombre d'ajustements constitués d'interactions à la fois verbales et non verbales, afin de pouvoir communiquer et se répondre [60]. Le psychanalyste M. Balint a tenté d'analyser le contenu de cette rencontre particulière en médecine générale. Selon lui le patient « offrirait » les symptômes de sa maladie au médecin, le symptôme pouvant être non seulement le signe d'une affection spécifique, mais aussi le témoin de difficultés personnelles et d'un besoin relationnel [55]. Le médecin devrait alors dans sa consultation répondre à la demande explicite du patient, mais aussi prendre en compte les sollicitations implicites de cette demande. Malgré les éventuelles dérives consuméristes de la médecine moderne, le patient attendrait donc toujours du médecin qu'il lui propose une rencontre singulière, empreinte d'une bienveillance fondamentale. En lien avec la réponse faite à cette demande, M. Balint a décrit la « fonction apostolique » du médecin: le médecin aurait une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade, et s'efforcerait de convertir ses patients à sa foi. Une relation particulière s'instaurerait donc entre le patient dont la demande irait au-delà du symptôme exposé, et le médecin, qui incarnerait un personnage au-delà de lui-même. Ce jeu relationnel induirait des attitudes et des contre-attitudes que le médecin devrait donc tenter d'apprécier, bien qu'il soit difficile de totalement les analyser. Selon P.B. Schneider, ce travail ne saurait se faire si le médecin ne prend pas en compte sa part de subjectivité. En effet le médecin est aussi et bien sûr un être humain, et son comportement et ses réactions peuvent être influencés par ses expériences, sa personnalité, ses représentations et ses croyances [56]. Appréhender et prendre en compte son propre état émotionnel représenterait donc un travail complexe mais nécessaire pour que le médecin puisse comprendre le contenu véritable de sa relation avec le patient. Le fait qu'un médecin choisisse consciemment ou non de nier le rôle de son état émotionnel, voire de revendiquer une certaine indifférence, ne

constituerait pas une absence de contenu émotionnel de la relation médecin-malade, mais plutôt une variante de celui-ci [60].

La relation médecin-malade jouerait un rôle primordial dans le suivi des patients douloureux chroniques: pour que le patient souffrant puisse faire le récit de sa plainte douloureuse, c'est-à-dire exposer sa réalité subjective, il aurait besoin de percevoir une attention bienveillante, exempte de jugement ou d'interférences de la part du médecin. Le fait de dérouler ce récit pourrait alors permettre au patient de percevoir le rôle éventuel de facteurs psychologiques, relationnels ou professionnels dans l'histoire de sa plainte douloureuse. Dans le même temps, cette « contextualisation » sous forme narrative permettrait au médecin de 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]. Dans le cadre d'une relation médecin-malade qui se voudrait empathique, ce récit serait l'occasion pour le médecin de légitimer la plainte du patient, en identifiant et en reconnaissant ses émotions [60]. En effet, les patients douloureux chroniques auraient des besoins particuliers en termes d'écoute, d'information, et de réassurance vis-à-vis de leur devenir. C'est dans la qualité même de la relation médecin-malade, au-delà des prescriptions à visée diagnostique ou antalgique, que ces patients pourraient percevoir une réelle prise en compte de ces besoins spécifiques. Un nouveau cadre thérapeutique pourrait alors être instauré, dont l'objectif ne serait plus une guérison radicale du symptôme douloureux, mais la mise en place de processus d'adaptation et de réadaptation qui pourraient à terme permettre au patient de retrouver une meilleure qualité de vie [15, 22].

Dans le cadre de la médecine générale, la relation médecin-malade s'instaure dans un contexte particulier. Le médecin généraliste peut être sollicité sur différents « modes » : en tant que médecin de premier recours pour la prise en charge des pathologies aiguës, en tant que médecin traitant pour le suivi de pathologies chroniques, ou encore en tant que médecin de famille, dans un contexte de deuil par exemple, ou simplement pour le suivi des enfants ou la réalisation de certificats. Et bien souvent les motifs de recours pour une même consultation sont multiples, et le médecin généraliste doit « circuler » en même temps dans ces différentes dimensions. Cet aspect de la relation médecin-malade en médecine générale ferait partie des éléments qui la distinguent de la relation qui se joue dans le cabinet du psychanalyste ou du médecin spécialiste [56]. En effet, que les

consultations avec le médecin généraliste soient épisodiques, régulières, ou concentrées sur une période donnée, elles s'inscriraient toujours dans une perspective de prise en charge globale, inscrite dans une relation au long cours entre le médecin généraliste et son patient [61]. Cette dimension serait d'autant plus spécifique qu'en médecine générale, patients et médecins se choisissent librement. Des phénomènes de transfert du patient et de contre-transfert du médecin auraient donc toute latitude de se développer, au gré des expériences partagées et des images inconscientes des protagonistes [24]. Le type de relation thérapeutique que le médecin généraliste engage, consciemment ou non, avec son patient aurait donc toute son importance. En effet, par ses attitudes et ses décisions le médecin définit les modalités de la relation qu'il engage avec son patient : de ce « positionnement relationnel » dépendrait le contenu et l'évolution de la relation médecin-malade, à condition bien sûr que le patient adhère au modèle proposé par le médecin. Ce positionnement relationnel du médecin serait régi à la fois par ses attitudes volontaires, ses motivations inconscientes, et ses représentations au sujet du patient et de la maladie en général. L'ensemble déterminerait « où » et « comment » il pense devoir agir en tant que médecin vis-à-vis de son patient. Selon P.B. Schneider, l'élaboration de ce rôle, appelé « fonction apostolique » par M. Balint, débiterait dès les premiers contacts avec les malades et se poursuivrait tout au long des études et de la pratique médicale, composant peu à peu à l'intérieur du psychisme du médecin un ou plusieurs modèles des fonctions qu'il doit assumer. Dans ses travaux sur la psychologie médicale, P. B. Schneider a proposé une théorisation des différents types de positionnement relationnel du médecin [56]. Dans ce système, si le médecin en restait au modèle du corps endommagé, il adopterait alors un positionnement purement « Scientifique », s'intéressant au corps de son patient avant tout. Il existerait aussi des positionnements qui s'intéresseraient plus spécifiquement au fonctionnement du corps du patient, où le médecin proposerait un « Service », que ce soit de « Réparation » (pathologies aiguës) ou « d'Entretien » (affections chroniques). La relation médecin-malade serait alors superficielle, centrée sur le symptôme. Ce type de relation serait adapté, par exemple, dans le cadre de la prise en charge dans un service d'urgences ou dans les phases aiguës des pathologies. Mais dans le cadre de la lombalgie chronique, si ce type de positionnement s'inscrivait dans le temps, le médecin pourrait alors être confronté au risque d'enkyster la plainte en l'état, en proposant sans cesse de nouvelles procédures biomédicales. Le risque serait d'aboutir à la frustration du médecin et à la déception des



attentes du patient, dont « l'offre » du symptôme lombalgie chronique relèverait souvent d'une demande plus large, qu'elle soit consciente ou non. P. B. Schneider distinguait aussi les relations de type « d'Aide » et de type « Soutien » : un positionnement de type « Soutien » aurait pour objet le renforcement de l'autonomie du patient, alors que dans une relation « d'Aide », le médecin tendrait plutôt à agir à la place du patient. Il décrivait aussi des positionnements de type « Pédagogique », où la relation serait centrée sur l'apprentissage et la prévention, et de type « Suggestif », où le patient, du fait d'une relation fusionnelle, serait très dépendant de son médecin, dont les outils seraient la suggestion et la persuasion. Enfin, P.B. Schneider individualisait un mode de relation médecin-malade de type « Interpersonnel subjectif », dont les outils seraient la psychothérapie et la psychanalyse. En fait, dans cet « éventail » de modèles de relations médecin-malade proposé par P. B. Schneider, l'objet de la relation se déplace : d'une relation centrée sur le corps et le symptôme, il y a évolution vers une relation centrée sur le patient en tant qu'individu à part entière, et, dans la relation « Interpersonnelle subjective », c'est la relation médecin-malade elle-même qui est au cœur du soin. Du positionnement relationnel du médecin dépendrait ainsi sa capacité à accompagner le patient vers l'autonomie. Bien entendu, tous les médecins ne s'intéressent pas à toutes les possibilités relationnelles. Selon sa personnalité, son parcours et les pathologies concernées, le médecin tendrait, consciemment ou non, à privilégier un mode de relation plutôt qu'un autre. Mais ce positionnement relationnel ne serait pas figé pour autant : il pourrait être sujet à des évolutions tout au long de la carrière du médecin. Il pourrait aussi à être sujet des variations selon les patients et les pathologies rencontrés, ainsi qu'à des évolutions dans le temps pour un patient donné.

Dans son travail sur la psychothérapie du médecin généraliste, L. Velluet a théorisé ces évolutions la relation médecin-malade en décrivant la progression « idéale » du patient vers l'autonomie, à travers trois espaces thérapeutiques [24, 57, 58]. L'espace primaire serait celui du rôle protecteur du médecin généraliste vis-à-vis du patient, comparé par L. Velluet à l'effet pare-exciteur qu'une mère est censée jouer pour son nourrisson. Il concernerait des patients qui se maintiendraient dans une relation de dépendance, ou qui y seraient ramenés lors d'un phénomène de régression, induit par un traumatisme psychique ou une pathologie grave. L'espace intermédiaire, ou « transitionnel » serait le lieu de la plupart des relations thérapeutiques en médecine générale. Il serait l'espace où le patient

apprendrait à la fois à se connaître et à démystifier l'image du médecin « tout-sachant », lui permettant ainsi de prendre une part active à la résolution de ses difficultés. Le troisième et dernier espace serait celui de l'autonomisation du patient, qui aurait « pris conscience de son individualité et du caractère indissociable de son unité psychosomatique ». Le patient y exercerait pleinement son libre-arbitre au sujet de projets thérapeutiques qui seraient des propositions du médecin généraliste, discutées d'individu à individu. Ce transfert de responsabilité lié à la plus grande participation du patient dans les décisions relatives à sa santé devrait cependant se faire avec certaines précautions : selon les moments ou les situations, le patient s'il est en situation de régression par exemple, pourrait finalement faire le choix de s'en remettre aux décisions du médecin, et donc « décider de ne pas, ou de ne plus décider ». La participation du patient ne serait en effet pas une fin en soi, et il s'agirait de « trouver avec chaque patient, un équilibre entre « neutralité bienveillante » et « injonction à participer » » [36]. Dans le modèle des espaces thérapeutiques de L. Velluet, l'évolution de la relation du patient avec son médecin irait ainsi idéalement vers l'autonomie, mais pourrait être sujette dans le temps à des allers-retours au travers de ces trois espaces, en fonction des capacités du patient à progresser et de ces éventuelles régressions. Cette évolution de la relation médecin-malade ne pourrait par ailleurs avoir lieu que si la formation du médecin, son état psychique et sa maîtrise des outils nécessaires lui permettent de soutenir l'évolution de son patient vers l'autonomie.

Certaines conséquences du type de positionnement thérapeutique adopté par le médecin généraliste se trouvaient parfois illustrées par la façon dont les médecins rencontrés dans l'étude pouvaient réagir devant la persistance du symptôme lombalgique. Dans certains cas le patient lombalgique n'était vu que comme un patient « résistant » aux thérapeutiques entreprises par le médecin, et sa prise en charge apparaissait alors sans issue. Face à la persistance du symptôme, certains médecins pouvaient avoir recours à des intervenants extérieurs, soit qu'ils considèrent que le patient ne relève plus de leurs compétences, soit pour faire entériner par un autre l'idée « qu'il n'y a plus rien à faire », ou encore dans une optique plus collaborative de prise en charge globale. Il pouvait s'agir en adressant le patient « ailleurs » soit d'éviter soit de reconnaître le constat d'impuissance, ou bien encore d'éviter les pièges de l'omnipotence. Il s'agissait parfois aussi de ne pas rester isolé face au patient qui souffre dans le but pour le médecin se

protéger, sans pour autant se déresponsabiliser. En effet, dans certains cas, le médecin pouvait souffrir des limites de l'aide qu'il tentait d'apporter au patient. Si certains médecins s'inquiétaient de la façon dont leurs patients pourraient interpréter ne serait-ce qu'une proposition de prise en charge psychologique, d'autres privilégiaient clairement une relation de type « Interpersonnelle subjective », en pratiquant la psychothérapie au cabinet, qu'il s'agisse d'un travail de soutien ou d'un travail d'orientation plus psychanalytique. En tout cas, dans l'étude, presque tous les médecins disaient avoir adressé à un moment ou à un autre leurs patients lombalgiques chroniques à une consultation extérieure. La différence entre eux reposait plutôt sur le fait que ce recours pouvait être rapide de principe, ou bien consécutif à l'échec d'un certain nombre de procédures engagées au cabinet. Ce n'était donc pas tant le fait de recourir ou non au rhumatologue, à un psychothérapeute, ou à une consultation pluridisciplinaire qui était déterminant dans la façon dont les médecins prenaient en charge ces patients, mais plutôt le moment de ce recours. D'une manière ou d'une autre, il semblerait que c'est la perception qu'avaient les médecins de leurs propres limites qui définissait pour eux le moment de recourir à une aide extérieure. Dans l'étude, la façon dont le patient pouvait être amené à faire le lien entre sa lombalgie chronique et ses difficultés de vies pouvait aussi dépendre du positionnement relationnel du médecin. Ainsi ce lien pouvait être constaté par le médecin mais non exploité, l'élaboration de ce lien étant laissée à l'initiative du patient. Le médecin pouvait aussi décider de proposer ce lien, avec plus ou moins de précautions, quitte parfois à « bousculer » le patient. D'autres fois, la perception de ce lien entre lombalgie persistante et difficultés de vie pouvait être le fruit d'un travail collaboratif entre médecin et patient.

La longueur des délais d'attente était une difficulté souvent évoquée par les médecins rencontrés. La bibliographie n'a pas montré d'étude sur l'utilisation qui peut être faite de ces délais dans le cadre des douleurs chroniques en médecine générale. Quelque soit les motivations de la décision du médecin de recourir à une aide extérieure, les délais de recours aux intervenants extérieurs jouerait donc mécaniquement un rôle dans le suivi de ces patients, indépendamment de la volonté du médecin. Les médecins généralistes continuent en effet de toute façon à voir leur patients lombalgiques chroniques régulièrement en consultation, pour renouveler un traitement antalgique ou prolonger un arrêt de travail par exemple. Plusieurs situations pourraient alors se présenter, en fonction

du positionnement relationnel du médecin. On peut supposer que si un recours à un intervenant extérieur a été fait dans le cadre d'un positionnement thérapeutique centré sur le corps et le symptôme du patient, ne permettant pas au médecin d'avancer sur les causes psycho-sociale de pérennisation de la lombalgie, ces délais pourraient devenir inconfortables pour le médecin et frustrants pour le patient. Les limites de la prise en charge au long cours d'un patient lombalgique chronique dans une dimension exclusivement somatique pourraient expliquer le choix de certains médecins de recourir aux médecines non conventionnelles au cabinet. La pratique de MNC pourrait être dans ce contexte l'expression de la difficulté du médecin à laisser son patient « sans réponses ». Les MNC pourraient alors constituer une prolongation du désir du médecin d'aider son patient, mais sur un mode somatique. Si les MNC peuvent être, comme l'ont expliqué certains des médecins rencontrés qui les pratiquaient, l'occasion d'une relation favorable à la libération de la parole du patient, leurs effets sur la lombalgie chronique seraient malgré tout modérés et peu durables [39]. Il n'est donc pas certain qu'elles puissent se substituer à un travail de fond psychothérapeutique, qui nécessiterait de la part du patient une plus grande implication. Si, à la différence des positionnements centrés sur le symptôme, le médecin a « avancé » vers un positionnement fondé sur une prise en charge globale du patient en tant qu'individu, une utilisation fructueuse des consultations régulières et des délais d'attente pourrait alors être envisagée. Ils seraient justement l'occasion pour le médecin d'aider le patient à verbaliser des difficultés concernant son travail, sa famille, ses affects, et même dans une dimension plus intime, sur son couple et sa sexualité [62]. Ce travail avec le patient sur les éventuels facteurs psychologiques et relationnels de pérennisation de sa plainte pourrait alors être en soi un facteur de lutte contre l'enkystement du symptôme lombalgique, et même le moyen d'un mieux-être général pour le patient.

Le positionnement relationnel du médecin généraliste déterminerait donc la place donnée au patient dans la relation médecin-malade. Cette place serait celle que le patient aurait pour parler et pour se livrer avec le soutien du médecin à l'autoquestionnement. Il semblerait ainsi que le type de relation que le médecin instaure avec son patient puisse influencer sa manière de tenir compte du rôle facteurs psychosociaux et donc de prendre en charge les patients lombalgiques évoluant vers la chronicité.

## CONCLUSION

Les lombalgies chroniques, du fait leurs conséquences sur le plan individuel et de leur coût pour la société, sont devenues une véritable « question de santé publique », un problème médical accédant ainsi au rang de problème de société. Le rôle, désormais reconnu, des facteurs psychologiques et socioprofessionnels dans la pérennisation des lombalgies signe en retour l'inscription d'un problème de société dans le domaine médical.

La prise en charge des patients lombalgiques chroniques n'expose pas le médecin généraliste aux mêmes difficultés selon le regard qu'il porte sur cette pathologie, et les problématiques en jeu seront différentes s'il envisage la question sous un angle strictement biomédical ou s'il est ouvert à un abord biopsychosocial. Dans une approche biopsychosociale, c'est l'écoute des difficultés personnelles et professionnelles du patient, ainsi que la prise en compte de ses représentations et de son vécu de la maladie qui seraient au centre de la démarche. Aborder les déterminants psychosociaux de la pérennisation des lombalgies nécessiterait alors une adaptation des attitudes thérapeutiques dont le médecin généraliste est familier, et qui sont le fruit de sa formation scientifique initiale et de la culture médicale contemporaine de la performance. Il n'est pas pour autant nécessaire que le médecin fasse le deuil de l'idée de pouvoir apporter une réponse aux symptômes « offerts » par le patient. Mais s'il en restait à la dimension purement biomédicale de la plainte lombalgique chronique, il existerait un risque important qu'il n'aboutisse à un constat d'échec. En effet, les connaissances techniques et scientifiques, même pour les médecins qui pratiquent des médecines non conventionnelles, se révéleraient probablement inopérantes au long terme sur le registre psychosocial. Au vu de la modeste efficacité des traitements conventionnels, et non conventionnels, la simple prise de conscience du rôle des facteurs psychosociaux pourrait déjà représenter en soi une amélioration de la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Dans cette perspective, c'est bien le patient qui détiendrait une partie des réponses, et le médecin généraliste ne pourrait donc pas espérer « résoudre le symptôme » de manière unilatérale. Un « agir » efficace du médecin généraliste sur les situations de lombalgies chroniques ne consisterait donc pas à tout prix à essayer de faire disparaître le

symptôme, mais plutôt à initier et soutenir une évolution profonde chez ces patient dans le but qu'ils parviennent à une meilleure qualité de vie. En dépassant ainsi les situations d'impasse thérapeutique, cette démarche pourrait aider à lutter contre un éventuel sentiment d'échec du médecin, et à terme contribuer à limiter les phénomènes d'épuisement professionnel, ou « *burn out* ».

Il n'est donc pas ici question de proposer aux médecins généralistes un « guide de prise en charge des facteurs psychosociaux des lombalgies chroniques », car l'abord des déterminants psychosociaux reposerait sur un travail plus personnel, plus « intime » que la stricte application de recommandations standardisées. Pour le médecin qui voudrait proposer à ses patients un abord plus ouvert sur la dimension psychosociale de la plainte, qui prendrait en compte les interactions entre le psychisme et le fonctionnement du corps, il y aurait donc nécessité de maîtriser des compétences orientées sur l'éducation et l'écoute du patient. Un travail sur les moyens d'accompagner le patient vers l'autonomie et sur le contenu de la relation médecin-malade, pour ne pas mener le médecin à des conduites approximatives potentiellement délétères pour le patient et pour lui-même, nécessiterait aussi un « savoir-faire » particulier dont l'apprentissage pourrait se faire entre autres dans le cadre des « groupes Balint ». Le travail engagé auprès des étudiants en médecine sur les sciences humaines et le rôle du psychisme dans les interactions avec le patient dans certains Départements de Médecine Générale est donc légitime, et il serait intéressant que les médecins en exercice puissent accéder à une formation adaptée, dans le cadre de la Formation Médicale Continue, par exemple. Concernant les facteurs professionnels, les marges de manœuvres restent étroites pour le médecin généraliste, tant concernant l'insatisfaction professionnelle ressentie par le patient que la mise en place de postes adaptés. S'il peut agir en essayant de limiter la durée des arrêts de travail et en incitant le patient à la reprise d'activité, la collaboration avec le médecin du travail reste essentielle, et il semble nécessaire de poursuivre le développement des réseaux de maintien dans l'emploi.

Par ailleurs, lorsque médecins rencontrés lors de l'étude évoquaient le rôle des facteurs psychosociaux dans les situations de lombalgies dont la plainte dure, ils faisaient fréquemment le lien avec d'autres troubles musculosquelettiques persistants. Ceci pose la question de la nécessité d'études ultérieures afin d'estimer la possibilité d'élargir les résultats obtenus au sujet des patients lombalgiques chroniques à d'autres troubles

musculosquelettiques. On pourrait de plus envisager que l'évolution du paradigme de la relation médecin-malade nécessaire à un abord biopsychosocial du patient puisse dépasser le cadre des lombalgies chroniques, et que les bénéfices potentiels pour le médecin généraliste d'une telle évolution soient plus larges: elle pourrait influencer la façon il aborde la prise en charge de l'ensemble de ses patients souffrant de pathologie chronique.

## RESUME

Le rôle des facteurs psychosociaux dans la chronicisation des lombalgies est désormais admis, mais la manière dont ils sont pris en charge en médecine générale reste mal connue. Un travail qualitatif réalisé auprès de médecins généralistes a montré que l'intérêt d'une approche globale du patient était largement reconnu. Ils pouvaient identifier les différents facteurs psychosociaux et professionnels mis en cause dans la pérennisation des lombalgies, et repérer des patients à risque d'évolution vers la chronicité, mais avec des méthodes et un rythme différents de ceux utilisés pour la recherche. Le rôle des difficultés conjugales et de l'histoire familiale était souligné. Le type de relation qu'ils avaient instauré avec les patients lombalgiques chroniques influençait la manière dont ils abordaient les facteurs psychosociaux. Cet abord reposait principalement sur l'écoute, l'éducation du patient, et l'encouragement à la reprise d'activité. Ils recourraient fréquemment à leurs confrères spécialistes et aux centres antidouleur, et les médecines non conventionnelles pouvaient constituer une alternative.

Les médecins généralistes peuvent espérer agir sur les facteurs professionnels et les comportements inappropriés, mais à condition de ne pas rester isolés. Une prise en charge des facteurs psychologiques impliquerait de modifier le paradigme biomédical de la relation médecin-malade, en laissant une place à l'autoquestionnement du patient, afin d'accompagner celui-ci vers l'autonomie, dans une approche qui serait alors biopsychosociale. Ce travail pourrait permettre une ouverture vers la psychothérapie spécifique du médecin généraliste.

Mots clés : Lombalgie chronique, Médecine générale, Facteurs psychosociaux, Relation médecin-malade

*MANAGEMENT OF PSYCHOSOCIAL FACTORS INVOLVED IN THE PERPETUATION OF LOW BACK PAIN BY THE GENERAL PRACTITIONERS (QUALITATIVE SURVEY)*

*Abstract*

*The role of psychosocial factors in the persistence of low back pain is now recognized, but the way they are handled in general practice remains unclear. Qualitative work conducted among general practitioners has shown that the value of a global approach to these patients was widely recognized. They were able to identify the different psychosocial and professional factors involved in the perpetuation of low back pain and identify patients at risk of becoming chronic sufferers, but at a pace and with methods different from those used in research. The role of marital problems and family history was underlined. The kind of relationship established with chronic low back patients influenced the way they approached psychosocial factors. This approach was mainly based on listening, patient education and encouragement to resume activities. They would frequently refer to their specialist colleagues and pain clinics, and recourse to alternative therapies was available.*

*General practitioners can expect to be effective on work factors and inappropriate types of behavior provided they do not operate in isolation. Taking on board psychological factors would entail a change in the biomedical doctor patient relationship paradigm, by allowing space for patient self-questioning, leading towards patient autonomy. Such an approach would then become biopsychosocial. This work could open up the prospect of a specific psychotherapy of the general practitioner.*

*Keywords: chronic low back pain, general practice, psychosocial factors, physician-patient relation*

## BIBLIOGRAPHIE

1. Valat J-P. Progrès en pathologie rachidienne L'évolution de la prise en charge des lombalgies communes. *Revue du Rhumatisme*. nov 2007;74, Supplement 3:73-78.
2. Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Épidémiologie des lombalgies : quoi de neuf ? *Revue du Rhumatisme*. nov 2009;76(10-11):967-972.
3. Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Ravaud J-F, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. nov 2007;50(8):640-644.
4. Cherin P, De Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité*. sept 2011;3(3):137-149.
5. Poiraudau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lombalgies. *EMC - Rhumatologie-Orthopédie*. juill 2004;1(4):295-319.
6. Poiraudau S, Rannou F, Revel M. Lombalgies communes : handicaps et techniques d'évaluation, incidences socioéconomiques. *EMC - Rhumatologie-Orthopédie*. juill 2004;1(4):320-327.
7. Nguyen C, Poiraudau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme*. juin 2009;76(6):537-542.
8. Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain: Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. mai 2012;55(4):263-278.
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.
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, Supplement 2:S35-S52.
11. Keller A, Hayden J, Bombardier C, van Tulder M. Effect sizes of non-surgical treatments of non-specific low-back pain. *Eur Spine J*. 2007 November; 16(11): 1776-1788. [Internet]. juill 2007 [cité 8 avr 2012];
12. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*. 2007;28(1):167.

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.
14. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. oct 2006;124(3):330-337.
15. Bishop A, Thomas E, Foster NE. Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain*. nov 2007;132(1-2):91-101.
16. Fullen BM, Baxter GD, O'Donovan BGG, Doody C, Daly L, Hurley DA. Doctors' attitudes and beliefs regarding acute low back pain management: A systematic review. *PAIN*. 15 juin 2008;136(3):388-396.
17. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (« Yellow Flags ») in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *PHYS THER*. 5 janv 2011;91(5):737-753.
18. Catu-Pinault A, Velluet L. À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale Mise au point théorique et clinique. *La Revue Exercer – Septembre / Octobre 2004 n°70 - 69*. sept 2004;
19. Cedraschi C. Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies ? 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, Supplement 2(0):S70-S74.
20. Marin C, Carron R. Évolution historique du concept de somatisation. *L'Évolution Psychiatrique*. juill 2002;67(3):506-515.
21. OMS. CIM 10 - Chapitre V - Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48) - Législation PSY [Internet]. 2003 [cité 16 janv 2013].
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.
23. Rouby P, Dauchy S, Landrieux I. Somatisation, conversion et trouble somatoforme... nosographie et psychopathologie. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. févr 2005;6(1, Part 1):14-20.
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.
25. CLIP. Guide de pratique CLIP. 2006.
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.
27. INPES, Colette MENARD Gérald DEMORTIERE Eric DURAND Pierre VERGER François BECK. *Medecins du travail/medecins generalistes : regards croisés*. 2011.
  28. Coudeyre E, Givron P, Gremeaux V, Lavit P, Hérisson C, Combe B, et al. Traduction française et adaptation culturelle du « back book ». *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. oct 2003;46(8):553-557.
  29. HAS. *Éducation thérapeutique du patient*. 2007 juin.
  30. Deccache A, Doumont D, Berrewaerts J, Deccache C. Éducation du patient et douleur chronique: une approche sociopsychoséducatrice comme complément des stratégies multidisciplinaires de soins. *Douleur et Analgésie*. 17 févr 2011;24(1):9-17.
  31. ORSMIP (Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées). *Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées*. 2010 juin.
  32. Lager 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).
  33. Taïeb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et Maladies Infectieuses*. avr 2005;35(4):173-185.
  34. Giordan A. Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent: Therapeutic patient education: The main learning models which underlie them. *Médecine des Maladies Métaboliques*. mai 2010;4(3):305-311.
  35. Paquet Y. Relation entre locus of control, désir de contrôle et anxiété. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. sept 2006;16(3):97-102.
  36. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413.
  37. Lannoye P. Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles - commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs - A4-0075/1997 [Internet]. Parlement européen; 1997 mars.
  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, Supplement 1(0):S63.

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.
40. Foltz V, Saint Pierre Y, Rozenberg S, Rossignol M, Bourgeois P, Joseph L, et al. Usage des médecines alternatives par les rachialgiques chroniques : résultats d'une étude canadienne. *Revue du Rhumatisme*. déc 2005;72(12):1331-1338.
41. Lhomme Renaud A. Les médecines parallèles dans la pratique du généraliste: état des lieux. 2006.
42. Laroche F, Jammet L. Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme*. mars 2011;78, Supplement 2:S83-S86.
43. Rouy J. suggestion, placebo, et mensonge,. *revue Exercer* 2008 ;82 :87-90. 2008;
44. G Weill B Grosso-Lebon V Stoffel P Becker D Faivre. Lombalgie chronique, COTOREP et reclassement professionnel en Moselle. Cornell University ILR School. 9 janv 2006;
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.
46. CPAM. Le temps partiel thérapeutique. 2010.
47. Fassier J-B. Lombalgies et réadaptation au travail. *Laennec*. 2005;53(2):35.
48. Fassier J-B, Durand M, Loisel P, Caillard J-F, Roquelaure Y. Etude de faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système français. 2009.
49. Petit A, Roquelaure Y, Richard I. Réseau de maintien en emploi des travailleurs lombalgiques chroniques en Pays de Loire. 2012.
50. CPAM. Prévention de la désinsertion professionnelle [Internet]. *ameli.fr*; 2009.
51. ANAES. ANAES : Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. 2000.
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.
53. Benoist V, Martin Mattered Pp, Ly-Thanh-Huê, Huez J-F, Garnier F. Etude sur le rapport à la chronicité chez les patients lombalgiques. 2008.
54. Tranchée-Vergé V. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste :

- Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique? Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes dans la Vienne [thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Poitiers; 2008.
55. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot; 1960.
  56. Schneider PB. Psychologie médicale. Payot; 1969.
  57. Velluet L, Catu-Pinault A. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. *Exercer*. janv 2001; *Exercer*, 2001: 60, 4-10.
  58. Velluet L. Le médecin, un psy qui s'ignore. Editions L'Harmattan. 2005.
  59. Pr Jaury P, Fabre-Jaury M. Les différentes psychothérapies et la psychothérapie en médecine générale. 2009.
  60. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin - patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2002;29(2):213.
  61. Galam E. Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire. *Médecine. Vie professionnelle*. mai 2009; Volume 5,(Numéro 5,):231-4,.
  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.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN M11

L'entretien a lieu au cabinet médical. Il est attendu en visite.

**M11 : On commence, par ce que je suis affreusement pressé... (Montre l'horloge)**

C : Donc je travaille avec le Pr Huez sur la lombalgie chronique. On a beaucoup d'éléments sur les prises en charges initiales, sur les traitements, mais on a assez peu de choses sur ce que font les médecins généralistes, en pratique, quand la plainte dure.

**M11 : D'accord**

C : Quand on parle de lombalgie chronique, qu'est-ce que ça vous évoque comme patient ? Comme idée ?

**M11 : (soupire)**

C : Comme concept général ?

**M11 : Euh plein de choses...**

C : Oui...

**M11 : Si on devait jouer à associer un mot se serait... accident de travail, maladie professionnelle... Soupirer...**

C : Parce que ?

**M11 : Parce que c'est long, c'est compliqué, on n'en voit pas la fin. Pour vous, chronique qu'est-ce que ça veut dire ?**

C : En pratique dans la définition, c'est quand que ça dure plus de 3 mois.

**M11 : Plus de 3 mois...**

C : Mais on n'est pas si carré que ça dans le travail. On est sur la plainte qui dure, quand la plainte ou la demande dure, vous avez en tête des situations ?

**M11 : Ouh là là oui.**

C : Vous pouvez me donner un cas en particulier ? Qui vous revient, une situation qui a...

**M11 : J'en ai deux... je me rappelle parce que c'est récent comme je te l'ai dit. Je pense à un monsieur qui vient de reprendre le travail, après... 4 ou 5 mois d'arrêt, quelque chose comme ça. Bon ça c'est une affaire qui se termine bien donc, enfin qui se termine bien... parce que ce n'est toujours pas fini. Et je pense à une dame aussi, une lombalgie. Au début sans sciatique après avec sciatique, avec une « gradation » et puis bon, qui ne travaille toujours pas, qui... dure depuis plusieurs mois, c'est... (Cherche dans l'ordinateur) c'est épouvantable.**

C : Pourquoi c'est épouvantable ?

**M11 : Bah parce que c'est long, et puis parce qu'on ne trouve pas de solution. En plus je pense qu'elle travaille chez (Entreprise de volaille en cessation d'activité) Alors comme entreprise est en... un peu « entre parenthèses », tout de suite je pense que c'est un facteur qui la ... (Silence)**

C : Ça joue ça les facteurs extérieurs ?

**M11 : Oui je pense...**

C : Dites-moi

**M11 : (Consulte le dossier) Alors le début, c'était le 28/10/2011. Le 28.10 ça fait du... Ça fait donc...neuf mois...**

C : Justement ces facteurs dont vous parlez, il y a une angoisse liée à la perte de l'emploi... Quelle est la place des difficultés de vie dans... le passage à la chronicité ?

**M11 : De toute façon, on sait bien que quelqu'un qui a un boulot... de merde, c'est son cas, parce que c'est vrai que c'est un boulot qui n'est pas facile. C'est sûr que ça a un retentissement sur tout ce qui est... pathologie imputable au travail. Et je pense que ce n'est même pas le boulot, c'est la considération qu'on a des gens. Je pense qu'en particulier, (Entreprise), c'est un abattoir de poulet, il y a un autre à (ville proche), et c'est vrai que quand les gens sont considérés comme de la merde, c'est vrai que ça favorise ce genre de choses.**

C : Vous en avez parlé avec elle?

**M11 : J'en suis persuadé.**

C : Vous en avez parlé lors des consultations ? Vous avez parlé ça, son mal être au travail ?

**M11 : Oui, bien sûr. Oui, oui, non, non, ça, c'est tout à fait... Et en plus, l'entreprise est en sursis, donc c'est vrai que je pense que ça... – elle a authentiquement mal. Dans ces lombalgies chroniques, je pense qu'il ne faut pas rester seul, d'un point de vue médical, il faut voir d'autres partenaires, style rhumatologue, ou chose comme ça. Il faut voir éventuellement un chirurgien même si il n'y a pas d'indication chirurgicale. Je pense que c'est important qu'on ne soit pas... Elle a été infiltrée plusieurs fois dans... le service de radio. Une fois, elle a fait une complication avec une paresthésie catastrophique, c'est sûr que ... Et puis bon là, elle c'est ça troisième qu'elle a eu, je crois. Elle n'est toujours pas soulagée. Elle doit revoir le rhumatologue. Bon c'est vrai que c'est... c'est des facteurs qui sont très, très présents.**

C : Vous me disiez, « prendre l'avis du chirurgien même s'il n'y a pas forcément une indication » ...

**M11 : Elles sont exceptionnelles, les indications chirurgicales**

C : Alors justement dans les recours, qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'il va apporter ? Quelle est la...

**M11 : Déjà pour lui dire qu'il ne va pas l'opérer, ça peut être... Parce que il y a une attente, il y a beaucoup de gens qui se disent je vais être opéré et puis je vais aller mieux et tout ça. En fait nous on sait bien que ce n'est pas vrai, il y a des tas de gens qui ont été opéré puis qui... Finalement les indications sont très, vraiment très, très limitées, les sciatiques paralysantes, des choses comme ça. Des trucs vraiment hyper hyperalgiques... Et puis avec des résultats tout à fait... Sur la sciatique c'est vrai qu'on a de bon résultat, mais en général ils ont mal au dos après, ils ne vont pas mieux pour ça.**

C : Quel est, quel est ... j'ai perdu mon idée, excusez-moi.

**M11 : Je suis désolé, c'est moi qui vous ai fait perdre le...**

C : Ah non, non, c'est moi ! Pas du tout, pas du tout ! La question c'est : « quels sont les recours ? ». Effectivement, le chirurgien... le rhumatologue...

**M11 : Oui le rhumatologue. Oui, après, c'est pour eux, tout à fait.**

C : Qu'est ce qui passe dans la consultation au quotidien, pour les médecins généralistes, face à ces patients ? Qu'est-ce qu'il y a dans une consultation pour quelqu'un qui a... encore mal ?

**M11 : Il y a le point de vue technique, c'est ce que je vous disais : quelqu'un qui est dans une entreprise qui va mal, ou quelqu'un qui est mal considéré à son boulot, c'est sûr que ça va être plus compliqué.**

C : Qu'est-ce qui se passe dans la consultation, dans ce cas-là ?

**M11 : Moi je crois qu'il faut en parler.**

C : Et comment vous leur en parler ?

**M11 : D'abord je les fais parler sur leur travail, dans la façon dont... Malheureusement, il y a des entreprises, avec un petit peu de temps, qu'on connaît tellement bien, où sait comment se passe... Il n'y a même pas besoin d'interroger les gens, c'est... terrible. Moi je pense, il y a (entreprise), mais il y a aussi l'abattoir de poulet de (ville)... On leur fait la vie impossible, aux gens. Et alors vous avez deux... deux populations. Une population qui va endurer, qui va tenir des années dans des conditions assez épouvantables et puis vous avez ceux qui partent très vite. C'est amusant d'ailleurs les boulots de vacances, quand ils en parlent, en été, ils ont une surcharge de travail, donc ils embauchent des étudiants, tout ça... Il y a plus de la moitié des gens qui ne sont pas professionnels qui viennent le matin et lendemain ne reviennent pas. Plus de la moitié, c'est pour vous dire la charge du travail, et l'ambiance qui règne là-dedans. En plus avec des conditions qui sont terribles parce qu'il y a le froid, c'est... c'est assez dantesque... C'est vrai que vous avez des gens qui tiennent, qui tiennent, qui tiennent, et puis en général qui craquent. Par exemple, là, la dame, elle est à l'âge critique pour ça. Je pense qu'elle ne veut pas ne pas retravailler. Ce n'est pas du tout mon propos, ce n'est pas ce que je veux dire. Elle est de 64, donc elle a quarante-cinq ans, c'est vrai que dans ce genre de boulot, quand vous approchez de la cinquantaine, ça devient très, très dur.**

C : Et quand il n'y a pas de facteurs aussi évidents ? Là il y a effectivement l'évidence de la difficulté et la reconnaissance au travail. Parfois c'est d'autres éléments ? D'un autre type ? Familiaux....

**M11 : Oui bien sur**

C : Comment, quelle place vous ... Vous me disiez que ça à de la place dans la pérennisation des douleurs.

**M11 : Certainement**

C : Ce n'est pas à la place des douleurs mais...

**M11 : Dans la pérennisation...**

C : Il y a des histoires comme ça ?

**M11 : Tout le monde le sait bien, les rapports entre l'état dépressif et la lombalgie, bon c'est très clair.**

C : Justement

**M11 : A tel point que c'est devenu l'indication pour certains antidépresseurs, donc... Non, non, mais ça, c'est quelque chose que l'on connaît bien, mais bon c'est vrai chez l'agriculteur qui a des difficultés financières...**

C : Et quand ce n'est pas si évident, comment est-ce que vous amenez ces...? Quand les gens ne vous amènent pas ces éléments-là ?

**M11 : On peut leur poser des questions, quand même, tout à fait. Tout à fait.**

C : Et comment vous, vous aborder ?...

**M11 : Avec le patient ?**

C : Dans le réel, en pratique avec le patient, d'aborder ces aspect-là ? Comment vous faites ? La démarche ? Quelles sont ses limites ? Ou ses...

**M11 : Ah bah c'est sûr, il y a des gens qui vont vous en parler et d'autres qui vont garder ça secret, c'est évident.**

C : Est-ce que ça peut valoir le coup de les bousculer ? Un peu, sciemment, gentiment, d'aller chercher ?

**M11 : Oui d'aller chercher, ça certainement. Bon les bousculer...Oui, tout à fait, de leur faire comprendre qu'il n'y a pas forcément, pas seulement ça... l'aspect mécanique de la lombalgie et tout ça, ça c'est clair. Non, mais... Non... il y a des aspects psychosomatiques, c'est évident.**

C : Ce n'est pas une fausse douleur, mon sujet est pas de parler de vrai ou fausse douleur

**M11 : Tout à fait, oui, tout à fait.**

C : mais de ce qui les peut faire durer, et de comment le médecin peut répondre à ça ?

**M11 : Alors ça, c'est une bonne question (Rire)...**

C : (En riant) Ça tombe bien !

**M11 : merci beaucoup, c'est une bonne question.... Alors... je crois qu'il n'y a que des cas personnels.**

C : C'est pour ça que je travaille beaucoup avec les exemples, je vous demandais de me citer des exemples. Comme c'est un travail qualitatif, on travaille beaucoup sur les mots, les expressions... savoir ce que vous, vous avez eu comme histoires ... quand on arrive quand même à quelque chose....

**M11 : Tout à fait... Bon, par ailleurs, le premier patient que je vous parlais tout à l'heure, qui, lui, a retravaillé, il y a eu un déclic qui s'est fait dans sa tête. C'est qu'il y a eu une déclaration d'affection de longue durée. On rempli la demande, mais bon, ça n'a pas d'importance. Et donc il a vu l'assistante sociale, et l'assistante sociale lui a donné, comme ça (geste de jeter un sur dossier le bureau), lui a lancé un dossier d'invalidité. C'est un type qui travaille dans les travaux publics, qui a un métier qu'il aime bien, un métier qui est dur, il a déjà fait un syndrome d'ensevelissement, et tout ça...**

C : Un syndrome ?...

M11 : Pris dans une tranchée, complètement enseveli.

C : Il y a longtemps ?

**M11 : Oui, il y a une quinzaines d'années, il a failli en crever... Et donc l'assistante sociale lui a donné un dossier d'invalidité à me faire remplir. Donc là, il a envisagé le truc... qu'il ne pourrait plus travailler, quoi. Et je pense que ça a été le déclic et assez rapidement il s'est remis à travailler. Il a retravaillé, je ne sais pas... quinze jours ou trois semaines après, avec un projet... En sachant qu'il avait voulu faire... une reprise à mi-temps, c'était impossible, pour des raisons... parce qu'il se déplace pas-mal, et puis, l'employeur n'y tenait pas, pour des raisons pratiques. C'est vrai que quand ils font leurs journées, de toute façon, il va faire sa journée parce que quand il est parti du matin, il est à cinquante kilomètres, donc on ne va pas le faire revenir chez lui à midi. Ce n'est pas envisageable. Donc là, ça a été le déclic. C'est l'assistante sociale qui m'a sauvé et qui l'a sauvé aussi, lui. Et c'est vrai qu'il a cinquante-cinq ans, quelque chose comme ça. Et il veut... aller jusqu'au bout, donc...**

C : Et l'histoire d'ensevelissement, ça a l'air quand même... C'est ça qui est sorti quand vous m'avez parlé de ce monsieur là...

**M11 : c'était pour vous expliquer que c'est un métier qui est dur physiquement.**

C : D'accord. Ce n'est pas quelque chose qui est ressorti à ce moment-là...

**M11 : Ah non, pas du tout. Là c'était en accident de travail. Il a été arrêté, il a été hospitalisé d'abord assez longtemps et puis, je l'ai mis en arrêt après, mais bon il avait repris. C'est un truc qui ne paraissait pas lourd, par rapport à la lombalgie, là.**

C : Est-ce que vous adressez ou est-ce qu'ils vont d'eux même voir d'autres soignants ?

**M11 : Moi, je les adresse dès que je sens qu'une lombalgie va se pérenniser, qu'on est parti sur quelque chose qui risque de durer. Oui, j'envoie très facilement aux intervenants. Le problème c'est qu'on a des délais.**

C : Qu'est ce qui fait, qu'on peut sentir... justement, c'est une des questions, est-ce qu'il arrive qu'on sente que les choses risquent de durer ?

**M11 : Oui.**

C : Qu'est ce qui fait qu'on peut sentir ? Ou un exemple, sans que ça ne soit des généralités...

**M11 : C'est un truc que je sens... (En riant) j'ai l'impression de ne pas me tromper souvent !**

C : Vous avez en tête quelqu'un que vous avez vu rentrer dans votre bureau, et après coup, vous vous êtes dit, « ben, je n'avais pas tort » ?...

**M11 : En général, c'est, les arguments... Je crois qu'il n'y a pas d'argument... qui soit vraiment spécifique... de ça. C'est dans la façon dont les choses tournent qu'on...**

C : C'est pour ça que je vous demandais si vous aviez en tête une ...

**M11 : Quand une patiente commence à vous dire qu'ils n'envisagent pas de solutions, que ça ne paraît pas possible, que le traitement ne va être supporté, ou.... Non, c'est plus... C'est plus en les regardant que je vois ça.**

C : Parce que vous les connaissez aussi, l'histoire, le contexte ça joue ?

**M11 : Oui, je les connais, ça fait longtemps que je suis installé. Je les connais depuis longtemps. Ça c'est clair. C'est ma stagiaire qui me disait ça... Je n'ai pas de mal à les connaître ! Elle me disait ça il y a peu de temps... Non, mais c'est sur, les gens je les connais bien.**

C : Qu'est-ce que vous pensez de... Il y a des patients qu'on adresse ou qui vont chez l'ostéopathe ?

**M11 : (Soupir) Moi, ça ne me dérange pas. Il n'y a qu'un truc qui me dérange dans l'ostéopathie, c'est le discours des ostéopathes qui... qui... C'est leur discours qui me déplaît. Moi, en général, ça ne me gêne pas du tout qu'ils aillent voir un ostéopathe. Si ça peut les sortir de... alors là moi ça me va tout à fait.**

C : Pourquoi le discours ? Qu'est-ce qu'il a le discours de l'ostéopathe ?

**M11 : On entend des conneries tous les jours, du style « le vertèbre déplacée »... De toute façon, pour un ostéopathe, c'est toujours tout déplacé, il y a un nerf qui est déplacé, il y a une vertèbre qui est déplacée. C'est une réalité anatomique qui me fascine, mais bon. (Rire) C'est marrant parce qu'on en discute souvent avec les stagiaires de ça. C'est qu'à partir, on a l'impression que... A partir du moment où un ostéopathe a raconté une explication comme ça, fumeuse, mais qui est accessible. Il y a une douleur parce qu'il y a quelque chose qui est déplacé, un nerf ou un nerf coincé, ou... A partir du moment où il y a une explication comme ça, de toute façon on ne pourra jamais la sortir de la tête du patient. Au début, je disais toujours « vous savez si vous avez une vertèbre déplacée vous seriez dans un fauteuil roulant ». Ce qu'on peut en dire, ça n'a pas de réalité, c'est vous qui racontez des conneries, c'est clair. Alors les ostéopathes, c'est vrai que c'est... Mais je ne suis pas du tout opposé aux médecines parallèles. Je crois qu'il y a parfois des gens à qui ça peut rendre service et c'est très bien. Il y a des gens qui arrêtent de fumer par l'acupuncture. Moi, ça me va très bien. Quelle que soit la... Au moins, ce n'est pas dangereux. Quelle que soit la méthode, je n'ai pas de... Comment dire, d'obligations médicales, si ça passe par autre chose... Ça me va très bien.**

C : Est-ce qu'il arrive pour ces patients, face à la chronicité pour laquelle il y a des difficultés de vie éventuellement ? Qu'elle est la place de la parole, le fait de venir parler... ou est-ce que vous adressez à quelqu'un pour ça ?

**M11 : (Soupir) De toute façon, adresser à quelqu'un, il ne faut pas rêver. Un psychothérapeute ce n'est pas pris en charge. Alors quelqu'un qui est en arrêt de travail, qui a déjà des revenus qui ne sont déjà pas fantastiques, envisager une psychothérapie... 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.**

C : Quelle est la place de cette verbalisation par rapport...

**M11 : Il faudrait demander au patient. (Rire). Je ne sais pas.**

C : Par rapport au traitement par exemple ? Est-ce que vous avez eu l'impression qu'il y avait une balance entre le moment où les gens se mettaient à parler, parlaient et la...

**M11 : Beaucoup, dans les lombalgies chroniques, l'étape essentielle de la guérison entre guillemets, c'est quand même l'étape où le patient va se dire « J'ai mal mais je vais vivre avec ». Et ça, c'est une étape qui peut être très rapide ou qui peut être très longue.**

C : Donc, le but, c'est de l'amener à cette étape-là ?

**M11 : Sûrement.**

C : Sauf si on peut le soulager. Sinon, vous l'amenez...

**M11 : Quand on est vraiment dans la lombalgie chronique, il s'agit de ça... Je repense à un couple d'agriculteurs, ils sont à la retraite, et dont la seule occupation, c'est leur jardin. Ils ont un jardin magnifique, avec des fleurs, des légumes, tout ce que vous pouvez imaginer. Et l'un après l'autre ils ont été pris d'une sciatique et donc lombalgie, qui faisaient qu'ils ne pouvaient plus entretenir leur**

jardin et donc ... Ils sont quand même relativement âgés, hein. J'étais un peu stigmatisé, parce que je n'arrivais pas à les débarrassés de cette douleur et en fait, ils ont aménagé leur façon de fonctionner, leur façon de faire aussi techniquement, et maintenant ils vieillissent et ils font leur jardin. Mais seulement, ils se disent que... maintenant ils savent qu'ils ne vont pas passer toutes l'après-midi à désherber à quatre pattes, penchés en avant. Donc ils ont aménagé leur façon de travailler et ils ont gardé leurs loisirs. On avait l'impression que c'était très dur parce qu'en fait, en leur disant de prendre des précautions, je les privais de ce qui faisait le sens de leur vie actuelle.

C : Donc vous avez négocié ?

**M11 : Oui surement, oui tout à fait, et puis procédé par étapes on a fait ... on a essayé des trucs..... Ils n'envisageaient pas de prendre des précautions. L'hygiène du dos, basique, c'était inenvisageable, parce que... Autrement, ça ne valait pas le coup, ce n'était plus possible... et puis ça c'est fait petit à petit. Ils ont fini par aménager tout ça, ils ont un petit truc pour s'agenouiller, un machin, des conneries quoi. Et maintenant ils ont encore mal au dos... Il y a un truc qu'on voit bien, c'est qu'ils gèrent eux même, point de vue thérapeutique, point de vue effort, tout ça quoi. Ils me ramènent plus ça en me disant : « je ne peux plus rien faire, il faut me guérir » et qu'ils ont compris qu'en fait, ils ne récupéreraient pas leurs dos de vingt ans, dans leurs cas. Et maintenant ils gèrent, ils sont surement plus heureux et... ils ne m'emmerdent plus ! Et tout est bien dans le meilleur du monde. Mais ça marche pas tous les jours, faut pas rêver.**

C : Et je reprends ce mot que vous avez employé, que ça vous avait « stigmatisé » un peu petit peu, de ne pas réussir à les soulager

**M11 : oui ?**

C : quand je dis «ne pas réussir », l'échec c'est un gros mot. En tout cas [stigmatisé] par la mise en échec puisque...

**M11 : Bien sûr, là, on est en échec tout le temps, dans les lombalgies chroniques, on est en échec c'est évident, c'est évident...**

C : Ça c'est ...

**M11 : Bah... c'est dommage parce qu'en principe on est là pour ça (rires). Donc il va falloir trouver d'autres voies, que le symptôme, le traitement et la guérison.**

C : Et la question, c'est : « dans quel sens les autres voies, pour vous »... ?

**M11 : ça peut être ça, ça peut être des aménagements, des déclics psychologiques et puis apprendre à vivre avec son problème. Ça, Il faut leur transmettre ça, ce n'est pas forcément évident. De toute façon, quand ils ne sont pas satisfaits, vous parliez de médecine alternative et tout ça, ça passe par là, tout à fait, oui...**

C : Vous me disiez que le déclic psychologique, c'est sur le fait de vivre quand même... avec ?

**M11 : Pas forcément, ça peut... c'est souvent ça, c'est plus dans la vie personnelle que dans la vie de travail. Parce qu'il y a beaucoup de gens qui n'acceptent pas ça, dans la vie de travail, de composer avec leur douleur. Ce matin, j'ai vu un monsieur, il a une périarthrite, il n'y a pas de rupture, on a exploré tout ça et il m'explique que c'est... dans son camion, c'est quand il passe ses vitesses et uniquement. Et, j'ai réussi à lui faire dit qu'en fait il est en train de refaire sa maison, qu'il refait son carrelage, qu'il a été forcé d'arrêter, ça ne lui allait pas très bien. Alors, je lui ai dit, il va peut-être falloir mettre un bémol peut être sur le... le travail, mais aussi sur le carrelage, sur ses travaux personnels... Que c'était indissociable de tout ça. Le travail n'était pas forcément le seul responsable**

de ça. Bon... Il a entendu... il a écouté, je ne sais pas s'il a entendu, mais bon. Ça, ça va être la deuxième étape. En plus, il récupère le lait pour (entreprise). Et, en fait, ce qui est incriminé, c'est le levier de vitesses. Donc, il avait une revendication, il devait changer de camion, je pense qu'il va avoir un camion plus moderne, je ne sais pas quoi... Mais, il n'implique pas du tout le fait qu'il porte les bidons de lait. Le bidon de lait, c'est quand même costaud.

C : En fait, il a construit une idée sur sa douleur ?

**M11 : Sur une cause, sur la causalité de sa douleur.**

C : Il y a du déni là-dedans, de sa part ?

**M11 : Oui, c'est évident.**

C : Et comment vous l'avez abordé ? Parce que vous me dites « moi, je le vois, c'est évident, il y a du déni ». Qu'est-ce que vous lui dites, pour dire ça ?

**M11 : Je lui ai dit que l'activité, on ne pouvait pas le mouvement de levier de vitesse est extrêmement important. Mais que porter un bidon de lait, ce n'était pas anodin, non plus, pour une épaule et que porter des carreaux pour faire le sol de sa maison, ce n'était pas anodin non plus.**

C : Il y avait déni, vous lui donnez votre information. Qu'est-ce qu'il se passe à ce moment-là ?

**M 11 : Je pense que le travail va se faire après. Il m'a dit oui, peut être et puis après, il revient à son idée première... les grandes idées, il leur faut toujours un petit peu de temps pour faire du chemin. Comme dans les petites. Je crois que ça va se faire après. Il y a pleins d'idées fausses. Il y a des tas de gens, dans ce cadre-là, qui vont vous dire « il faut que je sois pris en maladie professionnelle », parce qu'ils imaginent que s'ils sont pris en maladie professionnelle, ils vont avoir une prise en charge meilleure, et tout ça... Mais, quand on voit ce qui se passe au bout du compte, la maladie professionnelle – ou l'accident de travail, quand il s'agit d'une lombalgie. En fait, s'il y a une chronicisation du truc, la protection va être plus faible, dans le cas d'un accident de... une maladie professionnelle, que dans un arrêt de travail simple. Ça, ils ne comprennent pas, parce que dans leur idée, ce qu'ils entendent, c'est qu'il y a une invalidité qui va être prononcée au bout. Pour eux, l'invalidité c'est l'impossibilité de travailler, et en fait, pour l'employeur ce n'est pas du tout la même chose, pour la sécurité sociale, ce n'est pas la même chose... Ça va être... « Vous ne pouvez pas vous servir de votre bras, vous avez 3% d'invalidité, donc vous allez toucher un capital de quatre ou cinquante euros ». Point à la ligne, puis vous êtes licencié, vous n'avez plus de boulot. En général, vous avez la cinquantaine, vous n'en retrouvez pas et... vous n'allez plus de points pour votre retraite etc. Après, ça va s'enchaîner et puis... on les retrouve au RMI un an plus tard... Et ça, c'est un langage qui est difficile à entendre parce que... tout le monde pousse à la roue pour que ça se passe comme ça. Vous allez avoir l'assistante sociale, vous allez avoir le médecin conseil parce que le médecin conseil, vous êtes très content de sortir de ses mauvaises statistiques ce patient, qui fait des arrêts de travail au long court et tout ça. Et puis, l'employeur, parce qu'on vous a harcelé... donc tout le monde... Sauf peut être le médecin, qui lui, après, n'aura plus que ses yeux pour pleurer. On les voit à l'œuvre, et puis c'est vrai que c'est destructeur, pour les gens. Mais, c'est vrai que c'est une mécanique bien huilée, surtout par les temps qui courent, les temps de crise économique, c'est un truc qui plaît bien. Et puis, il faut dire que les médecins conseil ne sont pas de bon conseil (En riant), pour le..., ce n'est pas du tout l'intérêt du patient qui leur importe. Ouais, voilà. Je ne sais pas, vous avez d'autres questions sur...**

C : Oui. J'étais sur la phrase « le médecin n'a plus que ses yeux pour pleurer », c'est sacrément imagé, ça dit bien la difficulté...

**M11 : C'est vrai, parce que, nous, on se retrouve avec des situations qui sont ingérables, après. Des gens qui n'ont plus de boulot... et puis qui n'ont jamais compris ça, dès le départ.**

C : Vous en avez des gens comme ça ?

**M11 : Oui.**

C : Vous en avez un en tête ? Ils viennent pour des renouvellements ?

**M11 : Je me souviens d'un vieux patient. C'était un patient qui avait un saturnisme. Dans son entreprise, qui était une entreprise lavalloise de fabrication de pots d'échappement. Et donc, lui, il était rentré à fond là-dedans, dans la maladie professionnelle, il imaginait... Il avait travaillé très longtemps pour cette entreprise, il avait imaginé, je pense, il avait composé dans sa tête que l'entreprise lui devait quelque chose, parce que il avait commencé à travailler à douze ou quatorze ans, quelque chose comme ça. Et puis... il s'est retrouvé licencié pour inaptitude au poste, vu qu'il y avait que des postes exposés au plomb pour sa qualification et puis, il s'est retrouvé au RMI. Maintenant, il en veut à tout le monde, c'est un truc... Mais, bon, il se retrouve avec... oui, il a eu une prime d'invalidité. Comme elle n'était pas suffisamment importante, et il ne pouvait plus travailler. Donc, il se retrouvait invalide, mais la sécurité sociale considérait qu'il pouvait travailler et, on lui a fait perdre sons boulot. A cinquante ans, il n'a pas d'espoir et il en veut à tout le monde. C'est vrai, c'est vrai.**

C : Et quand vous le voyez, c'est pour quoi ?

**M11 : C'est pour ses pathologies chroniques, qui n'ont rien à voir avec ça. Maintenant, il n'a plus de problème de ... Il est très surveillé, la médecine du travail doit le surveiller quand même, il avait des plombémies... Il avait eu des chélateurs à une époque. Après, quand il n'a été plus exposé au plomb, il n'y a plus de problème, si je suis dire. Même si on peut dire que cette pathologie était imputable au plomb... C'est vrai qu'on est bien emmerdé parce qu'on se retrouve avec des gens qui ne sont pas contents. La situation est assez broyante, dans ces cas là, pour les patients... Oui, broyante, c'est ça...**

C : Broyante ?

**M11 : Oui. Et puis, qu'on concourt à ce que ça se passe comme ça. Alors, c'est sûr qu'on a... Que c'est aussi de notre faute, parce qu'on n'a pas pu régler le problème... Mais bon... Ce n'est pas évident.**

C : Qu'est ce qu'on est..., qu'est ce qu'on fait de mal ?

**M11 : Parce qu'on devrait être plus, enfin, qu'on soit plus persuasif vis-à-vis des gens pour leur dire, bah non, là ils font fausse route et tout ça, mais ils ne veulent pas m'entendre. C'est rare qu'ils veuillent l'entendre. Sauf ce monsieur là, qui a eu le déclic quand on lui a parlé d'invalidité. Et là, il y a un ressort, il y a un déclic qui se fait dans sa tête. Il s'est dit « bah non, je peux encore faire quelque chose, je ne suis pas... »**

C : C'est violent...

**M11 : Oui, c'est violent. Peut être que sa femme l'a aidé aussi parce que... elle a les pieds sur terre. Ils ont compris ça...**

C : Et son traitement n'a pas changé ?

**M11 : Non. Non, non ! C'est ça qui est merveilleux. C'est là qu'on peut se remettre en cause sur la qualité d'un traitement, que ce soit nos anti inflammatoires, nos antalgiques ou les trucs plus**

élaborés, les infiltrations guidées et tout ça. On va faire des trucs qui sont intellectuellement satisfaisant puis les gens arrivent et vous disent « ben non, c'est exactement pareil ». (Rire).

C : Et quand ils vont mieux, ce n'est par forcément grâce à ça ?

**M11 : Non. On ne leur dit pas mais... (Rire) On ne le dit pas, non, non. Tout à fait, ça c'est... Et puis, il y a un truc aussi, l'image que j'aime bien, c'est... Il y a un voyage dans la lombalgie, comme il y a un voyage dans la drogue ou dans l'alcoolisme, qui n'est pas vrai pour tout le monde, mais il y a... Ça arrive, des toxicomanes qui arrivent, et qui vous disent « j'ai épuisé le plaisir du truc, quoi ». N'importe quelle toxicomanie, ça peut être le tabac, quelque chose comme ça. Donc, maintenant, on va passer à autre chose, on arrête. C'est vrai que ça n'arrive pas tous les jours mais... quand ça arrive, on est sur, quelqu'un qui vous dit, vous pouvez être sur que c'est terminé. Il va arrêter l'alcool, le... tout ce que vous pouvez imaginer. Pour la lombalgie, c'est pareil. Il y a des gens qui ont exploré tous les... toutes les joies si je puis dire, ou toutes les catastrophes de la lombalgie, et qui après qui passent à autre chose.**

C : Est-ce qu'on peut dire, au sens plus psychanalytique, des jouissances ? Comme jouir d'un bien ?

**M11 : oui, surement. Euh, oui... Ça, c'est un truc, la première fois que j'ai vu ça, c'est dans la toxicomanie. C'est vrai que quelqu'un qui vous dit ça, vous êtes sûr d'y arriver.**

C : Le toxicomane sait quand même qu'il est consommateur. Le lombalgique, il va dire quoi ? Il ne peut pas dire « j'ai épuisé tous les... »

**M11 : Il peut passer à une autre pathologie, ça, ça arrive. Ça peut arriver. Il peut passer à une autre pathologie, ou il peut passer à autre chose. Ou par exemple, il peut changer de travail, avec un travail qui va être tout aussi traumatisant pour le dos, mais qui sera jugé tout à fait anodin de ce point de vue là. Un changement de travail aussi, ça peut être un truc. C'est rarement dans la même entreprise, il ne faut pas se faire d'illusion. C'est rare que..., en général, quand les gens sont reclassés dans la même entreprise, ils ont un boulot qui est moins gratifiant ou moins bien payé. Gratifiant, d'un point de vue de la situation du travail ou de choses comme ça. Si vous prenez un type dans une fonderie, s'il n'a plus de rapport, si on le reclasse avec un travail qui n'a plus de rapport avec la coulée de métal, c'est une déchéance... Ça se comprend bien. Donc, il n'est plus... il est passé d'un métier d'homme à un métier de femmelette, ou de... Il n'a plus la compétence, il n'y a plus l'aura du ... ça, c'est vachement net... c'est très clair.**

C : Donc, sur le voyage, quel genre de phrases ? Est ce que vous avez un exemple de phrases ou vous vous dites « Tient, ce lombalgique, on va décrocher... » ?

**M11 : C'est moins net.**

C : C'est pour ça que je pose la question...

**M11 : C'est moins net, parce que le toxicomane, il vient vous dire. Il vient vous le dire. Le changement de travail, c'est un bon truc. Je ne devrais pas vous le dire, mais c'est un confrère qui m'a dit ça. Ça, c'est merveilleux. Il m'a dit « j'ai changé de femme et j'ai... », Non « j'ai quitté ma femme et maintenant je n'ai plus mal au dos ».**

C : C'est intéressant comme histoire, confrère ou pas confrère. Rassurez vous, je n'ai absolument aucune idée de qui vous voulez parler. Même si c'est un confrère, ça fait parti des histoires qui, en particulier m'intéressent : « je n'étais pas bien dans ma vie et j'ai fais quelque chose ».

**M11 : Il a tout changé. Il a dit que... - je n'étais pas seul, on était plusieurs... Et il a dit « Le jour où j'ai quitté ma femme, je n'ai plus eu mal au dos ». Ça a été terminé, alors qu'il était passé par toutes**

les démarches, en automédication, auprès de ses confrères et tout ça. Je pense qu'il avait été au bout de la lombalgie. Et il s'est dit maintenant on va retrouver d'autres meubles... Mais quelqu'un qui change de travail, c'est moins caricatural mais ça revient au même.

C : Le problème, ce que vous me disiez, de se reclasser...

M11 : Ça, ce n'est pas évident, ça, c'est un autre problème. C'est sur, quand vous êtes dans un abattoir de poulets, que... Je ne vois pas ce que vous allez pouvoir faire d'autre. Ceci dit, il y a un truc que je ne savais pas mais que j'ai appris, c'est qu'il y a... Vous faites de la cuisine ?

C : Un peu

M11 : Un peu. Vous savez couper un poulet ?

C : Non.

M11 : Pourtant, ça c'est le B-A-Ba. Moi, je sais couper un poulet, et un jour, je me suis retrouvé devant un canard. Eh bah, un canard, ça ne se coupe pas du tout comme un poulet. Un poulet, c'est relativement basique. Vous avez des enfants ?

C : Non.

M11 : Non ? (en mimant) Parce qu'on découpe les ailes, le pilon et tout ça.

C : J'ai une idée quand même mais je ne suis pas...

M11 : Découper un canard, c'est une vraie compétence. Pourtant, moi j'ai été pas mal de temps dans le sud ouest, un canard, c'est... Il faut être habile. Vous avez des dames qui ne présentent pas bien et tout ça, qui vous coupe des canards de façon fantastique.

C : Et alors qu'elles ne sont pas ?... Qu'elles ne présentent pas bien ?...

M11 : C'est le dernier des métiers quand même, quand vous travaillez dans un abattoir de volailles. Il n'y a pas grand-chose en-dessous.

C : Vous parliez de la compétence de...

M11 : Ces dames là, elles ont une vraie compétence. Ce n'est pas rien, parce que je vous dis que je suis... je sais comment il faut faire, mais je ne sais pas le faire. Je vais massacrer mon canard et tout ça. C'est une vraie compétence. C'est pour ça, dans la cuisine, c'est un truc qu'on peut être amené à faire...

C : Je comprends bien.

M11 : Et à côté, préparer un poisson... Le poisson, c'est un truc que je connais mieux, c'est très facile. Ça, c'est un vrai boulot. Vous pouvez comparer, je ne sais pas, à quelqu'un qui fait, qui souffle du verre ou qui fait de la fonderie ou autre chose, là, il y a une vraie compétence. Pour le poulet, c'est vrai que c'est facile le poulet. Mais, en plus, c'est le poulet qui... Ce qu'il y a dans ce truc là, c'est de prendre des poulets de grain, (geste de quelque chose qui tombe en morceaux), ils ne se tiennent pas, et tout ça mais... le canard c'est quelque chose. Donc, on en fait quand même le bas étage de la... de l'ouvrier. Et, en fait, il y a des vraies compétences, qu'ils n'ont sûrement pas tous, mais il y en a qui font ça, qui pourrait travailler dans un grand restaurant pour préparer les poulets, les canards, des choses comme ça. C'est des gens qui ont quand même, qui ne sont pas si nuls que ça. C'est important de se le dire, et de le savoir. Enfin, c'était un aparté ça. Je fais beaucoup d'aparté, je suis désolé.

C : Non, je vous écoute.

**M11 : Il faut que l'on fasse vite quand même, parce que je suis en retard...**

C : Il y a deux petits aspects que... vous m'aviez dit tout à l'heure : il y a des patients qui arrivent, vous parliez des deux agriculteurs : « il faut me guérir ».

**M11 : On entend ça souvent.**

C : Quelle place ça à « il faut me guérir », alors que l'on vient de discuter du fait que c'était bien compliqué ?

**M11 : Déjà, je fais la grimace. (Rire). Parce que, bah oui,...**

C : C'est pris comment par un médecin ?

**M11 : C'est embêtant. (Rire). C'est embêtant, quelqu'un qui arrive comme ça et qui nous dit ça, ça c'est embêtant.**

C : Par rapport à la lombalgie, c'est ...

**M11 : C'est un vrai handicap, pour moi (en riant), enfin pour eux aussi surement. Ah oui, c'est un truc que je n'aime pas entendre.**

C : Oui, parce que ça suscite quoi comme réaction ?

**M11 : Parce que... je suis bien embêté de récupérer le bébé, oui... Je pense que je ne suis pas le seul.**

C : Il y a un défi...

**M11 : De toute façon, je pense que je ne dois pas être le seul à le porter, ça c'est bien clair.**

C : Est-ce qu'il y a un type de patient, un type de demande qui va... ?

**M11 : Ouais, ça... Il va falloir s'énerver là-dessus (rire). Enfin s'énerver, il va falloir chercher, trouver des solutions à ça.**

C : Parce ce qu'il faut trouver une solution ?

**M11 : Ah bah oui.**

C : Vous m'avez dit que les patients doivent apprendre gérer eux-mêmes...

**M11 : Oui, bien sur. Ça peut être ça la solution. Justement, vous leur donnez le truc, de les refaire... acteur dans cette affaire là. Ça c'est une partie de notre boulot. Quand on entend ça, on peut déjà commencer à cogiter, « comment je vais y arriver ? ».**

C : Il y a une chose intéressante que vous m'avez dite.

**M11 : Ça, je ne sais pas !**

C : Vous disiez « parfois, quand on arrive au bout, la douleur se déplace, il y a d'autres symptômes », ça c'est quelque chose qui me...

**M11 : ça, on le sait, on le constate tous les jours. C'est Legrand qui disait ça à Angers, aussi. Je l'ai entendu dire ça, je l'avais fait venir... Le patient qui travaille dans une usine, il va faire un canal carpien. On va guérir son canal carpien, il va faire une épicondylite. On va guérir son épicondylite. Après, il va faire une épaule, et puis après une Lom..., enfin vous pouvez prendre dans n'importe quel sens ça n'a pas d'importance. Donc, dès qu'un problème va être résolu, s'il est dans des conditions**

socioprofessionnelles défavorables, ça va le guérir d'un côté et il va recoincher de l'autre, ou alors, il va faire un canal carpien de l'autre. Il va changer de côté.

C : De la fibromyalgie ?

**M11 : Ah, la fibromyalgie... Je suis embêté parce que... c'est un truc qui m'a posé des tas de problèmes et... Et... c'est un truc que je n'arrive pas – que je ne comprends plus. J'ai cru comprendre à un moment mais en fait que je ne comprends plus. C'est vrai que c'est...**

C : Un problème de diagnostic ou de pris en charge ?

**M11 : Le diagnostic, ce n'est pas ça le problème. C'est un problème mineur, je pense. Alors... vous avez des fibromyalgiques qui vont être invalides, mais au sens profond du terme. Et puis, d'autres qui vont changer de symptôme. Dans les fibromyalgies, ça c'est très vrai, alors ça c'est... Moi, j'en ai une là qui m'a fait pendant dix ans sur l'ostéo-articulaire et maintenant qui fait sur le mode digestif, avec des catastrophes. Elle se retrouve aux urgences, trois nuits de suite à Mayenne, à Laval et... avec un peu de temps ... maintenant, elle est passé au cardiovasculaire, la douleur thoracique. C'est un truc que je ne comprends plus maintenant. Finalement, je n'ai jamais compris, au sens étymologique, c'est-à-dire prendre pour soi, avec soi. C'est vrai que... Il y a des choses...**

C : C'est une dame qui a un mal être à côté ? Elle a des soucis cette dame là ?

**M11 : Il n'est pas du tout... Il n'est pas du tout... évoqué, en ce sens-là.**

C : Ce n'est pas vous qui avez fait le diagnostic de fibromyalgie ?

**M11 : Le diagnostic de fibromyalgie, il est donné par quelqu'un qui n'en peut plus, peut importe, qui que ce soit. Ça peut être un spécialiste, ça peut être le généraliste... C'est un diagnostic du désespoir.**

C : Je posais cette question là au sens, ce n'est pas vous qui l'avez donné, peut être auriez vous eu une autre interprétation ? Ou une autre approche que de... Je suis tendancieuse, est ce qu'il y aurait pas une autre approche pour cette dame là, sur un mal être, sur d'autres...

**M11 : Oui mais c'est... (Soupir)**

C : Vous connaissez cette patiente et ...

**M11 : Quand je dis que je ne comprends plus rien à la fibromyalgie, c'est que je pense que ce n'est pas une entité, en soit la fibromyalgie, malgré ce que nous disent beaucoup de rhumatologues. C'est des rhumatologues qui sont très techniques avec les points et tout ça. Je pense que c'est des conneries, c'est une somatisation extrême, enfin je pense. Je pense plutôt à ça, mais bon. Mais, c'est vrai que c'est embêtant parce qu'il y a des gens qui ... Elle a une prise en charge à tous les niveaux, même au niveau psychiatrique. Et en plus, c'est quelqu'un d'entreprenant parce que maintenant, elle a monté sa propre entreprise.**

C : Elle a eu une prise en charge sur le plan psychiatrique alors ? Elle a eu une thérapie ?

**M11 : Elle a eu une thérapie qu'elle a abandonnée.**

C : Parce qu'on peut avoir, ce n'est pas forcément la même chose que...

**M11 : Elle a abandonné la thérapie. Elle ne la supportait pas, ça n'avancait pas, ça rimait à rien, ça...**

C : Vous n'avez jamais eu d'indice sur... Vous évoquiez l'idée, éventuelle, d'une somatisation, vous avez une idée de... du mal être à l'origine?

**M11 : Je pense, oui. Je pense... qu'il y a un problème dans sa famille, mais bon.**

C : Sachant que ça reste anonyme, l'exemple... Quel problème ça pourrait être... ?

**M11 : Je pense qu'il y a des problèmes fondamentaux avec sa mère et surement quelques uns avec son mari. Mais, c'est... c'est nié. C'est nié.**

C : Vous avez essayé de lui en parler ?

**M11 : C'est nié.**

C : Vous lui avez dit ? Ça c'est passé comment au moment où vous avez essayé de lui en parler ?

**M11 : C'est impossible. Elle se fâche et c'est pour ça qu'elle a envoyé paître le thérapeute. Non... elle n'a plus de traitement, elle avait un traitement antidépresseur à un moment, mais elle ne l'a plus. La thérapie, ça a été vécu surement comme quelque chose d'invasif, d'intrusif et elle ne l'a pas supportée.**

C : Au centre de la douleur, la thérapie ou...

**M11 : Pardon**

C : Au centre de la douleur ?

**M11 : non, pas au centre de la douleur. Avec un psychiatre. Un psychothérapeute.**

C : Vous utilisez les centres de la douleur ?

**M11 : (Soupir) Je suis très déçu (en riant) par les centres de la douleur.**

C : Déçu ?

**M11 : J'ai une stagiaire qui est devenue, qui travaille dans la douleur maintenant et, j'avais essayé de lui envoyer une patiente, parce que... elle était bien mais... C'est vrai que... enfin qu'on n'est pas toujours très brillant mais... (En riant) Dans les centres de la douleur, ils ne sont pas très brillants. C'est vrai que j'en ai envoyé beaucoup et qu'il n'y en a pas beaucoup qui m'ont rendu service, qui m'ont résolu des problèmes. C'est... C'est vrai que je suis un peu déçu. (Rire).**

C : Donc cette dame là, elle n'est pas passée par le centre de la douleur et elle...

**M11 : Si, si, si. Elle est allée à Château-Gontier, si, si, si...**

C : Et qu'est ce qu'elle dit de son état ? Elle dit « je suis fibromyalgique » ?

**M11 : Oui, oui, oui, bien sur. De toute façon, c'est un..., c'est une pancarte « fibromyalgique », c'est comme dire qu'on est bipolaire, c'est... c'est ... quand on a compris, quand on est malade et qu'on a compris qu'on était bipolaire, c'est une carte de visite. Et ben, la fibromyalgie aussi.**

C : Associé à la lombalgie ça arrive, enfin, ce genre de tableau de lombalgie chronique ?

**M11 : Oui, bien sur. Mais bon, c'est quelque chose... je ne sais plus trop ce que c'est, la fibromyalgie. C'est trop compliqué pour moi !**

C : Je vous voyais un peu inquiet du temps, je pense que... sauf s'il y a des choses qui vous...

**M11 : Non.**

C : Parce que si vraiment...

**M11 : Je ne sais pas ce que vous allez pouvoir en tirer. Vous me montrerez votre thèse. Ça m'amuse.**

C : Je vous remercie beaucoup...

**M11 : Vous me montrerez votre thèse.**

C : Ca marche, si je m'en sors (Rire)...

**M11 : (Rire) Oui, ça ne va pas être simple.**

Fin de l'entretien

## ANNEXE 2 : RELEVÉ THÉMATIQUE DE L'ENTRETIEN M11

### 1. CAUSES DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE ET REPRÉSENTATIONS :

#### 1.1 Définition de la lombalgie chronique :

- une douleur progressivement aggravative

« Au début sans sciatique après avec sciatique, avec une gradation »

- des arrêts de travail prolongés :

« et puis bon, qui ne travaille toujours pas, qui... dure depuis plusieurs mois, c'est... (Cherche dans l'ordinateur) c'est épouvantable »

- une pathologie pesante :

« c'est long, c'est compliqué, on n'en voit pas la fin »

« c'est long, et puis parce qu'on ne trouve pas de solution »

« Soupirer... »

« On est en échec tout le temps, dans les lombalgies chroniques, on est en échec c'est évident »

#### 1.2 Causes de la lombalgie chronique :

- en rapport avec le travail :

« Si on devait jouer à associer un mot se serait... accident de travail, maladie professionnelle... »

- en lien avec les contraintes physiques :

« c'est un boulot qui n'est pas facile. C'est sûr que ça a un retentissement sur tout ce qui est... pathologie imputable au travail »

« dès qu'un problème va être résolu, s'il est dans des conditions socioprofessionnelles défavorables, ça va le guérir d'un côté et il va recoincher de l'autre »

« avec des conditions qui sont terribles parce qu'il y a le froid, c'est... c'est assez dantesque... C'est vrai que vous avez des gens qui tiennent, qui tiennent, qui tiennent, et puis en général qui craquent »

« dans ce genre de boulot, quand vous approchez de la cinquantaine, ça devient très, très dur »

- en lien avec le bien être au travail :

« ce n'est même pas le boulot, c'est la considération qu'on a des gens »

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

- en lien avec un syndrome dépressif :

« Tout le monde le sait bien, les rapports entre l'état dépressif et la lombalgie, bon c'est très clair. »

- en lien avec une somatisation :

« il y a des aspects psychosomatiques, c'est évident »

### **1.3 Représentations du médecin concernant la lombalgie chronique :**

- les emplois de son secteur géographique sont particulièrement difficiles

« il y a des entreprises, avec un petit peu de temps, qu'on connaît tellement bien, où sait comment ça se passe... Il n'y a même pas besoin d'interroger les gens, c'est... terrible »

« Une population qui va endurer, qui va tenir des années dans des conditions assez épouvantables et puis vous avez ceux qui partent très vite »

« C'est le dernier des métiers quand même, quand vous travaillez dans un abattoir de volailles. Il n'y a pas grand-chose en-dessous »

- mise en doute du modèle de l'ostéopathie :

« c'est le discours des ostéopathes qui... qui... C'est leur discours qui me déplaît »

« pour un ostéopathe, c'est toujours tout déplacé, il y a un nerf qui est déplacé, il y a une vertèbre qui est déplacée. C'est une réalité anatomique qui me fascine »

- certains doivent aller au bout du « voyage lombalgique » :

« Il y a un voyage dans la lombalgie, comme il y a un voyage dans la drogue ou dans l'alcoolisme »

« Il y a des gens qui ont exploré tous les... toutes les joies si je puis dire, ou toutes les catastrophes de la lombalgie, et qui après qui passent à autre chose »

- beaucoup de gens ne savent pas vivre avec leurs douleurs :

« il y a beaucoup de gens qui n'acceptent pas ça, dans la vie de travail, de composer avec leur douleur »

#### **1.4 Composer avec les représentations des patients concernant la lombalgie chronique :**

##### - Opposition modèle thérapeutique médecin/représentation patient :

«il y a une attente, il y a beaucoup de gens qui se disent je vais être opéré et puis je vais aller mieux et tout ça. En fait nous on sait bien que ce n'est pas vrai»

« Il y a pleins d'idées fausses. Il y a des tas de gens, dans ce cadre-là, qui vont vous dire « il faut que je sois pris en maladie professionnelle », parce qu'ils imaginent que s'ils sont pris en maladie professionnelle, ils vont avoir une prise en charge meilleure, et tout ça... Mais, quand on voit ce qui se passe au bout du compte »

« Ils n'envisageaient pas de prendre des précautions. L'hygiène du dos, basique, c'était inenvisageable »

« qu'on soit plus persuasif vis-à-vis des gens pour leur dire, bah non, là ils font fausse route et tout ça, mais ils ne veulent pas m'entendre »

##### - les patients ont des idées fausses :

« il peut changer de travail, avec un travail qui va être tout aussi traumatisant pour le dos, mais qui sera jugé tout à fait anodin de ce point de vue là »

« Pour eux, l'invalidité c'est l'impossibilité de travailler, et en fait, pour l'employeur ce n'est pas du tout la même chose, pour la sécurité sociale, ce n'est pas la même chose »

« Il y a pleins d'idées fausses. Il y a des tas de gens, dans ce cadre-là, qui vont vous dire « il faut que je sois pris en maladie professionnelle », parce qu'ils imaginent que s'ils sont pris en maladie professionnelle, ils vont avoir une prise en charge meilleure, et tout ça »

##### - le modèle de l'ostéopathie est plus satisfaisant pour le patient :

« Ce qu'on peut en dire, ça n'a pas de réalité, c'est vous qui racontez des conneries, c'est clair »

« une explication comme ça, fumeuse, mais qui est accessible. Il y a une douleur parce qu'il y a quelque chose qui est déplacé, un nerf ou un nerf coincé, ou... A partir du moment où il y a une explication comme ça, de toute façon on ne pourra jamais la sortir de la tête du patient »

### **1.5 Représentations concernant la prise en charge en maladie professionnelle et le statut d'invalidité :**

- les patients pensent à tort être mieux pris en charge avec un statut de maladie professionnelle :

« Il y a pleins d'idées fausses. Il y a des tas de gens, dans ce cadre-là, qui vont vous dire « il faut que je sois pris en maladie professionnelle », parce qu'ils imaginent que s'ils sont pris en maladie professionnelle, ils vont avoir une prise en charge meilleure, et tout ça... Mais, quand on voit ce qui se passe au bout du compte, la maladie professionnelle... »

« s'il y a une chronicisation du truc, la protection va être plus faible, dans le cas d'un accident de... une maladie professionnelle, que dans un arrêt de travail simple »

« dans leur idée, ce qu'ils entendent, c'est qu'il y a une invalidité qui va être prononcée au bout. Pour eux, l'invalidité c'est l'impossibilité de travailler, et en fait, pour l'employeur ce n'est pas du tout la même chose, pour la sécurité sociale, ce n'est pas la même chose »

- l'issue de la prise en charge en maladie professionnelle est socialement et professionnellement préjudiciable pour le patient :

« On les voit à l'œuvre, et puis c'est vrai que c'est destructeur, pour les gens »

« nous, on se retrouve avec des situations qui sont ingérables, après. Des gens qui n'ont plus de boulot... »

« « Vous ne pouvez pas vous servir de votre bras, vous avez 3% d'invalidité, donc vous allez toucher un capital de quatre ou cinq-cents euros ». Point à la ligne, puis vous êtes licencié, vous n'avez plus de boulot. En général, vous avez la cinquantaine, vous n'en retrouvez pas et... vous n'allez plus de points pour votre retraite etc. Après, ça va s'enchaîner et puis... on les retrouve au RMI un an plus tard... ça va s'enchaîner et puis... on les retrouve au RMI un an plus tard... »

- l'ensemble du système favorise la prise en charge en maladie professionnelle, sauf le médecin :

« le médecin conseil va être très content de sortir de ses mauvaises statistiques ce patient, qui fait des arrêts de travail au long court et tout ça. Et puis, l'employeur, parce qu'on vous a harcelé... donc tout le monde... Sauf peut être le médecin »

« c'est une mécanique bien huilée, surtout par les temps qui courent, les temps de crise économique, c'est un truc qui plait bien »

-le médecin généraliste ne peut que constater les dégâts :

« le médecin, qui lui, après, n'aura plus que ses yeux pour pleurer »

« on est bien emmerdé parce qu'on se retrouve avec des gens qui ne sont pas contents »

- la perspective de l'invalidité peut être un déclic pour le retour au travail :

« l'assistante sociale lui a donné un dossier d'invalidité à me faire remplir. Donc là, il a envisagé le truc... qu'il ne pourrait plus travailler, quoi. Et je pense que ça a été le déclic et assez rapidement il s'est remis à travailler »

« ça a été le déclic. C'est l'assistante sociale qui m'a sauvé et qui l'a sauvé aussi, lui »

### **1.6 Les éléments qui évoquent un risque de passage à la chronicité pour ce médecin généraliste :**

- c'est quelque chose qu'on sent :

« C'est un truc que je sens... (En riant) j'ai l'impression de ne pas me tromper souvent ! »

« Je crois qu'il n'y a pas d'argument... qui soit vraiment spécifique... de ça. C'est dans la façon dont les choses tournent »

« dès que je sens qu'une lombalgie va se pérenniser »

« Non, c'est plus... C'est plus en les regardant que je vois ça. »

- quand le patient n'a pas d'espoir de guérison :

« Quand une patiente commence à vous dire qu'ils n'envisagent pas de solutions, que ça ne paraît pas possible, que le traitement ne va être supporté »

## **2. LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX REPÉRÉS:**

### **2.1 Facteurs psychosociaux professionnels :**

- tensions au travail :

« comme l'entreprise est en... un peu « entre parenthèses », tout de suite je pense que c'est un facteur qui la... »

« l'entreprise est en sursis »

- faible qualification professionnelle :

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

« C'est le dernier des métiers quand même, quand vous travaillez dans un abattoir de volailles. Il n'y a pas grand-chose en-dessous »

- antécédents d'arrêt maladie :

« Là c'était en accident de travail. Il a été arrêté, il a été hospitalisé d'abord assez longtemps et puis, je l'ai mis en arrêt après, mais bon il avait repris. C'est un truc qui ne paraissait pas lourd, par rapport à la lombalgie »

- perception individuelle du travail :

« ce n'est même pas le boulot, c'est la considération qu'on a des gens »

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

- demande physique au travail :

« c'est un boulot qui n'est pas facile. C'est sûr que ça a un retentissement »

« avec des conditions qui sont terribles parce qu'il y a le froid, c'est... c'est assez dantesque »

## **2.2 Facteurs psychosociaux individuels :**

- âge :

« la dame, elle est à l'âge critique pour ça. Je pense qu'elle ne veut pas ne pas retravailler »

- absence d'espoir de guérison :

« qu'ils n'envisagent pas de solutions, que ça ne paraît pas possible, que le traitement ne va être supporté »

- absence de « coping » :

« il y a beaucoup de gens qui n'acceptent pas ça, dans la vie de travail, de composer avec leur douleur »

- faible revenu familial :

« chez l'agriculteur qui a des difficultés financières... »

### 2.3 Facteurs psychosociaux liés a la famille et au couple

#### - problèmes de couple :

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

« Je pense qu'il y a des problèmes fondamentaux avec sa mère et surement quelques uns avec son mari. Mais, c'est... c'est nié. C'est nié »

## 3. LE MODÈLE THÉRAPEUTIQUE DU MÉDECIN M11 :

### 3.1 La part du patient :

#### - la résolution de facteurs psychosociaux peut être plus efficace que les procédures thérapeutiques usuelles :

« il a dit « Le jour où j'ai quitté ma femme, je n'ai plus eu mal au dos ». Ça a été terminé, alors qu'il était passé par toutes les démarches, en automédication, auprès des confrères et tout ça. Je pense qu'il avait été au bout de la lombalgie »

#### - le patient doit accepter de « vivre avec » :

« dans les lombalgies chroniques, l'étape essentielle de la guérison entre guillemets, c'est quand même l'étape où le patient va se dire « J'ai mal mais je vais vivre avec ». »

« il y a beaucoup de gens qui n'acceptent pas ça, dans la vie de travail, de composer avec leur douleur »

« ça peut être des aménagements, des déclics psychologiques et puis apprendre à vivre avec son problème.»

#### - le patient doit apprendre à gérer sa douleur :

« maintenant ils ont encore mal au dos... Il y a un truc qu'on voit bien, c'est qu'ils gèrent eux même, point de vue thérapeutique, point de vue effort, tout ça quoi. Ils me ramènent plus ça en me disant : « je ne peux plus rien faire, il faut me guérir » et qu'ils ont compris qu'en fait, ils ne récupéreraient pas leurs dos de vingt ans »

« ils ont aménagé leur façon de fonctionner, leur façon de faire aussi techniquement, et maintenant ils vieillissent et ils font leur jardin. »

« maintenant ils gèrent, ils sont surement plus heureux et... ils ne m'emmerdent plus !! Et tout est bien dans le meilleur du monde. »

#### - la reprise du travail signe la résolution, malgré la persistance de douleurs :

« Je pense à un monsieur qui vient de reprendre le travail, après... 4 ou 5 mois d'arrêt, quelque chose comme ça. Bon ça c'est une affaire qui se termine bien donc, enfin qui se termine bien... parce que ce n'est toujours pas fini »

- un changement d'emploi peut être une solution :

« Un changement de travail aussi, ça peut être un truc »

### **3.2 La part du médecin :**

- sortir du modèle biomédical :

« Donc il va falloir trouver d'autres voies, que le symptôme, le traitement et la guérison »

- rendre le patient acteur de sa lombalgie :

« Ça peut être ça la solution. Justement, vous leur donnez le truc, de les refaire... acteur dans cette affaire là. Ça c'est une partie de notre boulot »

- apprendre au patient à « vivre avec »

« et puis apprendre à vivre avec son problème. Ça, Il faut leur transmettre ça »

- le modèle thérapeutique est limité par les facteurs psychosociaux :

« quelqu'un qui est dans une entreprise qui va mal, ou quelqu'un qui est mal considéré à son boulot, c'est sûr que ça va être plus compliqué »

- le modèle thérapeutique n'est pas infaillible :

« Mais ça marche pas tous les jours, faut pas rêver. »

- pragmatisme médical :

« Quelle que soit la méthode, je n'ai pas de... Comment dire, d'obligations médicales, si ça passe par autre chose... Ça me va très bien »

« Mais je ne suis pas du tout opposé aux médecines parallèles. Je crois qu'il y a parfois des gens à qui ça peut rendre service et c'est très bien »

« Moi, en général, ça ne me gêne pas du tout qu'ils aillent voir un ostéopathe. Si ça peut les sortir de... alors là moi ça me va tout à fait »

- recours rapide aux intervenants si on suspecte un risque de chronicisation :

« dès que je sens qu'une lombalgie va se pérenniser, qu'on est parti sur quelque chose qui risque de durer. Oui, j'envoie très facilement aux intervenants. Le problème c'est qu'on a des délais. »

## 4. LES PROCÉDURES DE PRISE EN CHARGE DU MÉDECIN M11

### 4.1 Quels outils pour la prise en charge des patients lombalgiques chroniques ?

#### 4.1.1- travailler en réseau :

- le médecin généraliste ne doit pas rester isolé dans sa prise en charge, quitte à adresser sans motif réel :

« faut pas rester seul, d'un point de vue médical, il faut voir d'autres partenaires, style rhumatologue »

« voir éventuellement un chirurgien même si il n'y a pas d'indication chirurgicale »

- Recours limité par les délais :

« j'envoie très facilement aux intervenants. Le problème c'est qu'on a des délais. »

#### 4.1.2- psychothérapie :

- la psychothérapie est difficilement envisageable du fait de son cout :

« adresser à quelqu'un, il ne faut pas rêver. Un psychologue ce n'est pas pris en charge »

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

- la psychothérapie peut être vécue comme invasive par le patient :

« La thérapie, ça a été vécu surement comme quelque chose d'invasif, d'intrusif et elle ne l'a pas supportée »

- procédure dégradée : psychothérapie « a minima » au cabinet :

« Je pense qu'elle est un peu sauvage, elle se fait surement, ici, au cabinet mais ça ne peut pas être constitué de fait »

#### 4.1.3- limites du reclassement professionnel :

- le reclassement professionnel peut rarement se faire au sein de l'entreprise :

« Un changement de travail aussi, ça peut être un truc. C'est rarement dans la même entreprise, il ne faut pas se faire d'illusion »

- le reclassement professionnel peut être vécu comme une déchéance par le patient

« Si vous prenez un type dans une fonderie, s'il n'a plus de rapport, si on le reclasse avec un travail qui n'a plus de rapport avec la coulée de métal, c'est une déchéance... »

« en général, quand les gens sont reclassés dans la même entreprise, ils ont un boulot qui est moins gratifiant ou moins bien payé »

- le reclassement professionnel est limité par la faible qualification professionnelle :

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

4.1.4- les infiltrations :

- les infiltrations ne sont pas une procédure efficace :

« Elle a été infiltrée plusieurs fois dans... le service de radio. Une fois, elle a fait une complication avec une paresthésie catastrophique, c'est sûr que ... Et puis bon là, elle c'est ça troisième qu'elle a eu, je crois. Elle n'est toujours pas soulagée »

4.1.5- médecines parallèles :

- validation de l'acupuncture du fait de son innocuité :

« l'acupuncture. Moi, ça me va très bien. Quelle que soit la... Au moins, ce n'est pas dangereux. »

- le patient recourt de lui-même aux médecines parallèles quand il n'est pas satisfait des procédures du médecin généraliste :

« De toute façon, quand ils ne sont pas satisfaits, vous parliez de médecine alternative et tout ça, ça passe par là, tout à fait »

- pragmatisme vis-à-vis de l'ostéopathie :

« Il n'y a qu'un truc qui me dérange dans l'ostéopathie, c'est le discours des ostéopathes qui... qui... C'est leur discours qui me déplaît. Moi, en général, ça ne me gêne pas du tout qu'ils aillent voir un ostéopathe. Si ça peut les sortir de... alors là moi ça me va tout à fait »

4.1.6- hygiène du dos :

- les patient peuvent être réticent à modifier leurs habitudes :

« et puis procéder par étapes on a fait ... on a essayé des trucs... Ils n'envisageaient pas de prendre des précautions. L'hygiène du dos, basique, c'était inenvisageable »

- l'hygiène du dos repose sur des mesures simples :

« Ils ont fini par aménager tout ça, ils ont un petit truc pour s'agenouiller, un machin, des conneries quoi »

- l'hygiène du dos peut être un mode de résolution :

« ils ont aménagé leur façon de fonctionner, leur façon de faire aussi techniquement, et maintenant ils vieillissent et ils font leur jardin. »

4.1.7- le rôle du temps en médecine générale :

- les patients ont besoins de temps pour assimiler les recommandations du médecin généraliste :

« Je pense que le travail va se faire après. Il m'a dit oui, peut être et puis après, il revient à son idée première... les grandes idées, il leur faut toujours un petit peu de temps pour faire du chemin. Comme dans les petites »

« il a écouté, je ne sais pas s'il a entendu, mais bon. Ça, ça va être la deuxième étape »

4.1.8 - prises en charge en maladie professionnelle :

- essayer de limiter les prises en charge en maladie professionnelle :

« on devrait être plus, enfin, qu'on soit plus persuasif vis-à-vis des gens pour leur dire, bah non, là ils font fausse route et tout ça, mais ils ne veulent pas m'entendre »

« c'est aussi de notre faute, parce qu'on n'a pas pu régler le problème... Mais bon... Ce n'est pas évident »

4.1.9 - traitement médicamenteux :

- remettre en cause des traitements « intellectuellement satisfaisants » mais inefficaces dans le réel :

« C'est là qu'on peut se remettre en cause sur la qualité d'un traitement, que ce soit nos anti inflammatoires, nos antalgiques ou les trucs plus élaborés, les infiltrations guidées et tout ça. On va faire des trucs qui sont intellectuellement satisfaisant puis les gens arrivent et vous disent « ben non, c'est exactement pareil » »

## **4.2 Avec qui travailler pour prendre en charge les patients lombalgiques chroniques?**

4.2.1- Le rhumatologue :

- le suivi des lombalgie chronique relève du rhumatologue :

« Oui le rhumatologue. Oui, après, c'est pour eux, tout à fait »

#### 4.2.2- Le chirurgien :

##### - les indications chirurgicales sont exceptionnelles :

« Elles sont exceptionnelles, les indications chirurgicales »

##### - le résultat des prise en charge chirurgicale est partiel :

« Sur la sciatique c'est vrai qu'on a de bon résultat, mais en général ils ont mal au dos après, ils ne vont pas mieux pour ça. »

#### 4.2.4- Le centre antidouleur :

##### - les centre antidouleur sont décevants :

« Je suis très déçu (en riant) par les centres de la douleur »

« Dans les centres de la douleur, ils ne sont pas très brillant. C'est vrai que j'en ai envoyé beaucoup et qu'il n'y en a pas beaucoup qui m'ont rendu service, qui m'ont résolu des problèmes. C'est... C'est vrai que je suis un peu déçu »

#### 4.2.5- Le médecin conseil :

##### - le médecin conseil ne travaille pas dans l'intérêt du patient

« les médecins conseil ne sont pas de bon conseil (En riant), pour le..., ce n'est pas du tout l'intérêt du patient qui leur importe »

### **4.3 Comment aborder les facteurs psychosociaux en consultation?**

##### - la verbalisation n'est pas forcément nécessaire quand le médecin connaît le mode de vie du patient

« je les fais parler sur leur travail, dans la façon dont... Malheureusement, il y a des entreprises, avec un petit peu de temps, qu'on connaît tellement bien, où sait comment ça se passe... Il n'y a même pas besoin d'interroger les gens, c'est... terrible »

##### - poser des questions :

« On peut leur poser des questions, quand même »

##### - Abord direct :

« Moi je crois qu'il faut en parler »

##### - les bousculer :

« les bousculer...Oui, tout à fait, de leur faire comprendre qu'il n'y a pas forcément, pas seulement ça... l'aspect mécanique de la lombalgie »

- tous les patients n'acceptent pas de parler de leurs difficultés de vie :

« il y a des gens qui vont vous en parler et d'autres qui vont garder ça secret »

- le patient peut refuser le ressenti du médecin :

« Je pense qu'il y a des problèmes fondamentaux avec sa mère et surement quelques uns avec son mari. Mais, c'est... c'est nié. C'est nié »

## 5. LIMITES ET DIFFICULTÉS

- Autocritique :

- Globale : « C'est aussi de notre faute, parce qu'on n'a pas pu régler le problème... »  
« J'étais un peu stigmatisé, parce que je n'arrivais pas à les débarrasser de cette douleur »  
« [La lombalgie] C'est un vrai handicap, pour moi (en riant), enfin pour eux aussi surement »

- L'attitude des médecins : « Parce qu'on devrait être plus, enfin, qu'on soit plus persuasif vis-à-vis des gens pour leur dire, bah non, là ils font fausse route et tout ça, mais ils ne veulent pas m'entendre »

- Les procédures des médecins: « C'est là qu'on peut se remettre en cause sur la qualité d'un traitement, que ce soit nos anti inflammatoires, nos antalgiques ou les trucs plus élaborés, les infiltrations guidées et tout ça. On va faire des trucs qui sont intellectuellement satisfaisant puis les gens arrivent et vous disent : ben non, c'est exactement pareil »

- Limites de la prise en charge par le médecin généraliste

« On est en échec tout le temps, dans les lombalgies chroniques, on est en échec c'est évident »

« Mais ça marche pas tous les jours, faut pas rêver »

- Limites liés à des facteurs extérieurs

« en général, quand les gens sont reclassés dans la même entreprise, ils ont un boulot qui est moins gratifiant ou moins bien payé moins bien payé »

« les médecins conseil ne sont pas de bon conseil (En riant), pour le..., ce n'est pas du tout l'intérêt du patient qui leur importe »

« Je suis très déçu (en riant) par les centres de la douleur »

## 6. LE POSITIONNEMENT RELATIONNEL DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

### - intérêt de l'autonomie du patient

« maintenant ils gèrent, ils sont sûrement plus heureux et... ils ne m'emmerdent plus »

### - sortir le patient de sa passivité :

« Ça peut être ça la solution. Justement, vous leur donnez le truc, de les refaire... acteur dans cette affaire là. Ça c'est une partie de notre boulot »

### - limite du modèle scientifique :

« On va faire des trucs qui sont intellectuellement satisfaisant puis les gens arrivent et vous disent « ben non, c'est exactement pareil »

### - limites du service de réparation :

« J'étais un peu stigmatisé, parce que je n'arrivais pas à les débarrasser de cette douleur »

« on est en échec tout le temps, dans les lombalgies chroniques, on est en échec c'est évident »

### - limite du positionnement d'aide : le médecin ne peut pas lutter contre le système (donquichottisme ?) :

« le médecin conseil va être très content de sortir de ses mauvaises statistiques ce patient, qui fait des arrêts de travail au long court et tout ça. Et puis, l'employeur, parce qu'on vous a harcelé... donc tout le monde... Sauf peut être le médecin, qui lui, après, n'aura plus que ses yeux pour pleurer. On les voit à l'œuvre, et puis c'est vrai que c'est destructeur, pour les gens. Mais, c'est vrai que c'est une mécanique bien huilée »

« c'est aussi de notre faute, parce qu'on n'a pas pu régler le problème »

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
<b>METHODE</b> .....	<b>14</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>16</b>
<b>A- Données générales des entretiens</b> .....	<b>16</b>
<b>B-Relevés thématiques par entretien</b> .....	<b>17</b>
<b>C-Analyse de l'ensemble du corpus</b> .....	<b>19</b>
<b>1. Point de vue des medecins rencontrés sur la lombalgie chronique</b> .....	<b>19</b>
1.1. Comment les médecins caractérisent-ils la lombalgie chronique commune?.....	19
1.2. Ressenti des médecins généralistes au sujet de la lombalgie chroniqu.....	20
1.3. Il y a « autre chose » que des mécanismes cliniquement objectivables.....	21
<b>2. Role attribue aux facteurs psychosociaux dans l'evolution du patient vers la chronicite</b> .....	<b>22</b>
2.1. Mécanismes de ce rôle.....	22
2.2. Rôle des facteurs individuels.....	23
2.3. Rôles des difficultés conjugales et de l'histoire familiale.....	25
2.4. Rôle des facteurs professionnels.....	26
<b>3. Les medecins peuvent-ils pressentir l'evolution vers la chronicite?</b> .....	<b>27</b>
<b>4. Abord des facteurs psychosociaux en consultation et elements releves concernant la relation medecin-malade:</b> .....	<b>28</b>
4.1. Méthode de recueil des facteurs psychosociaux en consultation.....	28
4.2. Eléments sur la relation médecin-patient.....	30
4.3. Moyens d'amener le patient a prendre conscience de la relation entre lombalgie et facteurs psychosociaux .....	31
<b>5. Elements sur le modele therapeutique des medecins rencontres</b> .....	<b>31</b>

<b>6. Comment les medecins generalistes envisagent-ils la prise en charge des facteurs psychosociaux individuels au cabinet ? .....</b>	<b>33</b>
6.1. Recours à l'éducation du patient pour favoriser son autonomie et la reprise d'activités.....	33
6.2. Par la pratique des médecines parallèles au cabinet .....	34
6.3. Utilisation de l'écoute et de la parole au cabinet du médecin généraliste .....	35
6.4. Recours aux psychotropes .....	37
6.5. Limites et difficultés de la prise en charge des facteurs psychosociaux individuels au cabinet.....	38
<b>7. Comment les medecins generalistes envisagent-ils la prise en charge des facteurs psychosociaux individuels hors du cabinet .....</b>	<b>40</b>
7.1. Recours à un psychothérapeute .....	40
7.2. Place du centre antidouleur .....	41
7.3. Lutte contre le déconditionnement physique.....	43
7.4. Le recours extérieur aux médecines parallèles .....	43
7.5. Notion de réseau.....	44
<b>8. Comment les medecins generalistes envisagent-ils la prise en charge des facteurs psychosociaux professionnels : .....</b>	<b>46</b>
8.1. Au sujet de la gestion des arrêts de travail .....	46
8.2. Au sujet de la reprise a temps partiel thérapeutique.....	47
8.3. Au sujet de la prise en charge en accident du travail-maladie professionnelle.....	47
8.4. Au sujet des adaptations de postes et du reclassement professionnel.....	48
8.5. Au sujet de l'invalidité et de l'arrêt d'activité.....	49
8.6. Au sujet des centres de réadaptation professionnelle.....	50
8.7. Au sujet de la réorientation professionnelle.....	50
8.8. Au sujet des intervenants dans la prise en charge des facteurs psychosociaux professionnels.....	51

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>54</b>
<b>A- Principaux résultats.....</b>	<b>54</b>
<b>B- Discussion concernant la méthode.....</b>	<b>54</b>
<b>C- Discussion concernant les résultats : .....</b>	<b>58</b>
<b>1. La forte composante psychosociale des lombalgies chroniques est largement admise par les medecins generalistes: .....</b>	<b>58</b>
1.1. Place des facteurs psychosociaux en tant que facteur de risque de chronicité des lombalgies.....	58
1.2. Place de la somatisation.....	59
1.3. Place du dépistage des facteurs de risque de chronicité des lombalgies chroniques en médecine générale.....	61
<b>2. Place des medecins generalistes dans la prise en charge des facteurs psychosociaux des lombalgies chroniques : .....</b>	<b>64</b>
2.1. L'éducation Thérapeutique du Patient.....	64
2.2. Place des Médecines dites « Non-Conventionnelles » dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques .....	69
2.3. Prise en charge des facteurs professionnels et maintien dans. l'emploi.....	72
2.4. Prise en charge des facteurs psychologiques et psychothérapies .....	78
<b>3. Role de la relation medecin-malade en medecine generale dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques .....</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>91</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>96</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>101</b>
<i>ANNEXE 1 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN M11 .....</i>	<i>101</i>
<i>ANNEXE 2 : RELEVÉ THÉMATIQUE DE L'ENTRETIEN M11 .....</i>	<i>116</i>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>130</b>

PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Madame DELOISY Charline****Vu, le Directeur de thèse**

P. JF HUREZ

**Vu, le Président du jury de thèse****Vu, le Doyen de la  
Faculté de Médecine  
d'ANGERS**

Professeur I. RICHARD

**Vu et permis d'imprimer**

**Rapport-Gratuit.com**