

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Thieng Huong NGUYEN

Née le 30 mai 1973 à Saigon (Vietnam)

Présentée et soutenue publiquement le : 14 mars 2013

***COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES S'INTERESSENT-ILS AUX
FACTEURS PSYCHOSOCIAUX POUVANT ACCOMPAGNER UNE PLAINTE
LOMBALGIQUE EN PERIODE SUBAIGUE ?***

Président : Madame le Professeur BARON Céline

Directeur : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Thieng Huong NGUYEN

Née le 30 mai 1973 à Saigon (Vietnam)

Présentée et soutenue publiquement le : 14 mars 2013

***COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES S'INTERESSENT-ILS AUX
FACTEURS PSYCHOSOCIAUX POUVANT ACCOMPAGNER UNE PLAINTES
LOMBALGIQUE EN PERIODE SUBAIGUE ?***

Président : Madame le Professeur BARON Céline

Directeur : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie

	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
MM	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophthalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique

	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérologie
MM	VERNY Christophe	Neurologie
	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>		
M.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM	BOUYE Philippe	Physiologie
	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M.	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	NICOLAS Guillaume	Neurologie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Madame le Professeur BARON Céline

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Membres du jury :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Madame le Docteur HUGE Sandrine

Madame le Docteur PETIT Audrey

A Madame le Professeur BARON,

Vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de cette thèse et je vous en remercie très sincèrement.

Vous avez été pour moi un exemple de compassion et d'humilité dans l'exercice de la médecine pendant votre enseignement tout au long de mon internat.

Qu'il me soit permis de vous présenter mon profond respect.

A Monsieur le Professeur HUEZ,

Pour m'avoir confié ce travail, pour votre direction et votre accompagnement pendant la réalisation de ma thèse,

Pour votre rigueur et votre disponibilité exemplaires,

Pour votre écoute, vos conseils et vos décisions judicieuses,

Pour la confiance et la générosité que vous me témoignez,

Je vous exprime ici mes plus profonds remerciements et reconnaissance.

A Madame le Docteur HUGE,

Vous avez accepté de conduire les discussions des focus groupes. Vous avez bien voulu juger ce travail. Votre disponibilité et votre encouragement tout au long de la réalisation de cette thèse m'ont été précieux.

Qu'il me soit permis de vous exprimer ici mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Docteur PETIT,

Vous m'avez fait l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.

Veillez recevoir le témoignage de ma gratitude.

A mes Maîtres de stage en soins primaires, aux Pédiatres, et aux Médecins hospitaliers qui m'ont accueillie dans leur cabinet ou dans leur service : merci pour le temps consacré à ma formation de soignante.

Aux Médecins Généralistes qui ont accepté de participer à ce travail de thèse et à sa réalisation : un grand merci pour votre disponibilité et votre volonté de partager vos connaissances et expériences dans l'exercice de la médecine générale.

A tous les Enseignants des facultés de médecine de Rennes et d'Angers : je vous remercie d'avoir contribué à ma formation et d'avoir pris du temps à transmettre votre savoir.

A Cyril BEGUE, Interne en Médecine Générale, je te remercie d'avoir participé au codage de cette thèse, suivant les suggestions du Professeur HUEZ.

Aux secrétaires de la scolarité de la faculté de médecine d'Angers, Christiane MILLET et Marie-Andrée MILANI : je vous remercie pour votre gentillesse, votre réactivité et votre aide pendant mes études de troisième cycle et lors de la concrétisation de ce travail.

A mes grands-parents,

Avec qui mes souvenirs d'enfance restent toujours les plus doux dans ma mémoire.

A mes parents,

Vous avez toujours été à mon côté dans chaque étape importante de ma vie. Vous m'avez aidée de toutes vos forces et de tout votre amour durant toutes ces longues années pour la réalisation de mon rêve d'enfant : devenir médecin. Vous avez sacrifié beaucoup de ce qui vous était cher pour l'avenir de vos enfants : votre pays, vos familles, vos métiers, votre santé. Je suis fière de l'amour et de l'éducation que vous m'avez donnés. Je vous présente ici mes remerciements les plus profonds et en vous dédiant ce travail de thèse je voudrais vous dire simplement : je vous aime.

A mon mari Thomas Quang Khôi, merci pour ta patience et ton amour qui m'accompagnent pendant toutes ces années.

A mes fils Hélias-Nam et Vincent-Duy, mes rayons de soleil.

A ma sœur chi Ty et à Christophe, vous m'avez toujours porté soutien pendant mes longues études. Merci pour tous ces moments agréables qu'on passe ensemble.

A mon frère anh Bi et sa petite famille avec qui on partage bien des événements de notre famille.

A Phuong Hoa, Christophe Thien Vu et leur famille, merci pour votre amitié et votre soutien constant.

A mon Parrain le Docteur De VILLENEUVE et son épouse, je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Vous m'avez transmis le sens du partage et d'humanité.

A Etienne et sa famille, merci pour votre présence et votre soutien dans les moments difficiles et dans les moments de bonheur.

A ma famille, si lointaine géographiquement mais si proche dans mon cœur.

A ma belle-famille, merci pour l'encouragement et l'affection que vous me témoignez.

A mes amis et amies avec qui je garde que de très bons souvenirs, merci d'avoir toujours été avec moi pendant toutes ces années.

PLAN

INTRODUCTION	10
METHODE	11
METHODE DE RECUEIL DES DONNEES	11
ECHANTILLONNAGE ET MODALITES DE RECRUTEMENT	11
GUIDE D'ENTRETIEN ET CONDITIONS DE REALISATION	11
RETRANSCRIPTION	12
ANALYSE DES DONNEES	12
RESULTATS	12
RESULTATS ET ANALYSE DES RESULTATS	14
1. LA DEFINITION DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX PAR LES MEDECINS GENERALISTES	14
2. POURQUOI S'INTERESSER AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE ?	16
3. QUAND PENSER AU ROLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS UNE LOMBALGIE ?	19
4. QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES POUR ABORDER LE SUJET DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX AVEC LES PATIENTS ?	24
5. QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES POUR EVITER LA CHRONICISATION D'UNE LOMBALGIE ? QUEL SUIVI ORGANISE ?	30
6. BILAN D'EXPERIENCE DES PARTICIPANTS	35
DISCUSSION	40
1. DISCUSSION SUR LA METHODE	40
2. DISCUSSION SUR LES RESULTATS	41
CONCLUSIONS	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49

INTRODUCTION

Selon la définition de la Société Française de Rhumatologie, la lombalgie commune chronique correspond à une douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou, mais avec prédominance de la douleur lombosacrée pendant au moins trois mois, quasi quotidienne, sans tendance à l'amélioration⁽¹⁾. La lombalgie commune, qu'on appelle également lombalgie non spécifique, se distingue de la lombalgie spécifique par son étiologie : elle ne peut être liée à un processus pathologique caractérisé et évolutif d'ordre tumoral, infectieux, inflammatoire, traumatique sévère, dystrophique, pouvant intéresser le rachis lui-même ou des organes voisins (algies rapportées)^(1,2). La lombalgie commune est une pathologie très fréquente dans notre société. Avec une prévalence estimée à 26,9%, la lombalgie commune constitue le trouble musculo-squelettique le plus fréquent devant les scapulalgies (20,9%) et les cervicalgies (20,6%)⁽⁸⁾. L'évolution vers la chronicité de la lombalgie commune n'est observée que dans 6 à 8% des cas, mais cette minorité de lombalgiques constitue le poids socioéconomique le plus lourd de la lombalgie : 85% des coûts médicaux directs et indirects⁽⁸⁾. En effet, la lombalgie commune chronique est responsable à elle seule de 2/3 des journées de travail perdues et de 3/4 des coûts d'indemnisation^(2,7).

Le passage de la lombalgie commune du stade subaigu (entre 4 et 12 semaines) au stade chronique (au-delà de trois mois d'évolution) est critique et constitue une des sources de préoccupation du monde médical⁽²⁾. Malgré les difficultés méthodologiques, les études ont pu montrer que l'évolution chronique des lombalgies dépendait beaucoup plus des données psychosociales et professionnelles que des caractéristiques médicales de l'affection elle-même^(7,8). L'IASP (International Association for Study of Pain), recommande maintenant d'évaluer le patient selon le modèle bio-psycho-social. Ce modèle permet d'explorer les variables non seulement biologiques (somatiques) mais également cognitives (pensées, croyances, représentations), affectives (anxiété, dépression), comportementales (déconditionnement, capacité d'adaptation), et environnementales (stress, relations inter personnelles, facteurs culturels, sociaux)⁽⁵⁾. La prise en charge du patient lombalgique demande ainsi une approche globale, et multidisciplinaire. Le médecin généraliste en tant que coordonnateur dans le réseau de soins, joue un rôle décisif dans l'intervention sur ces facteurs de risque notamment dans la détermination des facteurs psychosociaux et l'organisation des soins qui en découleront.

Ce travail consistait à recueillir les différentes propositions faites par des médecins généralistes face à un patient lombalgique en période subaiguë. L'objectif était de connaître leurs différentes approches pour aborder les facteurs psychosociaux pendant cette période et les démarches qu'ils choisissaient, afin d'intégrer cet aspect non biomédical dans la prise en charge globale des patients atteints de lombalgies communes.

METHODE

Méthode de recueil des données

La méthode choisie était une étude qualitative sous forme d'entretiens de groupe (focus group) regroupant environ huit médecins généralistes. Le recueil des données devait être effectué au cours de deux focus group réunissant les mêmes intervenants à deux à trois semaines d'intervalles.

Echantillonnage et modalités de recrutement

Echantillonnage ciblé sur un groupe de médecins généralistes du département d'Ille et Vilaine s'intéressant particulièrement aux données psychosociales de leurs patients avec pour variables l'âge, le sexe et l'investissement dans la formation initiale. Nous avons donc ciblé les médecins du réseau APEMEG (Association des Praticiens pour l'Enseignement de la Médecine Générale) d'Ille et Vilaine qui ont été sollicités par courrier avec l'aide du département de Médecine Générale de Rennes.

Devant le nombre insuffisant de réponses pour participer au focus group, nous avons élargi le domaine de recrutement aux différents médecins généralistes de la région rennaise, qu'ils soient impliqués dans l'enseignement de la psychologie médicale pour les étudiants en médecine ou non.

A l'issue de la première séance d'entretien de groupe, les médecins participants ont estimé que toutes les données sur la problématique avaient été obtenues en ce qui les concernait. Il a été décidé de ne pas réaliser une deuxième séance avec les mêmes intervenants, mais de former un deuxième focus group avec d'autres participants, dans le but de multiplier les données.

Guide d'entretien et conditions de réalisation

Les deux groupes ont été animés par un médecin généraliste enseignant et maître de stage, connaissant la thématique et maîtrisant la technique d'entretien de groupe focus.

Le chercheur était observateur externe, s'occupant de l'enregistrement audio-vidéo numérique, et notant les prises de parole pendant le débat ainsi que les expressions non verbales.

Un premier guide d'entretien (Annexes 1) a été élaboré avant la réalisation du premier focus group, remis à l'animateur.

Le premier guide établissait un canevas semi structuré avec 5 questions :

Pouvez-vous nous raconter la dernière fois que vous avez été confronté à une plainte lombalgique qui dure ? Quel type de problème avez-vous ressenti ?

Devant un patient qui consulte de façon répétitive pour lombalgies et pour qui l'arrêt de travail se prolonge, comment réagissez-vous ?

Comment vous y êtes-vous pris pour aborder les aspects non biomédicaux avec le patient ?

Quelle proposition au patient et comment organisez-vous le suivi ?

Que pensez-vous de votre manière de faire ? (question de synthèse de la séance).

Chaque question comprenait des sous-questions de relance et des objectifs pour guider l'animateur sur le recentrage de la question et pour stimuler les échanges.

Le guide d'entretien a été modifié à l'issue du premier focus group : il a été rajouté une question d'ouverture au début en vue d'un travail de déconstruction du terme « psychosocial », ceci dans le but d'élargir le recueil des concepts liés à la thématique.

Cette question était : Qu'est-ce que vous entendez par « facteurs psychosociaux ». Pourquoi vous y intéressez-vous ?

Retranscription

L'enregistrement des entretiens a été intégralement retranscrit sur un support informatique, en respectant l'anonymat des participants et en notant les prises de parole individuelles de l'animateur et des autres intervenants ainsi que leurs expressions non verbales.

Analyse des données

Le codage des données a été réalisé manuellement sous Excel, à l'issue des deux focus group. Les données ont été tout d'abord décontextualisées sous forme de code correspondant à la plus petite unité de sens possible puis recontextualisées de manière à répondre à la question de recherche. La triangulation des données a été réalisée à l'aide du codage en parallèle par un autre chercheur.

Le travail d'analyse du contenu des discussions a été ensuite réalisé selon la technique de « la table longue », transcription des paroles des participants (verbatim) qui ont été découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces verbatims ont été étiquetés en fonction du sous-thème qui pouvait les résumer sous forme d'occurrences, elles-mêmes regroupées en grands thèmes ou grands concepts appelé dimensions ⁽¹⁴⁾.

Résultats

Un groupe de huit médecins généralistes a été ainsi constitué avec une première séance d'entretien de groupe réalisée le 17 juillet 2012 à la faculté de Médecine de Rennes. Deux médecins n'ont pas pu venir à la dernière minute. L'entretien a duré une heure cinquante-deux minutes. Le groupe était formé de deux médecins hommes et quatre médecins femmes, parmi lesquels quatre étaient maîtres de stage universitaires et un faisant partie des enseignants en Psychologie médicale à la faculté de Médecine de Rennes.

Un deuxième focus group a été ainsi réalisé le 9 octobre 2012 au même endroit. L'entretien de ce groupe a duré une heure quarante minutes. Il était composé de cinq médecins généralistes de la région

d'Ille et Vilaine, trois médecins femmes et deux médecins hommes, parmi lesquels un médecin qui enseignait la Psychologie médicale pour les étudiants PCEM2 et DCEM1.

RESULTATS ET ANALYSE DES RESULTATS

Le premier focus group était composé de quatre femmes et deux hommes, âgés de trente et un à soixante-deux ans. Leur ancienneté d'installation en cabinet de Médecine Générale était variée, allant de six mois à trente-cinq ans. On notait l'origine géographique diverse de leur formation initiale en Médecine en France. Parmi ces six médecins, quatre étaient maîtres de stages universitaires, un actif dans la coordination de Médecine générale à Rennes et un faisant partie de l'enseignement de la Psychologie médicale à Rennes.

Le deuxième groupe quant à lui était réalisé avec trois femmes et deux hommes âgés de trente-deux à cinquante-six ans avec une installation en Médecine Générale de un an à vingt-sept ans. Parmi les différents intérêts pour la Psychologie dans leur pratique quotidienne, un de ces médecins était maître de stage universitaire et participait également à l'enseignement de la Psychologie médicale à la faculté de Médecine de Rennes.

Il n'a pas été constaté de réticences ou de blocage à exprimer des idées personnelles. Il n'existait pas de relations de hiérarchie ou conflictuelles entre les participants. Tous les participants ont pris la parole dans un objectif d'échange et n'ont pas hésité à exprimer leur désaccord sur certaines questions. La variabilité de l'âge, du sexe et du nombre d'années d'exercice a permis de faire émerger plusieurs points de vue sur la problématique .

Les occurrences citées pour figurer les différentes idées du débat ont été suivies d'indices « a » pour désigner le premier groupe et « b » pour le second.

1. LA DEFINITION DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX PAR LES MEDECINS GENERALISTES

1.1. Le niveau psychique et le niveau intellectuel du patient

1.1.1. Le profil psychologique

Les médecins pensaient que l'état psychique du patient influait : « *son état psychologique de base en dehors des problèmes aigus* » (M5b) « *...bon le niveau...niveau psychique est important hein...je crois que en fonction de la tolérance douloureuse* » (M2b).

Si le profil psychologique de chacun était différent, la prise en charge devait donc être adaptée « *...des patients avec des profils psychologiques un petit peu fragiles, des patients qu'on assiste beaucoup* » (M2b).

1.1.2. Le niveau socio-intellectuel et les capacités d'apprentissage

L'adhésion aux soins proposés et la capacité de compréhension d'une problématique étaient fortement dépendantes du niveau socio-intellectuel « *... quelqu'un qui a un niveau social*

élevé...déjà...expliquer des choses plus pratiques alors que quelqu'un avec un niveau moins élevé...expliquer les choses de façon plus concrète...plus...coquille » (M1b)« quelqu'un qui a compris que l'histoire du kiné il faut au moins 5 séances ou au moins 10 séances pour en trouver le bénéfice...ben il va aller plus facilement parce qu'il a compris pourquoi on l'envoie... » (M1b), « ...c'est aussi au niveau intellectuel du patient...ses...ses expériences précédentes...par rapport à...au problème de ...les expériences physiques...des choses comme ça...aussi au niveau intellectuel...des formations... » (M3b).

1.2. Le mode de vie du patient, sa pratique sportive

Pour certains médecins les facteurs psychosociaux concernaient également l'intérêt que le patient accordait à sa pratique sportive « *ce qui est sain aussi...c'est faire du sport aussi, sa pratique sportive aussi en dehors* » (M 4b). Cet intérêt pouvait participer à une démarche de prise de conscience par rapport à son corps.

1.3. L'environnement familial et professionnel

Les facteurs psychosociaux concernaient essentiellement l'entourage du patient, familial ou professionnel pour les médecins : « *les facteurs psychosociaux je pense que c'est un petit peu environnement, le travail du patient* »(M 5b) « *est-ce qu'il est bien aussi dans son entreprise dans sa boîte parce que ça joue aussi dans sa lombalgie...ce qu'il a dans son boulot et l'ambiance générale du travail...voilà...* » (M 4b). Dans les exemples qui ont été cités, on pouvait retrouver un problème lié au couple, au stress « *après je pense bien qu'il y a énormément de stress dans le couple...* » (M 2a), un souci de santé de quelqu'un dans la famille « *qui est en grande difficulté en ce moment surtout par sa femme qui a un cancer du poumon* »(M 6a) « *En plus il est venu hier avec son fils qui a 24 ans qui a une IMC vraiment profonde* »(M 1b), ou pas obligatoirement un souci de santé « *qui accompagne une fille adolescente qui a du mal à trouver sa place un peu dans la société* »(M 6a). Un décès survenu brutalement, une situation de deuil difficile pouvaient être un élément déclenchant des symptômes « *mais qu'est-ce qu'il vous est arrivé là ?* » « *Ben ...j'étais assise sur ma chaise, j'ai pris le téléphone parce qu'on m'appelait...et on m'a appris la mort de mon neveu...* »(Silence)...*Elle est restée une demi-heure sur la chaise, quand elle se levait elle était (dessine la forme de la chaise avec son doigt)...et c'est exactement la position dans laquelle elle était....* (M 5a).

Les situations professionnelles particulières pouvaient également être à l'origine de la plainte douloureuse « *si c'est quelqu'un qui a manifestement des problèmes psychologiques dans son travail....de surmenage* » (M 3a)

L'intérêt du médecin pour les facteurs psychosociaux lui permettait d'avancer dans sa démarche thérapeutique « *comment ça se passe au travail, comment il est, comment vous bougez, etc....on va repartir sur autre chose, sur l'environnement familial...sur l'environnement professionnel, ou la fatigue...éventuellement accumulée, ou les conflits qui ont pu avoir,...heu...ou...le conflit avec quelqu'un qui a donné des dimensions de ce genre...* » (M 5a)

1.4. Le problème des addictions

Si le problème de l'alcoolisme jouait un rôle énorme dans la prise en charge d'un patient, les autres addictions médicamenteuses, elles, étaient loin de nous faciliter le dénouement de la situation.

L'addiction aux médicaments ou à l'alcool posait une difficulté supplémentaire à la prise en charge d'un patient lombalgique « *l'alcool ça joue un énorme rôle à mon avis plus les autres intoxications possibles....Leur rapport à la douleur...leur rapport aux gens qui prennent du toxique...morphinique ou pas morphinique...* » (M 3b).

Le sentiment devant cette problématique pouvait être un sentiment d'interrogation « *...c'est ...là il faut vraiment qu'on soit vigilant parce que c'est pas quelque chose qu'on...qu'on connaît au départ...* » (M3b) ou un sentiment d'impuissance « *.....Ils ont mal au dos, certes, mais surtout ils sont dépendants du Topalgic....Et pas de moyen de l'arrêter...parce que tout ce que vous voulez mais c'est pas possible j'ai trop mal...et ça j'ai du mal à gérer....*» (M 5b).

2. POURQUOI S'INTERESSER AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE ?

2.1. Mise en difficulté du médecin devant la complexité de la situation

La difficulté que ressentait les médecins était parfois évidente face à un patient qui les mettait à l'épreuve comme disait le médecin 6a : « *parce qu'il me met en difficulté* », mais la plupart du temps cette problématique se présentait dans un processus de suivi, par exemple quand il s'agissait des métiers précaires « *c'est...c'est ingérable quoi...quand c'est 8 heures de travail ...je sais que c'est plus facile...on fait une pause et puis...on verra quoi ...une chose à la fois...quand effectivement...3,4 ...quand il faut donner un arrêt de travail il faut 5 exemplaires quoi....c'est tout bête hein...* » (M3a).

Avec la durée de la prise en charge, certains médecins avaient parfois le sentiment d'être dépassés « *...enfin j'ai l'impression de pas savoir gérer la chronicité de la chose...vraiment....voilà.....j'ai l'impression de ne pas gérer tout ça quoi il a pris les devants et...et....* » (M5b) ou « *ben oui...moi ce que je retiens c'est ...c'est surtout que...de temps en temps on se fait avoir et ça je...je l'ai senti très très bien....On n'a pas anticipé* » (M3b), d'autres se rendaient compte avec l'expérience que la lombalgie restait problématique « *...je m'aperçois que la...la prise en charge...la consultation du patient lombalgique c'est une consultation très compliquée* » (M 5a).

Il a été mentionné également le sentiment d'être démuné quand le médecin n'avait pas la possibilité de proposer la solution au patient « *on n'a pas de solution miracle non plus....donc on a l'impression des fois qu'on s'installe dans des cercles vicieux* » (M 2b). Plusieurs médecins ne se trouvaient pas capables de régler le problème « *et puis tu sais qu'ils souffrent...et que voilà on n'a pas été bon et...tu sais pas comment faire là...* » (M2b) « *c'est que à un moment donné je ne suis pas capable d'assumer ça....Donc je demande l'avis du spécialiste*»(M 3b) « *contexte social moi j'ai du mal je sais pas gérer*»(M5b). Ce sentiment d'impuissance s'expliquait non seulement par un manque de moyens « *c'est ce que je disais ...on n'a pas les équipes de soins en fait pour aider ces patients-là*»(M3a) « *...et donc on n'est pas aidé là...on n'est pas aidé...et donc voilà où je suis embêté c'est que ça passe en chronicité là t'as pas toutes les cartes en main...J'ai l'impression que je n'ai pas toutes les cartes....* »(M3b), mais également par le fait que les médecins se sentaient dépassés par le temps « *des fois t'évites de poser la question parce que sinon tu en as pour une plombe (médecin 1 sourit)* « *...bon ben...je vais vous prolonger de 8,10 jours...et dans les 10 jours on doit pouvoir trouver une solution...et puis on va pas trouver une autre solution....c'est marrant hein ?* » (M 3b).

2.2. Le problème de l'arrêt de travail qui restait un problème parfois pesant et difficile à résoudre

Si certains médecins se mettaient dans la problématique de l'arrêt de travail dès les premières consultations, d'autres se retrouvaient impliqués dans un engrenement interminable : *« ils vont se dire au mieux je vais être arrêté 15 jours et puis voilà des mois qu'ils sont arrêtés »* (M2b) *« et pareil, arrêt, arrêt, prolonger, prolonger, parce que...il avait mal au dos quoi.... »* (M5b). Deux médecins mentionnaient clairement leur démarche dès le départ : *« il faut faire dès le début quoi...dès le premier arrêt de travail...dès la première consultation...se dire tout de suite arrêt de travail ou pas d'arrêt de travail ?? »*(M 3a) *« Et tu as des gens...ben tu te demandes pourquoi il veut un arrêt. Pourquoi il veut un arrêt ? Bon, c'est à ce moment qu'il faudrait qu'on ait la possibilité de comprendre ce qu'il entend le patient »* (M 3b).

L'instauration d'un arrêt de travail pouvait être issue d'un processus de négociation avec le patient comme ce que déclarait le médecin 3b : *« ...c'est...c'est...c'est une problématique de négociation...c'est ce que je disais tout à l'heure c'est là où je vois bien que...vous...là vous êtes trop douloureux ou là...mais là...je fais un arrêt pour aujourd'hui parce que vous n'arrivez pas à vous déplacer et puis là pour demain...mais directement si vous suivez ce que je vous dis ...heu...vous devez pouvoir reprendre après demain et ça va être mieux pour vous... »*.

La problématique se présentait également devant un obstacle financier ou administratif. Les médecins nous illustraient la difficulté à la prise de décision dans certaines situations où les patients éviteraient eux-mêmes les arrêts : *« voilà nous avons pas mal de gens comme ça, ce sont des professions ...voilà...c'est...c'est...le ménage, c'est le postier, c'est la manutention...voilà des choses comme ça, avec des contrats précaires, et effectivement c'est...non, non, non, ça va aller quoi »* (M3a) *« ...c'est-à-dire qu'il y a des corps de métier où ils ont zéro indemnité salaire...attention...les patients là ils vont pas s'arrêter...ils vont travailler...En même temps je fais l'arrêt que pour le problème de lombalgie...c'est pas évident...il faut pas qu'il travaille...ça dépend pourquoi il est venu ? combien de temps ? »*(M1b). La décision d'une prolongation d'arrêt était alors parfois contradictoire, allant contre le souhait du patient et du médecin finalement *« ...bon ...le cas de miroir un peu de ce qu'on voit d'habitude parce que lui il a plutôt envie de reprendre son travail parce qu'il n'est pas douloureux...heu...mais bon je vais quand-même probablement l'arrêter parce que voilà...c'est quand-même pas une ...une bonne...stratégie... »* (M3a). La contradiction survenait également quand il s'agissait de l'administration concernant le dossier du patient *« ...donc je suis obligée de la prolonger pendant un mois encore ou un mois et demi parce que la commission n'est que dans 3 mois »* (M2b) *« ...Je me suis retrouvée embarquée (rires) dans un truc avec lui dont au départ j'étais pas super d'accord »* (M 5b).

Enfin, certains médecins choisissaient la stratégie de faire des arrêts courts permettant une réévaluation de la plainte et une analyse de la situation *« d'essayer de faire des arrêts courts même si il faut renouveler pour essayer de les faire revenir pour en discuter et puis voir si on arrive à comprendre un petit peu... »* (M 4b).

2.3. Le coût socioéconomique des arrêts de travail pour lombalgies ou des conséquences financières pour le patient

Le poids socio-économique des arrêts prolongés était indiscutable. Du côté du médecin il a été ressenti comme un coût pour la société : *« Pour 3 semaines d'arrêt je trouve ça énorme mais je trouve que...ben déjà par rapport au point de vue médical, par rapport à la société je trouve que...c'est pas*

...c'est pas logique » (M 1a), et du côté du patient cela pouvait engendrer une sanction financière : *« ...elle en a pas envie pour une raison effectivement pécuniaire parce que là aussi du coup avec ses lombalgies ses revenus...ben...nettement »* (M2b). Cette difficulté était encore plus fortement perçue quand il s'agissait des artisans ou d'autres travailleurs indépendants : *« ils sont obligés...ils sont à leur compte ... »* (M 4a) *« bah...il faut qu'ils bossent, il faut qu'ils bossent" (M 2a).*

Les médecins ont parlé ainsi de leur embarras devant cette question financière, lié d'une part à une connaissance insuffisante du droit des patients, leur revenu, leur perte de salaire en conséquence de l'arrêt *« c'est qu'on ne connaît pas véritablement leur droit et heu ...et c'est vrai que moi j'aurais tendance à monter vers l'assistante sociale »* (M 3b) *« je sais pas leur proposer tiens, là vous êtes dans tel cadre il faut faire telle démarche sociale j'ai pas l'impression d'avoir eu ça dans ma formation moi...pas du tout »* (M5b). D'autre part l'obstacle à la gestion du patient pouvait survenir à travers la relation médecin-malade, quand le médecin trouvait que c'était intrusif d'aborder le sujet *« c'est-à-dire leur perte de salaire par exemple...heu...on ...on...moi je suis pas capable d'anticiper avec eux...j'ai...j'ai une certaine...comment dire...j'ose pas leur en parler...c'est-à-dire leur dire mais attendez...là dans 2 mois...enfin quand est-ce que vous allez être en demi salaire...est-ce que vous avez une compensation...est-ce que vous avez une assurance...est-ce que...par rapport à vos prêts... »* (M 3b), *« mais j'ai du mal à demander « est-ce que vous avez perdu du salaire ou pas ? »* (M1b).

Malgré ce côté péjoratif que pouvait mener cette sanction financière, quelques médecins signalaient l'appui qu'elle présentait pour une reprise de travail ou un dénouement de situation *« c'est un argument de la reprise...le mi- salaire... »* (M 2b), *« oui (regarde médecin 2) c'est ce que je disais tout à l'heure hein...mon patient en fin de droit c'est à ce moment-là qu'on a pu causer hein... (Sourires) »* (M3a).

2.4. Les bénéfices secondaires et la question des accidents de travail pour lombalgies

Il a été constaté que les accidents de travail concernaient le plus souvent des métiers physiques *«En bougeant un patient elle a eu une douleur...heu...une douleur...lombaire aigue... »* (M 1a), *« qui travaille dans un foyer de personnes âgées...et qui un jour a eu un lumbago aigu en soulevant une dame... »* (M 5a).

Du fait qu'il y avait une couverture financière pour les lombalgies en accident de travail, les médecins pensaient qu'il existait un bénéfice secondaire pouvant faciliter une chronicisation de la pathologie *« et j'ai l'impression que ça se chronicise plus facilement si c'est un accident de travail...enfin j'ai eu ça comme sentiment... »* (M5b) *«et ils peuvent être ...embrayés dans un mécanisme qui...qui...va dans une chronicisation parce qu'il y a un bénéfice secondaire... »* (M3b).

2.5. Limiter les examens complémentaires non justifiés ou résister à une demande excessive du patient: un refus difficile.

Face à la demande assez fréquente des patients concernant des examens complémentaires surtout en matière d'imagerie, les médecins conservaient le même avis dans la majorité. Si l'absence d'indication pour une IRM paraissait évidente : M 4a *« de toute façon, pour les états de dos comme ça, franchement il n'y a pas d'argument quoi ... »*, le refus face à cette sollicitation restait délicate : *« on peut aussi faire comprendre aux gens et c'est ce qui est dur ... ils vont dire « ah, je suis allé voir sur*

l'internet, ... et ... voilà » (hochement horizontal de la tête). » (M 4a), « il n'y a rien...oui...sauf que c'est pas quelque chose facile de ...de refuser... »(M5a).

Ce refus était d'autant plus difficile quand le patient revenait avec un avis médical « ... et le radiologue qui m'a écrit ... c'est bien marqué là donc ... »(M3a).

Alors pour répliquer à cette demande, certains médecins essayaient de résister comme ce qui a été mentionné par plusieurs médecins (*M 4a : moi je résiste ! M 6a: je résiste ... M 3a : j'essaie presque de ne pas le dire*). D'autres trouvaient des moyens différents pour faire réfléchir le patient : « moi, je leur dirais « je veux bien, il n'y a pas de problème, on va prendre un rendez-vous, le problème c'est que l'IRM ... on a derrière une idée chirurgicale ... et que ... ben ... on pense déjà à vous opérer » « ah bon ? Vous croyez ? » (M 5a).

2.6. Situation concernant de plus en plus souvent une population jeune

Ce qui préoccupait les médecins également c'était que les lombalgies communes concernaient très souvent une population jeune : « ...et avec des âges relativement...dès le début hein... » (M3b) « oui...il y a beaucoup de sujets jeunes...t'as raison...t'as des ados qui disent... (Soupirs)...j'ai mal au dos » (M 2b), et surtout quand il s'agissait de métier manutentionnaire : « je me suis retrouvée embêtée avec un patient, pareille, 25 ans, assez jeune, qui a un travail manutentionnaire » (M 5b).

3. QUAND PENSER AU ROLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS UNE LOMBALGIE ?

3.1. Lors d'un questionnement du médecin devant l'absence d'évolution des symptômes

Quand les symptômes commençaient à durer d'une façon inhabituelle cela attirait l'attention du médecin « vous êtes un peu tendu là...vous êtes un peu stressé en ce moment ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous perturbe ? Enfin une fois, deux fois ça va mais trois fois c'est pas possible c'est qu'il y a quelque chose derrière » (M 5b) « un mois et demi après on est dans la même situation...il y a quelque chose qui va pas...ou alors on est passé à côté de quelque chose.... » (M5a). En conséquence, il y avait ce côté relationnel pas toujours facile à gérer pour le soignant « je pense que quelqu'un qui revient régulièrement c'est un petit côté énervant pour nous parce que on n'a pas fait bien notre travail ou en tout cas on n'a pas mis le doigt sur ce qui n'allait pas et ça a quelque chose de frustrant aussi pour nous...les consultations itératives pour le même problème...donc au bout d'un moment...ben... de toute manière... » (M 2a).

Le questionnement pouvait survenir aussi quand on notait une discordance entre les épisodes « ça se passe bien certains moments pourquoi d'autres ça se passe pas...il faut essayer de comprendre pourquoi c'est pas possible » (M 4a), ou bien une discordance entre la plainte douloureuse et la localisation somatique évidente « Ce n'est pas évident ... d'avoir la réponse à ce ... ce type ... ce type de problème ... ce sont des lombalgies ... pourquoi lombalgies ... quand c'est ses 2 hanches qui n'allaient pas bien ? » (M 5a).

La recherche du dysfonctionnement était issue d'une démarche progressive « oui, c'est plus au fur et à mesure ...la première ou deuxième fois je reste plutôt dans l'entente de la plainte, l'analyse de la

*plainte, l'importance de la plainte ...et puis bon...15 jours, bon, on se revoit, ça s'arrange nettement quoi....On fait attention un petit peu, ou on regarde l'aspect fonctionnel des choses...puis effectivement si ça répond pas ou si on voit un aspect de chronicité...heu...là effectivement il y a quelque chose qui va pas quoi » (M5a). C'était suite à des consultations itératives de lombalgies que le médecin se posait cette question « *qu'est-ce qu'il y a derrière ?...qu'est-ce qu'il y a derrière et là c'est...et ben...c'est aussi de chercher un problème...heu...vous savez il y a une expression c'est « j'en ai plein le dos »... « Vous en avez plein le dos ? » » (M 3b).**

L'absence d'évolution surtout la persistance des douleurs malgré le traitement mettait parfois le médecin en doute « *je pense que c'est la remise en question du diagnostic.....On est passé à côté de quelque chose....il va falloir réexaminer de la tête au pied » (M 1a).*

3.2 .Patient ayant un travail physique

On notait une unanimité des médecins qui disaient que les lombalgies connaissaient des complications rapides chez les patients exerçant un métier physique « *je trouve qu'après ça se complique vite quoi sur les gens qui ont un travail physique » (M 2a) « Je dirais ce qui me pose plus de problème, moi, c'est sur les lombalgiques qui ont un travail manuel...ça c'est vraiment un gros souci...heu... » (M3b) et donc la réaction devant ce facteur de risque devait être immédiate si on voulait éviter le passage en chronicité« *tout de suite si c'est un travail manuel il faut y penser relativement vite » (M3a).**

3.3. Un arrêt de travail qui dure

Là aussi les médecins étaient d'accord entre eux qu'il fallait s'alerter dès qu'il s'agissait d'une prolongation d'arrêt de travail « *il avait toujours aussi mal....donc je lui ai prolongé en disant que voilà...ça allait traîner un peu tout ça» (M2a).* Il pouvait s'agir de prolongations contre le souhait du patient dans certaines situations « *parfois on peut être amené à prolonger l'arrêt de travail alors que le patient il a envie d'y aller » (M3a),* ou pour une autre raison que la lombalgie elle-même « *Je pense que dans le public c'est quand-même un peu plus facile d'avoir les réponses pour tout ça...donc je prolonge l'arrêt...pour un défaut administratif... » (M2b).*

La prolongation d'arrêt se présentait également comme une difficulté supplémentaire pour le médecin « *...et j'ose pas ...j'ose pas....j'ose pas dire ...dire...bon allez il faut y aller...quand ils me disent « j'ai mal...j'ai mal...c'est pas possible de me remettre au boulot » (tient son dos avec ses mains)...enfin je suis encore assez...heu...je ne sais pas dire non encore mais ça va peut-être venir » (M 5b).*

3.4. Revendication d'une reconnaissance

3.4.1. Reconnaissance de son travail

Le manque de reconnaissance d'un travail jouait un rôle important dans la chronicisation d'une lombalgie. Quand une lombalgie était traînante et qu'il existait une revendication de reconnaissance, il était alors intéressant de se poser la question des représentations du patient par rapport à son travail « *il y a toutes représentations sociales...de...de...représentations du patient...il n'a pas pu être reconnu éventuellement dans son travail ou dans autre chose » (M 5a) « Elle est de quelques années de la retraite....elle a aussi des choses elle veut montrer qu'elle peut fonctionner encore... » (M2b).*

L'absence de reconnaissance dans son travail, de la qualité de son travail pouvait se traduire alors par une souffrance physique «c'est tellement dur au travail que le travail a tué son dos... » (M 5a).

3.4.2. Reconnaissance de l'accident de travail

Les médecins avaient cité plusieurs exemples de lombalgies traînantes accompagnées de revendication de la reconnaissance d'un accident de travail « ...l'accident de travail ...quand ils disent par reconnaissance par rapport à l'accident de travail... » (M2a) « puis elle mélange avec la revendication de la reconnaissance d'un accident de travail » (M1a). La revendication pouvait être un moyen d'exprimer le sentiment d'injustice, et si le patient n'était pas entendu, la plainte alors prenait d'autre proportion qui pouvait être délétère « ...je pense que déjà si ça se passe pas bien sur le lieu de travail...si on reconnaît pas trop l'accident de travail...que...c'est un peu minimisé...bah...ça prend des proportions ...des fois ...c'est important pour les gens quoi...qu'ils sont pas reconnus » (M2a).

3.4.3. Reconnaissance de sa pathologie ou de son existence

Quand le patient venait pour qu'on entende sa plainte, il a été noté l'importance de l'écoute du médecin « pour qu'il comprenne aussi qu'on reconnaisse aussi ses douleurs ». Il pouvait s'agir d'une revendication de reconnaissance qui n'a pas été vue par d'autres « elle est venue me voir parce que il n'y a pas de reconnaissance, elle a besoin d'une reconnaissance, c'est la première fois que je l'ai vue, elle m'a demandé si je peux lui faire une déclaration en maladie professionnelle.... » (M1a).

Le médecin devait alors se poser la question d'un mal être, d'un besoin vital pour le patient de traîner sa souffrance « ...il n'a pas pu être reconnu éventuellement dans son travail ou dans autre chose...ben ...il faut qu'il soit reconnu dans la maladie et...il traîne ça comme un élément important pour lui tant qu'il vit à travers sa souffrance » « pour le patient (regarde médecin 1)...comme tu dis qui a été vu tuc, tuc, tuc comme ça (fait signe de la tête au pied avec sa main gauche) c'est un moyen de prouver qu'il est toujours en vie quasiment » (M 6a).

3.5. L'analyse d'une plainte ou d'une situation par le médecin jouait un rôle primordial

Le médecin avec son observation avait les possibilités de se questionner « ...effectivement quelque chose qui va pas le patient va pas bien...la façon de se présenter c'est un élément important, la façon qu'il va revenir, la façon qu'il a de demander certaines choses....Il faut absolument qu'on l'arrête, etc...donc quand on a quelque chose qui va pas ou quand ça commence à durer un petit peu » (M5a). On notait par la suite la nécessité d'approfondir l'interrogation en sortant du questionnement des lombalgies « et donc ...ça va assez vite...enfin pour moi....Je reste pas longtemps en position intermédiaire...et puis après effectivement...c'est plus...voilà...le soutenir...les écouter ...voilà... et plus par le ressenti que le...que le...enfin moi j'essaie de sortir...sortir des lombalgies ...enfin...du reste des lombalgies...mais... » (M 3a).

3.5.1. L'expérience du médecin

L'expérience du médecin aidait énormément à cette analyse « Il vaut mieux que le médecin ait évolué dans sa pratique.... » (M3a). Elle intervenait non seulement dans l'examen clinique « et pour palper...ils sont à plat ventre ...moi c'est avec le temps aussi hein...parce qu'on le fait pas trop pendant nos études...et avec le temps...et les gens le sentent bien là ils vont se dire il se passe quelque

chose... » (M4a), mais également dans l'organisation du temps qui restait un atout important à l'analyse « c'est l'organisation de la consultation et la prise de rendez-vous qui est l'élément le plus important... » (M 5a). L'expérience permettait ainsi une approche particulière de la pathologie que le médecin n'avait pas forcément au début de son exercice « au bout de 10 ans...enfin...les patients tu revois 2,3 fois sur 2 ans...et hop ! Ils vont revenir te voir parce que c'est ta façon d'approcher la pathologie qui...qui...voilà...donc... » (M 3a) « pour leur expliquer quoi... j'aime bien parler avec les patients ...leur donner des explications mais là j'avais peut-être pas forcément ce qu'il fallait pour... » (M4b) « ...c'est...c'est l'expérience... » (M 3b).

3.5.2. Le profil du patient

La pratique faisait que le médecin reconnaissait le profil du patient dès les premiers instants « *un lombalgique se sait moi je dirais dès la première consultation déjà... » (M3a), cette identification servait à l'analyse quand le patient revenait le voir pour le même motif de consultation « oui, mais on garde ça au fond de la mémoire...on n'est pas surpris de les revoir une deuxième fois... » (M6a).*

Il était important pour le médecin de garder en mémoire que cette démarche d'identification restait individualisée « *chacun est particulier... » (M4a) « c'est au médecin de voir chacun différemment avec un œil... » (M3a).*

Le médecin connaissait le profil du patient avec le temps également quand ce dernier faisait partie de sa patientèle « *alors, on sait, on connaît des fois les gens aussi... » (M6a) « on connaît nos patients hein... » (M 1b). Cette connaissance pouvait servir à dénouer la situation comme ce que suggérait le médecin 1a : « J'ai dit pour avoir un contre avis en fait parce que c'est le médecin qu'elle avait depuis toute petite en fait donc que...pour renforcer mon...mon diagnostic en fait (rires)... », mais parfois elle mettait aussi le médecin mal à l'aise « *on sait qu'il y a des patients il faut aller assez rapidement chez le spécialiste sinon il ne va pas s'arrêter...donc voilà... » (M1b).**

Il a été également noté que la découverte d'un nouveau patient n'était pas forcément un inconvénient mais pouvait être un atout pour l'analyse : « *oui en fait...assez facilement...donc que peut-être les gens qu'on connaît depuis un certain temps on pose peut-être pas la question » (M 2a). « ...je la connaissais pas j'avais un regard neuf » (M 1a).*

3.5.3. La discordance entre la plainte et l'examen clinique

Cette discordance apparaissait comme un élément évident permettant au médecin de se dire qu'il existait un facteur péjoratif autre que la pathologie elle-même. Le médecin se servait alors de son sens d'inspection pour repérer cette anomalie « *...et puis il y a des jours ils ont mal au dos et puis tu les fais pencher en avant et puis ils sont en chute devant toi donc là il y a une discordance...c'est quand on sent la discordance entre l'intensité du symptôme et l'objectivi...enfin si on arrive à objectiver » (M3b) « « le patient qui effectivement peut pas toucher le sol, qui a un indice main-sol qui est à 1m20 et qui a fait ses lacets quoi...qui met ses chaussures, qui demande pas ton...ton chausse- pieds ...qui peut être fourni...enfin voilà... » (M 5b).*

Même pour un patient qui n'était pas connu par le médecin et qui a été vu pour une première fois, ce côté contradictoire devait être mis en évidence assez facilement « *même sur les patients qu'on voit pour la première fois, sur sa façon de se présenter, d'exprimer sa douleur ...heu... (Gestes avec ses mains)...de l'examen ...tout de suite on voit comment il est assis sur le tapis d'examen...c'est pas du*

tout la même façon s'il est assis comme ça hop sur la table d'examen (fait le geste de s'asseoir rapidement) sans problème et celui effectivement qui se dandine sur ses fesses... » (M3a). L'analyse était d'autant plus facile que le médecin avait un sens critique pour l'examen clinique « ...effectivement...d'emblée je me disais que je tombais dans un truc mais...je la connaissais pas j'avais un regard neuf...mais elle était pas ...l'examen...je posais mon doigt elle sautait au plafond etc...donc on sentait bien que c'était pas clair » (M1a).

Enfin, certains s'approprièrent de techniques d'examen pour arriver à détecter cette discordance « *Quelqu'un qui peut se pencher en avant ou bien (fait le geste)...essayez-vous, allongez bien les deux jambes et vous croisez les jambes, l'une sur l'autre... bon ben ça se passe bien...mettez-vous debout, penchez-vous en avant...oh là, je peux pas, oh !!...je peux pas c'est trop difficile » (M5a).*

3.5.4. Les outils d'évaluation

Si la plupart des médecins n'utilisaient pas tellement des moyens reconnus pour évaluer le risque de passage en chronicité d'une lombalgie « *...je voudrais ça peut-être justement avoir des ...facteurs de risque pour cibler quand-même » (M 5b) « ah oui je crois qu'il me manque ça moi les...tu vois des petits voyants...ah tac, celui-là il ne va pas s'allumer là...méfiance...ça va...ça va plonger quoi... » (M3b), il a été noté que l'échelle visuelle analogique pour la douleur était un des moyens pour quantifier la plainte douloureuse « *J'ai pas l'impression qu'il y a pas d'échelles...l'échelle de la douleur.... » (M5b) « l'EVA c'est tout hein... » (M1b) « ...je parle de l'échelle de la douleur pour leur quantifier un petit peu ça... » (M 6a).**

Le fait de prendre du temps pendant l'examen clinique paraissait comme un élément clé pour arriver à mettre en évidence l'origine musculaire de la douleur « *prendre le temps de palper et moi quelque part j'apprends aussi à reconnaître la contracture et eux ils la sentent » (M 4a) « ...debout...et ...en appuyant un peu sur le bureau...moi je m'assois derrière, je prends le temps et je palpe... » (M6a). Il était aussi primordial de s'accorder du temps pendant la consultation à la discussion pour pouvoir faire ressortir des éléments nécessaires à l'évaluation « *...ben...des outils verbaux... (Rires) » (M 6a) « j'utilise rien sauf ...la discussion avec le patient...d'échange ...de verbalisation ... » (M 5a) « oui, enfin, qu'est-ce qui me ...enfin...moi je passe plus de temps à discuter avec eux...donc la demi- heure que je passe je la passe à discuter » (M 3a).**

Quand la question des facteurs psychosociaux se posait dans l'analyse, certains médecins mentionnaient des techniques pour aller chercher les informations et confirmer cette hypothèse comme la question sur le sommeil « *voilà...est-ce que vous dormez bien ? est-ce que vous vous endormez bien ? est-ce que...voilà... » « Non ça me fait mal je me couche et puis après je dors bien jusqu'au lendemain matin.. »...bon à priori voilà...c'est pas vraiment quelqu'un qui va pas bien dans sa tête...qui va forcément bien dormir donc...ça a un moyen d'aller chercher l'info ça... » (M 3a) ; ou la différence entre le travail et les périodes de vacances « *oui, ben ...de dire le week-end ou quand vous êtes en vacances est-ce que vous avez aussi mal « » (M 4a). Mais la finalité était d'éviter d'alerter le patient de sa recherche de ces symptômes psychiques « aller chercher en fait...de sortir du questionnaire lombalgique, de rentrer dans un autre questionnaire sans forcément alerter le...le... enfin si on ne sent pas l'aspect ...psy...de la question...on peut arriver à avoir des infos un petit peu différentes...quoi... » (M3a).**

4. QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES POUR ABORDER LE SUJET DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX AVEC LES PATIENTS ?

4.1. Expliquer la normalité de l'examen clinique et des examens complémentaires

Il semblait important de rassurer le patient en leur parlant de contractures musculaires « *pour moi c'est que de la contracture que vous avez* » (M4a) « *...parce que c'est un problème musculaire il faut faire travailler...il faut faire travailler le muscle et là je leur dis attendez, vous avez surtout mal quand là...c'est quand vous vous levez ça se dérouille etc... ? Et quand c'est l'après-midi ça va mieux bon ben c'est des muscles vous les avez chauffés...bon ça va mieux...ben il faut les chauffer...donc là il faut...si je vous arrête là vous faites 2 heures de de randonnée...de marche dans la matinée et 2 heures dans l'après-midi... (Ouvre ses mains)* » (M3b). L'examen clinique était un moment propice pour aider le patient à faire un rattachement entre leur symptôme et les facteurs non biomédicaux « *leur dire que si c'est des contractures musculaires bah...de leur dire « vous n'êtes pas un peu tendu en ce moment ?* » (M1a) , ou au moins de lui faire prendre conscience de l'interrogation du médecin devant le côté illogique des symptômes « *quand il y a une douleur où les gens ont mal partout...de haut en bas et surtout quand on touche les masses musculaires des 2 côtés ça fait mal...Ah...ça peut pas faire mal partout...il y a quelque chose qui va pas...* » (M 5a).

4.2. L'écoute en se donnant du temps

Une attitude ouverte du médecin à l'écoute permettait d'aborder le sujet à des moments justes « *je lui ai dit « mais qu'est-ce qui vous est arrivé ? »...Je discutais un petit peu de temps en temps à chaque fois et puis elle m'a dit « bah oui vous savez la mort de mon neveu ça m'a marqué... » « Ah oui, racontez-moi ça... »...c'est là que j'ai appris les circonstances* » (M5a) « *...voilà...ils sont réticents à ce moment -là...et...des fois ça le simple fait de les écouter...voilà...de ...est-ce qu'il y a en ce moment qui fait que... (mouvements de ses bras) des problèmes...et après il faut se donner du temps...* » (M3a).

Par conséquent, cette démarche nécessitait une organisation de la part du soignant afin de dégager du temps nécessaire à la discussion « *moi je passe plus de temps à discuter avec eux...donc la demi-heure que je passe je la passe à discuter* »(M3a) « *il faut prendre le temps...c'est une consultation longue...où tu discutes pas mal* » (M 4b).

4.3. Faire prendre conscience au patient

Cette prise de conscience de l'existence des facteurs psychosociaux pouvait passer déjà au début par un examen clinique soigneux « *pour que les patients des fois...par...toi quand tu l'examines...se rendent compte que bah oui, là, il y a quelque chose...il a bien mal...ça lui explique leur mal quelque part parce que...bah ils voient bien qu'il se passe quelque chose...on va essayer de...voir ça et puis après tu le réexamines et que ça va mieux ou s'il a toujours mal ben là on peut dire « attendez il faut bien qu'on voit un petit peu qu'est-ce qui se passe quoi... »* (M 4a).

Faire un rattachement entre les épisodes où la douleur réapparaissait était aussi un moyen de faire réfléchir le patient « *...alors que la personne qui participe à sa douleur et essaie peut-être de comprendre dans les périodes où les choses ne vont pas bien...se demander quand ça va pas...qu'est-ce qui se passe ?* » (M 5a).

Certains médecins disaient qu'en fonction du patient qu'ils connaissaient, ils utilisaient aussi parfois des questions directes finalement pour faire affronter le patient au problème « ...des fois j'y vais « cash » (rires) je leur dis « bah...il n'y a pas un truc qui va pas ? »...s'ils annoncent la phrase « bah...c'est pas dans la tête docteur... »Peut-être que pas dans la tête mais je leur explique avec des mots un peu caricaturaux de la situation....Je leur dis « je reviens pas sur votre douleur qui existe mais....voilà »...mais après ... » (M1a).

L'objectif était de pouvoir faire réfléchir le patient, qu'il prenne conscience de son corps, de ses soucis et du lien entre les deux « c'est-à-dire essayer de lui faire rattacher ...de lui faire...parce que lui il n'a pas forcément...lui il a mal au dos » (M3b)

Cette prise de conscience n'était pas obligatoirement systématique suite à cette démarche des médecins, mais ces derniers espéraient au moins que le patient allait se mettre dans l'interrogation «et puis du coup les gens vont sortir avec ce qu'on leur dit et ça va percuter ou pas... » (M6a). Finalement cette prise de conscience pouvait prendre beaucoup de temps « ou au moins ils entendent et peut-être qu'un jour ça percutera.... » (M1a) « peut-être qu'un jour vous serez convaincu qu'il faudra peut-être aller voir un psychologue, qu'il faut aller voir un psychiatre parce que tout seul vous vous en sortirez pas... » (M 1a).

4.4. Passer par un intermédiaire pour faire cheminer le patient

4.4.1. Recours aux spécialistes

Il a été constaté que très souvent le spécialiste n'abordait pas forcément le côté non biomédical de la pathologie «parce que le spécialiste, le rhumatologue ne va surement pas s'occuper depsychologique » (m4a). C'était pour cette raison que devant un doute diagnostique ou pour confirmer une hypothèse diagnostique, le médecin préférait adresser le patient au spécialiste « assez rapidement je vais l'envoyer voir mon confrère rhumato , au moins vous avez un avis spécialisé...au moins on se rassure de ce qu'il y a...qu'il puisse développer ce ou ce qui n'est pas possible de développer.... » (M 1b).

Pour certains médecins, ce passage chez le spécialiste se présentait comme un moyen de faire cheminer le patient et de pouvoir parler des problèmes psychologiques « et c'est vrai ça permet après de dire « vous avez mal au dos...il y a peut-être quelque chose derrière...qu'est ce qui se passe ? »....Parce que souvent le spécialiste c'est ça...bon , j'ai vu ce patient et je revois pas forcément, parce que ce ne sont pas des gens à voir à priori, et ça nous permet tout à faire de dire ...bon...ben...allez hop...on va aborder maintenant certaines choses » (M4a). Pour d'autres, la consultation du spécialiste était un moyen de sortir d'une situation embarrassante « c'est que à un moment donné je ne suis pas capable d'assumer ça....Donc je demande l'avis du spécialiste » (M3b) « c'est pour ça que je demande rapidement un deuxième avis parce que j'ai l'impression que je vais répéter souvent la même chose...vous avez une lombalgie chronique...la douleur vous l'aurez elle va pas disparaître c'est souvent ce que je dis...la lombalgie chronique je vais pas la guérir hein...je vais la stabiliser.... » (M 1b).

1. Le rhumatologue

Si le rhumatologue se présentait dans le parcours comme un passage assez systématique dans la prise en charge d'une lombalgie persistante «Effectivement là c'est l'élément organique, c'est le bilan

bio qu'on va faire, c'est peut-être le rhumato qu'on va aller voir... » (M 5a), il ne faisait pas que son rôle de thérapeute au point de vue médical comme dans la décision d'un traitement « Et l'intérêt éventuel du rhumato aussi éventuellement c'est de juger de l'intérêt d'une infiltration » (M 6a). Pour certains médecins ce spécialiste pouvait jouer un rôle effectivement aidant dans le cheminement du patient « ...des fois c'est bien...un rhumato qui va trancher un peu... » (M 2b) « exactement... » (M 5b) « ...et essayer de lui faire comprendre que... » (M 2b).

2. Centre anti douleur

Dans ce centre où il y avait une prise en charge pluridisciplinaire, le médecin pouvait trouver également de l'aide *«les centres d'algologie, la prise en charge pluridisciplinaire parce que je me rends compte que souvent...heu...peut-être dans d'autres cas de douleur au bout d'un moment on est dans l'impasse » (M1a) « donc...je pousse vers...un relai. Je dois dire que j'ai...parfois besoin du...du centre anti douleur... » (M2b).*

La prise en charge dans le centre antidouleur pouvait intéresser le médecin par le suivi plus ou moins régulier *« ok mais...je préfère effectivement ce centre anti douleur où tu as le...le... quand-même un suivi un peu... » (M2b),* mais ces soins proposés ne retrouvaient pas toujours l'adhésion du patient *« ...il avait été suivi par le centre anti douleur à un moment aussi...donc je lui ai parlé de tout ça mais il n'a pas envie d'y retourner » (M 6a).*

3. Ecole du dos

Si certains approuvaient l'aide que pouvait apporter l'école du dos *« quelque chose que j'ai eu qui était tout à fait intéressant c'était l'école du dos... » (M 5a) « ils vont t'envoyer le compte rendu et tout hein ...ce qui est bien avec l'école du dos (sourires) c'est qu'ils t'envoient une belle observation des fois je découvre des choses (rires) » (m 1b),* d'autres restaient incertains sur les résultats *« oui c'est sûr...surtout l'école du dos il n'y a jamais eu de résultat... (Rires) »(M2b).* Effectivement c'était plus pour les résultats à long terme que se posait la question *« mais souvent ça...ça dure 3 jours et puis après...ben voilà...ça s'arrête là...j'ai pas de suivi derrière...débrouille-toi (sourires) avec ces 3 jours... » (M2b).*

4. Le médecin du travail

Le recours au médecin du travail se présentait comme une solution quand il s'agissait d'un contexte professionnel *« le médecin du travail nous aide aussi... » (M 2b) « ...d'ailleurs médecin du travail qui ...très souvent de faire rencontrer pendant (accentue le mot pendant) l'arrêt de travail alors...à priori c'est faisable quand-même... » (M2a).*

Le médecin du travail pouvait intervenir alors comme une personne intermédiaire apportant des réponses à un conflit ou un souci professionnel *« ...après il a mis le médecin du travail dans l'affaire » (M 5b) « c'est le médecin du travail qui fait ça, non ? Pas toi ? Moi, c'est souvent le médecin du travail qui résout...au téléphone.... » (M 2b).*

Il a été constaté que l'enjeu de la Médecine du travail dans les grandes structures s'avérait plus efficace quand il s'agissait de conditions des postes de travail *« pour revenir à la médecine du travail je trouve que c'est plus facile dans les entreprises en fait PSA...où...il y a déjà tout un système de réflexion collective par rapport aux TMS ou lombalgies... » (M 2a).*

Enfin, certains médecins reconnaissaient que cette demande d'intervention auprès du médecin du travail n'était pas toujours une démarche évidente au début de leur exercice « *avoir recours à la médecine du travail ça c'est une démarche que j'avais pas certainement au tout début de l'installation* » (M 6a).

5. Le médecin conseil ?

Le médecin conseil avait dans certaines situations le dernier mot, il mettait fin à des arrêts interminables, des prolongations pour lesquelles le médecin traitant se retrouvait en difficulté « *mais je dirais merci au médecin de conseil de la Sécu parce que je l'ai eu une fois au téléphone je crois...je lui ai expliqué que je n'ai pas réussi à dépatouiller la situation...j'étais bien contente d'avoir le courrier du médecin conseil* » (M1a). Cette intervention du médecin conseil était ainsi vue comme une aide par le médecin généraliste « *médecin conseil des fois c'est une aide aussi* » (M 2b).

Il était intéressant de noter que la difficulté venait souvent du côté affectif vis-à-vis du patient que le médecin connaissait depuis un certain temps « *parce qu'il y a souvent un côté affectif avec le patient un petit peu...on a du mal à trancher et de dire qu'on...* ». Il existait la crainte que le patient prenne un refus par rapport à son arrêt ou sa prolongation comme un abandon de la part du médecin « *pour le patient ça peut être mieux un autre qui lui dise que nous, nous disons...il peut dire...ah il n'a plus envie de m'aider...alors que là ça passe tout seul quoi...des fois c'est plus facile à accepter quoi...* » (M1b).

4.4.2. La kinésithérapie

La kinésithérapie restait le choix thérapeutique dans un premier temps des consultations, simultanément ou suite à l'absence d'amélioration de la douleur par le traitement médicamenteux « *...heu...après je mets pas mal de kiné quand-même en première intention...et...heu...et voilà des fois je me dis on peut tenir comme ça un petit moment....* » (M5b).

La plupart des médecins proscrivaient la technique des électrodes dans ce type de pathologie « *...Mais quand j'envoie chez le kiné je préviens les gens que si c'est pour rester une demi-heure avec des électrodes debout...ben...il faut changer de kiné....ça sert à rien de continuer...* » (M4b) « *des fois on a l'impression qu'ils ont perdu leur temps avec leur 15 séances chez un kiné qui met les électrodes et puis voilà...bon...donc marche arrière...on essaie de rappeler les chose et repartir vers quelqu'un qui est plus efficace....* » (M2b). Par conséquent, le médecin traitant, connaissant le travail des kinésithérapeutes pouvait apporter une aide incontestable dans la prise en charge du patient « *j'aime bien les kinés comme je disais tout à l'heure qui font prendre conscience aux patients leur corps et qui peuvent aussi les aider à faire la rééducation chez eux et qui travaillent dans ce sens-là quoi...C'est vrai que je trouve que ça peut les aider de cette manière-là...* » (M2b).

La relation soignant-malade là aussi jouait un rôle important « *moi je mets souvent la kiné lombaire avec le kiné avec qui ils s'entendent bien...moi je dis si vous n'aimez pas ce type de kiné changez...et allez voir le kiné avec qui vous vous entendez bien, avec qui vous avez l'impression de ...d'avancer....* » (M 1b).

L'échange entre le kinésithérapeute et le patient donnait des résultats parfois révolutionnaires permettant au médecin d'aborder le sujet psychosocial par la suite « *des personnes qui se rendent compte de certaines choses....elles reviennent avec leur dos...elles ne sont pas forcément conscientes de ce qu'il y a derrière mais le fait de passer entre les mains de cette kiné qui, je sais, qui travaille*

bien ça « ouvre leur esprit » je vais dire et ça permet éventuellement de revenir...et d'aborder aussi le sujet... » (M 4a).

Enfin, tous les médecins n'approuvaient pas forcément l'intérêt de la kinésithérapie dans cette problématique de lombalgie commune « *moi je pense...que bon...la partie technique objectivement la kiné ne sert à rien...voilà.* » (M3a). Médecin 1a (se penche en avant, acquiescement de la tête). Alors que le médecin 2a et le médecin 4a pensaient à l'avantage de l'éducation chez le kiné « *je crois qu'il y a les apprentissages un peu posturaux quand-même....* » (M 2a) « *il y a un rôle forcément musculaire mais il faut que le patient, la patiente pense à ça alors...* » (M 4a), le médecin 3a était persuadé qu'il fallait que le patient se prenne en charge lui-même « *...je pense qu'il faut qu'ils se bougent...* ». Pour le médecin 3a, le patient pouvait participer activement dans la gestion de sa douleur en s'appropriant des techniques à l'évitement de la douleur « *ouais, mais il y a bouger (et) bouger, mais ils ont mal (rires)* » (M 4a) « *....c'est la façon de bouger...* » (M3a).

4.4.3. Le psychologue

La solution avec les psychologues dans ce type de problématique paraissait évidente « *...il faut qu'il voit un psychologue ou quelqu'un pour parler....* » (M5b). Le médecin 3a pensait qu'effectivement le patient dans cette situation avait plus besoin de soins psychothérapeutiques avec des professionnels pouvant le guider vers une prise de conscience des facteurs psychosociaux et sa verbalisation que de soins médicaux « *moi, je pense plus au psychologue...moi je pense que c'est des psychologues et...et...des professions adaptées...des scouts...voilà (rires)* ».

L'avantage d'un travail en groupe avec les psychologues afin d'éviter une stigmatisation a été confronté à l'intérêt d'une approche individuelle permettant au patient de délivrer ses souffrances. Le médecin 3a pensait qu'il était intéressant d'essayer d'aborder le sujet dans un groupe « *Mais pour ça l'intérêt que ce ne soit pas en individuel, tu casses la relation stigmatisante du « psy » ... c'est complètement différent ... euh ... par exemple, dans le quartier où on est, on a des problèmes de nutrition, donc ces 5, 6, 7 personnes qui ont du surpoids furent la raison des séances ... il y avait trois séances avec le psychologue ... on aurait jamais pu faire avec ces gens-là sans le psychologue ... là, c'était intégré dans la séance ... les déclics qui se sont passés sur le poids se sont passés dans les séances avec le psy (ouvre ses mains)*». Ceci pouvait éviter la crainte du patient de confronter le psychologue « *et ... quand il y a le stress, il faut aussi que la personne ait envie d'y aller ... parce qu'on ne va pas non plus facilement voir un psychologue...* » (M4a). Par contre le médecin 4a suggérait d'aider le patient à prendre conscience et faire face à ses propres problèmes dans une démarche individuelle « *oui mais enfin ... à un moment si tu as vraiment un problème au travail ou des choses comme ça pendant un certain temps ... euh ... la prise en charge individuelle peut être nécessaire aussi parce que la personne a besoin finalement de ... de ... prendre conscience de ce qui se passe et de ... de ... les deux peuvent être complémentaires, c'est-à-dire qu'il y a une approche d'abord globale et ... parce qu'il y a des fois où tu es bien obligé d'être en face de ...* ».

Certains médecins ayant des contacts intéressants pouvaient orienter les patients vers les professionnels susceptibles de pouvoir les aider « *... moi, je connais par exemple deux personnes qui sont psychologues et ... et ... qui travaillent beaucoup sur le stress au travail* » (M 4a), seulement le côté financier constituait apparemment l'obstacle principal à cette démarche « *....le problème de psychologue c'est que ce n'est pas remboursé derrière ... il faut que les gens puissent payer ...* » (M 4a).

4.4.4. Ostéopathie

Si certains médecins avaient déjà l'habitude de travailler avec les ostéopathes « *je travaille beaucoup avec l'ostéopathie* » (M1a), d'autres constataient l'intérêt de cette discipline à travers les résultats obtenus pour le patient « *la dernière est revenue me dire que l'ostéo lui a dit qu'elle en avait plein...pas plein le dos mais qu'elle somatisait beaucoup...qu'elle a certainement beaucoup de soucis... enfin plus au niveau des cervicales (montre ses épaules)...c'est pas pareil...et du coup elle en a tiré beaucoup de choses...mais elle savait pas trop comment m'en parler...voilà....Je trouve que l'ostéo a aussi un contact avec les gens qui est intéressant...* » (M4b).

L'utilisation d'une médecine manuelle dans la problématique de lombalgies s'avérait intéressant « *...et c'est vrai que faire faire des gestes au patient et leur montrer qu'ils vont mieux après...ben les gens ils sont...ils sont contents* » (M 3b). L'organisation de la Médecine du travail vis-à-vis de cette alternative dans les grandes structures semblait être une bonne idée « *J'ai un monsieur dans son entreprise il y a justement un ostéopathe qui vient leur faire des cours justement les matins...des mouvements d'échauffement...* » (M 2a).

4.4.5. Podologue

Le passage chez le podologue pouvait se présenter comme un déclic finalement puisque le patient prenait conscience de l'existence de certains facteurs qui pouvaient débloquer la situation « *... de dire voilà ... les pieds on voit bien ... c'est ça des fois les recours au podologue ça débloque certaines choses et il y a des gens qui sont très très contents et qu'ils n'ont plus mal au dos quoi ...* » (M4a).

4.5. Réticence du patient

Parler des problèmes psychosociaux n'était point une tâche facile pour le médecin. Au début, parce qu'il n'y avait pas forcément une volonté du patient à aborder le sujet « *il se plaint pas, il veut pas dire de quoi il se plaint ou ce qui ne va pas, ou il est en phase de licenciement et il nous l'a pas dit* » (M5a). Face à cette réticence le médecin devait réfléchir à la méthode qu'il allait utiliser pour la discussion « *...parce que si on le dit « vous êtes anxieux etc... » Tout de suite il va dire oh bah non qu'est-ce que vous cherchez là....effectivement docteur c'est pas la tête, non...non...* » (M 3a). Ce travail pour le médecin était d'autant plus difficile que le patient avait une personnalité plutôt en retrait « *...effectivement les gens qui seraient plus timides ou un peu en retrait...il faut...louvoyer avant de leur faire dire quelque chose....ça c'est clair sinon...ils vont...ils vont s'en aller...ils vont pas revenir...*» (M 1a).

La réticence du patient à exposer ses problèmes psychologiques pouvait venir d'une crainte de rencontrer un spécialiste « *il faut aussi que la personne ait envie d'y aller ... parce qu'on ne va pas non plus facilement voir un psychologue ...* » (M 4a) « *... Moi, des gens que je rencontre au quotidien c'est des gens qui sont ... bon ... les pysys ça leur fait peur ...* » (M3a). D'un côté, le patient qui ne prenait pas conscience de son problème n'aurait pas envie d'en parler « *oui ben on n'a pas trop envie d'aller voir....surtout quand ils se sentent pas...* » (M 4a), et de l'autre côté celui qui en était conscient ne savait pas comment verbaliser ses difficultés avec son médecin « *mais elle savait pas trop comment m'en parler...voilà...* » (M 4a).

4.6. La relation médecin-malade

Cette relation affective que le médecin créait avec les patients qu'il suivait ne permettait pas au médecin de dire non face à certaines demandes surtout quand le médecin était jeune dans son exercice « ...heu...je ne sais pas dire non encore mais ça va peut-être venir (rires) » (M 5b).

Ainsi certains médecins préféraient passer par le spécialiste pour clore leur interrogation diagnostique et pouvoir aborder le sujet non biomédical « surtout les spécialistes eux ...nous on va dire on n'est pas « pète sec » avec les patients parce qu'on va les revoir...donc on n'ose pas dire les choses...que certains spécialistes « c'est comme ça, vous êtes là, vous n'avez rien, maintenant on passe à autre chose ! » (M 4a).

Pour discuter de ces problèmes psychosociaux, certains médecins posaient des questions ouvertes qui pouvaient permettre au patient de faire le rattachement « moi je pose des questions ouvertes toujours... c'est comme ça que j'essaie d'aborder à côté des pathologies chroniques.... » (M 1b). D'autres choisissaient d'attendre que le patient fasse le premier pas « et que c'est pas toujours facile à faire dire au patient parce qu'on aimerait bien que ce soit le patient qui nous dise quoi....On lui tire pas trop les vers du nez, ça vienne de lui et donc ça permet justement... » (M 4a).

La connaissance du patient ou le contraire pouvaient parfois aider le médecin à aborder un peu plus facilement ce sujet. Quand il s'agissait d'un patient non connu, le médecin osait plus faire le rapprochement d'une manière directe « ...Cette jeune patiente je la connaissais pas trop donc qu'il n'y a pas l'aspect relationnel installé donc j'ai peut-être tendance des fois à aller...oui cash et franco... » (M 1a). Et à l'opposé, quand le médecin connaissait bien le patient et finalement si plusieurs fois il avait tenté de faire réfléchir le patient mais qu'il n'obtenait pas de résultat, il pouvait juger nécessaire d'exposer ce problème à la personne en face « ...je vais dire maintenant je suis carrément à l'est parce que justement je lui dis en gros son problème c'était ça, et que moi c'était pas mon problème et quand il sortait...ben...il retournait avec son problème et moi, je...je passe à autre chose... » (M 1a).

Dans tous les cas, la personnalité du médecin y jouait un rôle indéniable « donc c'est ...c'est...c'est une histoire de personne du médecin...qui...qui se positionne et le patient va supporter ou pas supporter cette position... » (M4a) « parce que les gens ils viennent te voir en fonction de ce que t'es aussi hein » (M5b).

5. QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES POUR EVITER LA CHRONICISATION D'UNE LOMBALGIE ? QUEL SUIVI ORGANISE ?

5.1. Faire un travail de déconstruction des croyances ou de représentations du patient

Il paraissait primordial d'analyser la signification de la souffrance pour le patient « après on a aussi le souci par rapport à la représentation qu'il a ...qu'est-ce que ça signifie pour le patient d'avoir mal au dos...c'est ça qui est aussi pas mal...c'est...est-ce que ça signifie pour lui...heu ...ben...une impossibilité de travailler...alors ça peut aller dans les deux sens...ça peut être une catastrophe...comme ça peut être un bénéfice secondaire entre guillemets...enfin...après ...donc qu'est-ce que ça représente pour lui son dos...son mal être...de ce potentiel... » (M3b). Cherchait-il à exister comme ce que mentionnait le médecin 5a « ...tant qu'il vit à travers sa souffrance », ou cherchait-il à prouver son existence « pour le patient (regarde médecin 1) ...comme tu dis qui a été vu

tuc, tuc, tuc comme ça (fait signe de la tête au pied avec sa main gauche) c'est un moyen de prouver qu'il est toujours en vie quasiment » (M 6a).

Après ce travail d'analyse venait le travail de déconstruction des croyances du patient qui ne semblait pas être un travail évident « *...je pense que ce ne sont pas des lipomes qu'il amais il est persuadé que ce soit ça...et ...j'ai dû passer 2 consultations, essayer de lui réexpliquer...à chaque fois il en sort il est convaincu « oui, bon, d'accord »...et puis il me rappelle » (M 6a).* Mais cette démarche était indispensable au changement de raisonnement par rapport à la pathologie « *....Bon ben là vous avez pas fait le même travail, c'est du muscle c'est un travail musculaire donc en fait j'essaie de leur faire comprendre ...enfin de...qu'ils aient une représentation de quasiment un épisode normal dans leur vie par rapport à leur corps... » (M3b).*

Intervenir afin d'essayer de faire changer de représentation semblait être une tâche laborieuse pour le médecin car ceci voulait dire enlever le statut de « malade » au patient alors que ce dernier s'y était installé finalement pour se sentir mieux dans son existence « *c'est la représentation de la lombalgie du lombalgique...la reconnaissance que l'on ait, qu'on souffre...qu'on a un statut voire de malade, qu'on est patient et qu'il faut faire attention à soi, et la lombalgie comme élément de sinistrose qui vous interdit de travailler » (M 5a).*

5.2. Anticiper et mettre une barrière dès les premières consultations

Il a été noté l'importance d'installer une espèce de barrière dès les premières consultations pour empêcher le patient de s'installer dans un processus de chronicisation « *...Il faut essayer à mon avis dès le départ de ne pas...leur permettre de continuer à...avoir ces symptômes-là » (M 3b).* Le médecin préparait déjà le terrain en faisant comprendre au patient qu'il n'y avait pas de raison que la symptomatologie persiste, ou alors si c'était le cas il fallait chercher autre chose derrière « *...c'est-à-dire que avant de classer de le voir, je mets une barrière assez vite en disant que de toute façon si dans un mois que vous revenez ...enfin...j'annonce un peu la couleur déjà au patient en disant...voilà...on a petit peu de temps on...on se reverra dans 2,3 semaines,...je mets toujours un cheminement qui, moi, me permet déjà de mettre une certaine barrière et au patient aussi de mettre une certaine barrière en se disant ...bon, de toute façon après...ce sera pas moi qui va gérer le problème parce qu'il y a vraiment autre chose à faire... » (M3a).*

Par expérience certains médecins observaient l'utilité d'une anticipation concernant le travail du patient « *Moi, j'essaie d'anticiper, je suis assez...des fois ça leur fait peur parce que quand je parle de médecin du travail ou reconversion en 15 jours peut-être que ça leur fait peur mais moi je...je ...j'ai remarqué de plus en plus...j'essaie d'anticiper ça » (M 1a).*

Cette vision prospective trouvait son intérêt dans les arrêts de maladie « *mon arrêt de travail c'est vraiment un projet thérapeutique c'est comme si je lui disais de prendre du paracétamol 4 fois par jour pendant 2 jours....C'est la même chose...c'est un projet thérapeutique...et si ...et à réévaluer comme avec un médicament...mais il faut pas que mon médicament il apporte plus d'inconvénient que d'avantage ...et je pense que quand on les soigne et qu'on est convaincu de ça parce que j'en ai l'expérience à la fois personnelle et puis ayant géré des patients comme ça...heu...ça passe pas mal...ça passe pas mal... » (M3b).* Le médecin devait inciter le patient à reprendre son travail le plus rapidement possible s'il voulait éviter le passage en chronicité « *ouais...un fonctionnaire ou quelqu'un qui a un travail comme toi si tu l'arrêtes...tu vas chroni...tu vas passer à la chronicisation... »(M3b).*

Enfin cette anticipation pouvait trouver sa place aussi dans une invitation à la reprise du travail en préparant le patient psychologiquement à la persistance de la douleur comme élément inévitable « *je prépare une reprise en leur disant de toute façon ils reprendront avec les douleurs...* » (M 2b) « *Et puis après j'ai des gens qui reviennent pour des lombalgies mais la Xième lombalgie et là...heu ...je fais une démarche complètement différente....Je suis dans une démarche où je leur dis « bah ouais vous avez mal au dos...ben oui, mais il faut faire avec ...»et là ça les travaille...et voilà...comment on va faire avec votre dos parce que vous avez mal* » (M3a).

5.3. Encourager le patient et organiser une reprise rapide

Le médecin devait jouer un rôle actif dans la reprise du travail du patient, soit en essayant de lui faire comprendre que sa gêne n'était pas du tout délétère « *...son dos est plutôt bien il n'a plus mal au dos et du coup j'ai dit oui...et j'ai un peu tourné le truc pour dire qu'il retourne au boulot* »(M5b), soit en le rassurant de la continuité de la prise en charge quand il s'agissait d'un accident de travail « *...moi j'essaie de les faire reprendre avec soins et très rapidement, c'est-à-dire je leur dis vous savez le dossier d'accident de travail il couvre toujours hein, ne vous inquiétez pas...mais....il faut vous entraîner à faire votre boulot parce que plus on va prolonger plus ça va être difficile pour vous de reprendre*» (M3b).

Le médecin traitant pouvait organiser cette reprise en se mettant en accord avec la Médecine du travail « *...pour la reprise du travail ...je les renvoie assez vite fait voir leur médecin du travail*» (M2a) « *oui, moi je pense qu'il faut activer ça parce que de toute façon à un moment donné il faudra retourner au travail...donc ...* » (M 1a).

Le mi-temps thérapeutique se présentait comme solution intéressante permettant d'encourager le patient à reprendre son travail « *et je lui ai dit mais vous savez dans le privé là demain vous auriez pu reprendre (sourires) en mi-temps thérapeutique.* » (M2b).

Mais cette démarche active du médecin connaissait parfois des obstacles « *puis il y a eu des fois des avis divergents à la reprise...normalement on doit insister pour la reprise du travail...qu'elle soit à mi-temps thérapeutique ou pas...et auprès du médecin du travail et ...inaptes et...bon des fois j'étais un peu déçue sur ces coups-là ouaisOn se prépare, tout le monde se prépare à la reprise et puis...* » (M2b). La difficulté se multipliait quand s'ajoutait dedans le problème des addictions « *...parce que en fait la problématique c'est quand-même le travail et l'alcool...enfin moi j'ai dans la tête un patient et là quand c'est intriqué quand il y a d'autres choses qui viennent...là on est...enfin je ...la reprise du travail est vraiment difficile.* » (M3b).

La coordination avec le médecin du travail était essentielle si le patient se trouvait dans une reconversion professionnelle « *...enfin...bon, on peut imaginer est-ce qu'il y a un poste adapté...comment envisager ça...* » (M 2b) « *il y a des « inaptes » qui peuvent servir... (Hochement de la tête) il y a des conséquences quand-même hein...* » (M3b). Mais le travail du médecin généraliste pouvait être long dans ce cas, puisqu'il fallait faire cheminer cette idée chez le patient « *...des fois qu'ils ont acquis cette idée et cette certitude qu'on va pas reprendre bon ben voilà après...on les amène dans cette voie-là bien sûr (regarde médecin 3)...mais ça met du temps et tu es presque convaincu de ça quoi...* » (M 2b). Cette démarche nécessitait également un accompagnement pour certains patients qui étaient attachés à leur métier antérieur « *et puis a...avant que le patient se mette dans la tête qu'il va abandonner son travail parce qu'il y a plein de gens quand-même qui sont très attachés...il faut du temps...* » (M 2b).

5.4. Agir sur la douleur

5.4.1. Intérêt des psychotropes

Les antidépresseurs pouvaient être une alternative pour essayer de mettre fin à des plaintes douloureuses « ...*Les antidépresseurs peuvent être une aide pour soulager les lombalgies aussi... (Rires) ça nous permet de ...de les prescrire...antalgiques et puis...il peut s'agir d'une autre manière aussi....* » (M 2b) « *sinon ... antidépresseur ... (rires) ...et ben, antidépresseur* » (M3a). Mais tous les médecins n'approuvaient pas forcément l'utilité des psychotropes dans cette problématique « *oui mais antidépresseur ne traite pas tout ça non plus ... un antidépresseur ne traite pas tout ... tout ...* » (M 6a).

Le médecin traitant connaissant son patient parfois essayait d'introduire cette solution thérapeutique en utilisant des arguments différents « *Moi, il y a certains qui sont pas vraiment déprimés mais qui sont...qu'on n'arrive pas à leur faire connaître ou autre....je leur amène des fois des antidépresseurs juste en leur disant non pas que c'est ça qui va guérir le problème du dos mais en leur disant qu'ils peuvent supporter mieux leur humeur enfin...j'inverse le truc pour qu'ils prennent quand-même le traitement...* » (M 4b).

5.4.2. Les postures dans la vie quotidienne et au travail

Certains médecins faisaient prendre conscience aux patients de leur situation passive dans l'installation de leur symptôme « *ben vous êtes resté à la profilation de chasseur -cueilleur mais vous êtes resté toute la journée...donc vous ne supportez plus...et voilà...* » (M 3a) « *des postures au travail parce que ça, ça se manque pas hein....D'avoir mal au dos c'est assez désagréable mais quand il faut plier les genoux pour économiser son dos ça s'oublie vite* » (M 2b). D'autres médecins essayaient de rendre le patient actif dans la démarche « *...bouger...on a des muscles et il y a la colonne vertébrale il faut la tenir* » (M3b) « *La kiné c'est aussi d'apprendre des gestes au quotidien...pour ne pas revenir ici, pour ne pas ré-avoir mal...* » (M1b).

On pouvait noter que parler des choses concrètes avec le patient permettait de l'informer plus facilement « *et puis oui, je leur parle de leur environnement, de leur voiture des fois...enfin des choses un peu pratiques aussi parce que effectivement sur...heu...entre...le lit, la voiture, etc. ...de faire attention à ce qu'ils vont utiliser* » (M 1a).

La réflexion sur le poste de travail s'avérait beaucoup plus réalisable dans les grandes structures. L'adaptation du poste paraissait difficile à concrétiser dans les métiers indépendants « *et que les petits artisans, ou enfin voilà, ou carreleur, chauffagiste...à son compte c'est aussi ça des problématiques...plus difficiles au niveau ...ben...de l'adaptation du poste* » (M2a).

5.4.3. Education du dos en faisant réfléchir le patient

Comme dans d'autres pathologies, la part de l'éducation du patient était très importante si on voulait éviter la chronicisation des lombalgies « *...l'éducation dans les deux sens quoi ...c'est un lien entre le patient et nous...c'est pas d'imposer...enfin...notre manière de faire mais...les aider à évoluer...à prendre en charge ses pathologies chroniques, que ce soit les problèmes intestinaux ou lombalgies....* » (M 2a).

Le médecin pouvait d'abord chercher à comprendre comment le patient faisait fonctionner son dos « *...Et puis...heu...avec le patient j'essaie de...de...savoir un peu ce qu'il fait avec son dos, comment il utilise son dos?...l'éducation du dos...comment il s'assoit, d'aller chercher un papier ou un crayon qui tombe par terre, s'il vous plaît...je regarde comment il fait et puis je lui dis c'est pas comme ça qu'il faut faire c'est autrement* » (M 5a). Par la suite c'était l'éducation de l'utilisation du dos pour déjà éviter d'avoir mal « *...et je lui montre comment se tenir sur une chaise, comment s'asseoir, comment on sort d'une voiture, comment on rentre dans la voiture, comment se lever de son lit, etc...et...les objectifs après... écoutez, vous allez faire ça, on se donne une dizaine, une quinzaine de jours, vous allez faire ça on va faire très attention, c'est pas la peine d'aller rapidement...on y va doucement vous savez c'est des gestes qui ne sont pas normaux pour vous donc vous y pensez...et quand vous commencez à avoir mal ...c'est que vous faites quelque chose pas bien...vous faites trop vite...vous faites...mais c'est pas ça...il faut arrêter tout de suite, il ne faut pas avoir mal...et à ce moment-là, après, vous allez commencer à réfléchir* » (M 5a).

Le rôle du médecin était aussi d'essayer de dédramatiser la situation en faisant comprendre au patient que la douleur aigue qu'il avait était tout à fait normale « *ben c'est quasiment normal d'avoir mal au dos...vous avez fait les travaux de jardinage alors que vous en faites pas habituellement...moi là...je vais vous faire 50 abdominaux vous allez voir dans 3 jours j'aurai du mal de...de me redresser...* » (M3b).

Enfin si malgré tout la douleur persistait, le médecin devait aller chercher autre chose derrière « *celui qui a des épisodes de 2,3 fois/an...il est peut-être habitué à ces épisodes-là, il y a peut-être d'autre chose derrière...je ...j'essaie toujours à chaque fois que...soit d'appeler le kiné quand je comprends pas les éléments évolutifs...de voir avec lui ce qu'il en pense...et voir un petit peu ce qu'il a mis en place pour les patients* » (M5a).

5.5. La participation du patient dans la prise en charge de sa pathologie était primordiale

Il était essentiel en effet que le patient prenne une position active dans sa pathologie, tout d'abord en restant dans l'activité malgré leur douleur « *maintenant ,dès le début, j'ai des patients qui sont assis, qui sont sédentaires, d'emblée je leur dis... bon ben ...ok, je fais un break mais tout de suite, et demain...heu ...vous viendrez me voir un petit peu ou surtout pas rester enfermé toute la journée....Je leur dis ...il faut sortir, il faut marcher, il faut faire des petites activités ...ballon...enfin bon, pas répétitives mais voilà, aller dans le mouvement quoi...* » (M3a). Cette participation demandait un encouragement continu de la part du médecin « *...que le patient est maître de certaines choses...la douleur on peut...apprendre à la contrôler, il faut savoir comment faire...et si on explique aux gens et qu'ils ne le font pas ...il faut dire ...eh ben...écoutez, vous aussi vous êtes partie prenante de votre douleur donc à vous aussi de...de...d'investir dans la prise en charge* » (M4a), « *....Si vous voulez arrêter de souffrir, ben...changez !* » (M 1a).

Quant au problème psychologique, le patient répondait parfois de façon passive à l'invitation à une prise en charge par un spécialiste « *...il m'a dit qu'il allait voir si ça lui fait du bien mais je lui dis...voilà...c'est pas le psy qui vous fait du bien et que...ses expressions c'est « tirer les vers du nez» je lui dis c'est pas ça non plus...mais c'est rigolo...enfin...c'est rigolo ...je savais que ça n'allait rien donner...il a fait 2 séances...et c'est terminé* » (M 1a). Et là pratiquement tous les médecins approuvaient la nécessité d'une prise de conscience « *ben voilà...on...après on peut leur dire aussi... « La réponse c'est vous qui l'avez c'est pas le psychiatre* » (M 4a). Cette prise de conscience et l'adhésion au soin par la suite pouvaient demander un certain temps « *voilà...c'est le fait que ça*

vienne d'eux...et ça prend du temps que ça vienne d'eux...c'est que eux ...il y a ça...c'est important...quel que soit le domaine... » (M 4a).

Concernant la douleur, le médecin devait essayer aussi de procurer au patient une attitude active « ...que la douleur il faudra qu'ils continuent de vivre avec et...et s'y habituer (sourires) parce qu'il y a des douleurs effectivement qui sont supportables, qu'on peut gérer et qu'il faudra intégrer dans leur...leur quotidien...petit à petit on en parle... » (M2b).

Le travail du médecin dans ce domaine exigeait une grande patience, mais pouvait connaître ses résultats ultérieurement «Et petit à petit j'ai certains patients qui effectivement ont bien pris conscience de tout ça et puis là du coup ils se prennent en charge eux-mêmes...Ils ont toujours mal.....Ils font leur kiné, leur kiné seuls, parfois des semelles de décompensation vestimentaireça veut dire que les chaussures à talons il faut les supprimer....Là c'est l'image de son corps qui change hein ...mais là je crois qu'on a gagné un point...ils ne sont pas guéris ils sont soulagés...ils ont compris que c'étaient eux qui sont maîtres de leur...de leur lombalgie» (M2b).

Enfin, le patient devait trouver sa place dans le parcours de soins « Moi je leur demande de gérer leur dossier aussi parce que je trouve que c'est à eux de gérer cette prise en charge pour solliciter...les différents moyens qu'ils ont à leur disposition en fait » (M1a).

6. Bilan d'expérience des participants

6.1. Les aspects positifs ou favorisants

6.1.1. Avoir ses contacts pour pouvoir orienter les patients

La connaissance d'un réseau de contacts pouvait être avantageuse dans l'orientation du patient. Elle permettait de s'assurer du résultat obtenu par exemple dans la prise en charge kinésithérapique « avec une kiné faite, moi je pense, avec une personne que je connais depuis longtemps avec de très, très bon retour » (M4a) « ...donc marche arrière...on essaie de rappeler les choses et repartir vers quelqu'un qui est plus efficace.... » (M 2b).

Cette relation avec les autres professionnels de santé aidait le médecin à avoir un appui quand il avait besoin d'envoyer les patients également « il y a eu une fois sur Rennes où moi j'ai discuté un petit moment avec un interne qui était là...et du coup pendant 6 mois il était tout au début et on avait bien discuté...donc je lui ai envoyé 2 ou 3 patients dans le centre directement....Donc dès qu'on a ...un « maillon faible » dans le réseau (rires)...et la prise en charge elle était vraiment intéressante à chaque fois... » (M6a). Cette correspondance parfois permettait de raccourcir le délai d'attente « mais t'en as justement qui en font plus dans l'école du dos, il y en a qui en font partie quoi...une sorte de réseau....réseau lombalgies et qui...la possibilité d'avoir une correspondance...d'être un petit peu privilégié...heu...à ce niveau-là.... » (M 6a).

Si la connaissance des autres professionnels aidait le médecin dans les démarches thérapeutiques, l'évaluation à distance n'en était pas moins importante « on dit quand ça va pas on s'appelle ...quand moi je vois qua ça va pas j'appelle ou elle, elle m'appelle... » (M 4a). Elle permettait surtout de refaire le point et de juger si le soignant avait choisi la bonne décision thérapeutique ou s'il y avait autre chose à développer « ...normalement je pense qu'on devrait avoir un petit courrier du kiné ...au

départ éventuellement s'il y en a qui sollicite quelque chose...surtout à la fin...d'avoir un peu son avis...son appréciation...ou autre chose... » (M5a).

6.1.2. Reconnaître ses limites pourrait faire cheminer le patient

Il pouvait être intéressant de faire réfléchir le patient en lui expliquant que son médecin n'avait pas de solution à ses questions, si ce dernier avait déjà essayé d'aborder plusieurs fois le problème «*On dit à moins qu'un autre...moi je vois pas la solution....Moi je leur dis à mes patients que moi j'ai pas la réponse à votre problème, il y a des choses, on a vu, on a abordé...ça, ça marche ou ça marche pas...la réponse c'est pas moi, je l'ai pas.* » (M4a).

Inviter le patient à consulter un collègue pouvait permettre de renforcer son hypothèse de l'existence des problèmes psychosociaux alors que le patient ne pouvait ou ne voulait pas en parler « ...*je lui ai conseillé même de retourner voir son ancien médecin traitant parce qu'elle n'est pas de la région....J'ai dit pour avoir un contre avis en fait parce que c'est le médecin qu'elle avait depuis toute petite en fait donc que...pour renforcer mon...mon diagnostic en fait(rires)* » (M1a).

Concernant un problème professionnel, si le médecin généraliste reconnaissait ses limites on pouvait ainsi faire cheminer le patient et rendre le rôle du médecin du travail indispensable dans son parcours de soins « *ben si on dit...voilà...ce sont des médecins qui peuvent intervenir sur place...ou aider...ou faire motiver des choses que moi je peux pas voir...nous on peut pas voir quoi...hein...et de soulever aussi tout ce qui est problème...que moi je ne sais pas les gérer personnellement je ne sais pas ...* » (M 6a).

Et puis parfois il arrivait que la relation médecin-malade n'aboutissait pas à un résultat positif, il était plus bénéfique pour le patient de changer de soignant « *peut- être qu'il faut changer de médecin de temps en temps parce que...voilà....les patients qui aiment bien nous mettre en échec bon ben....* » (M 3b).

6.1.3. L'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire

Cette prise en charge multidisciplinaire faisait appel à des professionnels non seulement médicaux , mais aussi des soignants paramédicaux dont on reconnaissait le rôle important « *Ça c'est des prises en charge avec un kiné éventuellement, un podologue ou quelqu'un qui va s'occuper de l'aspect fonctionnel de l'ensemble pourrait être intéressant dans ce cas-là* » (M5a).

Mais cette démarche ne connaissait pas que des avantages. En effet, le médecin généraliste un peu isolé de ces réseaux installés en milieu hospitalier comme centre anti douleur, école du dos, n'ayant pas été au courant des soins mis en place, pouvait finalement se retrouver victime de ses démarches pour le patient « *et...et je me suis dit mais...attends, il y a (sourires) ...il y a eu un gag là dans la prise en charge parce que ...qui fait quoi...en fait il y avait plusieurs axes....et tout le monde s'est... (Fait des signes avec ses bras)...enfin Patis Fraux (centre d'évaluation de compétence et de reclassement professionnel) ils l'ont pas tiré à lui hein puisque c'est moi qui lui ai fait le ménage...mais j'ai eu l'impression que dis donc, c'est dur de...* » (M 3b). Il s'avérait que ce soit beaucoup de temps perdu pour chacun des intervenants, ainsi ce médecin 3b a également suggéré une organisation différente sous forme de réunion pluridisciplinaire autour de chaque dossier problématique « *c'est pourquoi ne pas pour un patient réunir autour d'une table dans un moment précis ou en vidéoconférence ou je ne sais pas enfin tu vois...un truc comme ça...il y a des conférences téléphoniques qui sont organisables*

hein...le médecin conseil il pourrait faire ça d'avoir des interlocuteurs et aussi essayer de comprendre le patient, ce qu'il traîne derrière et comment on peut arriver à ...à avancer ... » (M 3b). Il a été constaté qu'une prise en charge collective dans les lombalgies permettait un meilleur résultat « moi, je pense que la relation duelle avec le patient n'est pas la bonne relation dans ce type de problématique A mon avis, c'est plus une prise en charge globale avec des pairs ... euh ... collective. » (M3a). Concernant les problèmes psychologiques, le fait que ce soit inclus dans le parcours de soins déjà levait l'obstacle financier au patient « ... il y avait trois séances avec le psychologue ... on aurait jamais pu faire avec ces gens-là sans le psychologue ... là, c'était intégré dans la séance ... » (M3a). Le travail en groupe permettait également d'arriver à certains déclics « ... les déclics qui se sont passés sur le poids se sont passés dans les séances avec le psy », puisque finalement il était plus facile d'aborder le sujet en essayant de ne pas stigmatiser « Ne pas stigmatiser et l'intervenant n'est pas stigmatisant non plus ... à partir de là on peut commencer à travailler ...» (M 3a).

6.1.4. Essayer de procurer au patient une attitude positive

Cette démarche pouvait aider le patient à se positiver dans leur pathologie en se disant qu'ils ne restaient pas impuissants devant leur douleur. Si le patient croyait à l'efficacité du soin proposé, l'adhésion y serait meilleure « elle, déjà, dans sa tête, pensait que peut-être ça pouvait lui faire du bien » (M 4a). La motivation du patient pouvait être obtenue également si le médecin lui montrait des gestes qui les soulageaient « ...et c'est vrai que faire faire des gestes au patient et leur montrer qu'ils vont mieux après...ben les gens ils sont...ils sont contents »(M 3b).

6.2. Les aspects négatifs dans la prise en charge d'un patient lombalgique

6.2.1. La mauvaise observance parfois du patient

Plusieurs médecins mentionnaient la difficulté à maîtriser les symptômes dès le départ devant la mauvaise observance concernant le traitement médicamenteux « ...que c'est des « saloperies », que ça leur fait mal à l'estomac, qu'est-ce que ça font, qu'est-ce que ça fait à long terme et puisc'est des médicaments...je vais pas prendre des...je vais pas prendre ce poison-là hein...voilà...ils disent ça » (M 1b) « Tout ça pour dire que (sourires)rien n'a été pris alors que j'insistais bien que ce soit pris régulièrement en leur expliquant que voilà...pourquoi vous avez mal ?C'est les problèmes au quotidien et sur les posologies que je vous ai dit c'est fastidieux mais il faut qu'on arrive à...à lâcher la douleur et donc...oui, oui, oui, d'accord...sauf que bon...au bout du compte il en reste toujours plein, plein... » (M 2b).

De même, parfois le médecin avait cette impression de se faire avoir puisqu'entre les deux rendez-vous le soin n'avait pas été suivi comme il le souhaitait « il est revenu 15 jours après à la fin de son arrêt de travail, il n'avait pas fait de séances de kiné » (M 2a).

6.2.2. Une attitude négative chez le patient

Rester dans la négativité ne permettait pas au patient d'être maître de sa prise en charge « mais toujours pas convaincu de ...comment dire ... de l'utilité du psy...parce que il a sorti le mot cet après-midi... « ce sont des charlatans »... » (M 1a) « et ils vont dire...ben... (Soupirs) » (M 3a). Le patient restait alors dans son statut de souffrant pour justifier sa situation « la lombalgie comme élément de sinistrose qui vous interdit de travailler » (M 5a).

6.2.3. L'accessibilité des spécialistes ou d'un réseau de soins

Ce qui pouvait poser obstacle dans la prise en charge d'une lombalgie était le délai d'attente dans les structures de soin comme centre antidouleur, école du dos etc... « *Et on peut faire accélérer des choses si on veut mais ...je pense c'est...c'est...aussi beaucoup de disponibilité de ...d'autres personnes...autour...qui peut m'aider et qui...va moduler ça peut-être....* » (M 6a) « *on est content quand il y a la place hein...* » (M 2b).

Ainsi certains médecins proposaient des prises de rendez-vous précoces en parallèle des soins qui pouvaient être obtenus plus facilement « *ce qui peut réguler un petit peu aussi la prise en charge de la demande c'est le délai qu'on va avoir chez chacun des spécialistes donc le kiné c'est facile c'est rapide...si on veut faire une biologie c'est rapide aussi....donc après est-ce qu'il va y avoir besoin de ...on peut mettre tout ça en même temps...donc qu'il y a le médecin du travail, un RDV à demander mais des fois c'est pas tout de suite...le rhumatologue c'est pareil...il y a un délai un mois des fois...et puis alors là...les centres antidouleur ou les médecins de rééducation ...c'est...des délais on va dire de 3 mois à...si on a la chance de connaître un peu* » (M 6a).

On notait également l'obstacle budgétaire de la psychothérapie « *le problème de psychologue c'est que ce n'est pas remboursé derrière ... il faut que les gens puissent payer ...* » (M 4a). Le médecin généraliste connaissant l'origine du problème se retrouvait ainsi en difficulté quand il ne trouvait pas forcément la solution pour le patient « *... euh ... on n'est pas équipé ... on n'est pas équipé clairement pour répondre à cette problématique*» (M 3a).

Enfin, l'accessibilité par rapport aux autres correspondants n'était pas toujours évidente « *moi j'ai du mal à joindre le médecin conseil hein...je fais leur numéro c'est pas facile d'avoir quelqu'un....* » (M5b) « *c'est un numéro de la plateforme mais...payante en plus (lève ses sourcils) et tu peux pas avoir le médecin conseil directement...* » (M 3b).

6.2.4. Le temps pour les démarches administratives, la connaissance des droits du patient

Les démarches administratives restaient un élément bloquant dans la prise en charge organisée pour le patient, avec le temps qu'elles demandaient au médecin « *.... Je me dis il faut que je fasse...puis je sais pas comment m'approcher parce que j'ai pas le temps....et après...enfin...tout le temps administratif...* » (M5b) « *Ben oui ...mais dès que l'administratif s'en mêle...entre du moment où on parle du temps partiel, du moment où l'employeur est ok pour faire un temps partiel il y a 1 mois, 15 jours, 3 semaines...* » (M 1a).

Il était parfois difficile pour le médecin de ne pas suivre certaines démarches imposées par l'administration « *quand on a eu l'expert je découvre tous les aspects administratifs de la chose puisqu'on n'apprend pas ça donc....tout ce qui est invalidité rapport qualité avec son travail...dossier MDPH...je découvre que là il fallait remplir le formulaire de ...comment ...de contestation de l'accident du travail...* » (M 5b).

Le médecin était mis en difficulté d'autant plus qu'il n'avait pas reçu des notions nécessaires à toutes ces démarches administratives pendant sa formation « *...du point de vue administratif je saurais même pas comment faire une demande pour aller au Patis Fraux...il y a vraiment des trucs...il y a plein de choses comme ça qu'on ne sait pas faire qu'on n'apprend pas et on ne sait pas du tout* » (M 4b). Il en était de même pour l'insuffisance de connaissance sur les droits que pouvaient avoir le patient « *Il y a*

aussi quelque chose...qu'on a ...t'as touché un mot tout à l'heure (montre le médecin 5)...c'est...c'est qu'on ne connaît pas véritablement leur droit » (M3b).

6.2.5. La souffrance du médecin face à une lombalgie traînante

Si la souffrance du patient devant sa douleur était quelque chose interminable, celle du médecin devant des lombalgies traînantes n'en était pas moins difficile à porter « *oui...après...heu...ce ...il y a du relationnel...au bout d'un moment j'en peux plus quoi...je crois que le patient...et le soignant souffrent aussi et que...je sens parfois que je suis pas très sympathique quand je le vois sur l'agenda.... » (M2b)*

Le sentiment des médecins devant cette problématique pouvait passer d'abord par des réactions de colère « *j'ai eu la rage là... (Rires) » (M3b) « M1a : Mal!!!...Peut-être que ça m'agace! » (Médecin 1a), puis des sentiments de lassitude « *...C'est vrai qu'à un moment donné...bon moi je suis quelqu'un qui parle beaucoup avec mes patients, j'essaie de prendre du temps...mais à un moment donné Docteur...elle en a marre, c'est à eux de changer...et moi je ne changerai pas, voilà ...la façon de prendre en charge » (M 1a).**

Avec tout ce qu'ils essayaient de mettre en route pour faire sortir le patient du cercle vicieux dans lequel il allait s'installer et finalement en absence de résultat, certains médecins évoquaient une attitude de résignation « *de faire avec.... (Rires)...je commence à faire avec moi... » (M 1a) « et tu entends toujours ...machin...et tu continues de faire avec... (Rires) » (M 3a).*

Parmi les difficultés posées par la prise en charge d'une lombalgie, parfois c'était la remise en question de la relation médecin-malade « *et pourquoi ce patient il nous horripile...et pourquoi...pourquoi on est quand-même attaché à lui mais on voit pas ou des fois on renvoie...ça peut être intéressant » (m3b) « ...J'ai des lombalgiques qui sont toujours là...qui souffrent toujours dans leur quotidien...et que finalement ben...bon ils sont pas embarrés ni...finalement la solution n'a pas été trouvée et que ils sont résignés quant à leur douleur et finalement on n'en parle même plus hein....On fait des consultations pour un oui pour un non...pour le rhume... » (M 2b).*

Finalement le médecin ne trouvant pas de solution s'installait lui aussi dans une attitude assez négative « *ça...ça s'appelle pas la sinistrose, ça ? » (M 3b) « ...parce que de temps en temps on les porte quand –même... » (M 5b).*

DISCUSSION

1. DISCUSSION SUR LA METHODE

Les points forts du focus group :

Le dynamisme d'un entretien de groupe a permis un échange de parole assez riche pendant le débat. La connaissance de certains intervenants entre eux favorisait une bonne interactivité, les médecins ont pu faire part de leur désaccord assez aisément. De même, quand il existait une unanimité sur certaines idées, ils n'ont pas hésité à faire connaître leur avis. L'animateur, maîtrisant la conduite du débat dans ce type de réunion, a su inviter chacun des participants à prendre la parole, évitant ainsi une répartition inégale du temps de parole et l'effet « leaders d'opinion » c'est-à-dire la domination de certains participants au sein du groupe.

La méthode a été changée à l'issue de la première réunion. Les premiers intervenants ayant estimé qu'ils avaient totalement exposé leurs points de vue, le deuxième focus group a été réalisé avec d'autres participants ce qui a permis de recueillir de nouvelles données.

Le guide d'entretien a été également retravaillé après la première réunion introduisant un travail de déconstruction du terme « psychosocial » qui a permis de discuter sur ce qui paraissait évident. En effet, d'autres déterminants comme le niveau intellectuel et d'apprentissage du patient, l'hygiène de vie à travers les pratiques sportives, le problème des addictions surtout l'alcoolisme qui pouvait interagir avec les lombalgies ont été dégagés. Le premier groupe faisait ressortir une prédominance de l'intervention des facteurs externes comme le travail, la famille et l'entourage sur la plainte du lombalgique, alors que le second révélait des idées concernant les facteurs internes venant du patient lui-même.

Les points faibles du focus group :

Les focus groups n'ont pas pu être organisés avec la population, ciblée au départ, de médecins généralistes impliqués dans l'enseignement de la Psychologie médicale. Les données ont donc été recueillies auprès d'une population moins impliquée dans l'approche centrée patient.

Concernant le nombre de participants, deux médecins n'ont pas pu venir au premier groupe, et le deuxième groupe n'a pu compter la présence que de cinq médecins. Le faible nombre de participants au 2^{ème} focus group a réduit de fait les possibilités d'échanges.

2. DISCUSSION SUR LES RESULTATS

2.1. La relation médecin-malade : une subjectivité à prendre en compte ?

Les résultats montrent qu'au cours de l'exercice, s'installe parfois une relation affective entre le soignant et le malade. Cet aspect interrelationnel peut parasiter le médecin face à certaines demandes du patient comme les demandes d'examen complémentaires, de consultations spécialisées, d'arrêt maladie ou de prolongation d'arrêt. Le médecin traitant, devant ces demandes, a sans doute peur de froisser cette relation, et que le patient perçoive le refus comme un abandon de son médecin. Alors certains préfèrent emprunter une autre voie en l'orientant vers un autre professionnel: le rhumatologue qui va faire ses examens et radiologies, qui va dire au patient que c'est une pathologie bénigne, et qu'il ne faut pas que le patient s'inquiète plus. Ou le médecin conseil pour mettre fin à un arrêt.

Le médecin traitant pourrait-il et devrait-il s'opposer à des demandes abusives ? Comment affronter cette difficulté à dire non au patient, comment refuser sans que le patient ait le sentiment de se sentir rejeté ? Le médecin généraliste est de plus en plus exposé en soins primaires à des pressions et demandes injustifiées, la relation médecin-malade s'est peu à peu transformée. Mettant en avant les droits de l'individu, notre société souhaite faire évoluer la relation médecin-patient d'un modèle « paternaliste » vers un modèle d'« autonomie ». Cette évolution se traduit notamment dans les nouvelles obligations liées à l'information et au consentement éclairé du patient concernant les soins ainsi qu'à la communication du dossier médical au patient ⁽²⁰⁾.

Le patient est consommateur de soins, le médecin est perçu comme un prestataire surtout en soins primaires où il est sollicité en tant que délivreur d'ordonnances, de certificats, d'arrêt maladie, et de courriers pour les médecins spécialistes. Soucieux d'une relation médecin-malade harmonieuse permettant une démarche diagnostique efficace, une prise en compte du point de vue du malade et une bonne observance thérapeutique, le médecin généraliste devrait savoir créer un climat de confiance, en ayant fait l'effort initial de réfléchir à sa posture de soignant ⁽²¹⁾.

Les médecins savent bien qu'écouter le malade et l'entourage affectif de ce dernier est un aspect fondamental de la relation médecin-malade. Ils ont commencé à apprendre l'importance de s'écouter eux-mêmes, de reconnaître les sentiments induits par le malade, et qui pourraient entraver les démarches diagnostique et thérapeutique ⁽²⁰⁾. Agir avec assertivité (mode de communication qui concilie l'affirmation de soi et le respect d'autrui) « être soi-même ni hérisson ni paillason » apportera au médecin le plus de satisfaction, d'une part pour lui-même car il aura agi en plein accord avec ses sentiments, ses valeurs et ses convictions, d'autre part, vis-à-vis du résultat obtenu car l'attitude assertive bien maîtrisée est généralement celle qui conduit au meilleur résultat, contrairement aux attitudes de fuite, manipulation et agressivité.

Alors comment le médecin peut-il formuler le « non » avec sérénité ? E.GALAM ⁽²¹⁾ propose quelques méthodes :

- Savoir écouter et repérer la demande du patient, prendre le temps de bien comprendre et saisir sa demande ;
- adopter un comportement assertif qui permet de respecter et de faire entendre les droits et désirs du médecin dans le respect du patient qu'il a su entendre et écouter ;
- dire « non » clairement (ne pas dire « oui mais »), sans se justifier et sans être agressif ;

– laisser à l'autre le temps de réagir au refus. Si l'interlocuteur insiste, ne pas argumenter mais réaffirmer son refus, éventuellement comme un disque rayé « Je vous le redis, c'est non ».

Il est parfois nécessaire d'exprimer ses émotions négatives (« Cela me gêne que vous insistiez... »), de faire preuve d'empathie (« J'ai bien compris combien cela vous embête et je suis vraiment désolé pour vous, mais là je ne peux pas... »), voire de recadrer la relation (« Vous pouvez compter sur moi en tant que médecin traitant, mais pour ce certificat et cet arrêt de travail que vous me demandez, c'est NON ») ;

– mettre fin à la discussion : « Ma réponse est définitive : c'est NON. Au revoir monsieur. »

Comment les médecins s'y prennent-ils pour aborder le sujet psychosocial ? Certains vont utiliser des questions spécifiques comme la question du sommeil, la différence entre le travail et les vacances, des questions ouvertes faisant réfléchir le patient et faire des rapprochements entre les périodes douloureuses. D'autres trouvent que c'est une intrusion de poser les questions au patient et vont rester dans une position d'attente en pensant qu'au fur et à mesure du suivi le patient va peut-être en parler.

Certes, il y a la personnalité du médecin qui joue un rôle non négligeable dans cette relation entre le soignant et le malade. Il n'est pas envisageable d'intervenir sur ce facteur. Mais la difficulté à aborder un sujet psychosocial ne vient pas que de cet élément. On constate la difficulté à trouver du temps pour ces consultations où il y a nécessité d'écoute et de dialogue, éventuellement une expérience professionnelle pour une organisation des temps de consultations. La surcharge d'activité en médecine générale ne permet pas toujours de prendre le temps d'expliquer et de rassurer le patient. Ce manque de communication par défaut du temps aggrave les peurs et les croyances du patient sur les lombalgies. M.CAMBOU ⁽⁹⁾ dans son travail de thèse suggère ainsi d'utiliser le FABQ, échelle d'évaluation des peurs et des croyances comme outil pour alerter précocement le médecin sur ce défaut de communication et sur les représentations du patient en soins primaires. ⁽⁹⁾

Les résultats montrent que la formation initiale du médecin généraliste ne l'aide pas à aborder un sujet psychosocial. Il peut alors se bloquer dans une attitude voire dans une représentation vis-à-vis d'une plainte du malade, favorisant ainsi une médicalisation de la plainte lombalgique. G.CHATEAU ⁽¹⁷⁾ propose dans son travail la mise en place d'une attitude d'ouverture à l'écoute, en évitant projections et interprétations par les propres représentations du médecin, attitude qui aidera le patient à légitimer sa plainte c'est-à-dire à élaborer des explications tangibles et disculpantes par rapport à ses douleurs ⁽¹⁷⁾. Il semble que cette attitude soit perçue par le patient comme psychothérapique selon les résultats publiés par P.CATHEBRAS concernant les plaintes somatiques médicalement inexplicables ⁽²⁵⁾.

Il peut s'avérer que dans certaines situations le médecin ne soit pas sûr de son diagnostic ou pas très convaincu de la démarche choisie ou d'un traitement proposé. Par conséquent il va faire appel à un avis spécialisé. Plusieurs études ont montré que l'attitude du médecin dès les premières consultations joue un rôle dans la prévention du passage en chronicité. F.LAROCHE ⁽⁵⁾ aborde ainsi le lien entre l'attitude du médecin et l'efficacité du traitement. L'effet placebo étant présent dans tout acte médical, la douleur fait partie des pathologies les plus sensibles à l'effet placebo. L'attitude du médecin est donc très importante et peut augmenter(ou diminuer=effet nocebo) de façon importante l'efficacité du traitement. L'enthousiasme du médecin, l'intérêt qu'il porte à son patient, ainsi que les informations données vont favoriser l'effet placebo. Il est ainsi souhaitable que le médecin connaisse l'impact de la relation ou « alliance » thérapeutique dans l'efficacité du traitement ⁽⁵⁾.

Concernant la difficulté relationnelle qui peut exister avec certains patients, un travail de réflexion sous forme de groupe Balint ou groupe de pairs, un échange avec un collègue pourrait être aidant pour

le soignant dans sa pratique. Il permet de se détacher du contre-transfert établi avec un patient particulier pour sortir de ses propres représentations et essayer d'effectuer des raisonnements plus objectifs. Il permet également d'exprimer ses souffrances face à certaines situations, de se remettre en question, d'échanger et d'évoluer dans son exercice. Cette idée rejoint l'interrogation sur la capacité du médecin à l'écoute, à l'entente d'une demande et à se remettre en cause dans le travail de thèse de G.CHATEAU⁽¹⁷⁾.

2.2. Information des professionnels de santé : des facteurs qui pourraient influencer la prise en charge du patient

2.2.1. Les facteurs de risque de passage en chronicité et leurs outils d'évaluation

Si la plupart des médecins des deux focus groups utilisent l'EVA comme moyen d'évaluation de la douleur dans les lombalgies traînantes, nombreux sont ceux qui ne connaissent pas vraiment l'existence des outils d'évaluation ou de dépistage des facteurs de risque du passage à la chronicité des lombalgies communes. Intervenir sur la période subaiguë nécessite une identification et une évaluation précoces de ces facteurs de risques bien déterminés. De nombreuses études ont permis des propositions de questionnaire : Deyo et Diehl avec trois items (antécédents de rachialgies, nombre d'années de scolarisation, sensation d'être toujours malades) ; Rossignol et al. ont construit un autre questionnaire en trois items (limitation des activités professionnelles, limitation des activités quotidiennes au domicile, antécédents d'indemnisation pour un problème rachidien) ; ou encore le questionnaire de 11 items de Valat et *al.* permettant d'identifier, dès la consultation initiale, les patients ayant une plus forte probabilité de voir leur lombalgie évoluer vers la chronicité ⁽⁸⁾

Le FABQ (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire) à 16 items, cotés de 0 à 7 permet d'évaluer les peurs et croyances du patient concernant la relation entre sa lombalgie et son activité physique ou professionnelle. Selon le travail de M.CAMBOU, le questionnaire adapté en soins primaires couvrant les principaux facteurs de risque psychosociaux serait l'OREBRO qui ne demande que 5 minutes pour être rempli. Ce questionnaire élaboré par une équipe de la Nouvelle Zélande en 1996, publié en 1998, a été validé en langue française (plutôt en soins de seconde ligne) avec un changement dans le classement des patients en trois groupes plutôt que deux comme dans le questionnaire original (patient à risque faible, modéré et élevé de chronicité) ^(23,24).

2.2.2. La déconstruction des croyances des professionnels de santé

Les peurs et croyances concernant le lien entre lombalgie commune et activités physiques n'existent pas que chez les patients. Selon une étude en 2006 de S.POIRAUDEAU et al.⁽²²⁾, destinée à analyser l'influence des caractéristiques des patients et de leurs rhumatologues sur l'évolution de la lombalgie subaiguë, les peurs et croyances par rapport aux activités professionnelles étaient de même niveau chez le médecin que chez le patient. Il importe que le professionnel de santé fasse aussi un travail de déconstruction, car ces peurs et croyances influencent l'attitude thérapeutique du soignant.

Il a été démontré que l'augmentation des « croyances » erronées du patient et du médecin est notamment liée au contenu du compte rendu d'imagerie. Selon une communication faite lors du

congrès mondial du rachis en 2005, plus de la moitié des comptes rendus utilisent des termes de pathologie pour décrire des phénomènes liés au vieillissement, mais ne précisent que dans 2% des cas, qu'il s'agit de phénomènes normaux pour l'âge⁽⁸⁾.

L'utilisation d'outils d'information simples comme le Guide du dos (back book) dans la formation continue des soignants peut réduire de façon significative les peurs et croyances des professionnels de santé comme ce qui a été démontré dans l'étude menée par COUDEYRE et al. auprès des pharmaciens d'officine français⁽³⁾. La simple lecture de ce livret d'information peut modifier positivement les croyances, mais l'impact de ce type de document sur l'attitude thérapeutique du soignant reste à démontrer⁽³⁾.

2.3. Information des patients

Les résultats montrent que le rôle du médecin généraliste est primordial dans la période aiguë et subaiguë en ce qui concerne la réassurance du patient par rapport à ses douleurs. Le message qui pourrait être bénéfique passe par un examen clinique soigné faisant comprendre au patient l'existence de douleurs ou de contractures musculaires, par des explications rassurantes sur les résultats radiologiques quand ces derniers se présentent. F.LAROCHE⁽²⁶⁾ met en avant l'importance d'avoir un comportement médical rassurant en ayant écouté la plainte douloureuse du patient, en évaluant son intensité et en faisant un examen clinique exhaustif dans la période aiguë des lombalgies car la survenue de ces épisodes revêt souvent un caractère anxiogène et active des peurs et fausses croyances⁽²⁶⁾.

Plusieurs études ont montré qu'un diagnostic non spécifique énoncé avec un terme classique comme étirement, tour de rein, dérangement...présente moins de risque d'évolution vers la chronicité que l'annonce d'un diagnostic lésionnel sur l'imagerie (lésion vertébrale ou discale)⁽⁸⁾.

L'éducation du patient trouve sa place dans les gestes du quotidien et des postures au travail selon plusieurs médecins des deux focus groupes. Par des discussions et explications sur l'utilisation du dos ils arrivent à montrer au patient les techniques aidant à éviter la douleur ou à la stabiliser. Ceci rejoint les théories de l'école du dos que S.POIRAUDEAU a abordé dans son exposé concernant la rééducation et les lombalgies en 2007, avec un programme théorique et pratique ciblant une dédramatisation de la douleur en montrant l'intérêt de l'activité physique et l'effet nocif de l'inactivité⁽⁴⁾.

Le travail de déconstruction des représentations et croyances des patients sur la pathologie semble être complexe mais important dans la prévention du passage en chronicité. Il demande une analyse pertinente de la plainte ou de la demande du patient, afin de déterminer ce que représente la douleur pour ce dernier. Cette analyse nécessite une attitude d'ouverture de la part du médecin pour ne pas se limiter au premier motif de consultation. Plusieurs médecins reconnaissent que la relation médecin-malade influence fortement cette analyse.

La déconstruction des représentations et la reformulation des croyances par le médecin est un travail laborieux pouvant nécessiter l'enjeu de plusieurs intervenants dans une approche cognitivo-comportementale comme ce que propose F.LAROCHE dans la prise en charge des lombalgies⁽⁵⁾. Cette approche utilise des techniques d'éducation, d'information à visée thérapeutique avec reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter, apprentissage des stratégies de coping et réassurance afin de renforcer l'efficacité personnelle, réactivation physique pour limiter la kinésiophobie, les évitements et le déconditionnement physique, l'apprentissage de la relaxation avec

désensibilisation en imagination, la gestion du stress, et enfin l'exposition graduée aux situations redoutées et évitées ⁽⁵⁾. Selon l'auteur, cette approche présente moins de clivage entre le modèle médical et le modèle psychologique et ainsi est mieux acceptée par les patients.

Le médecin généraliste par une relation de confiance établie avec le patient peut essayer de lui faire prendre conscience de l'enjeu des facteurs psychosociaux sur sa plainte douloureuse. Les médecins intervenants pensent que cette prise de conscience demande parfois du temps en fonction des patients, mais il est indispensable d'étudier la problématique si on veut le faire sortir du cercle vicieux dans lequel il s'est installé. Ceci veut dire qu'il faudrait peut-être aborder des sujets d'intimité, des sujets délicats comme la situation pécuniaire, ou qu'il faudrait peut-être toute une remise en cause d'une revendication de reconnaissance personnelle, professionnelle ou sociale. Se pose alors la question jusqu'où le professionnel de santé peut intervenir dans cette prise de conscience, sans se laisser envahir par ses propres représentations.

2.4. Organiser la reprise du travail

On a constaté l'unanimité des médecins généralistes sur l'attitude à adopter sur la reprise du travail. Afin de prévenir l'incapacité au travail, il est important que le patient soit encouragé pour une reprise précoce. Les expériences montrent que cette reprise nécessite une préparation avec le lieu de travail, c'est-à-dire en faisant intervenir l'employeur et surtout le médecin du travail. S.ROZENBERG⁽¹⁰⁾ aborde à ce propos l'organisation par la médecine de ville des visites de pré reprises et des consultations de maladies professionnelles rapprochées afin de favoriser l'intervention du médecin du travail dont le champ d'action est souvent limité par la méconnaissance de l'arrêt de travail jusqu'au moment de la reprise. Selon l'auteur, un recours plus fréquent à des consultations de maladie professionnelle pourrait peut-être éviter à certains patients lombalgiques de se maintenir dans des conflits administratifs qui sont fort préjudiciables à la guérison et au retour au travail. La visite de pré reprise quant à elle pourrait être demandée au moins quinze jours avant la fin prévisible de l'arrêt de travail, elle laisse le temps ainsi de prendre des avis spécialisés et des contacts utiles dans l'entreprise. Elle permet au médecin du travail d'étudier un aménagement de poste ou un changement de poste dans l'entreprise ⁽¹⁰⁾.

2.5. Des propositions pour améliorer la prise en charge du patient lombalgique

2.5.1. L'intérêt d'une psychothérapie de groupe

Il serait intéressant que la psychothérapie soit incluse dans une procédure de soins pluridisciplinaire, ce qui permettrait de lever l'obstacle financier qui souvent bloque les patients. Il est tout aussi intéressant d'étudier l'approche psychothérapique au sein d'un groupe où on évitera la stigmatisation du problème de chacun, afin de faciliter le déblocage de certains aspects de l'alexithymie comme la difficulté à verbaliser l'état émotionnel à autrui. Enfin, il sera probablement bénéfique dans la recherche sur la douleur chronique d'étudier le lien entre l'alexithymie et cette dernière, en effectuant des études qui nous permettront d'analyser la variabilité de la réponse au traitement selon le profil psychologique ⁽¹⁶⁾.

2.5.2. Une prise en charge pluridisciplinaire en se consultant entre partenaires de santé

L'idée d'une réunion interdisciplinaire entre le patient, le médecin traitant, le rhumatologue ou rééducateur, le médecin du travail et le médecin conseil a été mentionnée dans l'objectif d'étudier ensemble les demandes du patient, de chercher des solutions propres à chaque situation. Cette réunion pluridisciplinaire serait intéressante dans le sens où elle permet d'éviter des pertes de temps inutiles quand chacun des partenaires de santé agit de son côté pour arriver à des discours contradictoires qui ne sont pas bénéfiques pour le patient lombalgique. En effet, on peut imaginer le découragement et l'incompréhension d'un patient qui se trouve face à un type de message délivré par un médecin et son contraire par un autre confrère ⁽¹⁰⁾. S.ROZENBERG⁽¹⁰⁾ propose ainsi que les divers intervenants soient coordonnés dans leurs actions en ayant le même discours, dans l'objectif d'améliorer la prévention du passage en chronicité du patient lombalgique. Comment favoriser cette coordination entre différents partenaires ? Le médecin prenant en charge un patient lombalgique pourrait orienter son traitement sur le lieu de travail du sujet, en travaillant avec les responsables de l'entreprise et le médecin du travail. Les objectifs de cette prise en charge établis par le médecin généraliste, rhumatologue ou rééducateur pourraient être présentés aux médecins du travail et de la sécurité sociale ⁽¹⁰⁾. Ceci éviterait éventuellement les déclarations d'inaptitude au travail aux nombreux patients venant de sortir d'un stage de ré entraînement à l'effort, et le sentiment de déception qui y serait lié.

Mais cette concertation n'est pas sans interrogation : le rôle du médecin de la Sécurité sociale sera-t-il perçu comme aidant dans le parcours de soins du patient ? Le médecin conseil par ses fonctions est dépendant d'une hiérarchie médicale et administrative. Les patients sont convoqués par le service médical pour certaines décisions. Il n'y a pas de libre choix du médecin et un climat de méfiance mutuelle risque de fausser la rencontre. Pour le médecin conseil, ses connaissances médicales sont des repères, mais la notion de contrôle implique des normes soumises à un équilibre économique, à des budgets pour lesquels chacun cotise solidairement. Ses choix sont difficiles et délicats, ses décisions d'accord ou de refus ne sont pas anodins ⁽¹²⁾.

2.5.3. L'expérience du médecin joue un atout majeur dans la prise en charge

L'expérience permet au médecin de reconnaître plus facilement le profil de chaque patient, d'analyser une demande de façon plus pertinente en ne pas s'arrêtant sur le premier motif de consultation.

Elle permet au médecin de trouver des arguments nécessaires pour transmettre sa conviction sur un projet thérapeutique ou une réassurance sur l'état de santé du patient. Elle donne accès également à une évolution dans la technique d'examen clinique permettant ainsi de relever des discordances entre la plainte et l'examen, de là arriver à se faire une idée sur l'existence des facteurs psychosociaux et en discuter avec le patient. G.CHATEAU dans son travail a abordé ce sujet en parlant de sémiologie d'alerte orientant le médecin vers une origine non organique du symptôme ⁽¹⁷⁾.

Cette expérience d'exercice peut retrouver sa place dans la coordination des soins proposés au patient lombalgique. En effet, la connaissance d'un kinésithérapeute qui ne travaille pas avec des électrodes dans cette problématique et qui accorde de l'importance à l'écoute et à la discussion permet au médecin de guider son patient. Le travail avec le kinésithérapeute invitera ce dernier à une prise de conscience de son corps, du lien qui peut exister entre sa douleur et ses problèmes psychosociaux. Progressivement le travail de rééducation avec ce kinésithérapeute permettra aussi au patient d'apprendre à vivre avec ses douleurs en continuant de rester dans l'activité.

De façon similaire, on retrouve l'intérêt de la connaissance d'un psychologue qui travaille sur le stress au travail, d'un ostéopathe qui permet au patient d'arriver à verbaliser ses soucis ou ses émotions. Les résultats suggèrent que ces connaissances des partenaires paramédicaux contribuent à un résultat plutôt positif, comme ce qui a été abordé dans la thèse d'I. COQUART à propos des prescriptions d'orthèses plantaires pour les lombalgies où il y a nécessité d'avoir un podologue référent de confiance en sachant que l'efficacité de l'orthèse est pour plus de la moitié podologue-dépendante ⁽¹⁸⁾. Afin de rechercher les bonnes solutions qui pourraient être proposées aux patients lombalgiques, le médecin peut rencontrer les professionnels paramédicaux, étudier leur façon de travailler, analyser les retours, les résultats dans sa patientèle ainsi essayer de connaître les méthodes qui peuvent correspondre à ce qu'il recherche. La constitution de son propre carnet d'adresses ne se limite pas qu'au secteur libéral. Le médecin peut utiliser ses connaissances pour avoir des correspondants également dans les centres de soin comme centre de rééducation, centre antidouleur, école du dos... La connaissance des contacts semble être intéressante pour changer cet élément bloquant.

2.5.4. L'utilité des antidépresseurs dans les lombalgies non spécifiques reste à discuter

Si certains médecins ne sont pas convaincus de l'efficacité de ces médicaments dans les douleurs lombalgiques, d'autres proposent un essai thérapeutique en supposant qu'il existe une dépression sous-jacente. Les antidépresseurs sont prescrits chez un quart des patients⁽⁵⁾. Cependant, leur bénéfice, en dehors des tricycliques qui ont un effet modeste, est discuté en l'absence de douleur neuropathique ⁽⁵⁾. On peut s'intéresser à l'intérêt de traiter les sujets déprimés partiellement, présentant des douleurs chroniques et non répondeurs aux IRS (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine) par de la Duloxétine ⁽¹⁶⁾. Ce traitement pourrait être une alternative pour atténuer le seuil de la douleur.

Selon une étude d'URQUHART et *al.* publiée en 2010 ⁽¹⁹⁾, aucune preuve que les antidépresseurs soulagent les lombalgies ou la dépression plus efficacement qu'un placebo n'a été trouvée. Les antidépresseurs n'ont conféré aucun autre bénéfice apparent dans le traitement des lombalgies. Cependant l'auteur signale que les patients présentant une dépression significative ne devraient pas éviter les antidépresseurs, puisqu'ils continuent à jouer un rôle important dans le traitement de la dépression clinique.

Pour Urquhart et al, il est nécessaire de poursuivre des études dans le domaine de la recherche, mais en attendant les antidépresseurs doivent être considérés comme des traitements n'ayant pas fait leur preuve dans les lombalgies non spécifiques⁽¹⁹⁾.

CONCLUSION

De nombreux objectifs restent encore à atteindre pour essayer de mieux prendre en charge le patient lombalgique dans le modèle biopsychosocial afin de prévenir le passage en chronicité. Ce travail objective la nécessité d'identifier les patients à risque en période subaiguë, en connaissance des échelles d'évaluation des facteurs de risque en particulier des facteurs psychosociaux dont la connaissance est délicate et la solution difficile à trouver. L'intervention du médecin généraliste est plus qu'indispensable dans cette période, faisant appel à sa volonté de mettre en œuvre les expériences qu'il a pu se procurer pendant ses formations initiales et continues, au niveau théorique, clinique et relationnel. Une attitude rassurante du médecin connaît des bénéfices certains dans l'évolution thérapeutique et pronostique des lombalgies communes. La relation médecin-malade y trouve un enjeu important. Elle permet au médecin d'établir un climat de confiance avec le patient quand le médecin souligne le respect de soi, de sa pratique et de ses patients. Le médecin qui agit avec assertivité est un médecin qui sait établir une relation d'aide centrée sur le patient, relation qui nécessite trois attitudes : l'empathie, la considération positive inconditionnelle (capacité à ne pas juger l'autre) et la congruence (aptitude à s'écouter soi-même) ⁽²¹⁾. Le repérage des facteurs psychosociaux dès les premières consultations en soins primaires joue un rôle déterminant dans les décisions thérapeutiques établies par le médecin généraliste. Il permettra à ce dernier d'orienter le patient vers les structures de soins nécessaires à une prise en charge dans sa globalité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 TEISSEIRE N. La lombalgie commune : définition-épidémiologie-prévention-diagnostic-principes thérapeutiques. Disponible sur URL : www.mediosteo.fr/documents/lalombcommune.pdf
- 2 DERAMOUDT B., HOUEDAKOR J. Lombalgie : quand avoir recours à un centre de médecine physique et de réadaptation ? Médecine. Mai 2008 ; Volume 4, Numéro 5, 209-12.
- 3 COUDEYRE E., POIRAUDEAU S. et al. Comment modifier les peurs et croyances et l'attitude des professionnels de santé vis-à-vis de la lombalgie commune ? Société Française de Rhumatologie.2005.
- 4 POIRAUDEAU S. Rééducation et lombalgies en 2007. DES médecine physique et réadaptation. P.4 ;5 ;13 .
- 5 LAROCHE F. La lombalgie chronique. No 2: La douleur, des recommandations à la pratique. Juin 2006.
- 6 ANAES. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques de moins de trois mois d'évolution. Texte de recommandations. Février 2000.
- 7 VALAT J-P. Facteurs de chronicisation des lombalgies communes. Revue du Rhumatisme 72 (2005) 373-375.
- 8 NGUYEN C., POIRAUDEAU S., REVEL M., PAPELARD A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme 76 (2009) 537-542.
- 9 CAMBOU M. Les outils d'évaluation du risque de passage en chronicité chez le patient lombalgique. Utilisation en soins primaires. Thèse Médecine : Université d'Angers 2010.p.46 ;58-61.
- 10 ROZENBERG.S. Comment prévenir la lombalgie chronique ? Entretien de Bichat ; Septembre 2009 ; 9-11.
- 11 FAYAD.F. et al. Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. 2004, volume 47, p.179-189.
- 12 DETAVERNIER-SCHIEFFER K. Eléments d'une problématique à propos d'un cas éthique. DIU d'éthique médicale : Université Henri Poincaré de Nancy 1 : Octobre 2006.
- 13 MUGNIER J-P. Quand la douleur du corps protège l'esprit de la souffrance. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2006 ; 36(1):47.
- 14 MOREAU A. et al. S'approprier la méthode du focus group.2004 ; 18;383.
- 15 MALCHAIRE.J et al. Influence des facteurs psychosociaux sur les troubles musculo-squelettiques. Convention de recherche. Décembre 1999.
- 16 AIRAGNES G, GOHIER B, PETIT A, BRIERE M, DENES D, MARTINEZ C, ANDRIANTSITOHAINA R, GARRE J-B, ROQUELAURE Y. Approches psychopathologiques de la douleur chronique.p.34-36,93.

- 17 CHATEAU G. Les difficultés du médecin généraliste face au patient lombalgique chronique: un abord non exploré dans l'analyse des déterminants du passage à la chronicité de ces patients ? Thèse Médecine : Université d'Angers.2007.
- 18 COQUART I. Place de l'orthèse plantaire dans la prise en charge du patient rachialgique à travers le regard et les pratiques déclaratives des rhumatologues, des rééducateurs fonctionnels et des médecins généralistes. Thèse Médecine : Université d'Angers Novembre 2012. P.64.
- 19 URQUHART DM, HOVING JL, ASSENDELFT WJJ, ROLAND M, VAN TULDER MW. Antidépresseur pour le traitement des lombalgies non spécifiques. Octobre 2010. Disponible sur URL : <http://summaries.cochrane.org/fr/CD001703/antidepresseurs-pour-le-traitement-des-lombalgies-non-specifiques>.
- 20 BOULNOIS C, GODE B. Communication Médecin-Patient 2006. Disponible sur URL : epubs.fr/ressources/COMMUNICATION+EPU+06-06.doc.
- 21 GALAM E, DUMAS F.R. Oser dire « non » avec sérénité. La Revue du praticien médecine générale. 20 Novembre 2007; Tome 21 ; No 788-789 ; 20.
- 22 POIRAUDEAU S, RANNOU F, LE HENANFF A, et al. Outcome of subacute low back pain: Influence of patients and rheumatologists characteristics. Rheumatology 2006; 45: 718-23.
- 23 NONCLERCQ O, LEJEUNE T, BERQUIN A. CO22-002 - Evaluation du risque de chronicité chez des patients avec lombalgie (sub)aiguë: validation de la traduction française du questionnaire OMPSQ. Octobre 2010.
- 24 NONCLERCQ O, BERQUIN A. Prédire la chronicité dans la rachialgie aiguë : validation de la traduction française du questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine; Mai 2012; volume 55, n°4 ; p.263-278.
- 25 CATHEBRAS P. Plaintes somatiques médicalement inexplicées. Stratégies Mises au point. Médecine, février 2006 :72-75.
- 26 LAROCHE F. Les douleurs rhumatologiques en pratique quotidienne. Conduite à tenir face à une lombalgie aigue commune. John Libbey Eurotext, 2008. P 4.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
METHODE	11
METHODE DE RECUEIL DES DONNEES	11
ECHANTILLONNAGE ET MODALITES DE RECRUTEMENT	11
GUIDE D'ENTRETIEN ET CONDITIONS DE REALISATION	11
RETRANSCRIPTION	12
ANALYSE DES DONNEES	12
RESULTATS	12
RESULTATS ET ANALYSE DES RESULTATS	14
1. LA DEFINITION DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX PAR LES MEDECINS GENERALISTES	14
1.1. LE NIVEAU PSYCHIQUE ET LE NIVEAU INTELLECTUEL DU PATIENT	14
1.1.1. <i>Le profil psychologique</i>	14
1.1.2. <i>Le niveau socio-intellectuel et les capacités d'apprentissage</i>	14
1.2. LE MODE DE VIE DU PATIENT, SA PRATIQUE SPORTIVE	15
1.3. L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET PROFESSIONNEL	15
1.4. LE PROBLEME DES ADDICTIONS	15
2. POURQUOI S'INTERESSER AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE ?	16
2.1. MISE EN DIFFICULTE DU MEDECIN DEVANT LA COMPLEXITE DE LA SITUATION	16
2.2. LE PROBLEME DE L'ARRET DE TRAVAIL QUI RESTAIT UN PROBLEME PARFOIS PESANT ET DIFFICILE A RESOUDRE	17
2.3. LE COUT SOCIOECONOMIQUE DES ARRETS DE TRAVAIL POUR LOMBALGIES OU DES CONSEQUENCES FINANCIERES POUR LE PATIENT.....	17
2.4. LES BENEFICES SECONDAIRES ET LA QUESTION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL POUR LOMBALGIES	18
2.5. LIMITER LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES NON JUSTIFIES OU RESISTER A UNE DEMANDE EXCESSIVE DU PATIENT: UN REFUS DIFFICILE.	18
2.6. SITUATION CONCERNANT DE PLUS EN PLUS SOUVENT UNE POPULATION JEUNE	19
3. QUAND PENSER AU ROLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS UNE LOMBALGIE ?	19
3.1. LORS D'UN QUESTIONNEMENT DU MEDECIN DEVANT L'ABSENCE D'EVOLUTION DES SYMPTOMES	19
3.2. PATIENT AYANT UN TRAVAIL PHYSIQUE	20
3.3. UN ARRET DE TRAVAIL QUI DURE	20
3.4. REVENDICATION D'UNE RECONNAISSANCE	20
3.4.1. <i>Reconnaissance de son travail</i>	20
3.4.2. <i>Reconnaissance de l'accident de travail</i>	21
3.4.3. <i>Reconnaissance de sa pathologie ou de son existence</i>	21
3.5. L'ANALYSE D'UNE PLAINTES OU D'UNE SITUATION PAR LE MEDECIN JOUAIT UN ROLE PRIMORDIAL	21
3.5.1. <i>L'expérience du médecin</i>	21
3.5.2. <i>Le profil du patient</i>	22
3.5.3. LA DISCORDANCE ENTRE LA PLAINTES ET L'EXAMEN CLINIQUE.....	22
3.5.4. <i>Les outils d'évaluation</i>	23

4. QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES POUR ABORDER LE SUJET DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX AVEC LES PATIENTS ?	24
4.1. EXPLIQUER LA NORMALITE DE L'EXAMEN CLINIQUE ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	24
4.2. L'ECOUTE EN SE DONNANT DU TEMPS	24
4.3. FAIRE PRENDRE CONSCIENCE AU PATIENT	24
4.4. PASSER PAR UN INTERMEDIAIRE POUR FAIRE CHEMINER LE PATIENT	25
4.4.1. <i>Recours aux spécialistes</i>	25
4.4.2. <i>La kinésithérapie</i>	27
4.4.3. <i>Le psychologue</i>	28
4.4.4. <i>Ostéopathie</i>	29
4.4.5. <i>Podologue</i>	29
4.5. RETICENCE DU PATIENT	29
4.6. LA RELATION MEDECIN-MALADE	30
5. QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES POUR EVITER LA CHRONI-CISATION D'UNE LOMBALGIE ? QUEL SUIVI ORGANISE ?	30
5.1. FAIRE UN TRAVAIL DE DECONSTRUCTION DES CROYANCES OU DE REPRESENTATIONS DU PATIENT	30
5.2. ANTICIPER ET METTRE UNE BARRIERE DES LES PREMIERES CONSULTATIONS	31
5.3. ENCOURAGER LE PATIENT ET ORGANISER UNE REPRISE RAPIDE	32
5.4. AGIR SUR LA DOULEUR	33
5.4.1. INTERET DES PSYCHOTROPES	33
5.4.2. <i>Les postures dans la vie quotidienne et au travail</i>	33
5.4.3. <i>Education du dos en faisant réfléchir le patient</i>	33
5.5. LA PARTICIPATION DU PATIENT DANS LA PRISE EN CHARGE DE SA PATHOLOGIE ETAIT PRIMORDIALE	34
6. BILAN D'EXPERIENCE DES PARTICIPANTS	35
6.1. LES ASPECTS POSITIFS OU FAVORISANTS	35
6.1.1. <i>Avoir ses contacts pour pouvoir orienter les patients</i>	35
6.1.2. <i>Reconnaitre ses limites pourrait faire cheminer le patient</i>	36
6.1.3. <i>L'intérêt d'une prise en charge pluridisciplinaire</i>	36
6.1.4. <i>Essayer de procurer au patient une attitude positive</i>	37
6.2. LES ASPECTS NEGATIFS DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT LOMBALGIQUE	37
6.2.1. <i>La mauvaise observance parfois du patient</i>	37
6.2.2. <i>Une attitude négative chez le patient</i>	37
6.2.3. <i>L'accessibilité des spécialistes ou d'un réseau de soins</i>	38
6.2.4. <i>Le temps pour les démarches administratives, la connaissance des droits du patient</i>	38
6.2.5. <i>La souffrance du médecin face à une lombalgie traînante</i>	39
DISCUSSION	40
1. DISCUSSION SUR LA METHODE	40
2. DISCUSSION SUR LES RESULTATS	41
2.1. LA RELATION MEDECIN-MALADE : UNE SUBJECTIVITE A PRENDRE EN COMPTE ?	41
2.2. INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE : DES FACTEURS QUI POURRAIENT INFLUENCER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	43
2.2.1. <i>Les facteurs de risque de passage en chronicité et leurs outils d'évaluation</i>	43
2.2.2. <i>La déconstruction des croyances des professionnels de santé</i>	43
2.3. INFORMATION DES PATIENTS	44
2.4. ORGANISER LA REPRISE DU TRAVAIL	45
2.5. DES PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT LOMBALGIQUE	45

2.5.1.	<i>L'intérêt d'une psychothérapie de groupe</i>	45
2.5.2.	<i>Une prise en charge pluridisciplinaire en se consultant entre partenaires de santé</i>	46
2.5.3.	<i>L'expérience du médecin joue un atout majeur dans la prise en charge</i>	46
2.5.4.	<i>L'utilité des antidépresseurs dans les lombalgies non spécifiques reste à discuter</i>	47
CONCLUSION		48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		49
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA PREMIERE REUNION FOCUS GROUP		54
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LA DEUXIEME REUNION FOCUS GROUP		55
ANNEXE 3 : REUNION FOCUS GROUP 1(A)		56
ANNEXE 4 : REUNION FOCUS GROUP 2(B)		78
ANNEXE 5 : REGROUPEMENT DES OCCURRENCES EN DIMENSIONS		99

ANNEXE 1 : Guide d'entretien pour la première réunion focus group

A/Introduction :

Avant de commencer je tiens à vous remercier d'avoir bien voulu nous accorder un créneau de votre planning pour nous retrouver ce soir.

Comme vous avez pu constater en regardant la lettre d'invitation, l'objectif de ce focus group est de chercher, observer et réfléchir sur les différents modes de résolution possibles face à l'existence de l'enjeu psychosocial pouvant intervenir dans les lombalgies communes, et ce, dans la période subaiguë. Nous espérons pouvoir analyser la question en écoutant l'expérience de chacun sur la matière.

L'entretien de ce focus group est enregistré afin de faciliter le travail de recherche. Je vous rappelle que l'anonymat de tous les médecins participants sera respecté. Merci.

B/Tour de table.

C/Questions :

1/Pouvez-vous nous raconter la dernière fois que vous avez été confronté à une plainte lombalgique qui dure ? Quel type de problème avez-vous ressenti ?

2/Devant un patient qui consulte de façon répétitive pour lombalgies et pour qui l'arrêt de travail se prolonge, comment réagissez-vous ?

Si besoin de relancer la question : expliciter le type de repérage dans l'analyse de la situation :

- incertitude du diagnostic
- intérêt pour le travail du patient
- intérêt aux difficultés du patient

3/Comment vous y êtes-vous pris pour aborder les aspects non biomédicaux avec le patient ?

Objectif : expérience de chacun, faire parler des situations cliniques.

Savoir :

- utilisation d'outils d'évaluation ou d'éducation
- quelle approche du travail ?
- quelle approche vis à vis des problèmes psychosociaux ?

4/Quelle proposition au patient et comment organisez-vous le suivi ?

- Contact avec le médecin du travail ?
- Rééducation ? Quel type ?
- Psychothérapie ?

5/Que pensez-vous de votre manière de faire ?

Bilan d'expérience de chacun, des aspects positifs et négatifs, c'est à dire des éléments favorisant ou bloquant dans la prise en charge globale du patient.

D/Choix de la date de la deuxième séance + remerciements et clôture.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien pour la deuxième réunion focus group

A/Introduction :

Avant de commencer je tiens à vous remercier d'avoir bien voulu nous accorder un créneau de votre planning pour nous retrouver ce soir.

Comme vous avez pu constater en regardant la lettre d'invitation, l'objectif de ce focus group est de chercher, observer et réfléchir sur les différents modes de résolution possibles face à l'existence de l'enjeu psychosocial pouvant intervenir dans les lombalgies communes, et ce, dans la période subaiguë. Nous espérons pouvoir analyser la question en écoutant l'expérience de chacun sur la matière.

L'entretien de ce focus group est enregistré afin de faciliter le travail de recherche. Je vous rappelle que l'anonymat de tous les médecins participants sera respecté. Merci.

B/Tour de table.

C/Questions :

- 1- **Qu'est-ce que vous entendez par « facteurs psychosociaux ». Pourquoi vous y intéressez-vous ?**
- 2- ***Pouvez-vous nous raconter la dernière fois que vous avez été confronté à une plainte lombalgique qui dure ? Quel type de problème avez-vous ressenti ?***
- 3- ***Devant un patient qui consulte de façon répétitive pour lombalgies et pour qui l'arrêt de travail se prolonge, comment réagissez-vous ?***

Si besoin de relancer la question : expliciter le type de repérage dans l'analyse de la situation :

- incertitude du diagnostic
- intérêt pour le travail du patient
- intérêt aux difficultés du patient

- 4- ***Comment vous y êtes-vous pris pour aborder les aspects non biomédicaux avec le patient ?***

Objectif : expérience de chacun, faire parler des situations cliniques.

Savoir :

- utilisation d'outils d'évaluation ou d'éducation
- quelle approche du travail ?
- quelle approche vis à vis des problèmes psychosociaux ?

- 5- ***Quelle proposition au patient et comment organisez-vous le suivi ?***

- Contact avec le médecin du travail ?
- Rééducation ? Quel type ?
- Psychothérapie ?

- 6- ***Que pensez-vous de votre manière de faire ?***

Bilan d'expérience de chacun, des aspects positifs et négatifs, c'est à dire des éléments favorisant ou bloquant dans la prise en charge globale du patient.

D/Choix de la date de la deuxième séance + remerciements et clôture.

ANNEXE 3 : Réunion focus group 1(a)

Animateur : T. a parlé tout à l'heure du ...du...sujet...heu...pour commencer est-ce que vous pouvez nous raconter la dernière fois que vous avez été confronté à un patient...heu...pour une plainte lombalgique qui traîne ou qui dure..., une dernière rencontre...pour voir un petit peu ...enfin...quel type de problème que ça vous a posé ou avez-vous pu ressentir dans ce cas là...
Silence.

Médecin 4 : moi je sais que j'en ai pas mal en particulier une jeune femme que j'ai vu là....J'ai dû la voir quand...lundi....C'est une jeune femme qui se plaignait de tout ce qu'on veut depuis très très longtemps...c'est-à-dire elle venait pour autre chose en me disant voilà j'ai une stagnation de poids... c'est quelqu'un qui s'occupait de son poids bien entendu et puis...(lève sa main) « Ah, je veux vous parler de mon dos ! »

Animateur : acquiescement de la tête

Médecin 5 (main sur la joue gauche)

Concentration du groupe...

Médecin 4 : alors...heu...voilà (sourires)donc elle m'a dit que ça traîne...j'ai déjà vu plein d'autres personnes...j'ai suivi la mésothérapie homéopathie...heu...on m'a parlé de l'acupuncture...voilà...et je l'examine, bon, vraiment aucun signe clinique alarmant et elle avait été aussi orientée chez une kiné qui faisait la rééducation maxillo-faciale parce qu'elle avait aussi un problème de positionnement de la langue et cette kiné était anciennement kiné on va dire plus générale et qui à cause des problèmes de mains s'était réorientée par ça....Donc moi je l'ai examiné bien entendu, je l'avais déjà vue mais ça faisait un certain temps que je connaissais cette patiente et ...heu ...en disant bon, ben, écoutez, là , vraiment, mon examen est tout à fait normal, la kiné vous faisant vraiment du bien, on va repasser par de la kiné....Elle avait déjà vu la kiné aussi...alors ..en disant ..j'ai d'autres personnes avec qui je travaille régulièrement avec un retour généralement toujours favorable...et donc j'ai donné les coordonnées...alors maintenant j'attendrai la suite...à voir...parce qu'elle s'est rendue compte quand-même que par la kiné, la personne en question qui faisait la rééducation maxillo-faciale, ayant le bagage de kiné, a dit « pour moi c'est que de la contracture que vous avez », et certainement elle se sent tendue par ça et bon...moi...je pose des questions « est-ce qu'il y a des facteurs de stress et tout.. ??? » et elle me dit « non, à priori je ne me sens pas stressée »...hein...mais elle m'a dit « on m'a dit que peut-être la nuit j'étais tendue » etc....donc on repart sur une kiné classique mais avec une kiné faite, moi je pense, avec une personne que je connais depuis longtemps avec de très, très bon retour, et donc, en espérant que, justement, ce problème qui est certainement plus un problème de contracture ...

Médecin 3 (regarde ses mains)

Médecin 4 :...que de douleur purement rachidienne soit pris en charge après un requis...c'est...voilà...mais...bon donc qu'elle a eu un long cheminement puis que je l'avais vue...elle a quand même essayé plusieurs routes...voire de (rires) prises en charge...pour retourner à une prise en charge par un kiné sur en examen clinique qui, bon, admettons, complètement rassurant. On n'a pas demandé d'examens complémentaires des choses comme ça ...je veux qu'on repart sur la kiné et on va bien voir puisque, elle, déjà, dans sa tête, pensait que peut-être ça pouvait lui faire du bien puisque la technique qu'on lui avait appris à faire chez elle l'a fait beaucoup soulager. Donc voilà...c'est intéressant...on en a généralement plutôt des problèmes de dos comme ça....

Médecin5 : hum...hum...

A : les autres ... ?

Médecin 6 : je ne sais pas si ça peut rentrer complètement mais j'ai...enfin...quand on parle...j'ai juste un problème il n'y a pas très longtemps avec un patient que je connais depuis un bon nombre d'années...qui est un patient diabétique type 2, oh, plus ou moins bien équilibré, qui est en grande difficulté en ce moment surtout par sa femme qui a un cancer du poumon et qui accompagne une fille adolescente qui a du mal à trouver sa place un peu dans la société....et, donc, de façon récurrentealors ...il a été...heu...anciennement boucher et en fait il a été obligé d'arrêter son travail parce que justement il y avait des névralgies alors...plutôt...au niveau des épaules et qui ont vraiment ...euh...empêché toutes....Il a même essayé d'être salarié et ne plus être à son compte, ne plus avoir de stress, même en tant que salarié, c'était devenu pire....Et là en fait depuis peu se sont redéclenchées les douleurs au niveau lombaire, avec des petites irradiations au niveau des deux fesses....et...donc que ...il avait été suivi par le centre anti douleur à un moment aussi...donc je lui ai

parlé de tout ça mais il n'a pas envie d'y retourner car les choses s'entretiennent donc on est peut-être plus dans la forme chronique, c'est pour ça qu'on n'est peut-être pas tout à fait...heu...mais voilà...j'ai ce patient-là qui me revient pour en parler, et lui en fait il est centré sur une idée comme il est diabétique type 2 il est un peu obèse, et il est persuadé qu'il a 2 lipomes au niveau lombaire (montre avec ses doigts la région lombaire) ...au niveau des crêtes iliaques et qui sont la cause de ses douleurs. Donc j'ai essayé plusieurs fois en le réexaminant de lui expliquer que je pense, moi, à l'examen, que c'est plutôt une hypersensibilité au niveau de cette partie- là qui est plutôt d'ordre névralgique, et qui fait que la peau soit à peine touchable, et ce qui fait que le kiné ne peut pas le toucher...ce qui fait que...et aussi, à mon idée...je pense que ce ne sont pas des lipomes qu'il amais il est persuadé que ce soit ça...et...j'ai dû passer 2 consultations, essayer de lui réexpliquer...à chaque fois il en sort il est convaincu « oui, bon, d'accord »...et puis il me rappelle...il me dit « non, c'est pas possible, j'ai revu mon kiné qui m'a dit que ça ne pouvait être que ça »Donc je suis un petit peu en difficulté à ce niveau -là, surtout dans ce cas, mais on sent qu'il est buté sur cette idée...et...je crois que...il va aller consulter éventuellement un chirurgien esthétique pour aller se faire...« liposucer »...

Rires du groupe.

Médecin 2 et médecin 5 acquiescement de la tête.

Médecin 6 : ...je vais dire ça comme ça...et en se disant que...voilà...donc il y a ...on est peut-être un petit peu ...on change de tout ça mais...voilà...(mouvements des 2 mains) quand il faut retrouver quelqu'un, un cas, pouf, c'est celui-là qui m'est venu....

A : ...est venu tout de suite....

Médecin 6 : ouais, ouais...ouais, ouais....parce qu'il me met en difficulté...c'est le principal.

A : regarde les autres médecins

Médecin 2 : hum...hum... la semaine dernière j'ai vu un jeune homme...ça fait peut-être un mois et demi, deux mois que je le connais. C'est un couple...heu...elle, elle a un gros problème pulmonaire, elle a une maladie orpheline très rare...

Médecin 3 (se gratte la tête)

Médecin 2 : ...elle a eu un problème pneumo-pleural donc elle a été opérée...puis chirurgie et donc une fois à la maison donc...son conjoint qui à chaque fois l'accompagnait...mais qui parlait jamais pendant la consultation...enfinElle a exprimé plusieurs fois beaucoup de souffrance par rapport à sa pathologie....Il était toujours avec elle mais...il n'a jamais...enfin...jusqu'à présent il n'avait pas beaucoup trop parlé....Puis une semaine après sa sortie de l'hôpital de son opération, il est venu pour un problème de lombalgies aiguës...voilà...il est paysagiste donc il a aussi un travail...physique...Il m'a raconté que ça lui est arrivé assez régulièrement d'avoir mal dans le dos, que plus qu'à présent parce qu'il habitait avant à Vern, voilà donc chaque fois ça se déroulait bien....Donc au départ je lui ai...je l'ai arrêté 15 jours, je lui donne à faire quelques séances de kiné, des AINS tout ça....à l'examen je n'avais pas de signe de sciatgie ça faisait vraiment lombalgies communes...En fait il est revenu 15 jours après à la fin de son arrêt de travail, il n'avait pas fait de séances de kiné, il avait toujours aussi mal....donc je lui ai prolongé en disant que voilà...ça allait traîner un peu tout ça mais je l'avais revu la semaine après où il avait commencé un peu la kiné...il était toujours très douloureux, donc je l'ai à nouveau prolongé ça faisait déjà un mois, un mois et demi finalement, et la dernière fois je lui ai fait faire quand-même une radio et une prise de sang, sur...une lombalgie qui durait depuis un mois sans aucune évolution positive en fait....Bon, après je pense bien qu'il y a énormément de stress dans le couple...ils ont dû déménager...il y a en tout ce problème de santé à elle...mais j'ai pas beaucoup de recul....Ce sont des gens que je venais de voir et du fait que j'ai mon pratique tout jeune je pense que je suis plus sujette à faire...bah...vite des examens...enfin...voilà...enfin...vite...je sais pas mais en tout cas...heu...vraiment éliminer quelque chose d'organique avant de partir sur...heu...sur...

Médecin 3 (se penche la tête, main sur le front)

Médecin 2...sur...une lombalgie commune toute simple. Je verrai la prochaine fois que je vais le revoir mais je me disais c'est quelque chose un petit peu compliqué chez un jeune homme de 30 ans mais qui a un travail assez physique, en général, bon, ben....pour la reprise du travail...

Médecin 6 (hochement horizontal de la tête)

Médecin 2 : ...je les renvoie assez vite fait voir leur médecin du travail...je trouve ça assez dur quand-même de...

Médecin 6 (acquiescement de la tête)

Médecin 2 : ...de toute manière après 3 semaines de ...

Médecin 5 : hum ...hum...

Médecin 2 : ...d'avoir une visite d'entreprise puisque je trouve qu'après ça se complique vite quoi sur les gens qui ont un travail physique même si heu...il y a du stress et tout ça...heu...ce qu'on peut vivre au travail ou dans la vie de famille...ça pourraient être sociaux...voilà...

Médecin 3 hum...hum...

A : d'autre situation...médecin 3 ?...une dernière situation... ?

Médecin 3 : j'ai une sciatalgie déficitaire en ce moment...mais je ne sais pas si ça rentre dedans...

A : ouais, si c'est peut-être une lombalgie commune...tu peux en parler comme ça...

Médecin 3 : voilà...voilà...c'est un monsieur que j'ai eu au téléphone aujourd'hui (regard vers le haut, ferme les yeux)...c'est un monsieur qui a une sciatalgie depuis 10 jours (regarde la table, ramasse les petits morceaux sur la table)...donc comme il est venu me voir la première fois il y a dix jours, une douleur simple sans atteinte neurologique (gratte son oreille droite), que j'ai revu mercredi de la semaine dernière parce qu'il avait du mal à marcher, une petite évolution vers un déficit moteur...heu...il se met sur la pointe du pied du côté gauche avec une petite hypoesthésie au niveau du dessus du pied...heu...voilà...pas douloureux, quasiment pas douloureux...un examen moteur qui était un peu diminué à gauche, parfait à droite et les réflexes rotuliens conservés...heu Donc en fait j'ai appelé le neurochir qui m'a dit ben...il est déficitaire mais pas beaucoup 4/5 donc on temporise un petit peu...on laisse sous antiinflammatoires 48 heures...vous réévaluez donc 48 heures aprèsC'était pas moi c'était mon collègue qui le revoyait (sourires)...

Médecin 4 (sourires)

Médecin 3 :...donc il a revu et pas d'évolution donc il a rappelé le neurochir qui voulait qu'on fasse une IRM donc il a eu son IRM vendredi soir qui disait qu'il y a bien une hernie discale...qui correspondait bien au territoire...et que ...qu'il n'y a pas d'indication chirurgicale urgente et qu'il fallait le rappeler lundi...et donc je l'ai rappelé lundi donc hier ...heu...les chir vont vous rappeler dans la journée donc ce midi il n'y a pas de nouvelles et donc je les ai rappelés aujourd'hui donc il n'y a pas d'indication sur le déficit comme ça on n'opère pas...euh ...il faut contacter les rhumato qui me disent...ben...pourquoi vous nous appelez ????...

Rires du groupe

Médecin 3 : je disais...bah voilà...enfin moi j'ai un patient qui a un problème, bon, voilà, il faudra peut-être...le chir a dit que c'est avec le rhumato qu'il faudrait le prendre charge et, bon, il m'a dit bah oui effectivement il y a un déficit moteur 4 sur 5 c'est pas beaucoup mais peut-être lui faire quand-même une infiltration des choses comme ça...donc...on va le convoquer...Et j'ai rappelé quand-même le patient pour lui expliquer tout ça ...parce qu'il attendait quoi...je lui ai dit que je le rappelle pour lui tenir au courant...et...je lui ai dit je vous rappelle dès que j'ai des nouvelles donc je l'ai un peu oublié...Je lui ai dit bon ben ...le rhumatologue va vous rappeler...Il m'a dit oui mais moi j'ai besoin d'arrêt de travail...voilà...c'est quelqu'un qui est postier...et qui m'a dit ...voilà...j'ai l'arrêt de travail qui va jusqu'à demain soir...heu...comment je fais...heu ...pour après...Enfin, c'est le problème de l'arrêt de travail...ça m'embête quand-même de le prolonger...Je lui ai dit bon...ben...écoutez...si ça se trouve que vous allez reprendre le travail même si c'était difficile...bon ...le cas de miroir un peu de ce qu'on voit d'habitude parce que lui il a plutôt envie de reprendre son travail parce qu'il n'est pas douloureux ;..Donc il a effectivement un petit déficit ...enfin ...il a un déficit ...mais il n'est pas douloureux, et potentiellement en faisant attention au travail gentiment, il arriverait à travailler probablement...

Médecin 5 (s'appuie sur le dossier de la chaise, buste en arrière)

Médecin 3 :...heu...mais bon je vais quand-même probablement l'arrêter parce que voilà...c'est quand-même pas une ...une bonne...stratégie...mais...voilà...comme quoi parfois on peut être amené à prolonger l'arrêt de travail alors que le patient il a envie d'y aller...donc ...voilà...c'est juste parfois un petit peu l'opposé et ...voilà...dans le quartier on a un petit peu la sensation qu'on a quasiment plus de patients qui nous disent « non, non, non... » ... « m'arrêtera-t-on, m'arrêtera -t-on.... »

A : le côté financier aussi... (Acquiescement de la tête)

Médecin 3 : ouais, financièrement ou ...la perte d'emploi...

Médecin 4 (décroise ses bras, se gratte le coude gauche)

Médecin3 : ...voilà nous avons pas mal de gens comme ça, ce sont des professions ...voilà...c'est...c'est...le ménage, c'est le postier, c'est la manutention...voilà des choses comme ça, avec des contrats précaires, et effectivement c'est...non, non, non, ça va aller quoi...,...heu...ce n'est pas toujours facile à gérer non plus dans ce sens- là...

A : (acquiescement de la tête)...donc la prolongation de l'arrêt de travail pourrait-il être une difficulté supplémentaire...

Médecin 3 : oui, c'est ce genre de...de...voilà...

Silence

Médecin 1 : Moi, j'ai peut-être l'histoire d'une jeune femme que je ne connaissais ni d'Eve ni d'Adam... (Sourires)...qui était aide-soignante au départ qui est venue au départ pour un accident de travailEn bougeant un patient elle a eu une douleur...heu...une douleur...lombaire aigue...heu...en remontant avec une contracture un peu dans les omoplates. Elle a été vue en fait par un médecin et elle revenait pour une prolongation et ...heu...voir un petit peu ce qu'il fallait faire...Bon, l'examen...strictement normal...heu...donc j'ai vu une première fois en prolongation...j'ai dû prescrire la kiné...heu...traitement habituel, etc...et au bout d'une semaine ou dix jours...

Médecin 3 (frotte son oreille gauche pendant ce temps)

Médecin 1 : ...bah...toujours aussi mal avec des douleurs qui remontaient et qui redescendaient, elle pouvait plus faire ci elle pouvait plus faire ça, et ...heu...je dirais au bout de trois mois on est toujours dans la même situation parce qu'en fait ...euh ...je vous passe la kiné...heu...les bilans je finis par les faire parce que je comprenais pas pourquoi elle avait aussi mal...Et puis petit à petit je l'ai un peu amenée sur le terrain psychologique à savoir si effectivement elle avait des soucis etc...et puis finalement j'ai cru un jour qu'on allait y arriver puisqu'elle m'a lâché que finalement être aide-soignante elle s'est rendue compte que ça ne lui convenait pas trop, que...elle avait un diplôme de compta mais je crois...qu'elle souhaitait faire secrétaire médicale...Donc elle avait postulé pour changer de travail et que finalement elle souhaitait se réorienter et arrêter d'être aide-soignante. Elle a dû faire une reprise et puis...patatras...aux urgences alors qu'elle était...en plus elle était sur 2 postes...il y avait un changement de poste au sein de l'hôpital en tout pour arranger...elle a réussi à rentrer dans son deuxième poste...et elle se retrouvait pareille aux urgences de l'hôpital de Vitré...elle s'est fait « engueuler » parce qu'il y avait pas d'autre terme par un médecin urgentiste lui disant « vous n'êtes pas faite pour ça, vous n'avez que 25 ans, mais il faut arrêter d'être aide-soignante, il faut changer de métier »...Moi, je l'ai revue dans ce contexte-là...je lui dis qu'elle avait sûrement un problème psycho...enfin...je l'ai encore grattée là-dessus...heu...très revendicatrice par rapport à sa reconnaissance de son accident de travail etc...Je lui ai parlé de médecin du travail, je lui ai parlé de re...recon...reconversion, elle était bien sûr convoquée par le médecin de la Sécu pour finir parce que trois mois d'arrêt à 25 ans pour lombalgies aiguës...

Médecin 4 (se recule sur le siège, s'appuie sur le dossier, croise les bras)

Médecin 1 : ...elle a dû avoir deux fois le médecin de la Sécu, et pour finir elle a eu une lettre du...du médecin conseil qui m'avait bien arrangée en lui disant voilà...madame, votre arrêt se termine à telle date, il faut reprendre du coup...et...heu...elle a dû reprendre...j'ai pas de nouvelle...Elle a dû revenir me voir une fois pour un problème d'angine ; etc...heu...et puis...heu...et puis c'est tout je crois...Je crois qu'on a dû restituer un nouvel arrêt ...intermédiaire pour une récurrence de douleur de son dos mais elle a eu de nouveau un appel du médecin conseil lui disant mais madame, c'est plus possible, il faut reprendre...enfin...c'est comme ça que ça se termine, mais avec derrière une remise en question...et elle avait 25 ans quoi...

Médecin 5 (se gratte la tête)

Médecin 1 : ...donc voilà .C'est récent mais je dirais merci au médecin de conseil de la Sécu parce que je l'ai eu une fois au téléphone je crois...je lui ai expliqué que je n'ai pas réussi à dépatouiller la situation...j'étais bien contente d'avoir le courrier du médecin conseil...que j'ai essayé de la réorienter sur une prise en charge autre que son...sa simple douleur de dos...et puis, je pense que c'était grâce aux lettres ...oui officielles qu'elle a pu reprendre son travail et peut-être maintenant elle a changé de métier...je ne sais pas ... ça fait longtemps que je l'ai pas vue...voilà...

A : ...de ne pas la revoir ça vous fait penser que peut-être qu'elle a changéde métier...

Médecin 1 : ben, peut-être, peut-être..., peut-être qu'elle est dans son métier qu'elle se rend compte que elle n'est pas faite pour ça qu'elle m'a dit clairement qu'elle n'est pas faite pour ça...et puis elle

mélange avec la revendication de la reconnaissance d'un AT...heu...voilà...et même le médecin généraliste qui parle de...qui parle de psycho...heu...je lui ai conseillé même de retourner voir son ancien médecin traitant parce qu'elle n'est pas de la région....J'ai dit pour avoir un contre avis en fait parce que c'est le médecin qu'elle avait depuis toute petite en fait donc que...pour renforcer mon...mon diagnostic en fait(rires)...mais elle a eu beaucoup d'exams, beaucoup de kiné 4 séances de kiné/ semaine quand je commençais à la voir, pendant 3 mois ;...ça devenait...

Médecin4 (sourires)

Médecin 1 :...et pourtant...je veux dire...j'ai essayé de tenir la route mais au bout d'un moment...c'est impossible....C'est grâce au médecin conseil je pense qu'elle s'en est sortie parce qu'il lui a dit ben, écoutez madame...stop...

A : (acquiescement, sourit puis regarde d'autres médecins du groupe)

Médecin 5 : Comme exemple j'avais deux exemples en tête de...de...je ne pense pas que ce soit le plus parlant de quoi que ce soit....C'est une dame d'origine africaine que je connaissais depuis plusieurs années et qui est une...qui travaille dans un foyer de personnes âgées...et qui un jour a eu un lumbago aigu en soulevant une dame...Donc je l'ai vue effectivement...manifestement elle avait un lumbago aigu en accident de travail...traitement classique, habituel...l'arrêt de travail...on a essayé de faire le plus court possible donc une dizaine de jours et puis on voit etc....et puis finalement au bout d'un mois ça n'allait plus...on a fait un peu de kiné, beaucoup de kiné....et 3,4 mois après on était toujours dans cette situation-là, avec des essais de reprise, deux jours après elle revenait c'était atroce...absolument douloureux...donc on reprenait l'arrêt de travail...on reprenait les séances de kiné, et...ça continuait comme ça jusqu'au moment...même chose...c'est le...le...elle était dans un département et...donc c'est la commission départementale qui n'a pas reconnu, qui a dit...maintenant...il faut arrêter....donc elle était obligée de reprendre son travail....Je l'ai revue...je l'ai pas revue pendant 5,6 mois après sa reprise, et quand je l'ai revue...elle était en train de faire un régime...elle est venue me voir pour régler son problème de poids...elle faisait 135 kg pour 1m72...Bon, donc elle ne me parle plus de son problème de poids...non de dos...elle me parle de son problème de poids, elle envisage éventuellement...heu...une chirurgie esthétique....

A : Voilà quelques exemples, quelques problématiques qui se rejoignent quelque part par leur spécificité quand-même....Devant un patient qui consulte de façon répétitive pour lombalgies, qui revient régulièrement, pour qui l'arrêt de travail se prolonge, ce qui était le cas pour plusieurs d'entre vous, comment est-ce que vous réagissez ?

Silence.

Médecin 1 : Mal !!!

Rires du groupe.

Médecin 1 : ...au bout d'un moment...je dirais c'est...voilà...moi, par rapport à l'exemple que j'ai donné...il...il y a un instant...je pense que c'est la remise en question du diagnostic....On est passé à côté de quelque chose....il va falloir réexaminer de la tête au pied...et à un moment donné c'est ce que je disais il y a un instant...essayer d'avancer...est-ce qu'il y a des soucis...enfin peut-être pas aussi franchement mais d'essayer de les amener sur un autre terrain parce que quand l'examen est pauvre il n'y a pas de raison....la radio est faite et qu'elle est normale etc...au bout d'un moment... peut-être que ça m'agace (rires)

Rires du groupe

Médecin 1 :...voilà...enfin...je me trouve...je me trouve dans une impasse donc je dirais il faut...bah...il faut passer la main... quelques fois j'ai recours à des spécialistes...enfin un rhumato...assez tôt pour justement...éviter de passer à côté de quelque chose d'organique...heu...et puis ;...c'est pour ça qu'au bout d'un moment le spécialiste...le rhumato et puis maintenant de plus en plus pas forcément pour les lombalgies chroniques les centres d'algologie, la prise en charge pluridisciplinaire parce que je me rends compte que souvent...heu...peut-être dans d'autres cas de douleur au bout d'un moment on est dans l'impasse...on a fait les exams de la tête aux pieds et ils ont eu 4,5 séances de kiné et on n'a plus rien à leur proposer parce qu'on est tout seul et que toute seule face à leur interrogation...enfin...moi j'arrive pas...j'arrive pas...parce que je sens qu'il y a quelque chose qui échappe alors je me dis peut-être qu'en allant voir d'autres spécialistes pour réorienter vers...heu...ben le problème peut être sous-jacent, souvent quand-même psychologique, perte de confiance, dépression, etc...et se recentrer sur l'essentiel du problème...et pas sur le dos...mais bon ça marche pas toujours (rires)

Médecin 6 : Moi je dirais que l'intérêt du spécialiste éventuellement c'est peut-être justement de nous rassurer...

A : (acquiescement de la tête) oui, aussi ...

Médecin 6 : parce que le spécialiste, le rhumatologue ne va surement pas s'occuper depsychologique donc ça boucle notre inquiétude éventuelle de passer à côté de quelque chose d'organique autre quoi hein...je pense à quelque chose d'infectieux ou des tumeurs des choses comme ça...mais ...et puis après ça nous « autorise » à nous réorienter vers autre chose même si on a déjà perçu qu'il peut y avoir une origine psychologique, je crois que le passage au spécialiste nous donne la voix pour ...voilà...moi c'est souvent un peu comme ça que ça fonctionne aussi...c'est...bon...ça y est je suis rassurée, j'ai fait une num une CRP et des radios éventuelles...en général je freine souvent beaucoup de (demandes) pour faire l'IRM...J'ai souvent ce discours de dire que c'est pas moi à mon niveau que je dois juger de l'intérêt d'une IRM si je n'ai pas de signe déficitaire si j'ai pas quelque chose qui me ferait penser à quelque chose d'urgence.... Et c'est plus dans une optique éventuelle d'un jour d'une chirurgie s'il y avait besoin mais je voyais pas...voilà...et c'est aussi dans ce but là que je me conforte peut-être en organisant un rendez-vous chez un rhumato...heu...et l'autre hypothèse aussi c'est que je sens qu'au niveau thérapeutique je ne pourrais pas faire grande chose de plus...bon... on n'en a pas beaucoup parlé mais bon...on a l'air tous...au niveau thérapeutique...on passe en général hein...voilà ...dans tout ce qu'on a donné comme exemple...je fais-ci.....mes dix jours d'anti-inflammatoires on sent bien tous que c'est pas la problématique du médicament dans ce contexte-là. Et l'intérêt éventuel du rhumato aussi éventuellement c'est de juger de l'intérêt d'une infiltration. Mais, c'est souvent mes deux...mes deux biais de ...de...bah...pour aider après avoir fait ce que je peux faire, moi...éventuellement une radio...heu...puis la numération...et enclencher un petit test sur le psychologique...

Médecin 4 : Oui c'est un petit peu ça mais surtout les spécialistes eux ...nous on va dire on n'est pas « pète sec » avec les patients parce qu'on va les revoir...donc on n'ose pas dire les choses...que certains spécialistes « c'est comme ça, vous êtes là, vous n'avez rien, maintenant on passe à autre chose ! ».Et donc c'est ça ça permet d'aborder après de dire...bon...bah...ça y est ...le spécialiste vous a vu, même des fois je laisse le spécialiste faire la radio puisque les rhumato aiment bien faire leur radio...souvent ils rouspètent après parce que la radio qui a été faite en ville c'est pas ce qu'ils veulent donc plutôt de faire 2 séries de clichés ils vont chez le rhumato c'est le rhumato qui fait sa radio...à Rennes je sais que ça se passe souvent comme ça...Et puis souvent le spécialiste dit « bon, écoutez, madame, ou monsieur, ...votre plan est bon...vous n'avez rien...maintenant... », et c'est vrai ça permet après de dire « vous avez mal au dos...il y a peut-être quelque chose derrière...qu'est ce qui se passe ? »...Parce que souvent le spécialiste c'est ça...bon ,j'ai vu ce patient et je revois pas forcément, parce que ce ne sont pas des gens à voir à priori, et ça nous permet tout à faire de dire ...bon...ben...allez hop...on va aborder maintenant certaines choses.....Et on voit qu'il y a des patients une fois que le spécialiste a dit ils ne reviendront plus nous voir ...éventuellement ils nous parleront plus de leur dos ça va être fini en disant bon ben maintenant ça y est à la rigueur ils vont revenir et puis ils vont parler d'autre chose...ça va être le ventre...(rires)...ça va être autre chose...mais le dos ce sera fini !...hein...c'est là qu'on se dit voilà... le spécialiste a permis de clore un problème. Si on part sur une pathologie des fois...un peu fonctionnelle, bah ça permet de dire aussi...après tout bon il y a ...ça nous renforce oui dans cette hypothèse de dire qu'il y a quelque chose en dessous...il y a quelque chose en dessous...et que c'est pas toujours facile à faire dire au patient parce qu'on aimerait bien que ce soit le patient qui nous dise quoi...On lui tire pas trop les vers du nez, ça vienne de lui et donc ça permet justement...Je fonctionne toujours comme ça je fais la biologie si la biologie est bonne c'est le rhumato avec la radio...et après une fois...bon... ben c'est comme je disais...je fais le passage avec une bonne kiné justement qui...heu...fait très très bon travail...qui prenne le temps et qui parle avec des gens...

Médecin 6 : oui, c'est ça...

Médecin 4 : ...et c'est pas le kiné qui fait parce qu'il y a kiné « kiné » bien entendu aussi...là c'est une personne qui travaille très bien...et...elle aussi prenne le patient dans sa globalité et prenne le temps de discuter...et...même à la rigueur il y a des personnes qui se rendent compte de certaines choses...elles reviennent avec leur dos...elles ne sont pas forcément conscientes de ce qu'il y a derrière mais le fait de passer entre les mains de cette kiné qui, je sais, qui travaille bien ça « ouvre leur esprit » je vais dire et ça permet éventuellement de revenir...et d'aborder aussi le

sujet...Le passage au spécialiste permet quelques fois de dire « c'est fini sur le plan organique »... voilà... bien sûr ça nous rassure, on a une caution finalement...

A : donc ça vous rassure et d'un autre côté ça renforce le diagnostic...

Médecin 4 : oui, bien sûr, d'un côté on a toujours peur de... de... passer On voit tellement de choses des fois bizarres... sur les chose aigues des choses comme ça on voit rien et puis d'un jour à l'autre il peut y avoir une méta... ou des choses comme ça... C'est vrai qu'on a toujours cette crainte de passer à côté de quelque chose et même parfois sur une biologie on va dire rassurante... Des fois au bout d'un certain temps il peut quand-même se passer quelque chose... Le passage au spécialiste permet voilà... de clore peut-être un problème et d'aller... d'aller vers autre chose... voilà... la démarche...

Médecin 2 (veut prendre la parole)

A : oui, par rapport à ce que disent vos collègues...

Médecin 2 : ben surtout aussi ...de gérer un autre problème qui est dur aussi quoi... je pense que quelqu'un qui revient régulièrement c'est un petit côté énervant pour nous parce que on n'a pas fait bien notre travail ou en tout cas on n'a pas mis le doigt sur ce qui n'allait pas et ça a quelque chose de frustrant aussi pour nous... les consultations itératives pour le même problème... donc au bout d'un moment... ben... de toute manière...

Médecin 4 : donc c'est appel...

Médecin 2 : ...donc passer à quelqu'un d'autre et puis pour le patient aussi finalement je pense qu'il y en a quand-même qui sont en attente d'une réponse « pourquoi est-ce que j'ai mal dans le dos ? »... enfin...

Silence.

A : médecin 3 ?

Médecin 3 : ouais... heu... heu... je pense, enfin, moi, il y a ... il y a 2 trucs... sur les lombalgies aigues qui viennent d'arriver... c'est un petit peu la même démarche (regarde médecin 6)... c'est-à-dire que avant de classer de le voir, je mets une barrière assez vite en disant que de toute façon si dans un mois que vous revenez ... enfin... j'annonce un peu la couleur déjà au patient en disant... voilà... on a un petit peu de temps on... on se reverra dans 2,3 semaines,... je mets toujours un cheminement qui, moi, me permet déjà de mettre une certaine barrière et au patient aussi de mettre une certaine barrière en se disant ... bon, de toute façon après... ce sera pas moi qui va gérer le problème parce qu'il y a vraiment autre chose à faire... Donc mon rendez-vous est classé en fait... je...

Rires du groupe.

Médecin 3 : ... je n'attends pas d'être classé avant de passer la main parce que c'est très gênant... Et puis après j'ai des gens qui reviennent pour des lombalgies mais la Xième lombalgie et là... heu ... je fais une démarche complètement différente... Je suis dans une démarche où je leur dis « bah ouais vous avez mal au dos... ben oui, mais il faut faire avec ... » et là ça les travaille... et voilà... comment on va faire avec votre dos parce que vous avez mal... et voilà... il faut que j'arrête la douleur quoi... (mouvements avec ses mains) et quand j'arrête la douleur sur plein de paramètres... mais en les écoutant simplement... voilà... vous avez mal au dos, on a déjà fait la kiné, on a déjà fait les médicaments ça fait rien... bah non, ça fait rien... Peut-être qu'il faut jouer sur d'autres paramètres donc... le poids, l'activité physique, le stress, les machins, les trucs... mais voilà... en partant... Moi je pars dans une démarche complètement différente parce que je mène une démarche effectivement ... voilà... c'est l'accompagnement de la douleur et puis on n'est plus dans une démarche de... devoir régler la douleur parce qu'il y aura toujours une douleur...

Médecin 1 : hum... hum... oui...

Médecin 3 : donc ce sont d'autres chemins ...

A : (acquiescement de la tête)

Médecin 1 : ... peut-être le centre antidouleur...

Médecin 6 : oui le centre antidouleur...

Médecin 3 : ... sauf que le centre antidouleur, 3 mois de délai...

Rires du groupe.

Médecin 3 : ... je suis pas sûr que tu revois ... enfin... qu'ils reviennent 2, 3 fois par an pour sa lombalgie... mais ouais j'imagine... (soupire)... après c'est normal, c'est... c'est soit il y a des problématiques professionnelles qui l'explorent... soit il y a des problématiques personnelles ou X... qui... voilà... ils sont réticents à ce moment -là... et... des fois ça le simple fait de les

écouter...voilà...de ...est-ce qu'il y a en ce moment qui fait que... (Mouvements de ses bras) des problèmes...et après il faut se donner du temps....

Médecin 5 : ...C'est vrai que la problématique est différente sur...sur un patient qui est en période aiguë et qu'on va suivre...et qui va durer un certain temps mais parfois un temps certain pour pouvoir travailler avec lui sur...sur les douleurs...celui qui a des épisodes de 2,3 fois/an...il est peut-être habitué à ces épisodes-là, il y a peut-être d'autre chose derrière...je ...j'essaie toujours à chaque fois que...soit d'appeler le kiné quand je comprends pas les éléments évolutifs...de voir avec lui ce qu'il en pense...et voir un petit peu ce qu'il a mis en place pour les patients...Et puis...heu...avec le patient j'essaie de...de...savoir un peu ce qu'il fait avec son dos, comment il utilise son dos ?...l'éducation du dos...comment il s'assoit, d'aller chercher un papier ou un crayon qui tombe par terre, s'il vous plaît...je regarde comment il fait et puis je lui dis c'est pas comme ça qu'il faut faire c'est autrement...et je refais les mêmes choses...j'emploie mon dos depuis 25 ans(?) j'ai jamais eu de médicaments dessus...donc j'essayais de comprendre pourquoi ou comment je pouvais ne pas avoir mal en faisant des mouvements avec mon dos...Donc, à ce moment -là, on regarde, on discute un petit peu...et je lui montre comment se tenir sur une chaise, comment s'asseoir, comment on sort d'une voiture, comment on rentre dans la voiture, comment se lever de son lit, etc...et...les objectifs après... écoutez, vous allez faire ça, on se donne une dizaine, une quinzaine de jours, vous allez faire ça on va faire très attention, c'est pas la peine d'aller rapidement...on y va doucement vous savez c'est des gestes qui ne sont pas normaux pour vous donc vous y pensez...et quand vous commencez à avoir mal ...c'est que vous faites quelque chose pas bien...vous faites trop vite...vous faites...mais c'est pas ça...il faut arrêter tout de suite, il ne faut pas avoir mal...et à ce moment-là, après, vous allez commencer à réfléchir...Et là, certainement...la...la dame à qui je pensais...je ne pensais pas à la dame dont je parlais tout de suite mais à une autre dame à qui je lui parlais de ça et qu'il y a quelques exercices et que je revois de temps en temps...et après on a commencé à discuter sur pourquoi elle a mal au dos, comment elle a mal au dos ...ah bah oui, je me suis encore levée de travers ou alors j'ai encore fait d'autre chose...ou encore...ils arrivent à un certain moment à reconnaître des moments...à réfléchir un peu sur l'origine de leur douleur...parce qu'on sait qu'après ...ils n'ont plus mal pendant longtemps...Donc au final ils vont bien, ils travaillent bien, ils vont en voiture ils se déplacent, etc...donc c'est même souvent que c'est pas méchant ...donc manifestement il y a bien des causes quelque part qui sont liées à ça...et puis de temps en temps on réussit à parler sur les problèmes psychologiques...J'ai vu une dame un jour qui est arrivée mais en baïonnette (fait signe avec sa main)...vraiment en baïonnette ...on essayait de traiter ça...et puis ce n'est que 3 semaines après quand elle allait un petit peu mieux « mais qu'est-ce qu'il vous est arrivé là ? » « ben ...j'étais assise sur ma chaise, j'ai pris le téléphone parce qu'on m'appelait...et on m'a appris la mort de mon neveu... »(Silence)...Elle est restée une demi-heure sur la chaise, quand elle se levait elle était (dessine la forme de la chaise avec son doigt)...et c'est exactement la position dans laquelle elle était....

Médecin2 : ...et c'est au bout de 3 semaines qu'elle vous a dit qu'elle était...

Médecin 5 : (acquiescement de la tête)...ce n'est qu'au bout de 3 semaines qu'elle me l'a dit une fois qu'on a passé l'épisode aiguë parce que de toute façon ça lui faisait tellement mal que de tout façon...son mari l'amenait au cabinet...bon c'était déjà extraordinaire quoi...donc que...au bout de 3 semaines ça allait mieux elle commençait à bouger un petit peu...et peut-être toujours très raide et quand on examinait c'était vraiment (fait signes avec ses mains)...le derrière quoi...heu...je lui ai dit « mais qu'est-ce qui vous est arrivé ? »...Je discutais un petit peu de temps en temps à chaque fois et puis elle m'a dit « bah oui vous savez la mort de mon neveu ça m'a marqué... » « Ah oui, racontez-moi ça... »...c'est là que j'ai appris les circonstances. Avant elle n'avait pas mal du tout...elle n'a rien...et hop, complètement bloquée ! Et son dos n'avait rien à part ce problème musculaire....

A : je passe au patient comme ça qui consulte de façon répétitive pour lombalgies ou des problématiques d'arrêt de travail et tout...on disait un petit peu tout à l'heure...Comment est-ce que vous appréhendez ou vous intéressez justement au travail...aux difficultés du patient ?...Vous avez parlé un petit peu tous les deux par rapport à la précarité quelle que soit la situation professionnelle (regarde médecin 3 et médecin 4)...médecin 3... ?

Médecin 3 (silence)...il faut faire dès le début quoi...dès le premier arrêt de travail...dès la première consultation...se dire tout de suite arrêt de travail ou pas d'arrêt de travail ??Parce que tout de suite ce n'est pas les mêmes problématiques. Est-ce que c'est lié ou pas au travail ?(gratte son dos)...Ce qui est

bien important c'est d'identifier si le patient est bien demandeur ou pas demandeur...Le patient peut revenir 3 jours après en disant...bah...ça n'arrive qu'au travail mais c'est trop tard...ok...en fait il y avait un lien avec le travail, mais...le patient ne l'a pas...ne souhaitant pas...enfin...voilà...ça c'est un point et puis...et puis ;...tout de suite si c'est un travail manuel il faut y penser relativement vite ou si c'est quelqu'un qui a manifestement des problèmes psychologiques dans son travail...de surmenage...enfin bon...arriver assez vite à identifier si effectivement c'est un problème psychologique ou surmenage au travail ou si c'est un problème purement physique lié à des postures des choses comme ça..., pour arriver très vite à ...à...pas s'embringer sur la...la gestion de la douleur lombaire mais plutôt de partir sur la...la problématique du surmenage professionnel qui s'exprime par...enfin pour moi ça c'est sur la première ou la deuxième consultation...parce que souvent c'est assez rapide hein la première consultation...on revoit 5 jours une semaine après et ...on évalue quoi mais...heu...très vite en fait...

Médecin 6 : ...donc...avoir recours à la médecine du travail ça c'est une démarche que j'avais pas certainement au tout début de l'installation...voilà...et je me rends compte peut-être au fur à mesure de la pratique que les rencontres quasi hebdomadaires des lombalgies comme ça que plus on essaie de leur faire réfléchir sur leur posture aussitôt dans leur quotidien à la maison mais leur posture au travail et c'est vrai...que tout ce qui est...une sollicitation, même un travail au bureau, il n'y a pas que les travaux à la chaîne qui sont à risque... d'enclencher tout ça et entretenir tout ça...D'essayer de leur faire prendre conscience de...qu'il ne reste pas tout seul avec ce problème là...donc la Médecine du travail qui est quand –même un lien possible...ben si on dit...voilà...ce sont des médecins qui peuvent intervenir sur place...ou aider...ou faire motiver des choses que moi je peux pas voir...nous on peut pas voir quoi...hein...et de soulever aussi tout ce qui est problème...ben...l'école du dos et tous les phénomènes de...donc...que moi je ne sais pas les gérer personnellement je ne sais pas...les conseiller personnellement mais l'essayer quand je vois que la situation s'engrène un petit peu...Les faire voir peut-être pas uniquement le rhumato mais le médecin rééducateur...essayer de rentrer dans un processus un petit peu comme ça, de...prise en chargeLà, du coup, moi ce que je comprends dans cette prise en charge là...c'est pas uniquement celle de la douleur ...c'est aussi de tout l'environnement d'où l'intérêt que ça peut apporter...et dans le quotidien et dans le travail...Donc, de...d'être un petit peu le pivot entre toutes ces personnes-là en essayant de reconforter le patient ou la patiente qui est en face...pour qu'il comprenne aussi qu'on reconnaisse aussi ses douleurs, qu'on essaie de les aider...Et c'est pas uniquement comme ils disent des fois « c'est pas dans ma tête hein... », c'est vraiment leur dire qu'on entend qu'ils ont eu mal quoi...donc...voilà...

A : (regarde médecin 1 et médecin 2) ...et les jeunes alors ?... (Rires du groupe)

Médecin 1 : oui aussi je dirais la Médecine du travail parce que ça vient assez facilement dans le...dans la discussion en fait. Justement ben...pareille...pour avoir un appui sur le lieu de travail...pour parler d'ergonomie au travail, le siège, etc...et puis aussi effectivement pour...je vais dire ne pas avoir à gérer seul...la reprise du travail...heu...pareille du temps partiel...Maintenant je ;.je...parle très rapidement du temps partiel pour dire qu'il faut rencontrer très rapidement le médecin du travail, il faut rencontrer l'employeur pour voir si un temps partiel c'est possible...justement pour remettre un pied à l'étrier pour éviter que...qu'ils se chronicisent ...donc ...moi...je parle assez rapidement à part du médecin du travail...ben...des...des mouvements à faire mais ça je compte sur le kiné pour leur apprendre parce que moi je sais pas...je sais pas bien...je sais pas gérer ça...heu...et puis oui, je leur parle de leur environnement, de leur voiture des fois...enfin des choses un peu pratiques aussi parce que effectivement sur...heu...entre...le lit, la voiture, etc...de faire attention à ce qu'ils vont utiliser parce que clairement si on achète un 4x4 et si on achète une Porsche(rires) ce n'est pas la même chose quand on a des problèmes de dos...donc...je trouve que déjà leur parler de tout ça même si ...pour l'instant ils n'ont pas forcément...je vais dire les perspectives de ça je trouve ça intéressant...Moi, j'essaie d'anticiper, je suis assez...des fois ça leur fait peur parce que quand je parle de médecin du travail ou reconversion en 15 jours peut-être que ça leur fait peur mais moi je...je ...j'ai remarqué de plus en plus...j'essaie d'anticiper ça parce que sinon c'est moi qui me retrouve...je dirais...dans un cul de sac...il faut trouver en urgence un rendez-vous avec le médecin du travail...Moi je leur demande de gérer leur dossier aussi parce que je trouve que c'est à eux de gérer cette prise en charge pour solliciter...les différents moyens qu'ils ont à leur disposition en fait...Parce que sinon c'est le médecin généraliste qui va téléphoner, qui va dire « voilà, j'ai vu Monsieur machin qui n'en peut

plus...il faut faire quelque chose... »Ben oui ...mais dès que l'administratif s'empêgue...entre du moment où on parle du temps partiel, du moment où l'employeur est ok pour faire un temps partiel il y a 1 mois, 15 jours, 3 semaines....Pour 3 semaines d'arrêt je trouve ça énorme mais je trouve que...ben déjà par rapport au point de vue médical, par rapport à la société je trouve que...c'est pas ...c'est pas logique... donc...

A : dans quelle situation ou en fonction du travail de la personne... ?

Médecin 1 : en fonction du travail de la personne c'est vrai que...c'est clair que quelqu'un qui travaille à la chaîne qui a mal au dos je vois pas comment au bout de 15 jours d'arrêt il va récupérer...il va durer 1 mois 2 mois puis patatras il va se casser la figure donc en fonction du travail qu'ils font ben effectivement...si c'est un travail à la chaîne si c'est un travail de force...médecin du travail oui il faut voir. Après s'ils sont derrière l'ordinateur si il y a le fauteuil, il y a l'appui-tête, il y a la souris etc...mais je leur parle de leur poste de travail clairement, mais oui....Forcément quelqu'un qui travaille chez PSA et quelqu'un qui travaille dans le public c'est pas la même chose et...je dirais que à la limite que chez PSA c'est plus facile parce que le médecin se déplace plus facilement que dans la fonction publique mais bon...après oui, moi je pense qu'il faut activer ça parce que de toute façon à un moment donné il faudra retourner au travail...donc ...

Médecin 2 : pour revenir à la médecine du travail je trouve que c'est plus facile dans les entreprises en fait PSA...où...il y a déjà tout un système de réflexion collective par rapport aux TMS ou lombalgies....J'ai un monsieur dans son entreprise il y a justement un ostéopathe qui vient leur faire des cours justement les matins...des mouvements d'échauffement...et que les petits artisans, ou enfin voilà, ou carreleur, chauffagiste...à son compte c'est aussi ça des problématiques...plus difficiles au niveau ...ben...de l'adaptation du poste ou....

A : et quel type de problématique par rapport aux artisans....

Médecin 4 : ils sont obligés...ils sont à leur compte ...

Médecin 2 : bah...il faut qu'ils bossent, il faut qu'ils bossent...après...déjà ils réfléchissent pas toujours à leur poste de travail eux...enfin...ils sont quand même plus souvent débordés par leur entreprise...par leur petite entreprise...et puis dans les petites boîtes...les salariés...ben...il n'y a pas beaucoup de réflexion sur la prise en charge...sur l'adaptation des postes....

Médecin 3 : ouvre ses mains pour dire d'accord...

Médecin 2 : ...enfin...qui peut être...qui est plus facile dans les grandes structures...

Médecin 3 : oui, je suis tout à fait d'accord...les femmes qui font le ménage surtout dans les petites structures, quand c'est chez les particuliers là aussi avec 3, 4,5 employeurs... (Met la main droite sur ses yeux, tête baissée...)...alors là...

Médecin 2 : c'est vrai que le ménage...

Médecin 3 : ...c'est...c'est ingérable quoi...quand c'est 8 heures de travail ...je sais que c'est plus facile...on fait une pause et puis...on verra quoi...une chose à la fois...quand effectivement...3,4 ...quand il faut donner un arrêt de travail il faut 5 exemplaires quoi...c'est tout bête hein...mais voilà...pour la personne d'ailleurs il faut qu'elle appelle l'employeur... « Voilà, je suis arrêtée... »Machin...enfin c'est vraiment...c'est vraiment compliqué....Il y a un élément...enfin moi je fais souvent...effectivement il y a 2 bouts à bouts ...il y a des gens qui sont exposés sur le plan professionnelle BTP...machin...et l'opposé c'est-à-dire les gens qui sont toujours autour d'une table assis toute la journée....J'ai un patient qui est universitaire à Rennes 1 qui a effectivement un problème de...de dos...et...

A : médecin 5 ??

Rires du groupe. Atmosphère bien détendu.

Médecin 4 : c'est un ancien...c'est plus ancien que ça... (Rires)

Médecin 3 : (rires) un peu plus jeune que médecin 5 justement...voilà...moi je lui dis il faut que j'aie quoi... (lève ses yeux)...au début c'est... bon allez...là...d'accord...on est assis soit à une table soit devant le tableau en train de titi er devant un tableau (geste d'écrire sur le tableau) soit devant un écran...heu ...n'oublions pas qu'il a ...moi je refais souvent le schéma « alors là on est des chasseur-cueilleurs quoi...(médecin 4 rires)on est chasseur cueilleur...ben vous êtes resté à la profilation de chasseur –cueilleur mais vous êtes resté toute la journée...donc vous ne supportez plus...et voilà...là aux postures on a un problème de poids...et après...après il faut arriver à leur faire comprendre que ...il faut qu'ils vivent un petit peu différemment...que leur corps réagit comme ça...et qu'il faut que...s'ils veulent un petit peu aller mieux il faut qu'ils bougent un petit peu...

Médecin 4 : il faut qu'ils bougent par eux-mêmes hein...

Médecin 3 : il faut qu'ils changent certains paramètres...

Médecin 4 : certaines choses, voilà...

Médecin 3 : et tout le monde va me dire...ben oui mais ma voisine c'est pas ça...ben oui...

Rires du groupe.

Médecin 3 : on ne peut pas...elle n'est pas vous...et voilà...voilà...après...il faut...il faut...le fait de bouger...c'est un truc que j'utilise pas il y a 15 ans quand je suis installé et maintenant, dès le début, j'ai des patients qui sont assis qui sont sédentaires, d'emblée je leur dis... bon ben...ok, je fais un break mais tout de suite, et demain...heu...vous viendrez me voir un petit peu ou surtout pas rester enfermé toute la journée...Je leur dis...il faut sortir, il faut marcher, il faut faire des petites activités...ballon...enfin bon, pas répétitives mais voilà, aller dans le mouvement quoi...je leur dis pas la même chose forcément mais...aux BTP mais...chez ceux-là...voilà...le discours...Il vaut mieux que le médecin a évolué dans sa pratique...

Médecin 6 : Et puis leur en parler...alors...c'est peut-être un petit peu moins sur les lombalgies parce que là on parle de sédentaire devant leur poste de travail ordinateur. Donc là c'est plutôt des problématiques du haut du dos, et moi je leur dis ben voilà...2 heures à faire différentes choses sur l'ordi, considérez-vous aussi comme un sportif de haut niveau quand-même, et je leur parle...je leur montre les étirements pour cette partie du haut (montre ses épaules avec des mains)...du coup ça descend plus souvent un petit peu plus au niveau des omoplates qu'au niveau des lombalgies, mais on peut avoir aussi les mêmes attitudes que les lombalgies chroniques... De leur montrer aussi...je prends le temps quoi...de leur montrer, je peux le faire...de...de dire bah voilà quand vous allez dans la salle de gym faites 5 minutes, 10 minutes, prenez le temps dans les pauses d'aller aux toilettes, faites des étirements...heu...de quelques minutes...ça...alors...c'est pas dans la première consultation souvent effectivement...la première consultation on est quand-même souvent dédié à...à être douleur pure quoi, ce qui est antalgique, anti-inflammatoire...on élimine peut-être le côté éventuel paralysant par les...heu...et puis quand on les voit revenir une deuxième fois peut-être 15 jours, 3 semaines après là oui, on rentre dans tout, alors pas forcément sur la consultation de rhumato non plus mais sur...heu...comprendre le poste du travail...en réfléchissant à tout ça quoi...

Médecin 3 : moi je trouve que souvent à la première consultation on sait...

Médecin 6 : alors, on sait, on connaît des fois les gens aussi...

Médecin 3 : ça va tourner sur... (Geste avec ses mains)...voilà...

Médecin 6 : on n'est pas surpris de les revoir une deuxième fois...

Médecin 3 : ouais (sourires)

Rires du groupe.

Médecin 3 : même sur les patients qu'on voit pour la première fois, sur sa façon de se présenter, sur d'exprimer sa douleur...heu... (Gestes avec ses mains)...de l'examen...tout de suite on voit comment il est assis sur le tapis d'examen...c'est pas du tout la même façon s'il est assis comme ça hop sur la table d'examen (fait le geste de s'asseoir rapidement) sans problème et celui effectivement qui se dandine sur ses fesses...

Médecin 6 : ça c'est comme un lombalgique dont je parlais déjà...ça...c'est...

Médecin 3 : un lombalgique se sait moi je dirais dès la première consultation déjà...

A : ...ça donne une idée déjà...

Médecin 6 : oui, mais on garde ça au fond de la mémoire...

A : justement il y a des débuts parfois...vous avez certains...petits éléments (gestes avec sa main) qui vous mettent un peu la puce à l'oreille...comment vous vous y prenez pour aborder justement ces problèmes qui ne sont pas biomédicaux avec le patient?...c'est comme au début...parfois...le passage chez le spécialiste pour...heu...vous avancer à quelque chose...

Médecin 5 : hum. Hum...je crois que c'est dans la durée quoi...enfin je crois qu'on va le faire et surtout quand on a un examen...heu...qui n'est pas en rapport à l'intensité de la douleur et l'importance de la douleur. Quelqu'un qui peut se pencher en avant ou bien (fait le geste)...essayez-vous, allongez bien les deux jambes et vous croisez les jambes, l'une sur l'autre... bon ben ça se passe bien...mettez-vous debout, penchez-vous en avant...oh là, je peux pas, oh !!...je peux pas c'est trop difficile...on sent qu'il y a tout de suite quelque chose qui va pas...Soit il y a effectivement quelques problèmes sur quelques vertèbres une petite arthrose, etc... ou autre chose...effectivement quelque chose qui va pas le patient va pas bien...la façon de se présenter c'est un élément important, la façon

qu'il va revenir, la façon qu'il a de demander certaines choses...Il faut absolument qu'on l'arrête, etc...donc quand on a quelque chose qui va pas ou quand ça commence à durer un petit peu...au bout de la 3^e ou 4^e consultation ou au bout de un mois, un mois et demi...on ne voit pas franchement des choses évoluer quoi...Au départ on partait sur quelque chose qui n'est pas la lombalgie aigue grave...lumbago bloquant on a quelque chose surtout relativement modérée...Qu'il vient au cabinet...un mois et demi après on est dans la même situation...il y a quelque chose qui va pas...ou alors on est passé à côté de quelque chose...Effectivement là c'est l'élément organique, c'est le bilan bio qu'on va faire, c'est être le rhumato qu'on va aller voir...il n'y a rien du tout donc effectivement on est plus dans le musculo-squelettique évidemment...Il n'a pas d'arthrose, il n'a rien...pas de raison que ça s'arrange pas...bon c'est qu'il y a quelque chose qui va pas...S'il est trop gros...ben...effectivement...il y a une raison manifeste. Est-ce qu'il n'a pas une douleur ailleurs dans une autre articulation aussi...si on note rien à l'examen...(hausse les épaules)...dire... comment ça se passe au travail, comment il est, comment vous bougez, etc...on va repartir sur autre chose, sur l'environnement familial...sur l'environnement professionnel, ou la fatigue...éventuellement accumulée, ou les conflits qui ont pu avoir,...heu...ou...le conflit avec quelqu'un qui a donné des dimensions de ce genre...

A : Si je comprends bien...la façon d'aborder ses aspects psychosociaux pour toi c'est...au long...au fur et à mesure d'un processus...heu ...

Médecin 5 : oui, c'est plus au fur et à mesure...la première ou deuxième fois je reste plutôt dans l'entente de la plainte, l'analyse de la plainte, l'importance de la plainte...et puis bon...15 jours, bon, on se revoit, ça s'arrange nettement quoi...On fait attention un petit peu, ou on regarde l'aspect fonctionnel des choses...puis effectivement si ça répond pas ou si on voit un aspect de chronicité...heu...là effectivement il y a quelque chose qui va pas quoi...ou il se plaint pas, il veut pas dire de quoi il se plaint ou ce qui ne va pas, ou il est en phase de licenciement et il nous l'a pas dit...On voit le conflit qui peut être derrière et qui peut expliquer que tous les matins ça repart comme ça quoi...ça...ça peut pas...

Médecin 4 : on voit la différence quand vous êtes en congé et quand vous êtes au travail... (Sourires)

A : c'est une façon pour vous d'aborder le sujet... ?

Médecin 4 : oui, ben...de dire le week-end ou quand vous êtes en vacances est-ce que vous avez aussi mal ? Et s'il dit...ben non...le week-end ça va bien, de se dire...bon...ben...expliquez-moi pourquoi le week-end ça va bien et pourquoi...dans la semaine...le comportement il n'est pas le même...Bon là vous avez eu une période de vacances, pendant la période de vacances comment ça s'est passé?...Bon j'ai fait ce que je voulais faire j'ai pris la voiture...et puis...hop on revient à nouveau avoir mal...bon pourquoi ça va bien pendant une période et pourquoi ça ne va pas bien dans une autre période...Qu'est-ce qui se passe ?

A : des mouvements comme ça...des situations...sont pour vous des moyens d'aborder...

Médecin 4 :...ça se passe bien certains moments pourquoi d'autres ça se passe pas...il faut essayer de comprendre pourquoi c'est pas possible...Bon ben la douleur aigue on la traite on la prend en charge...il a mal...on essaie de le soulager et quand on voit qu'après justement comment ça se passe et essayer de trouver, de faire prendre conscience au patient qu'il y a bien des moments où il peut aller bien et il y a d'autres qu'il va pas alors...oui...après il faut qu'il pense au travail de toute façon...il faut que ça vienne de lui...qu'il prenne conscience...pareille de dire dans l'éducation que ce soit au travail ou même dans le quotidien...que le patient est maître de certaines choses...la douleur on peut...apprendre à la contrôler, il faut savoir comment faire...et si on explique aux gens et qu'ils ne le font pas...il faut dire...eh ben...écoutez, vous aussi vous êtes partie prenante de votre douleur donc à vous aussi de...de...d'investir dans la prise en charge...Il y a certainement des fois des choses qui vont mal...il faut...mais après quand ça dure comme ça...justement le coup de...quand ça va bien j'y pense pas...et quand il y a autre chose...ou vous voilà déjà...les personnes qui ne bougent pas assez...les difficultés...marcher...des choses comme ça quoi...alors que la personne qui participe à sa douleur et essaie peut-être de comprendre dans les périodes où les choses ne vont pas bien...se demander quand ça va pas...qu'est-ce qui se passe ?

Médecin 3 : la question effectivement de l'arrêt, vacances, week-end...c'est un élément...il y a aussi la question du sommeil... Et comment vous dormez ? Est-ce que vous dormez bien ? Chercher en fait des symptômes...d'anxiété...de troubles du sommeil...et j'aimerais aussi savoir est-ce que c'est la douleur qui vous réveille ou est-ce que vous vous réveillez et vous avez du mal à vous

rendormir ?...aller chercher en fait...de sortir du questionnement lombalgique, de rentrer dans un autre questionnement sans forcément alerter le...le...parce que si on le dit « vous êtes anxieux etc... » Tout de suite il va dire oh bah non qu'est-ce que vous cherchez là...effectivement docteur c'est pas la tête, non...non...Si on arrive à poser la question en dehors...enfin si on ne sent pas l'aspect ...psy...de la question...on peut arriver à avoir des infos un petit peu différentes...quoi...

A : la première question c'est « est-ce que la douleur vous réveille ? »... ?

Médecin 3 : voilà...est-ce que vous dormez bien ? est-ce que vous vous endormez bien ? est-ce que...voilà... « Non ça me fait mal je me couche et puis après je dors bien jusqu'au lendemain matin... »...bon à priori voilà...c'est pas vraiment quelqu'un qui va pas bien dans sa tête...qui va forcément bien dormir donc...ça a un moyen d'aller chercher l'info ça...

A : (acquiescement de la tête)...c'est l'outil que vous utilisez ...médecin 2 ? (qui veut prendre la parole)

Médecin 2 : Enfin moi comme je débute(sourires) je ne connais pas trop encore mes patients...c'est vrai que j'aurai tendance quand-même à vouloir savoir leur mode de vie à savoir le mari, voir si ils ont des enfants...voir si ça se passe bien, le travail tout ça...enfin...je repose souvent les mêmes questions...donc ça permet aussi de ...d'embrayer un peu...c'est vrai que j'ai le regard un peu neutre sur les ...les gens aussi...enfin...un plus...c'est un moins aussi hein...je ne les connais pas beaucoup non plus...enfin moi je trouve que ça permet d'entrer assez facilement sur « qu'est-ce que vous faites comme travail ? ça se passe bien votre travail en ce moment ?... » Enfin quelque chose comme ça...

A : ... donc finalement c'est un peu ...c'est un point fort de ...d'être installé depuis pas très longtemps, ça permet de connaître...

Médecin 2 : bah oui j'ai besoin quand-même de les connaître...

A : ça permet d'aborder les choses...

Médecin 2 : oui en fait...assez facilement...donc que peut-être les gens qu'on connaît depuis un certain temps on pose peut-être pas la question...enfin j'en sais rien...

Médecin 4 : ou effectivement quand il y a quelque chose on leur demande justement mais est-ce qu'il y a quelque chose...

Médecin 2 : oui, dans la famille ou autre...

Médecin 4 : voilà...tout à fait...c'est pas la même chose...quand on les connaît...c'est ça aussi c'est « est-ce qu'il y a eu quelque chose ? Ou est-ce qu'il s'est passé quelque chose ? »...

A : (regard panoramique puis s'arrête au médecin 1)

Médecin 1 : ...ben...pareille... (Rires)

A : pareille ? (rires)

Médecin 1 : non, c'est vrai...c'est vrai que de mettre ça sur leur contradiction...quand ils vont au tennis ils n'ont pas mal au dos...et puis...heu...quand ils vont au boulot ils ont mal au dos...heu...ça c'est une façon effectivement d'entrer ...enfin sur le terrain...et puis ...la même méthode aussi...des fois j'y vais « cash » (rires) je leur dis « bah...il n'y a pas un truc qui va pas ? »...s'ils annoncent la phrase « bah...c'est pas dans la tête docteur... » Peut-être que pas dans la tête mais je leur explique avec des mots un peu caricaturaux de la situation...Je leur dis « je reviens pas sur votre douleur qui existe mais...voilà »...mais après ...ça marche ou ça marche pas...je pense aussi ça dépend des patients...parce que la jeune femme...l'exemple que je donnais tout à l'heure...effectivement...d'emblée je me disais que je tombais dans un truc mais...je la connaissais pas j'avais un regard neuf...mais elle était pas ...l'examen...je posais mon doigt elle sautait au plafond etc...donc on sentait bien que c'était pas clair...donc...je suis pas allée « cash » (rires) et...à un moment par contre (rires) j'ai...à un moment donné... en gros ça suffit...et moi...et là j'élargis le spectre du reclassement etc...et c'est là...la fois d'après elle m'a sorti effectivement... » d'être aide-soignante ça me plaît pas...mais bon...ça dépend aussi de la façon dont le patient va présenter quelque chose aussi... Cette jeune patiente je la connaissais pas trop donc qu'il n'y a pas l'aspect relationnel installé donc j'ai peut-être tendance des fois à aller...oui cash et franco...mais...après ...effectivement les gens qui seraient plus timides ou un peu en retrait...il faut...vouvoyer avant de leur faire dire quelque chose...ça c'est clair sinon...ils vont...ils vont s'en aller...ils vont pas revenir...et...on leur a servi apte plus qu'autre chose...

Médecin 2 : ...il y a ce type de l'accident de travail... (Accentue le mot accident de travail)

Médecin 1 : oui là aussi...

Médecin 2 : ...l'accident de travail ...quand ils disent par reconnaissance par rapport à l'accident de travail...

A : qu'est-ce qui n'est pas facile dans la reconnaissance ?

Médecin 2 : bah...par exemple ...la jeune femme que disait le médecin 1 est quand-même très revendicatrice par rapport à son travail...je pense que déjà si ça se passe bien sur le lieu de travail...si on reconnaît pas trop l'AT...que...c'est un peu minimisé...bah...ça prend des proportions ...des fois ...c'est important pour les gens quoi...qu'ils sont pas reconnus ;..Enfin...je pense qu'il y a beaucoup de gens qui sont pas reconnus dans leur travail...s'ils le sont encore plus dans l'accident de travail....

Silence.

A : qu'est-ce que vous utilisez donc ...qui...comment...pour aborder les choses...des outils que vous utilisez...des outils d'évaluation...d'éducation...

Médecin 6 : ...d'évaluation de la douleur...plus ...enfin...ça m'arrive donc...des gens qui ont vraiment une douleur depuis un peu plus de temps...je parle de l'échelle de la douleur pour leur quantifier un petit peu ça...

A : si on parle biomédical...psychosocial....

Médecin 6 : ...ben...des outils verbaux... (Rires)

A : des techniques ...

Médecin 5 : j'utilise rien sauf ...la discussion avec le patient...d'échange ...de verbalisation ...le fait que parfois dès qu'il y a un choix de dire qu'effectivement qu'il y a des douleurs du dos en particulier quand il y a une douleur où les gens ont mal partout...de haut en bas et surtout quand on touche les masses musculaires des 2 côtés ça fait mal...Ah...ça peut pas faire mal partout...il y a quelque chose qui va pas...et de temps en temps...

Médecin 2 : c'est quand-même des contractures...enfin plutôt pour les épaules quand-même...de leur dire que si c'est des contractures musculaires bah...de leur dire « vous n'êtes pas un peu tendu en ce moment ? »...enfin des fois...mais je sais que c'est plus facile pour les épaules...

Médecin 4 : quand on examine aussi, quand tu palpes quand t'examines à plat ventre d'abord on le fait bouger et puis après qu'il se met à plat ventre...c'est vrai parfois avec le stagiaire en particulier, prendre le temps de palper et moi quelque part j'apprends aussi à reconnaître la contracture et eux ils la sentent c'est-à-dire que...on peut palper des épineuses (fait le geste), ils sont à plat ventre ils n'ont pas mal ...ça va... bon des fois on fait prendre conscience que c'est pas toujours très bien aligné...et tu palpes à côté et tu sens que c'est dur et eux ils vont sentir à ce moment-là aussi...Il faut prendre le temps de le faire...et c'est vrai qu'avec les stagiaires car nous avons des stagiaires je leur dis à chaque fois quand on voit quelqu'un pour des problèmes de dos, de prendre le temps de l'examiner .Il n'y a pas que l'examen debout, mettez vos patients à plat, mettez-les sur le ventre en particulier et apprenez, parce qu'on fait pas nous hein,...après... et apprenez à repérer ça et au fur et à mesure qu'on développe nous aussi notre...le tact

Médecin 6 : sur le ventre je ne fais pas tellement...ils sont pas à l'aise...

Médecin 4 : mais on arrive quand on prend le temps, moi, je prends le temps quand je veux les examiner....

Médecin 6 : oui

Médecin 4 : moi je fais...et c'est vrai que quand toi tu sens la contracture et que eux le sentent, ils voient bien la différence donc quand tu pincas un endroit ou quand tu pincas un autre ils prennent bien conscience que c'est un côté, quand ils viennent ...pour eux c'est leur colonne quoi...c'est les vertèbres qui vont pas et tout...et...

Médecin 2 : ...c'est déplacé... (Rires du médecin 1,2 et 3)

Médecin 4 : voilà, c'est déplacé...et quand ils prennent conscience que...ben ils sentent bien la douleur sur un côté...bah la contracture elle peut être liée au fait que la vertèbre est déplacée un peu...ils prennent bien conscience aussi que les choses se passent à côté et que on peut...ben...il faut traiter les 2...dès le départ, et eux-mêmes ils les sentent en eux-mêmes quoi...

Médecin 6 : c'était juste la position ventrale effectivement parce que je passe du temps mais je fais souvent tout debout...

Médecin 4 : mais...sur le ventre ils sont souvent relâchés...

Médecin 6 : ...debout...et ...en appuyant un peu sur le bureau...moi je m'assois derrière, je prends le temps et je palpe...

Médecin 4 : là ils sont relâchés quand ils sont sur le ventre ils sont vraiment...tu sais ;...tu les mets comme ça sur le ventre...les bras tendant sur les côtés de la table (montre la position avec ses bras)...ils sont décontractés...et voilà...et pour palper...ils sont à plat ventre ...moi c'est avec le temps aussi hein...parce qu'on le fait pas trop pendant nos études...et avec le temps...et les gens le sentent bien là ils vont se dire il se passe quelque chose...après un temps aussi qu'on prend aussi dans sa globalité...c'est-à-dire normalement si on a mal à un endroit bon ben...le reste (lève sa main droite)...quand même...ce qu'on pense...justement il faut prendre aussi des choses...bon...on a mal...lombalgies aiguës puisqu'on s'est fait ça...et ça a tendance à durer...il faut aussi faire...il y a la globalité du dos à prendre en charge et après rééduquer tout le dos finalement...c'est bien comme ça...quand ça se pérennise...quelque chose aiguë et que les choses passent un petit peu...mais ...pour que les patients des fois...par...toi quand tu l'examines...se rendent compte que bah oui, là, il y a quelque chose...il a bien mal...ça lui explique leur mal quelque part parce que...bah ils voient bien qu'il se passe quelque chose...on va essayer de...voir ça et puis après tu le réexamines et que ça va mieux ou s'il a toujours mal ben là on peut dire « attendez il faut bien qu'on voit un petit peu qu'est-ce qui se passe quoi... »C'est pour ça...

A : justement...qu'est-ce que vous proposez au patient ? Comment vous organisez le suivi dans les ...les lombalgies qui durent comme ça ? (silence)...Vous m'avez parlé de la médecine du travail...

Médecin 2 : bah...le médecin rééducateur aussi...

A : (acquiescement de la tête)...la rééducation...

Médecin 2 : enfin moi les lombalgies...j'en ai pas encore envoyés...J'ai un monsieur qui a un défilé thoraco-brachial là...je l'ai envoyé au médecin rééducateur parce que ça fait 6 mois...enfin...les lombalgies chroniques je pense que c'est assez longtemps (rires) mais je pense que j'aurai cette réaction...la rééducation...

A : et rééducation au sein de la rééducation fonctionnelle ou kiné....

Médecin 2 : ben la kiné...il faut reconnaître...enfin...

Médecin 6 : la kiné reste encore dans un premier temps des consultations...

A : donc la kiné est dans les premières propositions....

Médecin 6 : ouais, ouais, dans les 15 premiers jours je leur donne souvent...

Médecin 4 : soulager la douleur d'abord...voir quand ça commence à aller mieux...

Médecin 6 : ce qui peut réguler un petit peu aussi la prise en charge de la demande c'est le délai qu'on va avoir chez chacun des spécialistes donc le kiné c'est facile c'est rapide...si on veut faire une biologie c'est rapide aussi...donc après est-ce qu'il va y avoir besoin de ...on peut mettre tout ça en même temps...donc qu'il y a le médecin du travail, un RDV à demander mais des fois c'est pas tout de suite...le rhumatologue c'est pareille...il y a un délai un mois des fois...et puis alors là...les centres antidouleur ou les médecins de rééducation...c'est...des délais on va dire de 3 mois à...si on a la chance de connaître un peu...si on est au-dessus de la pile ça va...il y a eu une fois sur rennes où moi j'ai discuté un petit moment avec un interne qui était là...et du coup pendant 6 mois il était tout au début et on avait bien discuté...donc je lui ai envoyé 2 ou 3 patients dans le centre directement...Donc dès qu'on a ...un « maillon faible » dans le réseau (rires)...et la prise en charge elle était vraiment intéressante à chaque fois...

A : donc en fait l'organisation du suivi et ces propositions sont très conditionnées par l'accessibilité des...

Médecin 6 : oui, de nos autres correspondants éventuels...et puis après peut-être moduler aussi par...heu...la demande aussi du patient en premier quand-même à savoir...heu...la difficulté que la reprise du travail...heu...peut provoquer...voilà...et on peut faire accélérer des choses si on veut mais ...je pense c'est...c'est...aussi beaucoup de disponibilité de ...d'autres personnes...autour...qui peut m'aider et qui...va moduler ça peut-être....

Silence.

A : regard panoramique...

Silence.

Médecin 5 : quelque chose que j'ai eu qui était tout à fait intéressant c'était l'école du dos...

Médecin 6 : oui

Médecin 5 : ça existe à l'hôpital sud

Médecin 6 : c'est la rééducation ça

Médecin 5 : voilà c'est la rééducation...c'est réadaptation fonctionnelle ...c'est bilan...c'est tout un tas de choses. C'est tout l'apprentissage...que la personne doit faire à propos de l'utilisation de son dos sauf que le problème c'était...heu...le délai de 3,6mois donc c'est un gros problème c'est-à-dire qu'à un moment donné on entre dans la phase éducative...ou...ou alors pour prévenir des rechutes éventuelles...dans un contexte comme ça ...

Médecin 2 : (se penche vers l'avant)...lombalgies récidivantes quoi...

Médecin 4 : c'est avec le kiné quoi...normalement...c'est leur travail

Médecin 6 : mais t'en as justement qui en font plus dans l'école du dos, il y en a qui en font partie quoi...une sorte de réseau...réseau lombalgies et qui...la possibilité d'avoir une correspondance...d'être un petit peu privilégié...heu...à ce niveau là....

Médecin 3 : moi je suis pas sûr...je ne vois ...

A : qu'est-ce que t'auras tendance à proposer...ou à organiser... ?

Médecin 3 : Rien !!(Rires) je suis aussi difficile que ça...

Médecin 1 : mais non, mais non...

Médecin 3 : moi je pense...que bon...la partie technique objectivement la kiné ne sert à rien...voilà...la partie PEC psychologique...voilà c'est le fait d'être tac, tac, tac avec un soignant....

Médecin 1 (se penche en avant, acquiescement de la tête)

Médecin 2 : je crois qu'il y a les apprentissages un peu posturaux quand-même....

Médecin 4 : il y a un rôle forcément musculaire mais il faut que le patient, la patiente pense à ça alors...

Médecin 3 (balance sa tête à gauche à droite)...je pense qu'il faut qu'ils se bougent...

Médecin 4 : ouais, mais il y a bouger bouger, mais ils ont mal (rires)

Médecin 3 :c'est la façon de bouger...

Médecin 5 : c'est le travail du kiné...quand il prend 3 personnes ,1 dans chaque salle et qu'il met les électrodes... (Pincement des lèvres)

Médecin 4 : oui, là c'est pas pareille là, là, la kiné comme ça moi je la conçois pas

Médecin 5 :...le résultat doit pas être terrible...quand il prend un patient et qu'il le fait travailler une demi-heure avec une réadaptation physique adaptée à ce qu'on fait...voilà...normalement je pense qu'on devrait avoir un petit courrier du kiné ...au départ éventuellement s'il y en a qui sollicite quelque chose...surtout à la fin...d'avoir un peu son avis...son appréciation...ou autre chose...c'est sur ce point-là...

Médecin 4 : on dit quand ça va pas on s'appelle ...quand moi je vois ça ça va pas j'appelle ou elle, elle m'appelle...

A : et toi, médecin 3, tu proposes rien ou éventuellement une prise en charge psycho ... psychologique ou psychothérapeutique du ... du

Médecin 3 : ouais, ouais, pour moi le patient qu'on devrait avoir, c'est une personne qui ...donc avoir une prise en charge paramédicale ... euh ... voilà ... séquentielle éventuellement mais sur le plan médical j'ai rien à faire ... enfin ... voilà il est ... sur le plan diagnostique et il est fait ... je ne vois pas ... voilà ... on est un petit peu sur autre chose ... euh ... on n'est pas équipé ... on n'est pas équipé clairement pour répondre à cette problématique ... c'est pour ça que les gens ne viennent pas nous voir ... c'est que ... parce que ... on ne règle pas les problèmes parce que ... on n'a pas ...

Médecin 6 : oui, mais on peut réussir à les convaincre éventuellement

Médecin 3 : oui, mais voilà ... je pense que ...

Médecin 6 : on leur fait prendre conscience ... c'est ça hein ... c'est un travail de long alène éventuellement oui ...

Médecin 3 : moi, je pense que la relation duelle avec le patient n'est pas la bonne relation dans ce type de problématique A mon avis, c'est plus une prise en charge globale avec des pairs ... euh ... collective.

Médecin 2 : c'est plus efficace aussi...

Médecin 3 : ... voilà c'est pour ça ... je reviens plus aux éducations thérapeutiques, moi je pense que c'est plus ça ...

A : et les équipes paramédicales, quel type de personne ...

Médecin 3 : moi, je pense plus au psychologue ... moi je pense que c'est des psychologues et ... et ... des professions adaptées...des scouts ... voilà (rires).

Médecin 4 : ... non ... mais un bon kiné peut être un scout ... moi, je connais par exemple deux personnes qui sont psychologues et ... et ... qui travaillent beaucoup sur le stress au travail ... et ... etc.... le problème de psychologue c'est que ce n'est pas remboursé derrière ... il faut que les gens puissent payer ...

Médecin 3 : voilà ! Je disais ... on n'est pas équipé pour les soigner ... on n'est pas équipé pour les soigner ... (il ouvre ses bras)

Médecin 4 : et ... quand il y a le stress, il faut aussi que la personne ait envie d'y aller ... parce qu'on ne va pas non plus facilement voir un psychologue ...

Médecin 3 : non ! Mais pour ça l'intérêt que ce ne soit pas en individuel, tu casses la relation stigmatisant du « psy » ... c'est complètement différent ... euh ... par exemple, dans le quartier où on est, on a des problèmes de nutrition, donc c'est 5, 6, 7 personnes qui ont du surpoids furent la raison des séances ... il y avait trois séances avec le psychologue ... on aurait jamais pu faire avec ces gens-là sans le psychologue ... là, c'était intégré dans la séance ... les déclics qui se sont passés sur le poids se sont passés dans les séances avec le psy (ouvre ses mains).

Médecin 4 : oui ! (acquiescement de la tête).

Médecin 5 : oui, c'est là qu'on Moi, des gens que je rencontre au quotidien c'est des gens qui sont ... bon ... les pys ça leur fait peur ... voilà ... et le fait d'y aller à plusieurs

Médecin 4 : sans être vraiment ... voilà ...

Médecin 3 : voilà Ne pas stigmatiser et l'intervenant n'est pas stigmatisant non plus ... à partir de là on peut commencer à travailler ...

Médecin 5 : ... le psychologue dans le contexte que tu rapportes ... n'est pas tout seul non plus parce qu'il y a plusieurs séances ...

Médecin 3 : non ! Il est intégré dans la prise en charge ...

Médecin 5 : si tu prends le psychologue tout seul ... il aura peut-être pas forcément un gros ... gros ... intérêt ...

Médecin 3 : il faut qu'il soit amené ... au cours de la formation ...

Médecin 4 : oui mais enfin ... à un moment si tu as vraiment un problème au travail ou des choses comme ça pendant un certain temps ... euh ... la prise en charge individuelle peut être nécessaire aussi parce que la personne a besoin finalement de ... de ... prendre conscience de ce qui se passe et de ... de ... les deux peuvent être complémentaires, c'est-à-dire qu'il y a une approche d'abord globale et ... parce qu'il y a des fois où tu es bien obligé d'être en face de ...

Médecin 3 : sinon ... antidépresseur ... (rires) ... et ben, antidépresseur ...

Médecin 4 : oui mais antidépresseur ne traite pas tout ça non plus ... un antidépresseur ne traite pas tout ... tout ...

Médecin 5 : c'est certainement le problème de prendre en charge la personne dans sa globalité ... (baisse sa tête) je repense à ce patient-là qui avait déjà une prothèse de hanche, une boiterie qui est restée ... puis une deuxième prothèse de hanche ... et quand je le vois il avait déjà 25 à 30 séances de kiné ... il arrive ... quand il arrive en marchant et en boitant des 2 cotés ... ça n'allait plus du tout ... et au final, il se plaignait d'un mal de dos ... il avait mal ... des douleurs lombaires manifestes ... c'était complètement déséquilibré ... dans les deux sens ... je passais 20 minutes à essayer de le faire marcher : il fallait lui montrer comment il faut qu'il marche ... je lui ai dit ben voilà ... vous allez continuer l'exercice que vous faites très doucement ... puis un petit peu plus vite quand vous pouvez. Et si vous avez mal, vous arrêtez. Ça c'est des prises en charge avec un kiné éventuellement, un podologue ou quelqu'un qui va s'occuper de l'aspect fonctionnel de l'ensemble pourrait être intéressant dans ce cas-là. Ce n'est pas évident ... d'avoir la réponse à ce ... ce type ... ce type de problème ... ce sont des lombalgies ... pourquoi lombalgies ... quand c'est ses 2 hanches qui n'allaient pas bien ?

Médecin 4 : dans les lombalgies qui traînent ... c'est vrai que le recours généralement au podologue des fois ... même le fait de ... de les faire marcher ... de ... de ... de dire voilà ... les pieds on voit bien ... c'est ça des fois les recours au podologue ça débloquent certaines choses et il y a des gens qui sont très très contents et qu'ils n'ont plus mal au dos quoi ... au lieu d'avalier des médicaments ... même sans le kiné là ... parce que là c'est pour rééquilibrer là (mettre ses mains sur la table) ... des fois ... ça peut débloquent la situation aussi, on arrête les médicaments et ... là, il n'avait plus besoin du kiné déjà ...

Médecin 5 : en parlant des problèmes psychologique, il y a la souffrance de la personne et tout à fait l'aspect fonctionnel figurant et un petit élément peut déséquilibrer cet ensemble là ... on se retrouve après avec les cascades ... alors que là ... pas grande chose si on prend la radio ... souvent sur la radio, on n'a rien... bon ben ... déçu... heu

Médecin 6 : souvent déçu ...

Médecin 5 : ah ben oui ! S'il y avait une énorme discopathie L5-S1... oh ben ... (lever les bras) ... écoutez si vous avez ça...ça y est ... on a fait le tour de la question.

Rires du groupe.

Médecin 5 : il y a toujours un peu d'arthrose de toute façon (rires)

Médecin 3 : il y a toujours quelque chose ... il faudrait faire... (Regarde vers le haut).

Médecin 1 et **médecin 2** : une IRM ...

Rires du groupe

Médecin 3 : (acquiescement de la tête) voilà ... une IRM ... (sourires)

Médecin 6 : le « je veux un rendez-vous parce que le radiologue ... »

A : (acquiescement de la tête) parce que le radiologue a dit ...

Médecin 3 : alors là ... (sourires)

Médecin 5 : alors question : pour ou pas passer une IRM dans ce contexte-là ?

Médecin 4 : moi je résiste !

Médecin 6 : je résiste ...

Médecin 3 : j'essaie presque de ne pas le dire

Médecin 6 : ... voilà, moi je ne dis pas « hop ! »

Médecin 4 : de toute façon, pour les états de dos comme ça, franchement il n'y a pas d'argument quoi ... c'est vrai.

Médecin 6 : lombalgies communes ...

Médecin 4 : ... que sur ces lombalgies, on n'a pas d'argument de prescrire une IRM ...

(Silence)

Médecin 4 : on peut aussi faire comprendre aux gens et c'est ce qui est dur ... ils vont dire « ah, je suis allé voir sur l'internet, ... et ... voilà » (hochement horizontal de la tête).

Médecin 5 : ... et le radiologue qui m'a écrit ... c'est bien marqué là donc ...

Médecin 4 : non mais l'IRM des fois ... c'est très dur.

Médecin 5 : (il regarde la table et la main gauche sur la joue gauche) moi, je leur dirais « je veux bien, il n'y a pas de problème, on va prendre un rendez-vous, le problème c'est que l'IRM ... on a derrière une idée chirurgicale ... et que ... ben ... on pense déjà à vous opérer » « ah bon ? Vous croyez ? ».

Médecin 1 : (rires)

Médecin 5 : et souvent ça fait réfléchir les gens ...

Médecin 1 : oui.

Médecin 5 : est-ce que vous pensez vraiment vous faire opérer les dos ? Je pose la question ... le point médical, le point chirurgical ...

Médecin 1 : mais je verrai docteur (rires du groupe) c'est ça en fait. Ils ont besoin d'une image ...

Médecin 6 : ouais ! Ouais !

Médecin 5 : ils ont besoin d'une image ... oui, oui ... la radio est normale mais « vous êtes sûr qu'il n'y a rien ? » ... (Rires).

Médecin 1 : c'est ça...

Médecin 5 : il n'y a rien...oui...sauf que c'est pas quelque chose facile de ...de refuser...

Silence

A : Pour finir quel bilan vous feriez un petit peu de votre manière de faire puisque justement la prise en charge psychosociale des lombalgies ...qu'est-ce qui est favorisants ou plutôt bloquants dans votre pratique quotidienne....Quels éléments vous avez remarqué....quels bilans il faut faire un petit peu... ?

Médecin 5 : je vais dire que globalement que quand je réfléchis à mes 35 ans de pratique... (Rires du groupe) pourtant ça doit pas changer depuis 35 ans... (Rires)

Médecin 4 : Pas d'IRM... (Sourires) ça n'existait pas...

Médecin 5 : pas d'IRM, peut-être scanner et encore je ne suis pas sûr qu'il y a scanner les premières années...euh...je m'aperçois que la...la prise en charge...la consultation du patient lombalgique c'est une consultation très compliquée...on peut pas...autant un lumbago aigu seulement 10 minutes...

Médecin3 : (cache sa tête dans ses mains) Courte !

Rires du groupe.

Médecin 5 : ...bien entendu... (Rires) je disais ça pour un bon médecin (rires)

Médecin 3 : ben... (Ouvre ses bras) quoi...j'ai quelqu'un qui me dit «mais non, moi ça dure 3 minutes»...je le fais marcher, il s'assied,...il se met sur la pointe des pieds...talons...voilà...

Médecin 4 : non mais s'il a mal...

Médecin 3 : voilà...il s'allonge, je lève les jambes, j'appuie sur les...les...épineuses... (Ouvre ses bras, gonfle ses joues)

Médecin 5 : on ne cherche pas de problème déficitaire s'il n'est pas déficitaire...casser la phase aigüe...c'est... (Hausse ses épaules)

Médecin 3 : voilà... (Fait des mouvements avec ses mains)

Médecin 5 : ça c'est rapide cet aspect-là...le lombalgique qui vient autrement...pour lequel on a manifestement une souffrance, et pour lequel il faut qu'on regarde le pied, l'équilibre du bassin, le...le bas de la colonne éventuellement qu'on fasse s'asseoir, bouger, etc...tout un tas de choses...qu'on regarde un peu l'ensemble...qu'on regarde un petit peu éventuellement...si on a un examen qui est un peu insuffisant je vais dire...il a très mal manifestement mais au final il peut se lever, il peut...bouger...il s'assoit, il se relève...il a mal. Quand-même on est obligé d'aller un peu plus loin dans ce contexte-là...c'est...c'est quelque chose qui est très courant ...parce que c'est fonctionnel de regarder les articulations...de regarder d'ordre statique d'ordre dynamique...ça demande un peu plus de temps...parce que c'est ça qui peut être le plus long.

Médecin 4 : (regarde médecin 3) la première consultation ça peut aller vite s'ils ont mal, et que tu as l'essentiel de leur plainte et après s'ils reviennent...

Médecin 5 : c'est l'organisation de la consultation et les prises de rendez-vous qui est l'élément le plus important...c'est-à-dire si je sais que je peux disposer d'une bonne demi-heure et que je vois le patient tranquillement...ça va aller...Si j'ai déjà une demi-heure de retard...heu...le patient lombalgique qui vient là...je pense que je vais pas le voir de la même manière...je vais faire un traitement beaucoup plus classique parce que je...j'ai l'organisation professionnelle qui s'impose à moi...et que j'essaie de lui donner un autre rendez-vous dans 8 jours, 15 jours, je fais une biologie par exemple parce que ...il y a 4 fois où il y avait quelque chose...je joue la corde de secours...pour le reprendre...

Médecin 6 : acquiescement de la tête...hum hum...

Médecin 5 : le reprendre dans 8,15 jours...anti-inflammatoires, ça dure, ça dure pas, etc...qu'est-ce qu'il a fait etc...et là ...se donner un temps pour approfondir ça...

A : médecin 3 ?

Médecin 3 : ouais...heu.

A : ou médecin 2 si vous voulez ? (sourires)

Médecin 3 : oui, enfin, qu'est-ce qui me ...enfin...moi je passe plus de temps à discuter avec eux...donc la demi- heure que je passe je la passe à discuter

Médecin 6 : au fur et à mesure du nombre de fois qu'ils reviennent, tu l'examines de moins en moins en fait

Médecin 4 : sauf que de temps en temps je me dis il faut que je m'y remette en fait parce que ...je veux pas passer à côté de quelque chose...

Médecin 6 : voilà...

Médecin 3 : ça dépend pratiquement en fait...de la pathologie...6 semaines (pince les lèvres)...pour moi c'est fini parce que pour moi en 6 semaines soit j'ai réglé le problème personnellement, soit il a déjà vu un autre...

Médecin 4+médecin 6 : oui, oui...

Médecin 3 : et donc ...ça va assez vite...enfin pour moi...Je reste pas longtemps en position intermédiaire...et puis après effectivement...c'est plus...voilà...le soutenir...les écouter ...voilà... et plus par le ressenti que le...que le...enfin moi j'essaie de sortir...sortir des lombalgies ...enfin...du reste des lombalgies...mais...

Médecin 4 : enfin...ça dépend de certains ...

Médecin 3 : (hausse ses épaules)

Médecin 4 : non, non...mais certains des patients aussi qui acceptent de ...

Médecin 3 : enfin...je vais être un petit peu comme toi (montre médecin 1) c'est-à-dire que je suis assez...

A : « cash » (rires)

Médecin 3 : et ...enfin voilà...tu sais très bien...on sélectionne

Médecin 4 : oui ...ben...tout à fait...

Médecin 3 : dans ma patientèle du coup de...15 ans (regarde médecin 2, sourires)

Rires du groupe.

Médecin 3 : au bout de 10 ans...enfin...les patients tu revois 2,3 fois sur 2 ans...et hop ! ils vont revenir te voir parce que c'est ta façon d'approcher la pathologie qui...qui...voilà...donc...

Silence

Médecin 4 : chacun est particulier...

Médecin 3 : c'est au médecin de voir chacun différemment avec un œil...

Médecin 6 : et puis du coup les gens vont sortir avec ce qu'on leur dit et ça va percuter ou pas...et....

Médecin 1 : ou au moins ils entendent et peut-être qu'un jour ça percutera....

Médecin 4 : ben voilà...il faut du temps...c'est avec le temps que les gens arrivent à prendre conscience de certaines choses...on l'a pas ça au bout de...Toi, tu peux estimer...enfin ...t'as la cure d'expérience personnelle pour dire que moi j'estime que c'est maintenant...si je le dis pas maintenant...pour moi je vais faire dans 8 ans...effectivement il y a aussi la technique...moi j'en parle pas j'attends qu'il m'en parle...donc c'est...c'est...c'est une histoire de personne du médecin...qui...qui se positionne et le patient va supporter ou pas supporter cette position...

A : (acquiescement de la tête)

Médecin 2 : après...c'est aussi l'éducation en fait...c'est pas évident en médecine générale...c'est d'éduquer les patients ...mais voilà...l'éducation dans les deux sens quoi ...c'est un lien entre le patient et nous...c'est pas d'imposer...enfin...notre manière de faire mais...les aider à évoluer...à prendre en charge ses pathologies chroniques, que ce soit les problèmes intestinaux ou lombalgies....ce qui n'est pas évident à acquérir....

Médecin 6 : et on n'acquiert pas forcément non plus...non, c'est pas de l'acquérir, mais de prendre en charge....

Médecin 3 : de faire avec !!!(Sourires)

Médecin 1 : de faire avec.... (Rires)...je commence à faire avec moi...

A : oui, médecin 1...ta manière de faire c'est de faire avec.... ?

Médecin 1 : effectivement...enfin du moment où on est remplaçant on se dit on n'ose pas trop...on dit après tout ça nous regarde pas...enfin leur médecin verra bien...maintenant je suis installée depuis 3 ans...je me dis...des fois quand on est remplaçant c'est bien parce qu'on ne voit justement pas ces lombalgies chroniques, etc...

Médecin 3 : gros avantage (sourires en me regardant)

Médecin 1 : voilà...c'est gros avantage...et puis à un moment donné aussi...c'est pour ça je suis un peu « cash »...je leur dis...ben moi...si vous vous voulez pas...enfin...moi j'ai eu un patient cet après-midi...ce patient là il a eu un scanner de la tête au pied....ça a commencé par une suspicion d'infarctus et puis ses lombalgies...il a eu un scanner...il a vu un ...une IRM ou un scanner crânien mais il a eu tout de la tête au pied...le gastro...la coloscopie ...la fibroscopie ...etc...Je l'ai vu cet après-midi...et maintenant je lui parle cash d'emblée ...aucun problème...je lui dis « ben écoutez, on vous a fait des scanners de la tête au pied...à un moment il faut prendre en charge » mais là il est allé voir le psy mais toujours pas convaincu de ...comment dire ... de l'utilité du psy...parce que il a sorti le mot cet après-midi... « ce sont des charlatans »...donc je dirais...voilà...enfin...le problème il est là...c'est que maintenant je ne vais pas non plus comme ça je vais directement au problème...Il continue quand-même à venir me voir malgré le discours qui est un peu...je vais dire maintenant je suis carrément à l'est parce que justement je lui dis en gros son problème c'était ça, et que moi c'était pas mon problème et quand il sortait...ben...il retournait avec son problème et moi, je...je passe à autre chose...mais c'est vrai que avant en tant que remplaçant...on a envie de...de ...que ça aille bien et au début de l'installation...je voulais que ça aille bien...et que maintenant tant pis ils partent avec leur problème et si un jour ils veulent, c'est ce que j'ai dit avec mon patient cet après-midi, plus souffrir....Si vous voulez arrêter de souffrir, ben...changez !Maintenant, c'est vrai qu'en ce moment je dis souvent ça....(rires du groupe)

Médecin 6 : de plus en plus ...

Médecin 1 : non mais c'est ça le problème c'est ce que je suis en train d'apprendre au bout de 3 ans d'installation ...C'est vrai qu'à un moment donné...bon moi je suis quelqu'un qui parle beaucoup

avec mes patients, j'essaie de prendre du temps...mais à un moment donné Docteur...elle en a marre, c'est à eux de changer...et moi je ne changerai pas, voilà ;...la façon de prendre en charge ...C'est vrai que pour toutes les lombalgies chroniques au bout d'un moment je fais ce qu'on a évoqué c'est-à-dire je passe ma main, je la reprends pour essayer d'aborder le problème psychologique si eux ils suivent pas...de toute façon un jour...c'est ce que j'ai dit cet après-midi c'est que peut-être qu'un jour vous serez convaincu qu'il faudra peut-être aller voir un psychologue, qu'il faut aller voir un psychiatre parce que tout seul vous en sortirez pas...alors là...après...heu...voilà ...(rires)

Médecin 3 : l'étape après c'est qu'ils vont aller voir un psychiatre

Médecin 1 : il y est là...

Médecin 3 ; et ils vont dire...ben... (Soupirs)

Médecin 1 : ça n'apporte rien c'est ce qu'il m'a dit hein ...

Médecin 3 : et tu entends toujours ...machin...et tu continues de faire avec... (Rires)

Médecin 1 : je pense que ça va être ça parce qu'il va faire sa deuxième séance de psy...il m'a dit qu'il allait voir si ça lui fais de bien mais je lui dis...voilà...c'est pas le psy qui vous fait du bien et que...ses expressions c'est « tirer les vers du nez » je lui dis c'est pas ça non plus...mais c'est rigolo...enfin...c'est rigolo...je savais que ça n'allait rien donné...il a fait 2 séances...et c'est terminé...et il va revenir me voir parce qu'aujourd'hui il a mal à l'oreille ...

Médecin 2 : lui proposer la sophrologie peut-être...

Médecin 1 : oui, moi je travaille beaucoup avec ...ben voilà...on est installé avec un ostéopathe donc...je travaille beaucoup avec l'ostéopathie ...je travaille beaucoup avec une art-thérapeute...et ces gens-là...ça marche super bien...mais ce patient-là...

Médecin 4 : mais le patient...il faut que ça vienne de lui...

Médecin 6 : exactement...

Médecin 4 : le problème c'est ça...si tu lui dis d'aller voir un psychiatre il ira voir le psychiatre...

Médecin 6 : il ira pour te faire plaisir

Médecin 1 : oui il peut aller pour me faire plaisir, mais moi je m'en fiche hein... (Rires)

Médecin 4 : ben voilà...on...après on peut leur dire aussi... « la réponse c'est vous qui l'avez c'est pas le psychiatre », c'est pas nous qui allons apporter les réponses dans les situations comme ça ou les gens qui reviennent pour la même chose...On dit à moins qu'un autre...moi je vois pas la solution...Moi je leur dis à mes patients que moi j'ai pas la réponse à votre problème, il y a des choses, on a vu, on a abordé...ça ça marche ou ça marche pas...la réponse c'est pas moi, je l'ai pas. Je leur dis aussi aux patients...je n'ai pas la réponse...Je peux vous dire que c'est pas grave, je peux vous proposer ça, mais après...c'est vous quoi...quand tu dis qu'il y a une éducation (regarde médecin 2) les gens ils savent que quand ils ont leur douleur ils peuvent faire beaucoup de choses par eux-mêmes...et c'est là que...notre rôle il est là de dire « vous pouvez faire des choses mais il faut que vous en ayez conscience ...et on vit, parce que ce sera pas non plus tout seul... ». Quand tu dis il faut faire marcher quelqu'un qui n'a jamais fait de sports ...il va marcher 10 minutes ça va être la fin du monde....

Médecin 3 : c'est ce que je disais ...on n'a pas les équipes de soins en fait pour aider ces patients-là

Médecin 4 : voilà...c'est le fait que ça vienne d'eux...et ça prend du temps que ça vienne d'eux...c'est que eux ...il y a ça...c'est important...quel que soit le domaine...

Médecin 5 : c'est pas le choix en fait professionnel... c'est l'entraînement ...c'est la rééducation...ça continue par un peu d'activité physique ou des sports on finit par bouger en faisant attention à la douleur...et on va voir parce que si on a mal c'est pas normal c'est qu'il y a quelque chose qui va pas...

Médecin 1 : cet après-midi j'ai eu une patiente, pareille, qui est venue me voir, changement de médecin traitant...euh...elle me dit qu'elle est auxiliaire de vie et elle a mal au dos...elle est venue me voir parce que il n'y a pas de reconnaissance, elle a besoin d'une reconnaissance , c'est la première fois que je l'ai vue, elle m'a demandé si je peux lui faire une déclaration en maladie professionnelle.....Pareille, Je la connaissais pas mais, je lui ai dit peut-être mais ...

Médecin 3 : il faut demander au médecin conseil...ça tombe mal...

Médecin 1 (rires) peut-être...Je ne la connaissais pas...

Médecin 3 : première consultation ...Oh !!!

Médecin 1 : elle m'amène ses radios elle veut changer de médecin traitant, heu ...vous pouvez passer en maladie professionnelle docteur ?...euh...je passe une demi-heure sans problème mais...voilà...là

aujourd'hui je l'ai vue pour une deuxième fois et pareille, problème de dos,...alors bizarrement j'ai appris qu'elle est divorcée depuis pas très longtemps et que elle veut se mettre aux sports parce que c'est important et...docteur...vous pensez que je peux venir vous voir à la rentrée pour que vous signiez une licence de sports....

Médecin 5 : (hochement horizontal de la tête)

Médecin 1 : ben...ça dépend pourquoi...et ben...j'aimerais faire de la plongée...J'ai dit ben écoutez...il y a la bouteille c'est peut-être un peu lourd quand-même...ben oui mais quand on est dans l'eau on est vachement léger...Voilà je dirais que il y a 15 jours on était en maladie professionnelle...et là on est en train de faire la plongée sous-marine....

Médecin 4 : c'est là qu'il faut qu'ils percutent de ce qu'ils disent...

Médecin 1 :...ben ...il va falloir sauter dans l'eau avec la bouteille...c'est drôle...enfin...voilà....

Médecin 5 : c'est la représentation de la lombalgie du lombalgique...la reconnaissance que l'on ait, qu'on souffre...qu'on a un statut voire de malade, qu'on est patient et qu'il faut faire attention à soi, et la lombalgies comme élément de sinistrose qui vous interdit de travailler....On voudrait travailler mais on peut pas (lève le bras droit) avec mon dos...qu'est-ce que vous voulez que je fasse...et c'est là qu'on est en face de quelqu'un qui n'a manifestement pas de volonté, et qui a une totale incapacité et c'est la vie qui lui a donné ça, c'est le travail...c'est tellement dur au travail que le travail a tué son dos...

Médecin 6 : il n'est pas reconnu de la qualité de son travail, et que...

Médecin 5 : il y a toutes représentations sociales...de...de...représentations du patient...il n'a pas pu être reconnu éventuellement dans son travail ou dans autre chose...ben ...il faut qu'il soit reconnu dans la maladie et...il traîne ça comme un élément important pour lui tant qu'il vit à travers sa souffrance.

Médecin 6 : pour le patient (regarde médecin 1)...comme tu dis qui a été vu tuc, tuc, tuc comme ça (fait signe de la tête au pied avec sa main gauche) c'est un moyen de prouver qu'il est toujours en vie quasiment ...des fois si on va chercher...et le jour où ...on va trouver qu'il y a quelque chose...

Médecin 1 : Je lui ai dit...en fait parce que son père est décédé d'un infarctus sur le pas de la porte...aussi...et il a cette inquiétude...c'est l'anxiété qu'il a ...il a toujours peur...il fume comme un pompier...je lui ai dit vous savez, arrêtez de fumer !On fait un scanner mais si vous n'arrêtez pas de fumer...un jour...de toute façon...Je lui ai dit, je lui ai annoncé...un jour vous aurez peut-être un problème...il fume presque 2 paquets par jour...il le sait...je lui dis...il le sait...mais voilà...

A :...à la fin de notre entretien...je ne sais ...est-ce que vous avez des choses à ajouter ?

Médecin 6 : oui, une phrase de Jean Pierre Marielle (rires) qui dit que un matin...le matin où il se lèvera sans avoir mal il sera mort...

Rires du groupe.

Médecin 6 : J'ai trouvé que c'est assez représentatif, oh...pas forcément...un petit peu de ce qu'on vient de dire...

A : les autres ? (regard panoramique)

Médecin 5 : je vais dire...je ne sais pas de qui...que la douleur est le propre de l'homme....

ANNEXE 4 : Réunion focus group 2(b)

Animateur : avant de commencer la première question...qu'est-ce que vous...vous ...par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure qu'est-ce que vous entendriez par facteurs psychosociaux... ?Qu'est-ce que ça veut dire pour vous ? Qu'est-ce que ça représente pour vous ?qu'est-ce que ça signifie... ?(Regard panoramique puis regarde médecin 1.Silence.Tourne sa tête...On peut commencer par l'autre sens si vous voulez... (rires) Médecin 5 ?

Médecin 5 : les facteurs psychosociaux je pense que c'est un petit peu environnement, le travail du patient, sûrement son état psychologique de base en dehors des problèmes aigus, et puis...facteurs psychosociaux...voilà oui, ...sûrement un peu...oui...je dirais déjà ça pour l'instant....

Médecin 4 : ce qui est sain aussi...c'est faire du sport aussi, sa pratique sportive aussi en dehors...à la maison, ce qu'il fait et puis justement est-ce qu'il est bien aussi dans son entreprise dans sa boîte parce que ça joue aussi dans sa lombalgie...ce qu'il a dans son boulot et l'ambiance générale du travail...voilà...

Animateur : (regarde médecin 3)

Médecin 3 : ouais ...heu...si on veut rajouter...heu...je sais pas moi...c'est aussi au niveau intellectuel du patient...ses...ses expériences précédentes...par rapport à...au problème de ...les expériences physiques...des choses comme ça...aussi au niveau intellectuel...des formations...

Animateur : (regarde médecin 2)

Médecin 2 (ouvre grand sa bouche)...il n'y a plus grande chose à dire... (rires)...bon le niveau...niveau psychique est important hein...je crois que en fonction de la tolérance douloureuse...bon...et tout ce qui a été dit jusqu'à maintenant...je vais pas en rajouter...je crois qu'on peut pas rassurer d'autres items... (Sourit et regarde médecin 1)

Médecin 1 : oui, mais ce qui est psychosociaux ...je vais dire que le niveau social agit sur le psycho et le psycho agit sur le social hein...là on va chercher à agir sur ce qui est psychosocial hein ...donc quelqu'un qui a un niveau social élevé...déjà...expliquer des choses plus pratiques alors que quelqu'un avec un niveau moins élevé...expliquer les choses de façon plus concrète...plus...coquille...comme ce qu'on dit toujours quelqu'un qui a un niveau social élevé, comme ce que explique ma collègue(montre le médecin 4)...faire du sport faire certaines choses...et puis aussi ...proposer la kiné pour un lombalgique...celui qui a un niveau élevé il va mieux suivre il va comprendre pourquoi...alors que quelqu'un qui...voilà...ça m'a rien fait au bout de 2 séances ...ben voilà...c'est fini...

Médecin 3 (lève sa main droite)

Médecin 1 : ...alors que quelqu'un qui a compris que l'histoire du kiné il faut au moins 5 séances ou au moins 10 séances pour en trouver le bénéfice...ben il va aller plus facilement parce qu'il a compris pourquoi on l'envoie...

Médecin 3 (veut prendre la parole)

Animateur : médecin 3...tu voulais intervenir ?

Médecin 3 : oui, c'est la capacité d'apprentissage...qui...qui est un travail très important dans la vie...heu...puis il y a quand-même un autre facteur qui est très à la mode c'est sur le problème des addictions...

Animateur : (acquiescement de la tête)

Médecin 3 :...qu'on va rencontrer dans le premier type du...du...traitement ...et ...heu...et donc...l'alcool ça joue un énorme rôle à mon avis plus les autres intoxications possibles...Leur rapport à la douleur...leur rapport à les gens qui prennent du toxique...morphinique ou pas morphinique...c'est ...là il faut vraiment qu'on soit vigilant parce que c'est pas quelque chose qu'on...qu'on connaît au départ ...et ils peuvent être ...embrayés dans un mécanisme qui...qui...va dans une chronicisation parce qu'il y a un bénéfice secondaire...(fait des cercles avec sa main droite)

Médecin 4 : (lève sa main gauche, sourit et acquiesce de la tête)...oui je pense au bénéfice secondaire...sans même qu'on parle des addictions...tous les bénéfices secondaires que le patient obtient pour les lombalgies...ou adaptation de poste de travail ou faire des efforts à la maison...

Médecin 5 : il y a quelque chose aussi que je voulais rajouter c'est dans quel contexte on parle de lombalgies...je sais pas si c'est un facteur psychosocial vraiment mais...c'est vachement important de savoir si c'est un accident de travail au départ ou pas...parce que si c'est un accident de travail ça change quand-même toute la donne par rapport à la maladie...simple.

A : comment ça ... ?

Médecin 5 : je trouve qu'ils ont tout...j'ai l'impression en tout cas que les patients trouvent des bénéfices comme dans les accidents de travail...t'es pris en charge...t'es pris en charge...ils ont leur salaire je crois ...je suis pas sure...enfin 100% je crois, non ?

Médecin 4 : (acquiescement de la tête) hum.

Médecin 5 : pendant un temps...et j'ai l'impression que ça se chronicise plus facilement si c'est un accident de travail...enfin j'ai eu ça comme sentiment...je sais pas si c'est grave hein ...

A : est-ce que vous pouvez nous raconter la dernière fois que vous avez été confronté à une plainte lombalgique qui...qui dure...la dernière fois ...ou la situation qui vous revient en mémoire ?

Médecin 1 : Moi j'ai été confronté hier, un patient à moi, qui...ça fait un mois que je suis sur son dossier...qui est venu hier avec un dossier MDPH...c'est ce qu'on lui a fait le jour-même le médecin du travail...Il m'a dit effectivement il a mal au dos il travaille comme carreleur et donc il est allé par rapport à...c'était par rapport à son dos. Donc la dernière fois qu'il a eu une lombalgie, comme ma collègue le disait, lors d'un accident de travail. Donc effectivement il a été mis en arrêt de travail pendant un certain temps, mais c'est pas un patient plaignant hein. Il n'a jamais voulu plus d'une semaine d'arrêt de travail, quitte à prolonger, il reprend le travail, puis régulièrement....Arrêt de travail pour un patient lombalgique, mais l'arrêt est terminé. Il a très bien compris que l'accident c'est certain temps...prolongation...initial...prolongation...et la consultation il voulait pas l'accident de travail, il voulait juste un arrêt. Et là comme il a mal de plus en plus, il travaille toujours comme carreleur donc il a été voir le médecin du travail hier...

Médecin 3 (main sur sa tête, les yeux fermés)

Médecin1 :...qui lui a dit que ce serait mieux de le mettre ...que son employeur le mette comme maladie, un petit peu travail aménagé et à temps partiel. C'est pour ça qu'il m'a amené son dossier MDPH hier...

A : et quel problème tu as ressenti avec cette personne ou à travers cette situation ?

Médecin 1 : ben de toute façon je pense que cette personne-là il est fatigué de faire ce travail là...voilà...ce que j'aurai comme sentiment, c'est qu'il est fatigué....Je pense que son problème de lombalgies existe vraiment, il doit avoir mal....Travailler du matin au soir sur les genoux penché en avant...ça c'est sûr il en a assez....Je pense donc il a envie d'avoir un travail un peu plus...moins contraignant physiquement...même s'il a du courage. En plus il est venu hier avec son fils qui a 24 ans qui a une IMC vraiment profonde...qui...donc c'est un patient courageux quoi...C'est pas qu'il n'a pas envie de travailler, je pense qu'il n'est pas difficile pour le travail mais il a envie d'un travail beaucoup plus...beaucoup moins...beaucoup moins physique que...moins de contraintes quoi.....Je sais pas si j'ai répondu à ta question ou pas....(rires)

A : tu as répondu à ma question en fait...c'est ça...les autres ?

Médecin 2 : moi je peux parler...heu ...oui d'une personne que j'ai vue hier , que je connais depuis longtemps, qui travaille à la préfecture(pince ses lèvres, rit, regarde la table)...bon....et que je suis là depuis ...depuis 3 mois...Effectivement elle est en arrêt maladie depuis 3 mois pour des lombalgies...sans facteur déclenchant particulier, sans problème psychique particulier....Sa difficulté à elle est de...est sa volonté effectivement à reprendre le travail avec une difficulté dans son milieu...heu ...dans ce milieu public de réintégrer facilement un poste....Il y a des commissions mais les commissions sont réunies que tous les 3 mois...elle veut recommencer à mi-temps ...donc je suis obligée de la prolonger pendant un mois encore ou un mois et demi parce que la commission n'est que dans 3 mois...heu...bon...je pense qu'elle sera à même de faire un...de prendre un mi-temps et...et...elle en a pas vraiment envie quoi...elle en a pas envie pour une raison effectivement pécuniaire parce que là aussi du coup avec ses lombalgies ses revenus...ben...nettement...et aussi pour le contact avec ses collègues....Elle est de quelques années de la retraite....elle a aussi des choses elle veut montrer qu'elle peut fonctionner encore...et donc la grandeur administrative-là qui l'a fait rallonger...rallonger les choses...et alors elle est incapable de ...de savoir...Elle n'est pas très loin de la retraite alors on parle d'invalidité...de...de solutions qui pourraient être relais et ...à aucun endroit elle n'a pu avoir les réponses concernant...sa prise en charge pour l'avenir....

Médecin 3 : (touche son menton avec sa main droite)

Médecin 2 : ...Je pense que dans le public c'est quand-même un peu plus facile d'avoir les réponses pour tout ça...donc je prolonge l'arrêt...pour un défaut administratif...

Animateur : pourquoi enfin...le problème...c'est plus les grandeurs...les contraintes administratives... ?

Médecin 2 : là dans ce cas –là oui bien sûr, bien sûr...On n'était pas loin d'un mi-temps thérapeutique, elle n'est pas capable de reprendre à temps plein ...mais...et puis...et puis elle n'est pas très loin de la retraite non plus donc...on va pas changer de poste...on va pas...et elle ne se voit pas ne plus travailler...

Animateur : (acquiesce de la tête et regarde médecin 3)

Médecin 3 : (sourires) Je dirais ce qui me pose plus de problème, moi, c'est sur les lombalgiques qui ont un travail manuel...ça c'est vraiment un gros souci...heu...

Animateur : la dernière fois que tu as été confronté...à une lombalgie qui dure c'était dans ce cadre-là ?

Médecin 3 : ce qui me vient à l'esprit c'est un peu ça...c'est...heu...un travailleur ...un conducteur de train ou...il conduit un engin...il conduit un engin et heu...avec...heu...il n'a pas été en accident de travail...il n'a pas été en arrêt maladie non plus. C'est pas moi qui le suit...vraiment habituellement au départ...enfin bref...et heu...et il se retrouvait en plus de ça avec sa sciatique...avec...hélas...il était hospitalisé...et là on a découvert sa discopathie L4-L5 et L5-S1 plus scanner...enfin etc...non à opérer parce que de toute manière il n'a pas les signes pour opérer...ça a bien fixé...enfin l'imagerie a bien fixé les choses...et donc depuis il est en...il est en arrêt...heu ...et avec presque une guerre qui s'est faite parce que moi j'ai obtenu une place au Patis Fraux...

Animateur : peux-tu expliquer...

Médecin 3 : c'est...c'est une structure qui permet de...d'évaluer la...la possibilité ...voire de...d'évoluer dans...faire un bilan de compétence et donc...voir s'il y a un reclassement professionnel possible et ...heu ... aussi de voir s'il n'y a pas une remise en route possible aussi de la machine c'est-à-dire de...de faire en sorte que les gens reprennent une activité(fait des ronds avec sa main droite)...avec un réentraînement au travail. Donc il y a 2 axes possibles ce qui est très intéressant...Et ...heu...par une autre voie (redresse son buste droit)...heu je crois hospitalière...il (se recule sur son siège) avait...il avait une place avec la rééducation à l'hôpital Sud...

Médecin 5 : l'école du dos, c'est ça ?

Médecin 3 (acquiescement de la tête)...école du dos...heu...donc c'est rigolo...ils se sont...il adhère à l'école du dos et...il n'a presque pas pu aller au Patis Fraux parce que ça coïncidait etc. ...Et ça a été reporté le Patis Fraux...

Animateur (acquiescement de la tête)

Médecin 2 : de six mois ou...

Médecin 3 : de trois mois (touche son nez avec sa main droite)

Médecin 2 : de trois mois hein (balance sa tête à gauche à droite)

Médecin 3 : et...et je me suis dit mais...attends, il y a (sourires) ...il y a eu un gag là dans la prise en charge parce que ...qui fait quoi...en fait il y avait plusieurs axes...et tout le monde s'est... (Fait des signes avec ses bras)...enfin Patis Fraux ils l'ont pas tiré à lui hein puisque c'est moi qui lui ai fait le ménage...mais j'ai eu l'impression que dis donc, c'est dur de...

Médecin 2 : il n'y a pas de photo...enfin bon ...la réinsertion professionnelle c'est le Patis Fraux hein....

Médecin 3 : et ben oui (ouvre ses bras)

Médecin 2 : on est content quand il y a la place hein...

Médecin 3 : j'ai eu la rage là... (rires)

Médecin 2 (acquiescement de la tête) oui c'est sûr...surtout l'école du dos il n'y a jamais eu de résultat... (Rires)

Médecin 3 : ...j'ai eu la rage.... (Rires)

Animateur : donc le type de problème c'était plus ce...ce problème de coordination et d'organisation...

Médecin 3 : ah oui complètement...la coordination et...je dirais...offrir au patient parce que moi, dans mon esprit, ma représentation, que son travail va être délétère...

Animateur : (acquiescement de la tête)

Médecin 3 (acquiescement)...c'est-à-dire que...et je pense que insidieusement je lui ai passé le message aussi...donc reprendre le même boulot comme par avance ce qui est l'optique de l'école du dos...ça ...moi...certes il sera peut-être très content mais je vois ça complètement...irréaliste quoi...et donc je suis comme toi (regarde et montre le médecin 2 avec sa main) c'est-à-dire j'ai l'impression qu'on a gâché du temps...

Médecin 2 : et puis a...avant que le patient se mette dans la tête qu'il va abandonner son travail parce qu'il y a plein de gens quand-même qui sont très attachés...il faut du temps...

Médecin 4 et médecin 5 (acquiescement de la tête).

Médecin 2 : ...ça chemine dans leur esprit et puis ils vont se dire au mieux je vais être arrêté 15 jours et puis voilà des mois qu'ils sont arrêtés donc des fois qu'ils ont acquis cette idée et cette certitude qu'on va pas reprendre bon ben voilà après...on les amène dans cette voie-là bien sûr (regarde médecin 3)...mais ça met du temps et tu es presque convaincu de ça quoi...

Médecin 3 : et ben pour moi il était parti sur un reclassement professionnel. Je le vois pas...t'imagines...toutes les vibrations avec... (Lève ses sourcils)

Médecin 2 : le médecin du travail nous aide aussi...

Médecin 1 : il a quel âge ? à peu près...

Médecin 3 : il a 30 ans.

Médecin 1 : donc un patient jeune quoi...

Médecin 3 : oui il est jeune

Médecin 1 : il est encore ...pour une carrière... conducteur d'engin il a encore 20 ans, 30 ans...

Médecin 3 : (sourit et hausse ses épaules)...La problématique c'est que s'il est conducteur d'engin en l'occurrence c'est parce que il n'a pas forcément non plus la capacité d'avoir...de faire ingénieur informatique hein...c'est ça le sujet....

Médecin 1 : J'ai un patient d'une trentaine d'années...exactement le même problème mais sauf que il se rend bien compte qu'il ne pourra plus assumer, c'est un travail physique, il n'est pas fainéant, il va travailler mais voilà....Je crois que c'est vraiment la douleur qui...qui limite.

Animateur : on pourra reprendre ça tout à l'heure si vous voulez...médecin 4...est-ce que tu as toi souvenir d'une dernière fois ...?

Médecin 4 : moi en fait ...la dernière fois ...moi j'ai l'impression que je découvre encore des choses parce que moi j'ai pas vraiment encore de patient qui présente une lombalgie chronique...Pour l'instant c'est plutôt des patients de mes confrères qui viennent pour autre chose et qui à la fin de la consultation...est-ce que vous pouvez me mettre quelques séances de kiné parce que mon médecin me le renouvelle à chaque fois....parce que j'ai mal au dos depuis longtemps et voilà....et puis quand on a déjà passé 20 minutes sur autre chose...voilà...j'ai tendance à leur donner mais pour l'instant patient lombalgie chronique vraiment...voilà...c'est vraiment des jeunes qui me disent ça vient régulièrement, je fais quelques séances de kiné et puis ça passe...sinon c'est des patients des collègues sinon...

Médecin 5 : Moi j'ai plusieurs... du coup je réfléchissais pendant que vous parliez...J'ai plusieurs personnes qui me viennent en tête et en fait déjà j'ai l'impression que la chronicité on s'en rend compte qu'à posteriori c'est-à-dire on regarde un dossier et puis on se dit « tiens, ça fait quand-même longtemps ...on a fait ci on a fait ça...ça n'avance pas et puis du coup ça fait un an 18 mois qu'on arrête... »...et puis après le coup on se dit oui ça devient chronique mais on se rend pas compte sur le coup quoi ...on s'est pas dit tiens, lui, les facteurs de risque, on n'a pas trop évalué...et donc du coup, moi, je me suis retrouvée embêtée avec un patient, pareille, 25 ans, assez jeune, qui a un travail manutentionnaire et qui a eu un accident de travail plutôt bénin, une pièce qui lui est tombé sur le dos, bon ça a fait un lumbago et puis voilà...bizarre même de départ...et pareille, arrêt, arrêt, prolonger, prolonger, parce que...il avait mal au dos quoi...ça me paraissait subjectif de...de faire ...bon on va laisser un peu de temps, on met AINS pendant la période subaiguë...on fait de la kiné ...au bout d'un moment on dit ben on va quand-même demander un scanner parce qu'on va savoir s'il y a quelque chose...Le scanner nous montre rien de méchant, ça continue...il n'est toujours pas....Moi j'ai quand-même eu comme impression que comme c'était en accident de travail donc du coup effectivement il n'y avait pas de souci financier derrière qui le bloquait un petit peu, et ça a été 13 mois avec lui....Je me suis retrouvée embarquée (rires) dans un truc avec lui dont au départ j'étais pas super d'accord...mais bon...après il a mis le médecin du travail dans l'affaire...il pouvait pas reprendre à temps plein on a fait un mi-temps thérapeutique mais moi je trouve que son dos il était relativement souple cliniquement...il a vu le rhumatologue et à un moment donné, pareille, il venait me voir avec un dossier MDPH au bout de...je sais pas...18 mois. Et je lui ai dit ben oui mais vous n'avez pas de handicap...enfin à un moment donné...et donc voilà...on a fait...oui à un moment la Sécurité sociale a dû dire c'est consolidé;...enfin au bout d'un an...je sais plus combien de temps...c'est consolidé.... On n'a pas refait la kiné donc il n'est pas content il a fait appel...il y a eu

un expert...quand on a eu l'expert je découvre tous les aspects administratifs de la chose puisqu'on n'apprend pas ça donc...tout ce qui est invalidité rapport qualité avec son travail...dossier MDPH...je découvre que là il fallait remplir le formulaire de ...comment ...de contestation de l'accident du travail...

Médecin 2 : oh là là...

Médecin 5 : ...et ça il fallait mettre l'avis du médecin traitant, le médecin traitant c'est moi...

Médecin 4 : mais je conteste pas... (rires)

Médecin 5 : moi j'ai envie de dire ben retournez au travail voilà...peut-être pas manutentionnaire vraiment mais il n'y avait pas besoin effectivement de reclassement professionnel...son dos est plutôt bien il n'a plus mal au dos et du coup j'ai dit oui...et j'ai un peu tourné le truc pour dire qu'il retourne au boulot mais (tourne ses mains)...ça a été refusé moi je pensais pas qu'on la refaisait ...il la refaisait quand-même...ça a été refusé et il a été...fâché quoi...enfin j'ai l'impression de pas savoir gérer la chronicité de la chose...vraiment...voilà...Et du coup maintenant il est consolidé, il a démissionné de son travail du coup de lui-même, il voulait pas faire manutentionnaire donc il a fait de son côté une formation autre chose pour changement professionnel, mais c'est pas moi qui m'occupait de ça...Je me suis...je me suis trouvée...j'ai l'impression de ne pas gérer tout ça quoi il a pris les devants et...et...Donc c'était un patient tout jeune. Et autre chose quand vous avez parlé des addictions tout à l'heure (regarde médecin 3) c'est un peu l'addiction aux antalgiques des lombalgiques ...chroniques...Moi je reprends dans la patientèle des gens qui sont par exemple sous Topalgic tous les mois de toute la vie....Ils ont mal au dos, certes, mais surtout ils sont dépendants du Topalgic...Et pas de moyen de l'arrêter...parce que tout ce que vous voulez mais c'est pas possible j'ai trop mal...et ça j'ai du mal à gérer...C'est facile de prolonger ...enfin...de renouveler le traitement...ça ça me gêne un peu la dépendance aux...oh on met souvent des AINS de façon ponctuelle mais du coup les traitements de fond ...enfin ils sont quand-même demandeurs quoi....

Médecin 1 : moi je dirais c'est plutôt le contraire chez moi hein.....

Médecin 5 : ah oui ?

Médecin 1 : c'est plutôt qu'ils vont prendre des antalgiques de temps en temps.

Médecin 5 : ben oui ben alors...c'est dans la tête....

Médecin 1 : ...chez moi c'est le contraire...je dirais que la majorité ils refusent ...

Animateur : et est-ce qu'ils ont des arguments pourquoi ? Qu'est-ce qu'ils inventent pour... ?

Médecin 1 : ...que c'est des « saloperies », que ça leur fait mal à l'estomac, qu'est-ce que ça font, qu'est-ce que ça fait à long terme et puis ...

Médecin 2 : (regarde médecin 1)...ça va rien résoudre... (sourires)

Médecin 4 : ...ça va masquer voilà... (sourires)

Médecin 1 : vous leur expliquez que c'est dommage d'avoir mal, qu'ils vivent avec leur douleur, mais ils sont contents comme ça...c'est des médicaments...je vais pas prendre des...je vais pas prendre ce poison-là hein...voilà...ils disent ça, c'est pas du tout pareille, je dirais plutôt le contraire...

Médecin 2 : il y a les deux....

Silence.

Animateur : Devant un patient qui consulte de façon répétitive...tu en as parlé tout à l'heure médecin 4...pour des lombalgies pour lesquelles les arrêts de travail se prolongent...on en a parlé tout à l'heure...comment vous aurez tendance à réagir ?

Médecin 1 : moi je suis assez concret hein, c'est-à-dire qu'au bout d'un deuxième troisième épisode lombalgique demander une radio, un scanner, pas d'IRM mais souvent un scanner lombaire et assez rapidement je vais l'envoyer voir mon confrère rhumato , au moins vous avez un avis spécialisé...au moins on se rassure de ce qu'il y a...qu'il puisse développer ce ou ce qui n'est pas possible de développer....Pour moi votre arrêt maladie, ou votre douleur pour moi ...c'est concret de savoir d'où ça vient...vous avez une discopathie, vous avez je sais pas moi...une pathologie avancée...voilà il faut savoir si vous pouvez reprendre le travail...si vous allez pouvoir reprendre les activités sportives...Moi j'aime bien l'imagerie ...je trouve que j'aime bien pouvoir discuter avec les choses concrètes...donc je ferais assez rapidement des radios, des scanners...et aussi...avis biologique, ...pas au début...je laisse plutôt le rhumatologue prescrire en fonction de ses besoins...j'aurai tendance à faire ça...

Animateur : puis tu disais dans l'orientation du diagnostic...

Médecin 1 : diagnostic de lombalgie...

Animateur : ...diagnostic des lombalgies qui récidivent...

Médecin 1 : voilà ...voilà...moi je fais cette démarche là...

Animateur (regarde les autres médecins)

Médecin 5 : moi je suis pareille que toi...à peu près...assez vite aussi...enfin j'ai l'impression assez vite mais du coup ça...le temps d'avoir le scanner...le temps d'avoir le rendez-vous...j'ai l'impression que ...bon...

Médecin 3 (frotte son œil droit)

Médecin 5 : ...peut-être que le temps va passer un peu, ça va se tasser...ça va aller mieux et puis des fois ils vont voir le rhumato les choses se sont un petit peu calmées...heu...après je mets pas mal de kiné quand-même en première intention...et...heu...et voilà des fois je me dis on peut tenir comme ça un petit moment...

Médecin 2 : à un moment je, je...je prépare une reprise en leur disant de toute façon ils reprendront avec les douleurs...

Médecin 5 : oui il faut leur faire comprendre ça.

Médecin 2 : ...que la douleur il faudra qu'ils continuent de vivre avec et...et s'y habituer (sourires) parce qu'il y a des douleurs effectivement qui sont supportables, qu'on peut gérer et qu'il faudra intégrer dans leur...leur quotidien...petit à petit on en parle...

Médecin 5 : ça ça dure un moment quand-même, non ? Tu fais ça assez vite ou ...

Médecin 2 : ah bah non (rires) mais la question c'était...

Médecin 5 : ben voilà...

Animateur : là effectivement c'est quelqu'un qui consulte de façon répétitive pour une lombalgie avec un arrêt de travail qui se prolonge...

Médecin 2 : voilà tu as passé le cap des rhumato, des IRM et tout ça donc t'arrives toujours...heu...le rhumato t'as dit...voilà...il n'y a pas grande chose...

Médecin 1 : Au bout du troisième...une fois que j'ai fait l'imagerie au bout de la troisième consultation je demande une imagerie et puis l'avis du spécialiste...

Médecin 2 : oui mais quand t'es rendu au-delà de tout ça mais il a toujours mal...

Médecin 1 : là je demande justement l'avis du rhumatologue...l'avis du rhumatologue....

Médecin 5 : le rhumatologue va demander la kiné...

Médecin 2 : ...des fois c'est bien...un rhumato qui va trancher un peu...

Médecin 5 : exactement...

Médecin 2 : ...et essayer de lui faire comprendre que...médecin conseil des fois c'est une aide aussi...

Médecin 1 : oui oui...

Médecin 2 : puis médecin conseil dit...des fois...ben écoutez j'ai vu le médecin conseil il faut que je reprenne...oh ben...c'est dommage (rires)

Animateur : donc le médecin conseil...

Médecin 2 : tranche pour nous.

Animateur : peut-être une aide par rapport à la reprise du travail ?

Médecin 2 : voilà...voilà...parce qu'il y a souvent un côté affectif avec le patient un petit peu...on a du mal à trancher et de dire qu'on...

Médecin 1 : pour le patient ça peut être mieux un autre qui lui dise que nous, nous disons...il peut dire...ah il n'a plus envie de m'aider...alors que là ça passe tout seul quoi...des fois c'est plus facile à accepter quoi...surtout quand on voit des patients assez jeunes hein...des patients d'une trentaine d'années hein...pas plus...

Silence.

Animateur : les autres ? (regard panoramique) médecin 4 par exemple, comment tu réagis par rapport au diagnostic, par rapport à l'arrêt de travail... ?

Médecin 4 : Moi, je ... (rires)...je reprends juste ça (baisse sa tête en souriant)...je viens de retrouver une patiente lombalgique chronique...j'en ai une...ouais !!!

Médecin 2 : elle vient voir les nouveaux médecins... (Sourires) une fois qu'elle a usé les autres...

Médecin 1 (rires)

Médecin 4 : c'était du...moi je suis installée depuis fin août de l'année dernière et c'est un accident au mois de ...enfin un accident...la lombalgie a commencé en juillet dernier en fait...donc non elle n'a pas encore été refusée...elle m'a juste présenté sur une visite à domicile qu'elle ne pouvait pas se déplacer et puis le contact c'est fait voilà...et elle par contre elle a une lombosciatique récidivante

mais vraiment très hyperalgique et donc elle a même vu le...chirurgien qui n'a pas voulu opérer parce qu'il y a une discopathie et une hernie discale de l'autre côté...et là elle commençait juste à mettre...elle avait un corset du coup en même temps...elle commence en fait à enlever son corset, elle ne met que quand elle a mal et le truc c'est ;..en fait cette dame elle a des projets pour ouvrir une maison d'hôtes en fait donc là elle n'était plus...elle travaillait plus ils étaient dans le plein réaménagement de...ils avaient racheté une vieille longère qu'ils réaménageaient tout ça...et donc elle était plus dans cette optique là et là pour l'instant c'est plutôt moi qui la freine un peu parce qu'elle veut se lancer dans cette gestion-là mais je lui ai dit ben oui mais vous ne pouvez pas faire le ménage...elle se lève c'est...c'est(fait le geste de se lever de la chaise avec difficulté)...enfin voilà c'est pas encore ça mais elle veut se lancer...Les travaux sont finis elle voudrait le faire...là c'est plutôt moi au contraire qui la freine encore...bon...ça fait un an elle a quand-même bien récupéré par rapport à l'an dernier...il n'y a plus de sciatique...elle commence à marcher alors qu'elle marchait quasiment plus...donc elle peut pas tout de suite faire le ménage et l'entretien de la maison d'hôtes...

Animateur : d'accord... (Regarde médecin 3)

Silence...médecin 3 veut prendre la parole.

Animateur : médecin 3 ?

Médecin 3 : J'ai un petit peu le problème...le...on est sur la lombalgie...lombalgie simple ?lombalgie...

Animateur : lombalgies communes.

Médecin 3 : lombalgies communes...Parce que c'est un petit peu ça moi qui me gêne...c'est que...heu...sur les épisodes de lombalgies qui cèdent sans arrêt de travail...au bout de 5 jours en moyenne...avec un repos...heu...à ce moment-là il faut 10 jours...heu...là moi je suis plus...j'essaye à maximum de leur dire ça sert à rien de vous asseoir sur le canapé...en train de regarder la télé...heu il faut marcher, il faut faire du vélo...heu il faut surtout pas vous arrêter...

Médecin 4 et animateur (acquiescement de la tête)

Médecin 3 : ...alors c'est là où...et je pense que déjà...à partir de ce moment-là qu'on doit pouvoir répondre un petit peu à ton interrogation on est dans le même chemin hein...j'ai aussi des lombalgiques qui sont chronicisés...Il faut essayer à mon avis dès le départ de ne pas...leur permettre de continuer à...avoir ces symptômes-là, c'est-à-dire...

Médecin 4 et médecin 5 (acquiescement de la tête)

Animateur : qu'est-ce que tu veux dire par là ?

Médecin 3 : ben c'est-à-dire non vous avez mal au dos...ben c'est quasiment normal d'avoir mal au dos...vous avez fait les travaux de jardinage alors que vous en faites pas habituellement...moi là...je vais vous faire 50 abdominaux vous allez voir dans 3 jours j'aurai du mal de...de me redresser...Bon ben là vous avez pas fait le même travail, c'est du muscle c'est un travail musculaire donc en fait j'essaye de leur faire comprendre...enfin de...qu'ils aient une représentation de quasiment un épisode normal dans leur vie par rapport à leur corps...

Médecin 6 : comme on fait une grippe...pourquoi...c'est un truc aigu...

Médecin 3 (acquiescement de la tête) voilà...c'est un truc aigu et qu'il n'y a pas de raison pour que ça...

Médecin 1 : on explique pourquoi...pourquoi vous avez fait...comme vous avez fait des travaux mécaniques c'est pour ça que c'est mécanique...moi souvent je dis ça...mais j'ai pas dit que vous avez pas mal du tout hein... (Rires)

Animateur : et quand c'est de façon répétitive avec...c'est là ...

Médecin 3 : ...c'est là où ça me pose de problème...c'est « qu'est-ce qu'il y a derrière ? »...qu'est-ce qu'il y a derrière et là c'est...et ben...c'est aussi de chercher un problème...heu...vous savez il y a une expression c'est « j'en ai plein le dos »... « Vous en avez plein le dos ? » (Rires)

Animateur : voilà... (Acquiescement de la tête)

Médecin 3 : mais vous en avez plein le dos mais de quoi ?et...c'est...c'est d'essayer de trouver le...le contexte qui permet...ben qui fasse que...là t'avais un très bel exemple (regarde et montre avec la main le médecin 4)...c'est une dame qui a une sciatique qui est dans un fauteuil et qui veut quand-même heu...et tu as des gens...ben tu te demandes pourquoi il veut un arrêt. Pourquoi il veut un arrêt ?Bon , c'est à ce moment qu'il faudrait qu'on ait la possibilité de comprendre ce qu'il entend le patient et c'est là où on a pas forcément toutes les données parce que moi je dis hein l'arrêt de travail c'est comme si je vous mets l'antiinflammatoire, c'est dans un projet de...c'est dans un projet de

guérison....Pour moi l'arrêt de travail là aujourd'hui c'est ...ça peut faire plus de mal que de bien donc je vous donne pas...

Médecin 5 : moi je me sens pas capable de dire ça (met ses mains sur ses joues)....Je pense que t'as l'expérience qui joue mais moi je me sens pas encore....

Médecin 3 : ...mais là où je suis embêté c'est pour le mal du fonctionnaire ,c'est pour celui qui tond un terrain de foot etc....Alors là je suis très embêté...ou quand il y a un accident de travail là aussi je suis très embêté...de...moi j'essaie de les faire reprendre avec soins et très rapidement, c'est-à-dire je leur dis vous savez le dossier d'accident de travail il couvre toujours hein, ne vous inquiétez pas...mais...il faut vous entraîner à faire votre boulot parce que plus on va prolonger plus ça va être difficile pour vous de reprendre (fait des mouvements avec ses mains)...et bon, mais...mais c'est plus difficile...

Médecin 5 : mais j'ai l'impression qu'effectivement des fois vous vous rendez compte vous vous dites tiens, lui, il faut quand-même que je fasse gaffe ça risque de se chroniciser...des patients avec des profils psychologiques un petit peu fragiles, des patients qu'on assiste beaucoup...qui ont des troubles intestinaux fonctionnels...on a un petit peu des patients qui ont un profil comme ça...on se dit tiens, une lombalgie aiguë, deux lombalgies aiguës...il revient me voir parce qu'il a mal au dos...de toute façon ça revient pas vers la normale entre deux...on...on se rend pas compte effectivement mais on...enfin moi je ne sais pas gérer derrière quoi...

Animateur : si je comprends bien tu repères un petit peu ces patients...

Médecin 5 : mais voilà...tu sens qu'il y a certains facteurs de risque vraiment, mais tu te dis...lui...je vais...ça va patauger un petit peu...et le problème c'est que moi derrière j'ai pas les outils pour...peut-être qu'il y a pas d'outils hein je sais pas moi...je me demande comment je peux faire...et j'ose pas...j'ose pas...j'ose pas dire...dire...bon allez il faut y aller...quand ils me disent « j'ai mal...j'ai mal...c'est pas possible de me remettre au boulot »(tient son dos avec ses mains)...enfin je suis encore assez...heu...je ne sais pas dire non encore mais ça ça va peut-être venir (rires)

Médecin 3 : ouais...un fonctionnaire ou quelqu'un qui a un travail comme toi si tu l'arrêtes...tu vas chroni...tu vas passer à la chronicisation...

Médecin 5 : oui voilà...

Médecin 3 : il n'y a pas de problème...

Médecin 5 : ...c'est péjoratif quoi...c'est délétère...

Médecin 3 : ah non c'est complètement (fait signe avec sa main droite)...alors là je peux te dire...il n'y a pas de problème...

Médecin 4 : donc en fait toi tu ne l'arrêtes pas.

Médecin 3 : et ben il faut...alors quelque chose qu'on ...alors...on est en dehors de la sciatique hein...d'accord...mais...parce que c'est un problème musculaire il faut faire travailler...il faut faire travailler le muscle et là je leur dis attendez, vous avez surtout mal quand là...c'est quand vous vous levez ça se dérouille etc... ? Et quand c'est l'après-midi ça va mieux bon ben c'est des muscles vous les avez chauffés...bon ça va mieux...ben il faut les chauffer...donc là il faut...si je vous arrête là vous faites 2 heures de de randonnée...de marche dans la matinée et 2 heures dans l'après-midi... (Ouvre ses mains)

Médecin 2 : après...après on arrive mieux avec des patients pour lesquels... au bout d'un moment bien sûr on arrive (pose sa tête dans ses mains)...ils reprennent possession de leur symptôme. Au début ils arrivent et ils mettent tout sur le bureau (rires)...leur douleur...leur difficulté et puis d'ailleurs ils veulent...ils veulent une aide...ils veulent un médicament pour que ça cesse vite...ils veulent des séances de kiné où ils sont très passifs et petit à petit quand on arrive à leur faire ...prendre conscience de leur...de leur dos...leur corps peut-être avec l'aide qui a été instaurée au début mais heu...et bien ils savent qu'ils ont mal, ils savent que le...heu...le kiné...j'ai du mal des fois hein...les kinés sont passifs mais à eux aussi de prendre en charge au niveau de ...la salle de gym peut-être, la piscine....Il faut aller prendre son maillot tous les jours...peut-être la marche, des...des postures au travail parce que ça ça se manque pas hein....D'avoir mal au dos c'est assez désagréable mais quand il faut plier les genoux pour économiser son dos ça s'oublie vite....Et petit à petit j'ai certains patients qui effectivement ont bien pris conscience de tout ça et puis là du coup ils se prennent en charge eux-mêmes...Ils ont toujours mal...Ils font leur kiné, leur kiné seuls, parfois des semelles de décompensation vestimentaire alors que c'est une petite jeune femme élégante et qu'il faut mettre des semelles ben voilà hein....ça veut dire que les chaussures à talons il faut les supprimer....Là c'est

l'image de son corps qui change hein ... On peut aussi avoir une ceinture (montre sa taille) qui...qui gêne un peu au quotidien mais là je crois qu'on a gagné un point...ils ne sont pas guéris ils sont soulagés...ils ont compris que c'étaient eux qui sont maîtres de leur...de leur lombalgie...mais...bon j'ai quelques cas en tête mais...voilà...Il y a des gens qui effectivement...ils s'en sortent beaucoup par leur...par leurs sports...quand-même hein...pas des sports compliqués hein...c'est une fois par semaine...décontracte...décontracte...

Animateur : (regarde médecin 4) médecin 4 tu voulais dire quelque chose... ?

Médecin 4 : non...enfin c'est juste que...quand tu disais (regarde médecin 3) qu'à la première consultation si c'est pas un travail physique qu'ils font tu l'arrêtes jamais en fait....

Médecin 3 : non...

Médecin 5 : moi j'arrête un peu...

Médecin 4 : ben pas longtemps...sauf si c'est une secrétaire je vais arrêter 2 jours...

Médecin 1 : non mais tu vois bien si c'est une lombalgie si c'est pas une sciatique...

Médecin 4 : ah oui oui ...on est bien d'accord...

Médecin 3 : moi j'essaye...alors...

Médecin 4 : celui qui me dit je peux pas m'asseoir ...je suis mieux debout enfin voilà...

Médecin 3 : il faut...c'est...c'est...c'est une problématique de négociation...c'est ce que je disais tout à l'heure c'est là où je vois bien que...vous...là vous êtes trop douloureux ou là...mais là...je fais un arrêt pour aujourd'hui parce que vous n'arrivez pas à vous déplacer et puis là pour demain...mais directement si vous suivez ce que je vous dis ...heu...vous devez pouvoir reprendre après demain et ça va être mieux pour vous...parce que vraiment là...heu...

Médecin 4 (acquiescement de la tête) oui quand même... quelques jours ...

Médecin 3 : ah oui ...quand-même il faut que...que je le prenne en charge donc...mon arrêt de travail c'est vraiment un projet thérapeutique c'est comme si je lui disais de prendre du paracétamol 4 fois par jour pendant 2 jours....C'est la même chose...c'est un projet thérapeutique...et si ...et à réévaluer comme avec un médicament...mais il faut pas que mon médicament il apporte plus d'inconvénient que d'avantages...et je pense que quand on les soigne et qu'on est convaincu de ça parce que j'en ai l'expérience à la fois personnelle et puis ayant géré des patients comme ça...heu...ça passe pas mal...ça passe pas mal...

Médecin 4 (acquiescement de la tête) Moi j'avais compris zéro arrêt...donc un jour ou deux...voilà...

Médecin 3 : ah non non (sourires), t'as eu raison, t'as eu raison...mais c'est pas une finalité avec ça...pour le patient s'il y a une finalité c'est qu'il y a autre chose derrière...bien sûr...

Animateur : Comment vous vous y prenez ou comment vous vous y êtes pris avec le patient que vous pensez pour aborder justement tous les aspects non biomédicaux dans cette lombalgie ? comment vous faites pour aborder tous ces aspects avec le patient ? (Regard panoramique)

Médecin 1 : tu veux dire quoi par biomédicaux ?

Animateur :... tout ce qui n'est pas biomédical justement... justement on en parlait tout à l'heure c'est plutôt psychosocial...tout ce qui n'est pas lié au médical pur on va dire pour ces lombalgies...Comment vous vous y prenez pour aborder le sujet ?

Médecin 1 : ben c'est comme ce qu'il a dit hein (montre avec sa main le médecin 3)...j'essaie de voir quelle est la profession du patient...quelle est leur profession et quel est le mécanisme de la douleur...quelqu'un qui arrive avec une lombalgie aigue...qu'est-ce qui vous a apporté ça...?S'il n'y a pas de mécanisme s'il n'y a pas d'accident quoi que ce soit je vais lui dire écoutez peut-être qu'il y a quelque chose derrière quoi... s'il arrive à se pencher à gauche à droite...évidemment si c'est quelqu'un qui est chauffeur par exemple je vais l'arrêter 4 ou 5 jours s'il a mal et qu'il conduit c'est quand-même dangereux. Si c'est quelqu'un qui s'assoit au bureau (hausse ses épaules) je vais peut-être l'arrêter un ou deux jours et encore....

Animateur : si c'est quelqu'un qui va avoir une lombalgie commune et qui va durer dans le temps avec ou sans arrêt de travail comment est-ce que vous avez...est-ce que vous avez une technique, une manière de faire...des outils pour aborder justement tous ces aspects...parce que biomédical c'est souvent la première chose dont on parle mais tous les autres aspects dont on a parlé tout à l'heure...justement...du psycho...du social etc...comment vous faites pour aborder ça avec le patient, à quel moment vous faites... ?

Médecin 2 : très rapidement...on fait la médecine générale donc effectivement...

Médecin 1 : on connaît nos patients hein...

Médecin 2 : on les connaît bien (baisse sa tête) je...je trouve qu'on aborde les problèmes assez vite...heu...après c'est l'accept....Je crois que l'idée doit cheminer aussi quand il y a un problème psychoaffectif par exemple....Les antidépresseurs peuvent être une aide pour soulager les lombalgies aussi... (Rires) ça ça nous permet de ...de les prescrire...antalgiques et puis...il peut s'agir d'une autre manière aussi....

Médecin 5 : et donc tu leur demandes quand-même si cette fois-ci ils sont stressés, s'ils sont fatigués par quelque chose...enfin moi j'essaye de...voilà...souvent je ne fais pas ça au départ, dès le départ....Je demande leur boulot comment c'est arrivé et tout ça et en l'examinant je vois le dos...

Médecin 2 : t'es tendu (pose sa main gauche sur l'épaule droite, sourit)

Médecin 5 : vous êtes un peu tendu là...vous êtes un peu stressé en ce moment ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous perturbe ? Enfin une fois, deux fois ça va mais trois fois c'est pas possible c'est qu'il y a quelque chose derrière...est-ce que vous êtes stressé ?ben oui, je suis stressé ma grande mère n'est pas là... (Lève sa main droite) ça peut être tout et n'importe quoi hein...ils ont 4 enfants, ils sont de bas âge, ils sont fatigués quoi...enfin voilà...souvent c'est quand-même un...c'est un symptôme effectivement de quelque chose ...de....

Médecin 4 : il faut prendre le temps...c'est une consultation longue...où tu discutes pas mal (frotte son oreille droite)

Médecin 5 : et là ça passe...ça dépend...j'ai l'impression quand-même chez les femmes ça sort plus facilement...

Médecin 2 : ah oui ...avec le paquet de mouchoirs...

Médecin 5 : voilà...ma sœur, mon mari, mon boulot, mes enfants, etc...et des fois chez les hommes c'est quand-même une marge plus petite...enfin moi je dis ça aussi peut-être parce que je suis une jeune femme et puis...

Médecin 2 (acquiescement de la tête)

Médecin 1 : non mais c'est ça hein, comme disait le médecin 2 nous on connaît nos patients et puis comme je parlais tout à l'heure il y a des patients chez qui je traite pas mais tu vois ça en fonction du contexte....J'ai un patient qui...qui est venu parce qu'il avait une varicocèle donc je l'ai rassuré, je l'ai examiné je lui ai dit c'est pas grave mais...il est revenu me voir 2 ou 3 fois...j'ai compris qu'il fallait que je demande un avis spécialisé....Je l'ai envoyé voir le....c'est fini...deux mois après ils reviennent il me rappelle des petites pollakiuries et tout ça...il est venu une ou deux fois....

Animateur : et donc il n'y avait plus de douleur lombaire... ?

Médecin 1 : ...il n'y avait plus de douleurs je vais t'expliquer un peu le contexte...on sait qu'il y a des patients il faut aller assez rapidement chez le spécialiste sinon il ne va pas s'arrêter...donc voilà...

Animateur :...à ta connaissance un peu globale du patient...

Médecin 1 : voilà les patients me connaissent .Ils savent que...je suis pas compliqué parce que...

Animateur : et comment tu abordes ça... ? Quelle approche tu as pour aborder le sujet ?

Médecin 1 : moi je pose des questions ouvertes toujours....voilà...est-ce qu'il y a autre chose qui vous a amené ça ?qu'est-ce qui s'est passé ?depuis quand ça s'est arrivé ?qu'est-ce qui a provoqué cet accident ?est-ce qu'il y a autre chose qui vous embête ?comment ça se passe dans votre travail ?est-ce que vous vous entendez bien avec votre patron ?voilà...essayer de poser des questions comme ça indirectes, pas des questions fermées mais des questions ouvertes c'est comme ça que j'essaie d'aborder à côté des pathologies chroniques....

Animateur (regard panoramique) médecin 2, tu veux rajouter autre chose ?

Médecin 2 : non, j'ai pas autre chose...

Médecin 3 (veut prendre la parole)

Animateur : médecin 3 ?

Médecin 3 : Je crois qu'il y a ...après on a aussi le souci par rapport à la représentation qu'il a ...qu'est-ce que ça signifie pour le patient d'avoir mal au dos...c'est ça qui est aussi pas mal...c'est...est-ce que ça signifie pour lui...heu ...ben...une impossibilité de travailler...alors ça peut aller dans les deux sens...ça peut être une catastrophe...comme ça peut être un bénéfice secondaire entre guillemets...enfin...après ...donc qu'est-ce que ça représente pour lui son dos...son mal être...de ce potentiel...bon ben...c'est sûr que les gens qui...qui reviennent pour les mêmes épisodes et tout moi j'aurai tendance à dire attendez, là, on s'est déjà vu pour ça....comment ça s'est passé ?.Et il y a des circonstances qui ...qui génèrent ça... ?Pas forcément des circonstances de...se pencher en avant etc...c'est ...(frotte son œil droit)...il y a un contexte?...heu ...et puis bon...là il y a la

possibilité de...question fermée quand-même...il y a possibilité de dire...il y a un souci, c'est-à-dire essayer de lui faire rattacher ...de lui faire...parce que lui il n'a pas forcément...lui il a mal au dos...mais...c'est un peu comme les enfants qui vont dire ils ont mal au ventre c'est en fait qu'ils ont de la fièvre...donc quand il a mal au dos il a un mal-être ça va pas...donc que...et puis il y a des jours ils ont mal au dos et puis tu les fais pencher en avant et puis ils sont en chute devant toi donc là il y a une discordance...c'est quand on sent la discordance entre l'intensité du symptôme et l'objectivi...enfin si on arrive à objectiver. Là il y a un...il faut qu'on sent les choses...et c'est là qu'on est vraiment embêté...parce que il y a des patients qui sont pas...il leur faut peut-être un certain temps pour accepter l'idée que c'est pas physique...et donc à ce moment-là...ben...là ils peuvent...ils peuvent progresser...mais ils peuvent s'enfermer en se disant non c'est mon dos, c'est mon boulot, ça va pas etc...et là je crois que c'est là où je te rejoins (regarde médecin 1) c'est que à un moment donné je ne suis pas capable d'assumer ça...Donc je demande l'avis du spécialiste.

Médecin 5 : mais le rhumatologue ne va pas être capable d'assumer ça...il faut qu'il voit un psychologue ou quelqu'un pour parler....

Médecin 3 : alors ...si...si la thèse elle peut apporter quelque chose c'est je crois qu'il y a ça, c'est que il faut à un moment donné on a cité...heu...le médecin du travail, on a cité le médecin conseil...il y a un gros gros problème à mon avis que j'en ai parlé à un médecin conseil une fois c'est pourquoi ne pas pour un patient réunir autour d'une table dans un moment précis ou en vidéoconférence ou je ne sais pas enfin tu vois...un truc comme ça...il y a des conférences téléphoniques qui sont organisables hein...le médecin conseil il pourrait faire ça d'avoir des interlocuteurs et aussi essayer de comprendre le patient, ce qu'il traîne derrière et comment on peut arriver à ...à avancer ...quitte à nous donnant nos actions et pas en restant chacun dans son truc....A mon avis il y a à un moment donné...heu...je me suis trouvée exactement comme toi(regarde et montre médecin 5 avec sa main)...pas pour une lombalgie...2 fois pour...dans un engrenage où...heu...j'ai donné une énergie phénoménale (fait le geste d'avancer avec sa main droite) à...à essayer de faire...progresser le patient...de lui dire...ouais il faut voir l'assistante sociale, je vais voir le médecin conseil pour...heu...pour avoir un ...une place info etc. ...Lui, il n'était pas demandeur. Je...je le tiens et le seul moment où il était demandeur c'est quand il était en fin de droit.

Silence.

Médecin 3 : ça a été le moment où là on a pu commencer à avancer...c'est terrible hein...

Animateur (acquiescement de la tête)

Médecin 3 : ...et j'ai téléphoné au médecin conseil en disant mais attendez... (Met sa tête dans la main droite)...ça fait 6 mois qu'il est en arrêt vous l'avez toujours pas convoqué (rires) ça c'est...énorme...et là on pourrait avoir de l'aide quand-même...

Silence.

Animateur : médecin 4 ou médecin 5, voulez-vous ajouter quelque chose sur ces aspects non médicaux ?quelle approche...est-ce qu'il y a des outils que vous utilisez mise à part la parole...dans la discussion...dans l'interrogatoire...est-ce que vous avez des outils, des plaquettes....

Médecin 5 : non, c'est très empirique ...c'est très...c'est très au moment...c'est très...j'ai pas de ...non c'est pas gradué c'est pas du tout évalué...c'est comme ça...non il n'y a pas de méthode...non j'ai pas...j'ai pas. J'utilise pas de pression, des échelles des trucs comme ça (monte et descend sa main droite) .J'ai pas l'impression qu'il y a d'échelles...l'échelle de la douleur....

Médecin 1 : l'EVA c'est tout hein... (Sourires)

Animateur : comment ?

Médecin 1 : l'EVA c'est tout ce qu'on fait...

Médecin 5 : c'est tellement subjectif l'EVA que j'ai du mal à m'y mettre....

Médecin 4 : sinon tu disais des plaquettes comme faire un schéma du dos pour expliquer au patient ?

Animateur : par exemple oui plus sur les aspects non médicaux...le stress, le travail....

Médecin 3 : la...la problématique ça va être de faire un lien de cause à effet, c'est-à-dire que on va peut-être essayer d'évaluer s'il y a un fond dépressif derrière...et là on a un petit peu la problématique des questions est-ce qu'il est de dévalorisation psy...et...pas forcément des idées noires mais...

Médecin 1 : repli sur soi...

Médecin 3 : voilà c'est ça...donc essayer d'appréhender qu'est-ce qu'il a derrière...son image de soi...des autres et puis...et puis l'entourage...mais il peut y avoir ça et puis vraiment s'il veut voir le loup quoi (sourires)...c'est...par contre dans la consultation il y a des choses on n'en a pas parlé de

l'examen...ça peut être aussi un moment où il est capable de faire quelque chose...alors qu'il se bloque lui-même...c'est-à-dire que...ben il y a ...il y a le cas de notre interne hier...(regarde Animateur et sourit)...moi j'ai 2patients à moi où elle a fait de la pré manip et...et ils avaient un soulagement en sortant de la consultation uniquement en les mettant un peu...en leur faisant faire des exercices intensifs et ...heu...donc...c'est des outils aussi qu'on pourrait s'approprier...ils sont pas du tout délétères ils montrent...ils peuvent montrer au patient qu'il est encore capable de se pencher un petit peu en avant et que ...il s'est bloqué parce que il a peur d'avoir la sanction le coup de bâton heu...mais que ...en fait il est capable de faire encore...

Médecin 2 : Tu me fais penser au...au médecin contrôle qui fait des actes à domicile...Je l'ai entendu dire par le patient qu'il fait tomber ses clés et le patient (rires) s'est penché pour le ramasser (fait le geste de se pencher sur le côté) et là ... (rires du groupe)...il a compris...

Médecin 5 : le patient qui effectivement peut pas toucher le sol, qui a un indice main-sol qui est à 1m20 et qui a fait ses lacets quoi...qui met ses chaussures, qui demande pas ton...ton chausse- pieds ...qui peut être fourni...enfin voilà...

Médecin 2 (regarde médecin 3) contrôle à domicile on en voit moins là...

Médecin 3 : je sais pas

Médecin 1 : il y a quelques temps il y a beaucoup moins d'arrêt de travail...il y a de moins en moins....

Médecin 2 : parce que les lombalgiques eux ils ont de temps en temps des contrôles...

Médecin 3(regarde ses mains) Il y a aussi quelque chose...qu'on a ...t'as touché un mot tout à l'heure (montre le médecin 5)...c'est...c'est qu'on ne connaît pas véritablement leur droit et heu ...et c'est vrai que moi j'aurai tendance à monter vers l'assistante sociale...l'assistante sociale qui va me donner des pistes...et là...heu...maladie professionnelle ?pas maladie professionnelle ?est-ce que c'est intéressant pour lui d'être en maladie professionnelle ou pas maladie professionnelle...des dossiers...heu...proches de la retraite ...

Médecin 2 : c'est le médecin du travail qui fait ça, non ? Pas toi ? Moi, c'est souvent le médecin du travail qui résout...au téléphone...l'assistante sociale...oui....

Médecin 3 (pince ses lèvres)

Animateur : ...maladie professionnelle...médecin du travail ou l'assistante sociale...ça ça vous permet d'approcher tous ces problèmes non médicaux avec le patient ?c'est ...une aide ?

Médecin 2 : non ...non... (regarde médecin 3) là c'était...

Médecin 1 : c'était financier ça (rires)

Animateur (acquiescement de la tête)...pour les sous... (sourires)

Médecin 1 : pour les sous et ben oui...qu'est-ce qui peut être avantageux financièrement pour le patient...

Médecin 5 : contexte social moi j'ai du mal je sais pas gérer...enfin...je suis assez...attentiste...j'attends qu'il m'amène des trucs...mais je sais pas leur proposer tiens, là vous êtes dans tel cadre il faut faire telle démarche sociale j'ai pas l'impression d'avoir eu ça dans ma formation moi...pas du tout.

Médecin 3 : c'est-à-dire leur perte de salaire par exemple...heu...on ...on...moi je suis pas capable d'anticiper avec eux...j'ai...j'ai une certaine...comment dire...j'ose pas leur en parler...c'est-à-dire leur dire mais attendez...là dans 2 mois...enfin quand est-ce que vous allez être en demi salaire...est-ce que vous avez une décompensation...est-ce que vous avez une assurance...est-ce que...par rapport à vos prêts...

Médecin 5 : ça je demande moi mais...mais...

Médecin 3 : mais j'ose pas...j'ai l'impression que c'est intrusif...j'ai l'impression que c'est intrusif quand-même (acquiescement de la tête)...alors que...c'est quand-même un facteur...

Médecin 2 : c'est un argument de la reprise...le mi- salaire...

Médecin 3 : oui (regarde médecin 2) c'est ce que je disais tout à l'heure hein...mon patient en fin de droit c'est à ce moment-là qu'on a pu causer hein... (sourires)

Médecin 2 : ben oui.

Animateur : le côté financier...enfin la sanction financière est un argument...plus ou moins important à évoquer ?

Médecin 3 : an ben oui à mon avis...et que là j'ai...j'ai pas envie sans doute de l'évoquer...mais c'est quelque chose qu'il faudrait qu'on prenne en compte quoi...je pense...

Animateur : tu disais, médecin 5, toi tu en parles facilement ?

Médecin 5 : oui, mais n'empêche que oui, il me dit bientôt je vais faire ceci mais c'est pas pour ça que ça me donne des pistes pour accélérer l'éventuel retour au travail ou pour accélérer un éventuel reclassement je sais pas...moi j'ai vraiment l'impression qu'il y a un trou dans notre formation, toi je sais pas si t'as eu... (Regarde médecin 4)

Médecin 4 : (hochement de la tête horizontalement)

Médecin 5 : mais ...au niveau...tout ce qui est médecine du travail et médecine sociale ...et pourtant on a eu des cours...et pourtant on a été en stage à la Sécu...on a fait tout ça...

Médecin 2 : oui, oui....

Médecin 5 : ah oui oui...mais quand c'est pas avec un patient concret, qu'on se pose une vraie question...moi j'ai du mal à joindre le médecin conseil hein...je fais leur numéro c'est pas facile d'avoir quelqu'un....

Médecin 3 : c'est un numéro de la plateforme mais...payante en plus (lève ses sourcils) et tu peux pas avoir le médecin conseil directement...

Médecin 5 : au niveau relationnel...

Médecin 1 : t'as pas le choix...et médecin conseil...les conversations professionnelles c'est enregistré...

Médecin 3 : c'est pas le problème...mais tu l'as pas en ligne directe....

Médecin 1 : non c'est pas un problème...tu l'as pas.

Médecin 3 : c'est surtout ça.

Animateur : tu peux pas l'enregistrer (rires)

Médecin 1 : quand tu l'appelles t'entends « je vais vous passer quelqu'un d'autre »...C'est agaçant (sourires)

Médecin 3 : il rappelle mais...

Médecin 4 : voilà ...tu l'as mais après...

Animateur : et qu'est-ce...

Médecin 1 : excuse-moi trente secondes...tu as parlé du côté financier (regarde médecin 3), n'oublions pas qu'il y a différents corps de métier...c'est-à-dire qu'il y a des corps de métier où ils ont zéro indemnité salaire...attention...les patients là ils vont pas s'arrêter...ils vont travailler...ça il n'y a pas de souci...mais je parle de...différentes formes économiques...un autre exemple c'est les journées enfant malade...il y en a qui ont douze journées enfant malade pendant l'année et d'autres qui ont zéro. N'oublions pas ça non plus. Mais c'est pas toujours facile à évoquer comme tu dis hein (regarde médecin 3) la perte du salaire mais j'ai du mal à demander « est-ce que vous avez perdu du salaire ou pas ? » En même temps je fais l'arrêt que pour le problème de lombalgie...c'est pas évident...il faut pas qu'il travaille...ça dépend pourquoi il est venu ? combien de temps ?

Médecin 2 : (regarde ses mains) c'est souvent au bout de 3 mois que tu peux appeler le médecin quoi....

Silence.

Animateur : quelle proposition vous faites au patient ? comment vous organisez le suivi pour un lombalgique comme ça qui est un peu chronique, qui dure pour qui les arrêts vont se prolonger...récidivante...qu'est-ce que vous aurez tendance à proposer au patient ? on en a parlé un petit peu tout à l'heure...médecin 1 (regarde médecin 1) au bout de trois fois...au bout de tant de temps une imagerie ou voir le rhumato...est-ce que tu...tu veux développer ou...les autres... ?

Médecin 1 : ensuite comme ...c'est pour ça que je demande rapidement un deuxième avis parce que j'ai l'impression que je vais répéter souvent la même chose...vous avez une lombalgie chronique...la douleur vous l'aurez elle va pas disparaître c'est souvent ce que je dis...la lombalgie chronique je vais pas la guérir hein...je vais la stabiliser....On va parler du travail mais ça n'empêche pas que vous bénéficiez des séances de kiné pendant que vous travaillez...allez voir le kiné après vous allez voir vous êtes bien...souvent je dis ça au patient...allez voir le kiné surtout quand vous êtes bien...

Animateur : quel type de kiné vous proposez ou vous demandez ?

Médecin 1 : moi je mets souvent la kiné lombaire avec le kiné avec qui ils s'entendent bien...moi je dis si vous n'aimez pas ce type de kiné changez...et allez voir le kiné avec qui vous vous entendez bien, avec qui vous avez l'impression de ...d'avancer....

Médecin 4 (veut prendre la parole)

Animateur : oui médecin 4 ?

Médecin 4 : moi...enfin c'est pareille...quand je prescris la kiné je mets toujours rééducation et c'est le kiné qui gère ce qu'il faut...et je commence un petit peu à demander l'avis d'un ostéopathe en seconde intention donc les gens aiment bien en général...consultation ostéo...discuter...ben voilà (fait signe avec sa main gauche) et...enfin...moi je vais faire des arrêts courts au dé...enfin...j'essaye...enfin...je suis obligée parce que j'ai pas vu de chroniques chroniques...d'essayer de faire des arrêts courts même si il faut renouveler pour essayer de les faire revenir pour en discuter et puis voir si on arrive à comprendre un petit peu...voilà...je vois...enfin dans ma tête il y a des patients on va avoir un fond de lombalgie chronique mais des épisodes bien séparés...c'est de les remettre aux sports et pour leur expliquer voilà il faut qu'ils aient un autre travail aussi pour soulager le dos...donc leur expliquer le sport qu'il faut...il y a plusieurs, qu'ils s'inscrivent à une salle de sports aussi pour redemander avec un professionnel quels mouvements musculaires qu'il faut...Les gens essaient de s'y mettre aussi...

Animateur : une rééducation sensitive ...

Médecin 4 : voilà...

Médecin 5 : Je me rends compte d'un truc quand je vous entends parler là c'est qu'en fait j'ai pas l'impression que j'organise vraiment un suivi...parce que pour tous les cardiaques ou diabétiques ou...tous les...tous le temps on les revoit pour leur renouvellement et là pour les lombalgiques ceux qui sont aigus qui font vraiment des lombalgies aiguës il faut attendre qu'ils aient leur épisode pour qu'ils viennent nous voir...sauf si on leur dit venez me voir quand vous êtes bien pour voir s'il y a quelque chose à faire entre deux...et pour ceux qui sont chroniques j'ai quand-même l'impression ce qui leur fait revenir c'est leur fin d'arrêt. C'est à dire mon arrêt se termine, qu'est-ce qu'on fait quoi...Et c'est pas du tout qu'on anticipe des choses...j'attends qu'ils reviennent. C'est pas un suivi que j'organise...

Médecin 2 : si...l'arrêt...tu l'as fait d'une durée déterminée...

Médecin 5 : oui mais si c'est un arrêt de maladie court souvent ils vont revenir...je ne fais pas de contrôle...je me rends compte en me disant quel suivi organisé ?ben, j'ai l'impression que j'organise pas tellement de suivi...J'ai l'impression que pour ça...ça se fait un peu selon leur besoin quoi...J'anticipe pas de dire bon ben vous avez ça 3 fois de suite, vous venez me voir là quand vous êtes pas en aigu...vous venez me voir pour voir s'il faut qu'on fasse ceci...cela...je viens de me rendre compte de ça tout de suite...enfin (sourires) je ferai attention...

Animateur (regarde les autres médecins)

Silence.

Médecin 2 : après heu...on n'a pas abordé...je crois que c'est autre chose mais avant qu'on l'ait parlé en effet de la prise en charge de kinésithérapie...heu...c'est vrai que on est une commune où il y a eu pléthore d'installations donc c'est vraiment difficile de...d'indiquer quelqu'un mais...on est quand-même un peu contraint dans le sens où des fois on a l'impression qu'ils ont perdu leur temps avec leur 15 séances chez un kiné qui met les électrodes et puis voilà...bon...donc marche arrière...on essaie de rappeler les choses et repartir vers quelqu'un qui est plus efficace...Et puis heu...parfois les mauvaises surprises aussi quand t'as la...la bonne observance des médicaments quand...une petite question à la fin bon je vous remets des médicaments ou il vous reste encore ? Ah, il m'en reste plein !!! Tout ça pour dire que (sourires)rien n'a été pris alors que j'insistais bien que ce soit pris régulièrement en leur expliquant que voilà...pourquoi vous avez mal ?C'est les problèmes au quotidien et sur les posologies que je vous ai dit c'est fastidieux mais il faut qu'on arrive à...à lâcher la douleur et donc...oui, oui, oui, d'accord...sauf que bon...au bout du compte il en reste toujours plein, plein...et puis...bon c'est à poursuivre mais sinon je constate une chose c'est...le poids qu'on n'a pas évoqué chez les gens...et ça...effectivement...

Médecin 5 : ça c'est important ça le poids...

Animateur (acquiescement de la tête) oui.

Médecin 2 : et ben oui...ça on rame aussi pas mal...parce que malgré tout souvent...il y a quand-même une surcharge pondérale...la frustration de la douleur...on essaye de...ce serait que l'obésité effectivement...on n'a pas de solution miracle non plus...donc on a l'impression des fois qu'on s'installe dans des cercles vicieux et...et...un peu difficile pour s'en sortir chez des gens un peu obèses là...du coup...

Animateur : et du coup tu disais tout à l'heure...quel type de kinésithérapie...des électrodes ou t'essaie de faire faire autre chose...quel type de rééducation professionnelle tu penses ...

Médecin 2 : avant il y avait la kiné antalgique en aigu mais j'aime bien les kinés comme je disais tout à l'heure qui font prendre conscience aux patients leur corps et qui peuvent aussi les aider à faire la rééducation chez eux et qui travaillent dans ce sens-là quoi...C'est vrai que je trouve que ça peut les aider de cette manière-là...

Médecin 1 : je vais dire que j'ai l'impression qu'ils pensent toujours que les médecins sont des kinés...j'aimerais avoir des séances...je vais vous donner 5 séances à faire à domicile (bouche bée)...Il y a des patients qui savent pas que la kiné peut se faire à domicile...vous avez une autre séance de kiné à faire à la maison...Je leur dis souvent n'oubliez pas que la kiné est complémentaire c'est l'addiction au traitement qu'on vous donne...La kiné c'est aussi d'apprendre des gestes au quotidien...pour ne pas revenir ici, pour ne pas ré-avoir mal...

Animateur : médecin 4 ? Tu as l'air...

Médecin 4 (rires) oui ...

Animateur : tu parlais...tu utilisais l'ostéopathie aussi... ?

Médecin 4 : oui, un petit peu aussi...parce que c'est vrai que ...ben voilà...je préviens régulièrement les gens quand...enfin...c'est sur les épisodes aigus j'envoie peu chez le kiné...J'attends un peu avant d'envoyer parce que ça peut être ponctuel et qu'il n'y a pas forcément besoin...Mais quand j'envoie chez le kiné je préviens les gens que si c'est pour rester une demi-heure avec des électrodes debout...ben...il faut changer de kiné...ça sert à rien de continuer...et l'ostéopathie ...j'ai...voilà...j'ai pas mal de...j'aurai un peu de mal à m'y mettre mais je commence à voir des gens revenir et être vraiment très satisfaits et donc je commence à conseiller de revenir...une séance ou deux ...la dernière est revenue me dire que l'ostéo lui a dit qu'elle en avait plein...pas plein le dos mais qu'elle somatisait beaucoup...qu'elle a certainement beaucoup de soucis... enfin plus au niveau des cervicales (montre ses épaules)...c'est pas pareille...et du coup elle en a tiré beaucoup de choses...mais elle savait pas trop comment m'en parler...voilà...Je trouve que l'ostéo a aussi un contact avec les gens qui est intéressant...

Animateur : vous avez parlé tout à l'heure du médecin conseil du médecin du travail...quel type de contact vous avez avec eux et pour justement dans le suivi, dans ce que vous proposez au patient...tu as une proposition tout à l'heure (regarde médecin 3) de faire des...des travaux en groupe...quel contact ...quel type de rapport vous avez avec ces médecins ?

Médecin 5 : par des petites feuilles...par la petite fenêtre... (rires)

Médecin 4 (rires)

Médecin 5 (tape ses mains) mais si...par courrier souvent...

Médecin 1 : globalement un patient qui est arrêté un certain temps doit avoir un courrier du médecin de travail normalement...

Médecin 3 : pas toujours...hum hum...

Médecin 2 : puis il y a eu des fois des avis divergents à la reprise...normalement on doit insister pour la reprise du travail...qu'elle soit à mi-temps thérapeutique ou pas...et auprès du médecin du travail et ...inaptes et...bon des fois j'étais un peu déçue sur ces coups-là ouais ...On se prépare, tout le monde se prépare à la reprise et puis...

Médecin 3 : il y a des « inaptes » qui peuvent servir... (Hochement de la tête) il y a des conséquences quand-même hein...d'ailleurs il y a un médecin du travail qui...qui téléphone de temps en temps...pas forcément aux lombalgiques mais...cela m'est arrivé 2 fois au moins où...le médecin du travail qui désirait que moi je mette un arrêt de travail pour ne pas qu'il le mette inapte...

Médecin 1 (acquiescement de la tête)

Médecin 3 : puisque à partir du moment où le patient est en arrêt de travail, il n'est plus sous le coude du médecin du travail et le médecin du travail il n'est plus...il n'a plus rien à dire...et moi j'encourage de faire la visite de pré reprise...

Médecin 2 : ça devrait être toujours le cas d'ailleurs...

Médecin 3 : c'est-à-dire le patient contacte le médecin du travail pour la pré reprise et là il n'y a pas le risque de l'inaptitude ou apte ...c'est vraiment...inaptitude c'est vraiment qu'on prenne pour le patient potentiellement hein...après l'employeur il peut dire ben écoutez, vous êtes inaptes au travail...ben...

Médecin 2 : souvent c'est des inaptitudes temporaires hein...

Médecin 3 : oui mais...

Médecin 2 : mais...mais...d'ailleurs médecin du travail qui ...très souvent de faire rencontrer pendant (accentue le mot pendant) l'arrêt de travail alors...à priori c'est faisable quand-même...

Médecin 3 : c'est faisable mais...

Médecin 2 : pour discuter de l'avenir et tout...j'ai dit ben écoutez...il n'y a pas de souci...je fais votre courrier...on va rencontrer le médecin du travail...

Médecin 3 : visite préventive ou...

Médecin 2 : non, non...avant la reprise...enfin...bon, on peut imaginer est-ce qu'il y a un poste adapté...comment envisager ça...

Médecin 3 : mais si on pense que le...que le poste de travail est délétère...il est sûr qu'il faut vraiment...se dire que c'est le boulot du médecin du travail...si on pense que c'est ça...plus salariés syndicales (?), des professionnels qu'on a du mal à mettre en œuvre...parce que ils sont que par des structures hospitalières ou même maintenant un petit peu moins uniquement hospitaliers...par exemple des ergothérapeutes ah oui...l'aménagement du poste de travail ça peut être sur place avec un ergothérapeute qui lui...dit ben voilà ben non c'est pas le poste qu'il faut avertir pour ça, enfin c'est quand-même leur boulot ou d'autre problème...et ça...heu...ça on peut l'avoir par des structures hospitalières...c'est pour ça que (rires) je sais pas vidéo...ou ça...mais...

Médecin 4 : sur internet ?

Médecin 3 : je sais pas...peut-être...il a raison hein...il a raison le lombalgique hein...si...si...

Médecin 2 : par le dossier MDPH tu peux avoir l'adaptation du poste du travail...une aide en tout cas...ça peut être une aide...ça peut être autre chose effectivement...en tout cas en matière du poste de travail...

Médecin 3 : si je peux rajouter quelque chose c'est pour rebondir un petit peu sur les ostéo...Je me demande qui n'a pas son ostéo ? J'ai mon médecin, j'ai mon ostéo...Et pourquoi il y a des ostéo ? C'est parce qu'ils font du boulot...ils font du boulot...et quand on n'a pas su faire ou quand on sait pas faire...heu...c'est quand-même la médecine manuelle...heu...ce que je disais tout à l'heure...de...d'une interne actuellement qui...qui utilise le diplôme qu'elle est en train de passer avec le patient...elle fait de l'ostéo...c'est une histoire parallèle...et c'est vrai que faire faire des gestes au patient et leur montrer qu'ils vont mieux après...ben les gens ils sont...ils sont contents...et alors que...surtout vous penchez pas ou surtout il faut bien plier les genoux etc...on en revient à ça hein...même en kiné...Maintenant il y a du travail en...en lordose(fait des mouvements avec son bras droit) qu'on n'autorisait pas avant...Maintenant il y a des kinés qui font travailler sur des ballons en lordose hein donc...donc...le fait de ramasser quelque chose en pliant les genoux et ben de temps en temps il faut aussi se plier complètement...parce que il y a tout un...il faut faire travailler un peu tout...et il y a des ostéos c'est vrai que...ils...ils...enfin j'aime pas trop le clic clac mais par contre le myotensif c'est à risque et les gens ils sont soulagés hein...Quelqu'un qui a un torticolis avec une contracture au niveau de l'omoplate tout ça...si t'arrives avec du myotensif à lui faire remettre le cou et ben tu peux dire...voilà c'est musculaire hein...On a éliminé la contracture, ben si vous mettez du chaud...si vous faites des mouvements tous les matins...ben c'est ça aussi...c'est l'éducation...

Médecin 5 : ben tout ce qui est chronique c'est l'éducation éducation thérapeutique en médecine générale... (Regarde une affiche dans la salle) là c'est pour la BPCO mais lombalgie chronique aussi...

Médecin 3 : combien on va voir des gens à la station Anatole France (une station de métro à côté du centre-ville de Rennes) prendre les escaliers...

Médecin 4 (sourires) aucun.

Médecin 5 : Saint Anne ? (une autre station)

Médecin 4 : aucun...

Médecin 5 : il fallait pas mettre l'escalator...

Médecin 3 : non mais les jeunes qui vont en salle de gym le...le mardi soir mais qui...autrement habitent au premier étage mais qui vont prendre l'ascenseur...ils vont faire du step après... (rires)

Médecin 4 et médecin 5 (sourires)

Médecin 3 : non mais c'est extraordinaire il y a un truc il faut...il faut réapprendre aux gens à faire marcher leur corps...c'est ça...c'est problématique hein.

Animateur (acquiescement de la tête) c'est ça...ce sont des choses que vous proposez aux gens lombalgiques... ?

Médecin 3 : ah moi systématiquement hein. C'est clair...

Animateur : les autres... ?

Médecin 1 : je dis souvent aux lombalgiques...marchez...marchez doucement mais marchez...en respectant la douleur mais marchez...vous avez le droit de marcher...je vais pas leur dire d'aller faire du tennis mais voilà...utilisez votre dos...

Animateur : médecin 4 ?

Médecin 4 (sourires) je suis d'accord...il faut pas rester dans le canapé voilà...

Animateur : tout à l'heure vous avez abordé l'aspect psychique...psychologue du...du genre « plein le dos » ou « vous êtes trop tendu en ce moment »...à part pour la dépression les antidépresseurs etc. ...Qu'est-ce que vous proposez au patient...est-ce que vous organisez quelque chose dans ce cadre-là...qu'est-ce que...comment vous proposez la prise en charge, vous proposez des choses aux patients ? (regard panoramique)

Médecin 4 : Moi, il y a certains qui sont pas vraiment déprimés mais qui sont...qu'on n'arrive pas à leur faire connaître ou autre...je leur amène des fois des antidépresseurs juste en leur disant non pas que c'est ça qui va guérir le problème du dos mais en leur disant qu'ils peuvent supporter mieux leur humeur enfin...j'inverse le truc pour qu'ils prennent quand-même le traitement...

Animateur : tu disais, médecin 2, tout à l'heure aussi que t'utilises des antidépresseurs...

Médecin 2 : (hausse ses épaules) oui...après...heu...ce ...il y a du relationnel...au bout d'un moment j'en peux plus quoi...je crois que le patient...et le soignant souffrent aussi et que...je sens parfois que je suis pas très sympathique quand je le vois sur l'agenda...donc...je pousse vers...un relai. Je dois dire que j'ai...parfois besoin du...du centre anti douleur...la Sagesse...ça m'arrive...là des fois ils ont recours à l'hypnose aussi...hein...et ma foi...ça marche pas si mal aussi...mais quand je fais par moi-même et que je veux les inciter à y aller directement vers l'hypnose...c'est pas forcément une idée qui leur...qui leur...(rires)...qui leur retienne...mais effectivement par ce centre antidouleur oui...on arrive souvent à ça...il faut dire aussi que les consultations sont prises en charge et ça aide beaucoup...

Médecin 3 : psychologue...

Médecin 2 : énormément...

Animateur : médecin 4, tu parlais du psychologue également...

Médecin 4 : oui ben on n'a pas trop envie d'aller voir...surtout quand ils se sentent pas...je pense qu'il y a un souci...psychologique mais...alors que dans ces centres c'est pris en charge et c'est...

Animateur : c'est beaucoup plus simple que...

Médecin 4 : oui, ils veulent bien y aller tout ça

Médecin 5 : pas le transport (hochement de la tête)

Médecin 4 (sourires) : non à mon avis c'est pas pris en charge ...

Médecin 1 : j'ai pas de transport hein... (rires)...non, je les envoie régulièrement à l'école du dos...

Animateur : l'école du dos ?

Médecin 1 : oui,... là je pose des questions fermées « vous ne pensez pas que vous êtes dépressif ? »

Médecin 2(rires)

Médecin 1 : ah non je pose ça comme question...

Médecin 4 : à l'école du dos il y a des psychologues aussi ?

Médecin 1 : ah oui oui.

Médecin 4 : je connais pas trop l'école du dos mais...

Médecin 1 : ils vont t'envoyer le compte rendu et tout hein ...ce qui est bien avec l'école du dos (sourires) c'est qu'ils t'envoient une belle observation des fois je découvre des choses (rires)

Médecin 2 : mais souvent ça...ça dure 3 jours et puis après...ben voilà...ça s'arrête là...j'ai pas de suivi derrière...débrouille-toi (sourires) avec ces 3 jours...

Médecin 1 : Excuse-moi mais avec une évaluation concrète...

Médecin 2 : ok mais...je préfère effectivement ce centre anti douleur où tu as le...le... quand-même un suivi un peu...

Médecin 1 : ...J'aime bien parce que moi j'aime bien le concret, il faut du concret...je vais dire au patient voilà...on a vu ça, ça, ça...qu'est-ce qu'on peut faire ou qu'est-ce qui va moins bien...pourquoi ça va durer...moi j'ai l'habitude je sais pas vous mais je fais toujours une copie du compte-rendu de la consultation au patient, il lira à la maison...vous verrez que c'est concret...Pour une douleur aigue on a mis des choses en place...il y a ça, ça, ça...

Animateur :...donc...servir du compte-rendu de l'évaluation pour faire cheminer le patient ...

Médecin 1 : oui pour faire cheminer le patient...et puis le faire voir il y a ça...5 ans plus tard...il y a ça...

Silence.

Animateur : Qu'est-ce que vous pensez du coup après la discussion etc...pour des patients lombalgiques qui peuvent aller vers une lombalgie chronique, subaiguë ou chronique, sur votre manière de faire, sur votre expérience...qu'est-ce que...quels sont les aspects plutôt positifs, négatifs... ?

Médecin 5 : de ce qu'on a dit ce soir tu veux dire ou....

Animateur : de ton expérience en fait...de ta manière de faire...ce que tu disais tout à l'heure par exemple... « Je me suis rendue compte je ne fais pas de suivi »... (sourires)...heu...qu'est-ce que...comment toi tu...tu vois le...

Médecin 5 : je pense que moi je suis trop gentille un peu...je sais pas...je suis pas vraiment dure quand-même (regarde médecin 4 qui sourit) mais je vais pas jusqu'au...je pense des fois je vais les secouer un peu...je fais pas...je fais pas du tout ça, je sais pas faire...je sais pas faire...et je pense que c'est négatif...quand-même...je sais pas parce que les gens ils viennent te voir en fonction de ce que t'es aussi hein mais....Après on fait quand-même pas mal de thérapie de soutien, soit on envoie les gens voir ci voir là ou on les voit, on discute, on parle des difficultés du quotidien et...voilà des fois verbaliser...enfin ça suffit pas complètement mais ça aide...ça leur fait du bien qu'ils ont vidé leur sac.....T'as moins lourd sur le dos aussi des fois....Je pense que pour écouter ça se passe bien .Après effectivement...

Animateur : pour toi dans ton expérience, ta manière de faire, les éléments plutôt faciles plutôt favorisant ou les éléments un peu bloquants...

Médecin 5 : les éléments bloquants c'est tout ce qui est administratif...ça c'est...je sais pas...au cas où vous disiez où le contact avec les confrères (regarde les autres médecins) adaptés...ou il faut appeler le médecin du travail et tout...j'essaye...j'arrive une fois...pas toujours...je me dis il faut que je fasse...puis je sais pas comment m'approcher parce que j'ai pas le temps...et après...enfin...tout le temps administratif...le plan psychologique je pense que c'est plus facile à gérer, mais alors le plan social...des facteurs...là je suis pas du tout à l'aise...

Animateur : médecin 4 ?

Médecin 4 : enfin...moi je pensais pareille...enfin...du point de vue administrative je saurais même pas comment faire une demande pour aller au Patis Fraux...il y a vraiment des trucs...il y a plein de choses comme ça qu'on ne sait pas faire qu'on n'apprend pas et on ne sait pas du tout...Par contre effectivement psycho c'est plus facile dans le sens où c'est nous qui faisons...on arrive à se lancer mais ce qui nous entoure je sais pas...côté psycho...ce que tu disais (regarde médecin 2) des fois quand tu les vois sur le planning...des fois...(médecin 1 et médecin 2 sourient)...ça use aussi le médecin...quand t'as des lombalgies chroniques...

Animateur : pour toi des facteurs bloquants...des facteurs positifs ou favorisant dans ton expérience...dans ta façon de faire... ?

Médecin 4 : non enfin...j'aime assez ta façon d'expliquer au patient (regarde médecin 3)...que c'est musculaire en faisant des manip...si tu le permets enfin... (rires)...c'est intéressant...

Médecin 3 : oui...il n'y a pas de souci... (sourires)

Médecin 4 : pour leur expliquer quoi... j'aime bien parler avec les patients...leur donner des explications mais là j'avais peut-être pas forcément ce qu'il fallait pour...

Médecin 3 : ...c'est...c'est l'expérience...

Animateur : oui voilà...le bilan de ton expérience...le positif...le négatif...la prise en charge du patient...

Médecin 3 : ben...il y a...il y a quand-même quelque chose qui ressort de ces patients c'est qu'ils se plaignent du plein du dos...et je vous disais si on leur parlait du Balint...alors c'est...c'est dommage qu'on puisse pas faire de...(frotte son front avec sa main droite)...Balint etc...parce que de temps en temps il y aurait peut-être des chose qui ressortiraient du Balint...dont on n'a pas conscience mais que le groupe peut très bien aider le patient c'est-à-dire arriver à conceptualiser le dessous de son problème...parce que mine de rien de temps en temps on sait inconsciemment que ce qui va pas...et tu sais que dans les groupes Balint tu fais ressortir des choses...et pourquoi ce patient il nous horripile...et pourquoi...pourquoi on est quand-même attaché à lui mais on voit pas ou des fois on

renvoie...ça peut être intéressant....Je crois que...il y a des patients qui nous mettent systématiquement en échec hein...bon ben...c'est ça ...hein...donc peut être que la révélation...peut-être qu'il faut changer de médecin de temps en temps parce que...voilà....les patients qui aiment bien nous mettre en échec bon ben....

Animateur : médecin 2 disait tout à l'heure qu'on va changer de médecin parce qu'on a usé un....

Médecin 3 : ben oui...moi ce que je retiens c'est ...c'est surtout que...de temps en temps on se fait avoir et ça je...je les ressentis très très bien....On n'a pas anticipé...c'est-à-dire qu'il faudrait anticiper assez rapidement pour avoir des critères de...de veille...en se disant attention celui-là il a un risque de se chroniciser...et des fois on est dépassé....Ce que j'ai cité tout à l'heure c'est effectivement ce que j'essaye de faire c'est justement de...faire...de faire en sorte que l'épisode se passe le plus rapidement possible...mais là où je suis pas bon c'est quand...quand on a passé ce cap là et où je vais être à renouveler un arrêt de travail parce que...parce que...entre le temps où j'ai mis l'arrêt de travail et le moment où je le revois ben les séances de kiné elles n'ont pas été complètement faites.... « Il me reste des séances de kiné mais...j'ai encore mal...je me sens pas encore capable de reprendre »...heu...là je vais dire ben peut-être un mi-temps thérapeutique...ah oui mais c'est pas...c'est pas possible avec mon employeur...bon ben...je vais vous prolonger de 8,10 jours...et dans les 10 jours on doit pouvoir trouver une solution...et puis on va pas trouver une autre solution...c'est marrant hein ? (rires)

Médecin 2 : mais c'est peut-être l'ultimatum qui court...donc ça...ça pousse un peu quand-même...

Médecin 3 : oui mais tu vois...heu...et puis il y a ton truc là (montre le médecin 2)...dans 3 mois là...j'étais pris ...c'est extra...elle bosse à la Sécu...

Médecin 2 : fonction publique

Médecin 3 : elle bosse à la Sécu...il y avait la commission...c'est extraordinaire !

Médecin 2 : c'est un cas unique aussi...

Médecin 3 : non mais attends....C'était avant les vacances...

Médecin 2 : et je lui ai dit mais vous savez dans le privé là demain vous auriez pu reprendre (sourires) en mi-temps thérapeutique.

Médecin 3 : nous on n'a pas...à la ville de Rennes il n'y a pas de mi-temps thérapeutique...mais... (Secoue sa tête)...

Médecin 2 : c'est dingue hein... ?

Médecin 3 : ...et donc on n'est pas aidé là...on n'est pas aidé...et donc voilà où je suis embêté c'est que ça passe en chronicité là t'as pas toutes les cartes en main...J'ai l'impression que je n'ai pas toutes les cartes...et moi il y a un truc que je trouve assez extraordinaire c'est qu'on a très peu parlé de thérapeutique médical...qu'on n'a pas parlé tout à l'heure....J'ai abordé quand-même un patient alcoolique...heu...moi j'ai les images là...du patient alcoolique et là...c'est vachement dur...il y a un facteur social très très important...il y a l'environnement qui n'aide pas...à l'envie...

Animateur : du fait de l'alcoolisme ?

Médecin 2 : oui oui...j'ai l'impression qu'il faut prendre en charge l'alcoolisme...

Animateur : et ça c'est un élément qui peut bloquer aussi la prise en charge ?

Médecin 2 : ah oui...parce que en fait la problématique c'est quand-même le travail et l'alcool...enfin moi j'ai dans la tête un patient et là quand c'est intriqué quand il y a d'autres choses qui viennent...là on est...enfin je ...la reprise du travail est vraiment difficile.
Silence.

Animateur : les autres vous êtes d'accord ou... ?

Médecin 2 : heu...

Animateur : l'alcool et...

Médecin 2 : non ... pas l'alcool...c'est pour ta question du début...heu...c'est vrai qu'on a parlé beaucoup d'arrêt de travail donc ça c'est quand-même au sujet des patients qui ont une activité professionnelle mais...je trouve qu'on est...enfin je me sens pas très bonne quand je revois les patients longtemps après...quand ils travaillent ou qu'ils n'ont pas forcément d'activités professionnelles dont on...je sais dans les consultations parce que parfois on en reparle....J'ai des lombalgiques qui sont toujours là...qui souffrent toujours dans leur quotidien...et que finalement ben...bon ils sont pas embarrés ni...finalement la solution n'a pas été trouvée et que ils sont résignés quant à leur douleur et finalement on n'en parle même plus hein....On fait des consultations pour un oui pour un non...pour le rhume...

Médecin 5 : si tu dis « et votre dos alors ? »...

Médecin 2 : des fois t'évites de poser la question parce que sinon tu en as pour un plomb (médecin 1 sourit)...et puis tu sais qu'ils souffrent...et que voilà on n'a pas été bon et...tu sais pas comment faire là...

Animateur : c'est-à-dire il y a une différence pour vous entre le patient qui travaille, qui a une activité professionnelle et celui qui n'en a pas... ?On aurait tendance à...

Médecin 2 : ...à négliger...oui...à négliger...et puis il y a ceux aussi qui ont pu reprendre des activités professionnelles et qui souffrent de façon importante au quotidien et on n'a pas pu baisser ce seuil douloureux et...ben ...pas facile...Vous voulez des antalgiques ? Non, c'est pas la peine...bon ben (baisse sa tête en souriant)

Médecin 4 : ça change rien...

Médecin 2 : ça ne change rien !

Animateur : et comment ressentez-vous face à cette situation en tant que médecin ?

Médecin 2 : pas bon (rires)

Médecin 1 : oh c'est des fois bon des fois pas bon...Je pense que si je dois évaluer...des fois j'ai pas été performant des fois...parce que j'ai pas tant de patients que ça qui ont un arrêt de travail de plus de 3 mois...

Médecin 2 : non mais là je parle même plus de l'arrêt de travail...Je pense à des douleurs qui sont difficiles à vivre au quotidien...

Médecin 1 : sur la douleur oui mais la plupart des patients ont repris le travail...je pense qu'il y a pas de patient...

Médecin 4 (regarde médecin 5, sourit)

Médecin 5 (hoche la tête horizontalement, sourit)

Médecin 1 : je pense que dernièrement ça a été...dans l'année c'était peut-être 3,4 semaines quoi, pas plus...donc je l'arrête 3,4 jours puis ils reprennent...ou je les arrête encore derrière...à court terme...Je crois que jamais, jamais j'ai dépassé une semaine...Je leur donne assez facilement un arrêt mais à court terme...et parfois je leur dis on verra après...

Médecin 2 : alors...tu me fais bondir sur...quand je pense à un patient qui travaille dans un abattoir...c'était un peu difficile...et puis ...avec des lombalgies fréquentes...Il y a un médecin qui est parti à la retraite dans le secteur ...je l'ai vu parce que je suis son épouse...et j'ai dû dire ben écoutez je ne vois qu'une chose c'est que vous souffrez de votre lombalgie et que vous n'en pouvez plus et bien...vous venez je vous arrêterai...et qu'on va aller jusqu'à la retraite...à ce prix là...et puis finalement il est à la retraite maintenant...et toujours mal au dos (rires) et comme quoi c'était...

Médecin 5 : bon c'était pas forcément que le travail quoi...

Médecin 2 : que le travail qui...qui déclenchait ses douleurs...bon...je pense que oui...je ferai avec...bon...ça c'est effectivement la difficulté avec ses douleurs au quotidien...

Animateur : médecin 4...je crois que tu voulais dire qu'on se sent démuné... ?

Médecin 4 : hum...enfin ...moi c'est toujours par rapport au mal du dos des patients de mes collègues quand ils réclament juste la kiné parce que entretemps ils ont mal et soulagés...et que pareille le Doliprane n'est souvent pas pris parce que ça change rien et puis ils veulent rien d'autre...et puis voilà...ils n'ont plus du tout dans le chemin...

Médecin 3 : c'est quand-même une pathologie hyper...hyper...hyper fréquente et...

Médecin 5 : et multifactorielle quand-même...

Médecin 3 : ...et avec des âges relativement...dès le début hein...

Médecin 2 : oui...il y a beaucoup de sujets jeunes...t'as raison...t'as des ados qui disent... (Soupirs)...j'ai mal au dos...

Médecin 1 : quand leur cartable est trop lourd et qu'ils s'obstinent à mettre ça sur leur dos...

Médecin 5 : même moi je sais qu'il y a des prédécesseurs...ils...alors on vient parce qu'on a mal au dos et du coup...on redispense du sport pour l'année...pas mal celle-là...j'ai jamais vu ça...enfin...il faut justement comme on disait remus ...enfin...surtout pour un jeune quoi...on va pas quand-même leur mettre l'idée que dès qu'ils ont mal au dos il faut qu'ils s'arrêtent quoi...ça c'est pas ...c'est...

Médecin 3 : mais tu sais il y a...heu...

Médecin 5 : ...ça veut dire qu'ils ont un déficit quoi...

Médecin 3 : ...c'est un déficit...pas forcément physique

Médecin 5 : oui...bouger quoi...

Médecin 3 : ...bouger...on a des muscles et il y a la colonne vertébral il faut la tenir

Médecin 5 : les troubles...moi je fais pas du sport mais je suppose que les troubles musculo-squelettiques au travail...c'est quand-même parce que les gens ils font des gestes répétitifs et qu'ils ne bougent pas le reste du corps c'est quand-même pas équilibré quoi...

Médecin 3 : entre autre...oui...

Médecin 5 : ça c'est plus social ça...c'est carrément la société qui...

Silence.

Animateur : est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez rajouter sur ce sujet de lombalgies communes, subaiguës ou chroniques ?

Médecin 3 : ça...ça s'appelle pas la sinistrose, ça ?

Rires du groupe.

Animateur : la sinistrose... (Rires du groupe)

Médecin 5 : ...je voudrais ça peut-être justement avoir des ...FDR pour cibler quand-même...toi tu décides très tôt (regarde médecin 3)...moi j'arrive après la cuillère quand-même...voilà...c'est d'anticiper un petit peu et puis...c'est à voir oui peut-être des FDR comme par exemple pour l'embolie pulmonaire tu sais tu as un score tu dois faire ceci cela...et avoir un petit...petit...

Médecin 4 : ...des alertes...

Animateur : oui tu parlais d'alerte (regarde médecin 3)

Médecin 3 : ah oui je crois qu'il me manque ça moi les...tu vois des petits voyants...ah tac, celui-là il ne va pas s'allumer là...méfiance...ça va...ça va plonger quoi...alors là je vais être ...à l'envers (rires)...parce que de temps en temps on les porte quand-même...c'est...

Médecin 5 : sauf que tu les portes transitoirement quand-même, non ? T'as pas l'impression des fois qu'ils viennent consulter toutes les semaines tous les mois et puis d'un seul coup tu vois ...ah ben ça fait plusieurs mois que tu le vois pas...ça se stagne...je ne sais pas pourquoi...tu penses à ce que t'as fait, ce que t'as pas fait ou qu'il y a autre chose antérieurement...c'est-à-dire que ça tourne quand-même, non ?

Médecin 2 : si, si et puis ben voilà...

Médecin 5 : dans ce cas là...c'est très fréquent.....

ANNEXE 5 : REGROUPEMENT DES OCCURRENCES EN DIMENSIONS

1- LA DEFINITION DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX PAR LES MEDECINS GENERALISTES :

1.1. Le niveau psychique et le niveau intellectuel du patient

1.1.1. Un état psychologique de base influençant le raisonnement du patient :

M5b : son état psychologique de base en dehors des problèmes aigus

M2b...bon le niveau...niveau psychique est important hein...je crois que en fonction de la tolérance douloureuse

...des patients avec des profils psychologiques un petit peu fragiles, des patients qu'on assiste beaucoup...qui ont des troubles intestinaux fonctionnels...on a un petit peu des patients qui ont un profil comme ça...

1.1.2. Le niveau socio- intellectuel et niveau d'apprentissage pouvant intervenir dans son adhésion aux soins proposés :

M3b : ...c'est aussi au niveau intellectuel du patient...ses...ses expériences précédentes...par rapport à...au problème de ...les expériences physiques...des choses comme ça...aussi au niveau intellectuel...des formations...

M1b : je vais dire que le niveau social agit sur le psycho et le psycho agit sur le social hein...là on va chercher à agir sur ce qui est psychosocial hein ...donc quelqu'un qui a un niveau social élevé...déjà...expliquer des choses plus pratiques alors que quelqu'un avec un niveau moins élevé...expliquer les choses de façon plus concrète...plus...coquille

M1b : alors que quelqu'un qui ...voilà...ça m'a rien fait au bout de 2 séances ...ben voilà...c'est fini...

M1b : alors que quelqu'un qui a compris que l'histoire du kiné il faut au moins 5 séances ou au moins 10 séances pour en trouver le bénéfice...ben il va aller plus facilement parce qu'il a compris pourquoi on l'envoie...

M3b : La problématique c'est que s'il est conducteur d'engin en l'occurrence c'est parce que il n'a pas forcément non plus la capacité d'avoir...de faire ingénieur informatique hein...c'est ça le sujet....

Médecin 3b : oui, c'est la capacité d'apprentissage...qui...qui est un travail très important dans la vie...heu

1.2. Le mode de vie du patient, sa pratique sportive :

Médecin 4b : ce qui est sain aussi...c'est faire du sport aussi, sa pratique sportive aussi en dehors...à la maison, ce qu'il fait

M1b : ...comme ce qu'on dit toujours quelqu'un qui a un niveau social élevé, comme ce que explique ma collègue (montre le médecin 4)...faire du sport faire certaines choses...

M1b ...voilà il faut savoir si vous pouvez reprendre le travail...si vous allez pouvoir reprendre les activités sportives

M2b : mais à eux aussi de prendre en charge au niveau de ...la salle de gym peut-être, la piscine....Il faut aller prendre son maillot tous les jours...peut-être la marche

M2b : et après...après il faut arriver à leur faire comprendre que ...il faut qu'ils vivent un petit peu différemment...que leur corps réagit comme ça...et qu'il faut que...s'ils veulent un petit peu aller mieux il faut qu'ils bougent un petit peu...

Médecin 4a : il faut qu'ils bougent par eux-mêmes hein...

1.3. L'environnement familial et professionnel :

M6a : qui est en grande difficulté en ce moment surtout par sa femme qui a un cancer du poumon et qui accompagne une fille adolescente qui a du mal à trouver sa place un peu dans la société

M2a : après je pense bien qu'il y a énormément de stress dans le couple...ils ont dû déménager...il y a en tout ce problème de santé à elle

M2a : elle, elle a un gros problème pulmonaire, elle a une maladie orpheline très rare

M2a : même si heu...il y a du stress et tout ça...heu...ce qu'on peut vivre au travail ou dans la vie de famille...ça pourraient être sociaux...voilà...

M3a : je suis pas sûr que tu revois ...enfin...qu'ils reviennent 2, 3 fois par an pour sa lombalgie...mais ouais j'imagine...(soupire)...après c'est normal, c'est...c'est soit il y a des problématiques professionnelles qui l'explorent...soit il y a des problématiques personnelles ou X...qui...voilà...ils sont réticents à ce moment -là...et...des fois ça le simple fait de les écouter...voilà...de ...est-ce qu'il

y a en ce moment qui fait que... (Mouvements de ses bras) des problèmes...et après il faut se donner du temps....

M5a : comment ça se passe au travail, comment il est, comment vous bougez, etc....on va repartir sur autre chose, sur l'environnement familial...sur l'environnement professionnel, ou la fatigue...éventuellement accumulée, ou les conflits qui ont pu avoir,...heu...ou...le conflit avec quelqu'un qui a donné des dimensions de ce genre...

M1b : En plus il est venu hier avec son fils qui a 24 ans qui a une IMC vraiment profonde

M5a : « mais qu'est-ce qu'il vous est arrivé là ? » « Ben ...j'étais assise sur ma chaise, j'ai pris le téléphone parce qu'on m'appelait...et on m'a appris la mort de mon neveu... »(Silence)...Elle est restée une demi-heure sur la chaise, quand elle se levait elle était (dessine la forme de la chaise avec son doigt)...et c'est exactement la position dans laquelle elle était....

M3a :Est-ce que c'est lié ou pas au travail ?

M3a : ou si c'est quelqu'un qui a manifestement des problèmes psychologiques dans son travail....de surmenage

M5a : il se plaint pas, il veut pas dire de quoi il se plaint ou ce qui ne va pas, ou il est en phase de licenciement et il nous l'a pas dit

M2a : bah...par exemple ...la jeune femme que disait le médecin 1 est quand-même très revendicatrice par rapport à son travail...je pense que déjà si ça se passe bien sur le lieu de travail...si on reconnaît pas trop l'AT...que...c'est un peu minimisé...bah...ça prend des proportions ...des fois ...c'est important pour les gens quoi...qu'ils sont pas reconnus ;...Enfin...je pense qu'il y a beaucoup de gens qui sont pas reconnus dans leur travail...s'ils le sont encore plus dans l'accident de travail....

M5b : les facteurs psychosociaux je pense que c'est un petit peu environnement, le travail du patient

M4b : est-ce qu'il est bien aussi dans son entreprise dans sa boîte parce que ça joue aussi dans sa lombalgie...ce qu'il a dans son boulot et l'ambiance générale du travail...voilà...

1.4. Le problème des addictions :

M3b : puis il y a quand-même un autre facteur qui est très à la mode c'est sur le problème des addictions...

M3b : l'alcool ça joue un énorme rôle à mon avis plus les autres intoxications possibles....Leur rapport à la douleur...leur rapport à les gens qui prennent du toxique...morphinique ou pas morphinique...c'est ...là il faut vraiment qu'on soit vigilant parce que c'est pas quelque chose qu'on...qu'on connaît au départ ...

M5b : Et autre chose quand vous avez parlé des addictions tout à l'heure (regarde médecin 3) c'est un peu l'addiction aux antalgiques des lombalgiques ...chroniques....Moi je reprends dans la patientèle des gens qui sont par exemple sous Topalgic tous les mois de toute la vie....Ils ont mal au dos, certes, mais surtout ils sont dépendants du Topalgic....Et pas de moyen de l'arrêter...parce que tout ce que vous voulez mais c'est pas possible j'ai trop mal...et ça j'ai du mal à gérer....C'est facile de prolonger ...enfin...de renouveler le traitement...

Médecin 2b : il y a les deux....

M3b....J'ai abordé quand-même un patient alcoolique...heu...moi j'ai les images là...du patient alcoolique et là...c'est vachement dur...il y a un facteur social très très important...il y a l'environnement qui n'aide pas...à l'envie...

Médecin 2b : oui oui...j'ai l'impression qu'il faut prendre en charge l'alcoolisme...

Médecin 3b : ah oui...parce que en fait la problématique c'est quand-même le travail et l'alcool...enfin moi j'ai dans la tête un patient et là quand c'est intriqué quand il y a d'autres choses qui viennent...là on est...enfin je ...la reprise du travail est vraiment difficile.

2. POURQUOI S'INTERESSER AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE LOMBALGIE ?

2.1. Mise en difficulté du médecin devant la complexité de la situation :

M6a : parce qu'il me met en difficulté

M2a : ce n'est pas toujours facile à gérer non plus dans ce sens- là

M2a : puisque je trouve qu'après ça se complique vite quoi sur les gens qui ont un travail physique

Médecin 3a : voilà ! Je disais ... on n'est pas équipé pour les soigner ... on n'est pas équipé pour les soigner ... (il ouvre ses bras)

M3a : c'est...c'est ingérable quoi...quand c'est 8 heures de travail ...je sais que c'est plus facile...on fait une pause et puis...on verra quoi ...une chose à la fois...quand effectivement...3,4 ...quand il faut donner un arrêt de travail il faut 5 exemplaires quoi...c'est tout bête hein...mais voilà...pour la personne d'ailleurs il faut qu'elle appelle l'employeur... « Voilà, je suis arrêtée... »Machin...enfin c'est vraiment...c'est vraiment compliqué

M3a : ouais, ouais, pour moi le patient qu'on devrait avoir, c'est une personne qui ...donc avoir une prise en charge paramédicale ... euh ... voilà ... séquentiel éventuellement mais sur le plan médical j'ai rien à faire ... enfin ... voilà il est ... sur le plan diagnostique et il est fait ... je ne vois pas ... voilà ... on est un petit peu sur autre chose ... euh ... on n'est pas équipé ... on n'est pas équipé clairement pour répondre à cette problématique ... c'est pour ça que les gens ne viennent pas nous voir ... c'est que ... parce que ... on ne règle pas les problèmes parce que ... on n'a pas ...

M3b : c'est que à un moment donné je ne suis pas capable d'assumer ça....Donc je demande l'avis du spécialiste.

M5a...je m'aperçois que la...la prise en charge...la consultation du patient lombalgique c'est une consultation très compliquée

Médecin 3a : c'est ce que je disais ...on n'a pas les équipes de soins en fait pour aider ces patients-là

M3b...enfin Patis Fraux ils l'ont pas tiré à lui hein puisque c'est moi qui lui ai fait le ménage...mais j'ai eu l'impression que dis donc, c'est dur de...

Médecin 3 : et...et je me suis dit mais...attends, il y a (sourires) ...il y a eu un gag là dans la prise en charge parce que ...qui fait quoi...en fait il y avait plusieurs axes....et tout le monde s'est... (Fait des signes avec ses bras)

M5b...enfin j'ai l'impression de pas savoir gérer la chronicité de la chose...vraiment...voilà....

...j'ai l'impression de ne pas gérer tout ça quoi il a pris les devants et...et....

Médecin 5b : contexte social moi j'ai du mal je sais pas gérer

Médecin 2b : et ben oui...ça on rame aussi pas mal...parce que malgré tout souvent...il y a quand-même une surcharge pondérale...la frustration de la douleur...on essaye de...ce serait que l'obésité effectivement...on n'a pas de solution miracle non plus....donc on a l'impression des fois qu'on s'installe dans des cercles vicieux et...et ...un peu difficile pour s'en sortir chez des gens un peu obèses là...du coup...

Médecin 3b : ben oui...moi ce que je retiens c'est ...c'est surtout que...de temps en temps on se fait avoir et ça je...je les ressentis très très bien....On n'a pas anticipé

Médecin 3b : mais là où je suis pas bon c'est quand...quand on a passé ce cap là et où je vais être à renouveler un arrêt de travail parce que...parce que...entre le temps où j'ai mis l'arrêt de travail et le moment où je le revois ben les séances de kiné elles n'ont pas été complètement faites.... « Il me reste des séances de kiné mais...j'ai encore mal...je me sens pas encore capable de reprendre »...heu...là je vais dire ben peut-être un mi-temps thérapeutique...ah oui mais c'est pas...c'est pas possible avec mon employeur...bon ben...je vais vous prolonger de 8,10 jours...et dans les 10 jours on doit pouvoir trouver une solution...et puis on va pas trouver une autre solution....c'est marrant hein ? (rires)

Médecin 2b : des fois t'évites de poser la question parce que sinon tu en as pour un plomb (médecin 1 sourit)...et puis tu sais qu'ils souffrent...et que voilà on n'a pas été bon et...tu sais pas comment faire là...

Médecin 2b : ...à négliger...oui...à négliger...et puis il y a ceux aussi qui ont pu reprendre des activités professionnelles et qui souffrent de façon importante au quotidien et on n'a pas pu baisser ce seuil douloureux et...ben ...pas facile....Vous voulez des antalgiques ? Non, c'est pas la peine....bon ben (baisse sa tête en souriant)

M3b : ...et donc on n'est pas aidé là...on n'est pas aidé...et donc voilà où je suis embêté c'est que ça passe en chronicité là t'as pas toutes les cartes en main...J'ai l'impression que je n'ai pas toutes les cartes....

2.2. Le problème de l'arrêt de travail qui reste un problème parfois pesant et difficile à résoudre:

M3a : il faut faire dès le dé but quoi...dès le premier arrêt de travail...dès la première consultation...se dire tout de suite arrêt de travail ou pas d'arrêt de travail ??

M3b : ...c'est...c'est...c'est une problématique de négociation...c'est ce que je disais tout à l'heure c'est là où je vois bien que...vous...là vous êtes trop douloureux ou là...mais là...je fais un arrêt pour aujourd'hui parce que vous n'arrivez pas à vous déplacer et puis là pour demain...mais directement si

vous suivez ce que je vous dis ...heu...vous devez pouvoir reprendre après demain et ça va être mieux pour vous...parce que vraiment là...heu...

M3a : voilà nous avons pas mal de gens comme ça, ce sont des professions ...voilà...c'est...c'est...le ménage, c'est le postier, c'est la manutention...voilà des choses comme ça, avec des contrats précaires, et effectivement c'est...non, non, non, ça va aller quoi

Médecin 3a : ...c'est...c'est ingérable quoi...quand c'est 8 heures de travail ...je sais que c'est plus facile...on fait une pause et puis...on verra quoi...une chose à la fois...quand effectivement...3,4 ...quand il faut donner un arrêt de travail il faut 5 exemplaires quoi...c'est tout bête hein...mais voilà...pour la personne d'ailleurs il faut qu'elle appelle l'employeur... « Voilà, je suis arrêtée... »Machin...enfin c'est vraiment...c'est vraiment compliqué...."

M2b : ils vont se dire au mieux je vais être arrêté 15 jours et puis voilà des mois qu'ils sont arrêtés

M5b : ...et pareille, arrêt, arrêt, prolonger, prolonger, parce que...il avait mal au dos quoi....

M3b : et tu as des gens...ben tu te demandes pourquoi il veut un arrêt. Pourquoi il veut un arrêt ? Bon , c'est à ce moment qu'il faudrait qu'on ait la possibilité de comprendre ce qu'il entend le patient et c'est là où on a pas forcément toutes les données

Médecin 4 : non...enfin c'est juste que...quand tu disais (regarde médecin 3) qu'à la première consultation si c'est pas un travail physique qu'ils font tu l'arrêtes jamais en fait....

M1b...c'est-à-dire qu'il y a des corps de métier où ils ont zéro indemnité salaire...attention...les patients là ils vont pas s'arrêter...ils vont travailler...En même temps je fais l'arrêt que pour le problème de lombalgie...c'est pas évident...il faut pas qu'il travaille...ça dépend pourquoi il est venu ?combien de temps ?

M4b...d'essayer de faire des arrêts courts même si il faut renouveler pour essayer de les faire revenir pour en discuter et puis voir si on arrive à comprendre un petit peu...voilà...je vois...enfin dans ma tête il y a des patients on va avoir un fond de lombalgie chronique mais des épisodes bien séparés...

Médecin 3 : puisque à partir du moment où le patient est en arrêt de travail, il n'est plus sous le coude du médecin du travail et le médecin du travail il n'est plus...il n'a plus rien à dire..."

Contradiction dans la décision :

M3a... Enfin, c'est le problème de l'arrêt de travail...ça m'embête quand-même de le prolonger....Je lui ai dit bon...ben...écoutez...si ça se trouve que vous allez reprendre le travail même si c'était difficile...bon ...le cas de miroir un peu de ce qu'on voit d'habitude parce que lui il a plutôt envie de reprendre son travail parce qu'il n'est pas douloureux

...heu...mais bon je vais quand-même probablement l'arrêter parce que voilà...c'est quand-même pas une ...une bonne...stratégie...mais...voilà...comme quoi parfois on peut être amené à prolonger l'arrêt de travail alors que le patient il a envie d'y aller...donc ...voilà...c'est juste parfois un petit peu l'opposé

m2b...donc je suis obligée de la prolonger pendant un mois encore ou un mois et demi parce que la commission n'est que dans 3 mois

M5b...Je me suis retrouvée embarquée (rires) dans un truc avec lui dont au départ j'étais pas super d'accord

2.3. Le coût socioéconomique des arrêts de travail pour lombalgies ou des conséquences financières pour le patient :

M1a : Pour 3 semaines d'arrêt je trouve ça énorme mais je trouve que...ben déjà par rapport au point de vue médical, par rapport à la société je trouve que...c'est pas ...c'est pas logique... donc...

M4a : ils sont obligés...ils sont à leur compte ...

Médecin 2a : bah...il faut qu'ils bossent, il faut qu'ils bossent"

M2b...elle en a pas envie pour une raison effectivement pécuniaire parce que là aussi du coup avec ses lombalgies ses revenus...ben...nettement

M1b... pour les sous et ben oui...qu'est-ce qui peut être avantageux financièrement pour le patient...

M3b : c'est-à-dire leur perte de salaire par exemple...heu...on ...on...moi je suis pas capable d'anticiper avec eux...j'ai...j'ai une certaine...comment dire...j'ose pas leur en parler...c'est-à-dire leur dire mais attendez...là dans 2 mois...enfin quand est-ce que vous allez être en demi salaire...est-ce que vous avez une décompensation...est-ce que vous avez une assurance...est-ce que...par rapport à vos prêts...

M1b : Mais c'est pas toujours facile à évoquer comme tu dis hein (regarde médecin 3) la perte du salaire mais j'ai du mal à demander « est-ce que vous avez perdu du salaire ou pas ? »

Médecin 3b(regarde ses mains) Il y a aussi quelque chose...qu'on a ...t'as touché un mot tout à l'heure (montre le médecin 5)...c'est...c'est qu'on ne connaît pas véritablement leur droit et heu ...et c'est vrai que moi j'aurai tendance à monter vers l'assistante sociale...l'assistante sociale qui va me donner des pistes...et là...heu...maladie professionnelle ?pas maladie professionnelle ?est-ce que c'est intéressant pour lui d'être en maladie professionnelle ou pas maladie professionnelle...des dossiers...heu...proches de la retraite ...

Médecin 2b : c'est un argument de la reprise...le mi- salaire...

Médecin 3b : oui (regarde médecin 2) c'est ce que je disais tout à l'heure hein...mon patient en fin de droit c'est à ce moment-là qu'on a pu causer hein... (sourires)

Médecin 3b : et ben oui à mon avis...et que là j'ai...j'ai pas envie sans doute de l'évoquer...mais c'est quelque chose qu'il faudrait qu'on prenne en compte quoi...je pense...

M1b...c'est-à-dire qu'il y a des corps de métier où ils ont zéro indemnité salaire...attention...les patients là ils vont pas s'arrêter...ils vont travailler...

2.4. Les bénéfiques secondaires et la question des accidents de travail pour lombalgies :

M1a : qui est venue au départ pour un accident de travail ...En bougeant un patient elle a eu une douleur...heu...une douleur...lombaire aigue...heu

M5a : qui travaille dans un foyer de personnes âgées...et qui un jour a eu un lumbago aigu en soulevant une dame...Donc je l'ai vue effectivement...manifestement elle avait un lumbago aigu en accident de travail...

M5b : il y a quelque chose aussi que je voulais rajouter c'est dans quel contexte on parle de lombalgies...je sais pas si c'est un facteur psychosocial vraiment mais...c'est vachement important de savoir si c'est un accident de travail au départ ou pas...parce que si c'est un accident de travail ça change quand-même toute la donne par rapport à la maladie...simple.

M5b : je trouve qu'ils ont tout...j'ai l'impression en tout cas que les patients trouvent des bénéfiques comme dans les accidents de travail...t'es pris en charge...t'es pris en charge...ils ont leur salaire je crois ...je suis pas sure...enfin 100% je crois, non ?

M5b : ... je sais pas si c'est grave hein ...

M5b : Moi j'ai quand-même eu comme impression que comme c'était en accident de travail donc du coup effectivement il n'y avait pas de souci financier derrière qui le bloquait un petit peu, et ça a été 13 mois avec lui

Médecin 3b : ...mais là où je suis embêté c'est pour le mal du fonctionnaire, c'est pour celui qui tond un terrain de foot etc....Alors là je suis très embêté...ou quand il y a un accident de travail là aussi je suis très embêté

M3b : c'est ...là il faut vraiment qu'on soit vigilant parce que c'est pas quelque chose qu'on...qu'on connaît au départ ...et ils peuvent être ...embrayés dans un mécanisme qui...qui...va dans une chronicisation parce qu'il y a un bénéfice secondaire...

M4b: oui je pense au bénéfice secondaire...sans même qu'on parle des addictions...tous les bénéfiques secondaires que le patient obtient pour les lombalgies...ou adaptation de poste de travail ou faire des efforts à la maison...

M3b : après on a aussi le souci par rapport à la représentation qu'il a ...qu'est-ce que ça signifie pour le patient d'avoir mal au dos...c'est ça qui est aussi pas mal...c'est...est-ce que ça signifie pour lui...heu ...ben...une impossibilité de travailler...alors ça peut aller dans les deux sens...ça peut être une catastrophe...comme ça peut être un bénéfice secondaire entre guillemets...enfin...après ...donc qu'est-ce que ça représente pour lui son dos...son mal être...de ce potentiel...

2.5. Limiter les examens complémentaires non justifiés ou résister à une demande excessive du patient:

Médecin 4a : on peut aussi faire comprendre aux gens et c'est ce qui est dur ... ils vont dire « ah, je suis allé voir sur l'internet, ... et ... voilà » (hochement horizontal de la tête).

Médecin 5a : ... et le radiologue qui m'a écrit ... c'est bien marqué là donc ...

Médecin 4a : non mais l'IRM des fois ... c'est très dur.

Médecin 5a : il n'y a rien...oui...sauf que c'est pas quelque chose facile de ...de refuser...

En général je freine souvent beaucoup de (demandes) pour faire l'IRM...

Médecin 5a : alors question : pour ou pas passer une IRM dans ce contexte-là ?

Médecin 4a : moi je résiste !

Médecin 6a: je résiste ...

Médecin 3a : j'essaie presque de ne pas le dire

Médecin 6a : ... voilà, moi je ne dis pas « hop ! »

Médecin 4a : de toute façon, pour les états de dos comme ça, franchement il n'y a pas d'argument quoi ... c'est vrai.

Médecin 6a : lombalgies communes ...

Médecin 5a : (il regarde la table et la main gauche sur la joue gauche) moi, je leur dirais « je veux bien, il n'y a pas de problème, on va prendre un rendez-vous, le problème c'est que l'IRM ... on a derrière une idée chirurgicale ... et que ... ben ... on pense déjà à vous opérer » « ah bon ? Vous croyez ? ».

Médecin 1a : mais je verrai docteur (rires du groupe) c'est ça en fait. Ils ont besoin d'une image ...

Médecin 1a...moi j'ai eu un patient cet après-midi...ce patient là il a eu un scanner de la tête au pied...ça a commencé par une suspicion d'infarctus et puis ses lombalgies...il a eu un scanner...il a vu un ...une IRM ou un scanner crânien mais il a eu tout de la tête au pied...le gastro...la coloscopie ...la fibroscopie ..., etc. "

2.6. Situation concernant souvent une population jeune :

M2a : chez un jeune homme de 30 ans

M1a : vous n'avez que 25 ans

M1b : J'ai un patient d'une trentaine d'années...

M1b : surtout quand on voit des patients assez jeunes hein ...des patients d'une trentaine d'années hein...pas plus...

Médecin 3b : il a 30 ans.

Médecin 1b : donc un patient jeune quoi...

M5b je me suis retrouvée embêtée avec un patient, pareille, 25 ans, assez jeune , qui a un travail manutentionnaire

Médecin 3b :...et avec des âges relativement...dès le début hein...

Médecin 2b : oui...il y a beaucoup de sujets jeunes...t'as raison...t'as des ados qui disent... (Soupirs)...j'ai mal au dos...

3. QUAND PENSER AU ROLE DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DANS UNE LOMBALGIE ?

3.1. Lors d'un questionnement du médecin devant l'absence d'évolution des symptômes

M2a...je pense que quelqu'un qui revient régulièrement c'est un petit côté énervant pour nous parce que on n'a pas fait bien notre travail ou en tout cas on n'a pas mis le doigt sur ce qui n'allait pas et ça a quelque chose de frustrant aussi pour nous...les consultations itératives pour le même problème...donc au bout d'un moment...ben... de toute manière...

M5a : oui, c'est plus au fur et à mesure ...la première ou deuxième fois je reste plutôt dans l'entente de la plainte, l'analyse de la plainte, l'importance de la plainte ...et puis bon...15 jours, bon, on se revoit, ça s'arrange nettement quoi....On fait attention un petit peu, ou on regarde l'aspect fonctionnel des choses...puis effectivement si ça répond pas ou si on voit un aspect de chronicité...heu...là effectivement il y a quelque chose qui va pas quoi

M4a : ça se passe bien certains moments pourquoi d'autres ça se passe pas...il faut essayer de comprendre pourquoi c'est pas possible

M5a : Ce n'est pas évident ... d'avoir la réponse à ce ... ce type ... ce type de problème ... ce sont des lombalgies ... pourquoi lombalgies ... quand c'est ses 2 hanches qui n'allaient pas bien ?

C'M5a: ...effectivement quelque chose qui va pas le patient va pas bien...la façon de se présenter c'est un élément important, la façon qu'il va revenir, la façon qu'il a de demander certaines choses....Il faut absolument qu'on l'arrête, etc...donc quand on a quelque chose qui va pas ou quand ça commence à durer un petit peu

M5a...un mois et demi après on est dans la même situation...il y a quelque chose qui va pas...ou alors on est passé à côté de quelque chose....

M5a...Il n'a pas d'arthrose, il n'a rien...pas de raison que ça s'arrange pas...bon c'est qu'il y a quelque chose qui va pas

M3b...c'est « qu'est-ce qu'il y a derrière ? »...qu'est-ce qu'il y a derrière et là c'est...et ben...c'est aussi de chercher un problème...heu...vous savez il y a une expression c'est « j'en ai plein le dos »... « Vous en avez plein le dos ? » (Rires)

Médecin 5b : vous êtes un peu tendu là...vous êtes un peu stressé en ce moment ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous perturbe ? Enfin une fois, deux fois ça va mais trois fois c'est pas possible c'est qu'il y a quelque chose derrière...

Persistance des douleurs malgré le traitement:

M2a : il avait toujours aussi mal...donc je lui ai prolongé en disant que voilà...ça allait traîner un peu tout ça mais je l'avais revu la semaine après où il avait commencé un peu la kiné...il était toujours très douloureux, donc je l'ai à nouveau prolongé ça faisait déjà un mois, un mois et demi finalement

M5a : et 3,4 mois après on était toujours dans cette situation-là , avec des essais de reprise, deux jours après elle revenait c'était atroce...absolument douloureux...donc on reprenait l'arrêt de travail...on reprenait les séances de kiné, et...ça continuait comme ça

M1a : je pense que c'est la remise en question du diagnostic.....On est passé à côté de quelque chose...il va falloir réexaminer de la tête au pied

M6a : donc ça boucle notre inquiétude éventuelle de passer à côté de quelque chose d'organique autre quoi hein...je pense à quelque chose d'infectieux ou des tumeurs des choses comme ça

M1a : toujours aussi mal avec des douleurs qui remontaient et qui redescendaient, elle pouvait plus faire ci elle pouvait plus faire ça, et...heu...je dirais au bout de trois mois on est toujours dans la même situation

M2a : une radio et une prise de sang, sur...une lombalgie qui durait depuis un mois sans aucune évolution positive en fait

M1a : les bilans je finis par les faire parce que je comprenais pas pourquoi elle avait aussi mal

M5a :c'est pas dans la première consultation souvent effectivement...la première consultation on est quand-même souvent dédié à ...à être douleur pure quoi, ce qui est antalgique, anti-inflammatoire...on élimine peut-être le côté éventuel paralysant par les...heu...et puis quand on les voit revenir une deuxième fois peut-être 15 jours , 3 semaines après là oui ,on rentre dans tout, alors pas forcément sur la consultation de rhumato non plus mais sur...heu...comprendre le poste du travail...en réfléchissant à tout ça quoi...

M5a :quand ça commence à durer un petit peu...au bout de la 3è ou 4è consultation ou au bout de un mois, un mois et demi...on ne voit pas franchement des choses évoluer quoi...Au départ on partait sur quelque chose qui n'est pas la lombalgie aigue grave...lumbago bloquant on a quelque chose surtout relativement modérée....Qu'il vient au cabinet...un mois et demi après on est dans la même situation

M4a...lombalgies aiguës puisqu'on s'est fait ça...et ça a tendance à durer...il faut aussi faire...il y a la globalité du dos à prendre en charge et après rééduquer tout le dos finalement...c'est bien comme ça...quand ça se pérennise...

M2b...et j'ai dû dire ben écoutez je ne vois qu'une chose c'est que vous souffrez de votre lombalgie et que vous n'en pouvez plus et bien...vous venez je vous arrêterai...et qu'on va aller jusqu'à la retraite...à ce prix- là...et puis finalement il est à la retraite maintenant...et toujours mal au dos (rires) et comme quoi c'était..."

3.2 .Patient ayant un travail physique :

M2a : il est paysagiste donc il a aussi un travail...physique

M2a : c'est quelque chose un petit peu compliqué chez un jeune homme de 30 ans mais qui a un travail assez physique puisque je trouve qu'après ça se complique vite quoi sur les gens qui ont un travail physique

M3a : tout de suite si c'est un travail manuel il faut y penser relativement vite

M1a : en fonction du travail de la personne c'est vrai que...c'est clair que quelqu'un qui travaille à la chaîne qui a mal au dos je vois pas comment au bout de 15 jours d'arrêt il va récupérer...il va durer 1 mois 2 mois puis patatras il va se casser la figure donc en fonction du travail qu'ils font ben effectivement...si c'est un travail à la chaîne si c'est un travail de force

M3a : il y a des gens qui sont exposés sur le plan professionnel BTP...machin

M3b : Je dirais ce qui me pose plus de problème, moi, c'est sur les lombalgiques qui ont un travail manuel...ça c'est vraiment un gros souci...heu...

M5a...qui travaille dans un foyer de personnes âgées...et qui un jour a eu un lumbago aigu en soulevant une dame...

M1b. Et là comme il a mal de plus en plus, il travaille toujours comme carreleur

Médecin 1b : ben de toute façon je pense que cette personne-là il est fatigué de faire ce travail-là...voilà...ce que j'aurai comme sentiment, c'est qu'il est fatigué....Je pense que son problème de

lombalgies existe vraiment, il doit avoir mal....Travailler du matin au soir sur les genoux penché en avant...ça c'est sûr il en a assez

M3b : c'est...heu...un travailleur ...un conducteur de train ou...il conduit un engin...il conduit un engin

M1b : sauf que il se rend bien compte qu'il ne pourra plus assumer, c'est un travail physique, il n'est pas fainéant, il va travailler mais voilà....Je crois que c'est vraiment la douleur qui...qui limite.

M5b : je me suis retrouvée embêtée avec un patient, pareille, 25 ans, assez jeune, qui a un travail manutentionnaire

3.3. Un arrêt de travail qui dure :

M2a : il avait toujours aussi mal....donc je lui ai prolongé en disant que voilà...ça allait traîner un peu tout ça mais je l'avais revu la semaine après où il avait commencé un peu la kiné...il était toujours très douloureux, donc je l'ai à nouveau prolongé ça faisait déjà un mois, un mois et demi finalement,

M3a : ça m'embête quand-même de le prolonger

M3a : parfois on peut être amené à prolonger l'arrêt de travail alors que le patient il a envie d'y aller

M1a : Elle a été vue en fait par un médecin et elle revenait pour une prolongation et ...heu...voir un petit peu ce qu'il fallait faire

M2b : Je pense que dans le public c'est quand-même un peu plus facile d'avoir les réponses pour tout ça...donc je prolonge l'arrêt...pour un défaut administratif...

M2b : ils vont se dire au mieux je vais être arrêté 15 jours et puis voilà des mois qu'ils sont arrêtés

M5b...et pareille, arrêt, arrêt, prolonger, prolonger, parce que...il avait mal au dos quoi....

M5b...et j'ose pas ...j'ose pas...j'ose pas dire ...dire...bon allez il faut y aller...quand ils me disent « j'ai mal...j'ai mal...c'est pas possible de me remettre au boulot » (tient son dos avec ses mains)...enfin je suis encore assez...heu...je ne sais pas dire non encore mais ça ça va peut-être venir (rires)"

3.4. Revendication d'une reconnaissance :

3.4.1. Reconnaissance de son travail :

M2a : bah...par exemple ...la jeune femme que disait le médecin 1 est quand-même très revendicatrice par rapport à son travail...je pense que déjà si ça se passe pas bien sur le lieu de travail...si on reconnaît pas trop l'AT...que...c'est un peu minimisé...bah...ça prend des proportions ...des fois ...c'est important pour les gens quoi...qu'ils sont pas reconnus ;..Enfin...je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne sont pas reconnus dans leur travail...s'ils le sont encore plus dans l'accident de travail....

M5a : avec mon dos...qu'est-ce que vous voulez que je fasse...et c'est là qu'on est en face de quelqu'un qui n'a manifestement pas de volonté, et qui a une totale incapacité et c'est la vie qui lui a donné ça, c'est le travail...c'est tellement dur au travail que le travail a tué son dos...

Médecin 6a : il n'est pas reconnu de la qualité de son travail, et que ...

M5a : il y a toutes représentations sociales...de...de...représentations du patient...il n'a pas pu être reconnu éventuellement dans son travail ou dans autre chose

M2b : Elle est de quelques années de la retraite...elle a aussi des choses elle veut montrer qu'elle peut fonctionner encore...

3.4.2. Reconnaissance de l'accident de travail :

M1a : puis elle mélange avec la revendication de la reconnaissance d'un accident de travail

Médecin 2a :...l'accident de travail ...quand ils disent par reconnaissance par rapport à l'accident de travail...

M2a : ...je pense que déjà si ça se passe pas bien sur le lieu de travail...si on reconnaît pas trop l'accident de travail...que...c'est un peu minimisé...bah...ça prend des proportions ...des fois ...c'est important pour les gens quoi...qu'ils sont pas reconnus

3.4.3. Reconnaissance de sa pathologie ou de son existence :

M6a : pour qu'il comprenne aussi qu'on reconnaisse aussi ses douleurs

M1a...elle est venue me voir parce que il n'y a pas de reconnaissance, elle a besoin d'une reconnaissance, c'est la première fois que je l'ai vue, elle m'a demandé si je peux lui faire une déclaration en maladie professionnelle....

M5a...il n'a pas pu être reconnu éventuellement dans son travail ou dans autre chose...ben ...il faut qu'il soit reconnu dans la maladie et...il traîne ça comme un élément important pour lui tant qu'il vit à travers sa souffrance.

Médecin 6a : pour le patient (regarde médecin 1)...comme tu dis qui a été vu tuc, tuc, tuc comme ça (fait signe de la tête au pied avec sa main gauche) c'est un moyen de prouver qu'il est toujours en vie quasiment

3.5. Le problème du poids :

M5a : S'il est trop gros ...ben...effectivement...il y a une raison manifeste.

M4a : c'est-à-dire elle venait pour autre chose en me disant voilà j'ai une stagnation de poids... c'est quelqu'un qui s'occupait de son poids bien entendu

M5a...elle est venue me voir pour régler son problème de poids...elle faisait 135 kg pour 1m72....Bon, donc elle ne me parle plus de son problème de poids...non de dos...elle me parle de son problème de poids

M3a... Peut-être qu'il faut jouer sur d'autres paramètres donc... le poids, l'activité physique, le stress, les machins, les trucs

Médecin 3a : les déclics qui se sont passés sur le poids se sont passés dans les séances avec le psy (ouvre ses mains)."

M2b : le poids qu'on n'a pas évoqué chez les gens...et ça...effectivement...

Médecin 5b : ça c'est important ça le poids...

Médecin 2b : et ben oui...ça on rame aussi pas mal...parce que malgré tout souvent...il y a quand-même une surcharge pondérale...la frustration de la douleur...on essaye de...ce serait que l'obésité effectivement...on n'a pas de solution miracle non plus...donc on a l'impression des fois qu'on s'installe dans des cercles vicieux et...et ...un peu difficile pour s'en sortir chez des gens un peu obèses là...du coup..."

3.6. L'analyse d'une plainte ou d'une situation par le médecin joue un rôle primordial :

M5a : on sent qu'il y a tout de suite quelque chose qui va pas

M5a...effectivement quelque chose qui va pas le patient va pas bien...la façon de se présenter c'est un élément important, la façon qu'il va revenir, la façon qu'il a de demander certaines choses...Il faut absolument qu'on l'arrête, etc...donc quand on a quelque chose qui va pas ou quand ça commence à durer un petit peu

M5a...ou il se plaint pas, il veut pas dire de quoi il se plaint ou ce qui ne va pas, ou il est en phase de licenciement et il nous l'a pas dit...On voit le conflit qui peut être derrière et qui peut expliquer que tous les matins ça repart comme ça quoi...ça...ça peut pas...

Médecin 5a : en parlant des problèmes psychologique, il y a la souffrance de la personne et tout à fait l'aspect fonctionnel figurant et un petit élément peut déséquilibrer cet ensemble là ... on se retrouve après avec les cascades

Médecin 3a : ça dépend pratiquement en fait...de la pathologie...6 semaines (pince les lèvres)...pour moi c'est fini parce que pour moi en 6 semaines soit j'ai réglé le problème personnellement, soit il a déjà vu un autre....

Médecin 3a : et donc ...ça va assez vite...enfin pour moi....Je reste pas longtemps en position intermédiaire...et puis après effectivement...c'est plus...voilà...le soutenir...les écouter ...voilà... et plus par le ressenti que le...que le...enfin moi j'essaie de sortir...sortir des lombalgies ...enfin...du reste des lombalgies...mais...

M3b : et tu as des gens...ben tu te demandes pourquoi il veut un arrêt. Pourquoi il veut un arrêt ? Bon, c'est à ce moment qu'il faudrait qu'on ait la possibilité de comprendre ce qu'il entend le patient

3.6.1. L'expérience du médecin :

M3a...Il vaut mieux que le médecin a évolué dans sa pratique....

M4a:...et pour palper...ils sont à plat ventre ...moi c'est avec le temps aussi hein... parce qu'on le fait pas trop pendant nos études...et avec le temps...et les gens le sentent bien là ils vont se dire il se passe quelque chose...

Médecin 5a : je vais dire que globalement que quand je réfléchis à mes 35 ans de pratique...

Médecin 5a : c'est l'organisation de la consultation et les prises de rendez-vous qui est l'élément le plus important...

Médecin 3a : dans ma patientèle du coup de...15 ans (regarde médecin 2, sourires)

Médecin 3a : au bout de 10 ans...enfin...les patients tu revois 2,3 fois sur 2 ans...et hop !ils vont revenir te voir parce que c'est ta façon d'approcher la pathologie qui...qui...voilà...donc...

M4b: non enfin...j'aime assez ta façon d'expliquer au patient (regarde médecin 3)...que c'est musculaire en faisant des manip...si tu le permets enfin... (rires)...c'est intéressant...

Médecin 4b : pour leur expliquer quoi... j'aime bien parler avec les patients ...leur donner des explications mais là j'avais peut-être pas forcément ce qu'il fallait pour...

Médecin 3b : ...c'est...c'est l'expérience...

3.6.2. Le profil du patient :

Médecin 6a : alors, on sait, on connaît des fois les gens aussi...

Médecin 3 a: un lombalgique se sait moi je dirais dès la première consultation déjà...

Médecin 6a : oui, mais on garde ça au fond de la mémoire...

Médecin 6 a: on n'est pas surpris de les revoir une deuxième fois...

En gardant dans la mémoire que c'est une démarche individualisée :

Médecin 4a : chacun est particulier...

Médecin 3a : c'est au médecin de voir chacun différemment avec un œil...

M3a : et tout le monde va me dire...ben oui mais ma voisine c'est pas ça...ben oui...

Rires du groupe.

Médecin 3a : on ne peut pas...elle n'est pas vous .

La connaissance du patient peut influencer l'analyse :

M1a : J'ai dit pour avoir un contre avis en fait parce que c'est le médecin qu'elle avait depuis toute petite en fait donc que...pour renforcer mon...mon diagnostic en fait (rires)...

M5a : C'est une dame d'origine africaine que je connaissais depuis plusieurs années

M1b : on sait qu'il y a des patients il faut aller assez rapidement chez le spécialiste sinon il ne va pas s'arrêter...donc voilà...

Médecin 6a : alors, on sait, on connaît des fois les gens aussi...

Médecin 1b : on connaît nos patients hein...

Ou au contraire ne pas connaître les patients peut être un atout pour l'analyse :

M2a : ça fait peut-être un mois et demi, deux mois que je le connais

M2a : oui en fait...assez facilement...donc que peut-être les gens qu'on connaît depuis un certain temps on pose peut-être pas la question...enfin j'en sais rien...

M1a : l'histoire d'une jeune femme que je ne connaissais ni d'Eve ni d'Adam

....Pareille, Je la connaissais pas mais, je lui ai dit peut-être ...

...je la connaissais pas j'avais un regard neuf...mais elle était pas ...

M3b : C'est pas moi qui le suis...vraiment habituellement au départ...

3.6.3. La discordance entre la plainte et l'examen clinique :

M5a : surtout quand on a un examen ...heu...qui n'est pas en rapport à l'intensité de la douleur et l'importance de la douleur. Quelqu'un qui peut se pencher en avant ou bien (fait le geste)...essayez-vous, allongez bien les deux jambes et vous croisez les jambes, l'une sur l'autre... bon ben ça se passe bien...mettez- vous debout, penchez-vous en avant...oh là, je peux pas, oh !!...je peux pas c'est trop difficile

M5a : il n'y a rien du tout donc effectivement on est plus dans le musculo-squelettique évidemment...Il n'a pas d'arthrose, il n'a rien...pas de raison que ça s'arrange pas...bon c'est qu'il y a quelque chose qui va pas

M3b...et puis il y a des jours ils ont mal au dos et puis tu les fais pencher en avant et puis ils sont en chute devant toi donc là il y a une discordance...c'est quand on sent la discordance entre l'intensité du symptôme et l'objectivi...enfin si on arrive à objectiver

M5b : le patient qui effectivement peut pas toucher le sol, qui a un indice main-sol qui est à 1m20 et qui a fait ses lacets quoi...qui met ses chaussures, qui demande pas ton...ton chausse- pieds ...qui peut être fourni...enfin voilà...

Médecin 3a : même sur les patients qu'on voit pour la première fois, sur sa façon de se présenter, sur d'exprimer sa douleur ...heu... (Gestes avec ses mains)...de l'examen ...tout de suite on voit comment il est assis sur le tapis d'examen...c'est pas du tout la même façon s'il est assis comme ça hop sur la table d'examen (fait le geste de s'asseoir rapidement) sans problème et celui effectivement qui se dandine sur ses fesses...

M1a...effectivement...d'emblée je me disais que je tombais dans un truc mais...je la connaissais pas j'avais un regard neuf...mais elle était pas ...l'examen...je posais mon doigt elle sautait au plafond etc...donc on sentait bien que c'était pas clair

M5a:qu'effectivement qu'il y a des douleurs du dos en particulier quand il y a une douleur où les gens ont mal partout...de haut en bas et surtout quand on touche les masses musculaires des 2 côtés ça fait mal...Ah...ça peut pas faire mal partout...il y a quelque chose qui va pas...

M5b...il pouvait pas reprendre à temps plein on a fait un mi-temps thérapeutique mais moi je trouve que son dos il était relativement souple cliniquement

3.6.4. Les outils d'évaluation :

M6a...des gens qui ont vraiment une douleur depuis un peu plus de temps...je parle de l'échelle de la douleur pour leur quantifier un petit peu ça...

Médecin 6a : ...ben...des outils verbaux... (Rires)

Médecin 5a : j'utilise rien sauf ...la discussion avec le patient...d'échange ...de verbalisation ...

M4a: prendre le temps de palper et moi quelque part j'apprends aussi à reconnaître la contracture et eux ils la sentent c'est-à-dire que...

Médecin 4a : mais on arrive quand on prend le temps, moi, je prends le temps quand je veux les examiner....

Médecin 6a : ...debout...et ...en appuyant un peu sur le bureau...moi je m'assois derrière, je prends le temps et je palpe...

Médecin 3a : oui, enfin, qu'est-ce qui me ...enfin...moi je passe plus de temps à discuter avec eux...donc la demi- heure que je passe je la passe à discuter

Médecin 1b : on connaît nos patients hein...

Médecin 5b : J'ai pas l'impression qu'il y a pas d'échelles...l'échelle de la douleur....

Médecin 1b : l'EVA c'est tout hein... (Sourires)

M 4b : sinon tu disais des plaquettes comme faire un schéma du dos pour expliquer au patient ?

Médecin 4b : pour leur expliquer quoi... j'aime bien parler avec les patients ...leur donner des explications mais là j'avais peut-être pas forcément ce qu'il fallait pour...

M3b...c'est-à-dire qu'il faudrait anticiper assez rapidement pour avoir des critères de...de veille...en se disant attention celui-là il a un risque de se chroniciser...

Médecin 5b : ...je voudrais ça peut-être justement avoir des ...FDR pour cibler quand-même...toi tu décides très tôt (regarde médecin 3)...moi j'arrive après la cuillère quand-même...voilà...c'est d'anticiper un petit peu et puis...c'est à voir oui peut-être des FDR comme par exemple pour l'embolie pulmonaire tu sais tu as un score tu dois faire ceci cela...et avoir un petit...petit...

Médecin 4b : ...des alertes...

Médecin 3b : ah oui je crois qu'il me manque ça moi les...tu vois des petits voyants...ah tac, celui-là il ne va pas s'allumer là...méfiance...ça va...ça va plonger quoi...

Rechercher les symptômes psychiques :

M3a : il y a aussi la question du sommeil... Et comment vous dormez ? Est-ce que vous dormez bien ? Chercher en fait des symptômes ...d'anxiété...de troubles du sommeil...et j'aimerais aussi savoir est-ce que c'est la douleur qui vous réveille ou est-ce que vous vous réveillez et vous avez du mal à vous rendormir ?

M3a : aller chercher en fait...de sortir du questionnaire lombalgique, de rentrer dans un autre questionnaire sans forcément alerter le...le... enfin si on ne sent pas l'aspect ...psy...de la question...on peut arriver à avoir des infos un petit peu différentes...quoi...

Médecin 3 : voilà...est-ce que vous dormez bien?est-ce que vous vous endormez bien?est-ce que...voilà... « Non ça me fait mal je me couche et puis après je dors bien jusqu'au lendemain matin.. »...bon à priori voilà...c'est pas vraiment quelqu'un qui va pas bien dans sa tête...qui va forcément bien dormir donc...ça a un moyen d'aller chercher l'info ça...

M4a : oui, ben ...de dire le week-end ou quand vous êtes en vacances est-ce que vous avez aussi mal

4. QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES POUR ABORDER LE SUJET DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX AVEC LES PATIENTS ?

4.1. Expliquer la normalité de l'examen clinique et des examens complémentaires :

M4a : « je l'examine, bon, vraiment aucun signe clinique alarmant »

M4a : sur un examen clinique qui, bon, admettons, complètement rassurant

M6a : pas de signe de sciatalgie ça faisait vraiment lombalgies communes

M5a : l'examen...strictement normal

M1a : l'examen est pauvre

M4a : c'est vrai parfois avec le stagiaire en particulier, prendre le temps de palper et moi quelque part j'apprends aussi à reconnaître la contracture et eux ils la sentent c'est-à-dire que...on peut palper des épineuses (fait le geste), ils sont à plat ventre ils n'ont pas mal ...ça va... bon des fois on fait prendre conscience que c'est pas toujours très bien aligné...et tu palpés à côté et tu sens que c'est dur et eux ils vont sentir à ce moment-là aussi...Il faut prendre le temps de le faire

Médecin 5b : et donc tu leur demandes quand-même si cette fois-ci ils sont stressés, s'ils sont fatigués par quelque chose...enfin moi j'essaye de...voilà...souvent je ne fais pas ça au départ, dès le départ...Je demande leur boulot comment c'est arrivé et tout ça et en l'examinant je vois le dos...

M5a : la radio est faite et qu'elle est normale

Rassurer le patient en parlant de contractures :

M4a : « pour moi c'est que de la contracture que vous avez »

M5a...le fait que parfois dès qu'il y a un choix de dire qu'effectivement qu'il y a des douleurs du dos en particulier quand il y a une douleur où les gens ont mal partout...de haut en bas et surtout quand on touche les masses musculaires des 2 côtés ça fait mal...Ah...ça peut pas faire mal partout...il y a quelque chose qui va pas...et de temps en temps...

M1a : leur dire que si c'est des contractures musculaires bah...de leur dire « vous n'êtes pas un peu tendu en ce moment ? »...

M4a: prendre le temps de palper et moi quelque part j'apprends aussi à reconnaître la contracture et eux ils la sentent c'est-à-dire que...

« M3b...parce que c'est un problème musculaire il faut faire travailler...il faut faire travailler le muscle et là je leur dis attendez, vous avez surtout mal quand là...c'est quand vous vous levez ça se dérouille etc... ? Et quand c'est l'après-midi ça va mieux bon ben c'est des muscles vous les avez chauffés...bon ça va mieux...ben il faut les chauffer...donc là il faut...si je vous arrête là vous faites 2 heures de de randonnée...de marche dans la matinée et 2 heures dans l'après-midi... (Ouvre ses mains)

4.2. L'écoute en se donnant du temps:

M3a : je suis pas sûr que tu revois ...enfin...qu'ils reviennent 2, 3 fois par an pour sa lombalgie...mais ouais j'imagine...(soupire)...après c'est normal, c'est...c'est soit il y a des problématiques professionnelles qui l'explorent...soit il y a des problématiques personnelles ou X...qui...voilà...ils sont réticents à ce moment -là...et...des fois ça le simple fait de les écouter...voilà...de ...est-ce qu'il y a en ce moment qui fait que... (Mouvements de ses bras) des problèmes...et après il faut se donner du temps....

M5a...la première ou deuxième fois je reste plutôt dans l'entente de la plainte, l'analyse de la plainte, l'importance de la plainte ...et puis bon...15 jours, bon, on se revoit, ça s'arrange nettement quoi...On fait attention un petit peu, ou on regarde l'aspect fonctionnel des choses...puis effectivement si ça répond pas ou si on voit un aspect de chronicité...heu...là effectivement il y a quelque chose qui va pas quoi

M3a : moi je passe plus de temps à discuter avec eux...donc la demi- heure que je passe je la passe à discuter

M3a...et puis après effectivement...c'est plus...voilà...le soutenir ...les écouter ...voilà... et plus par le ressenti que le...que le...enfin moi j'essaie de sortir...sortir des lombalgies ...enfin...du reste des lombalgies...mais...

M4a...elle aussi prenne le patient dans sa globalité et prenne le temps de discuter...

M 5a...je lui ai dit « mais qu'est-ce qui vous est arrivé ? »...Je discutais un petit peu de temps en temps à chaque fois et puis elle m'a dit « bah oui vous savez la mort de mon neveu ça m'a marqué... » « Ah oui, racontez-moi ça... »...c'est là que j'ai appris les circonstances

M6a...Et c'est pas uniquement comme ils disent des fois « c'est pas dans ma tête hein... », c'est vraiment leur dire qu'on entend qu'ils ont eu mal quoi...donc...voilà...

M5b...Après on fait quand-même pas mal de thérapie de soutien, soit on envoie les gens voir ci voir là ou on les voit, on discute, on parle des difficultés du quotidien et...voilà des fois verbaliser...enfin ça suffit pas complètement mais ça aide...ça leur fait du bien qu'ils ont vidé leur sac.....T'as moins lourd sur le dos aussi des fois...Je pense que pour écouter ça se passe bien

Le temps pour la consultation :

M6a : la première consultation ça peut aller vite s'ils ont mal, et que tu as l'essentiel de leur plainte et après s'ils reviennent...

M5a : c'est l'organisation de la consultation et les prises de rendez-vous qui est l'élément le plus important...c'est-à-dire si je sais que je peux disposer d'une bonne demi-heure et que je vois le patient tranquillement...ça va aller

M4b : il faut prendre le temps...c'est une consultation longue...où tu discutes pas mal

4.3. Faire prendre conscience au patient :

Médecin 4a : il y a un rôle forcément musculaire mais il faut que le patient, la patiente pense à ça alors...

Médecin 6a : et puis du coup les gens vont sortir avec ce qu'on leur dit et ça va percuter ou pas...et....

Médecin 1a : ou au moins ils entendent et peut-être qu'un jour ça percutera....

Médecin 3b (acquiescement de la tête) voilà...c'est un truc aigu et qu'il n'y a pas de raison pour que ça...

M2b : et petit à petit quand on arrive à leur faire ...prendre conscience de leur...de leur dos...leur corps peut-être avec l'aide qui a été instaurée au début mais heu...et bien ils savent qu'ils ont mal,

M3b : c'est-à-dire essayer de lui faire rattacher ...de lui faire...parce que lui il n'a pas forcément...lui il a mal au dos

M4a...pour que les patients des fois...par...toi quand tu l'examines...se rendent compte que bah oui, là, il y a quelque chose...il a bien mal...ça lui explique leur mal quelque part parce que...bah ils voient bien qu'il se passe quelque chose...on va essayer de...voir ça et puis après tu le réexamines et que ça va mieux ou s'il a toujours mal ben là on peut dire « attendez il faut bien qu'on voit un petit peu qu'est-ce qui se passe quoi... »C'est pour ça...

M4a: Et s'il dit...ben non...le week-end ça va bien , de se dire...bon ...ben...expliquez-moi pourquoi le week-end ça va bien et pourquoi...dans la semaine...le comportement il n'est pas le même.....Bon là vous avez eu une période de vacances, pendant la période de vacances pendant la période de vacances comment ça s'est passé ?...Bon j'ai fait ce que je voulais faire j'ai pris la voiture ...et puis...hop on revient à nouveau avoir mal...bon pourquoi ça va bien pendant une période et pourquoi ça ne va pas bien dans une autre période...Qu'est-ce qui se passe ?

M1a...des fois j'y vais « cash » (rires) je leur dis « bah...il n'y a pas un truc qui va pas ? »...s'ils annoncent la phrase « bah...c'est pas dans la tête docteur... »Peut-être que pas dans la tête mais je leur explique avec des mots un peu caricaturaux de la situation....Je leur dis « je reviens pas sur votre douleur qui existe mais...voilà »...mais après ...

M1a...et moi...et là j'élargis le spectre du reclassement etc...et c'est là...la fois d'après elle m'a sorti effectivement... « d'être aide-soignante ça me plaît pas »

M5a...alors que la personne qui participe à sa douleur et essaie peut-être de comprendre dans les périodes où les choses ne vont pas bien...se demander quand ça va pas...qu'est-ce qui se passe ?

M1...c'est vrai que de mettre ça sur leur contradiction...quand ils vont au tennis ils n'ont pas mal au dos...et puis...heu...quand ils vont au boulot ils ont mal au dos...heu...ça c'est une façon effectivement d'entrer ...enfin sur le terrain....

Médecin 5 : et donc tu leur demandes quand-même si cette fois-ci ils sont stressés, s'ils sont fatigués par quelque chose...enfin moi j'essaie de...voilà...souvent je ne fais pas ça au départ, dès le départ....Je demande leur boulot comment c'est arrivé et tout ça et en l'examinant je vois le dos...

(servir du compte-rendu de l'évaluation pour faire cheminer le patient ...)

Médecin 1 : oui pour faire cheminer le patient...et puis le faire voir il y a ça...5 ans plus tard...il y a ça...

4.4. Passer par un intermédiaire pour faire cheminer le patient :

4.4.1. Recours aux spécialistes :

M4a : parce que le spécialiste, le rhumatologue ne va sûrement pas s'occuper depsychologique

M4a : et c'est vrai ça permet après de dire « vous avez mal au dos...il y a peut-être quelque chose derrière...qu'est ce qui se passe ? »...Parce que souvent le spécialiste c'est ça...bon , j'ai vu ce patient et je revois pas forcément, parce que ce ne sont pas des gens à voir à priori, et ça nous permet tout à faire de dire ...bon...ben...allez hop...on va aborder maintenant certaines choses

M1b : je suis assez concret hein, c'est-à-dire qu'au bout d'un deuxième troisième épisode lombalgique demander une radio, un scanner, pas d'IRM mais souvent un scanner lombaire et assez rapidement je

vais l'envoyer voir mon confrère rhumato , au moins vous avez un avis spécialisé...au moins on se rassure de ce qu'il y a...qu'il puisse développer ce ou ce qui n'est pas possible de développer....

M3b : c'est que à un moment donné je ne suis pas capable d'assumer ça....Donc je demande l'avis du spécialiste.

M1b...c'est pour ça que je demande rapidement un deuxième avis parce que j'ai l'impression que je vais répéter souvent la même chose...vous avez une lombalgie chronique...la douleur vous l'aurez elle va pas disparaître c'est souvent ce que je dis...la lombalgie chronique je vais pas la guérir hein...je vais la stabiliser...."

a) Le rhumatologue :

M6a : Et l'intérêt éventuel du rhumato aussi éventuellement c'est de juger de l'intérêt d'une infiltration

M5a...Effectivement là c'est l'élément organique, c'est le bilan bio qu'on va faire, c'est peut-être le rhumato qu'on va aller voir...

Médecin 2b : voilà tu as passé le cap des rhumato, des IRM et tout ça donc t'arrives toujours...heu...le rhumato t'as dit...voilà...il n'y a pas grande chose...

Médecin 2b : ...des fois c'est bien...un rhumato qui va trancher un peu...

Médecin 5b : exactement...

Médecin 2b : ...et essayer de lui faire comprendre que...

b) Centre anti douleur :

M6a : ...il avait été suivi par le centre anti douleur à un moment aussi...donc je lui ai parlé de tout ça mais il n'a pas envie d'y retourner car les choses

M1a : et puis maintenant de plus en plus pas forcément pour les lombalgies chroniques les centres d'algologie, la prise en charge pluridisciplinaire parce que je me rends compte que souvent...heu...peut-être dans d'autres cas de douleur au bout d'un moment on est dans l'impasse

M2b : donc...je pousse vers...un relai. Je dois dire que j'ai...parfois besoin du...du centre anti douleur...la Sagesse...ça m'arrive...

Médecin 2 : ok mais...je préfère effectivement ce centre anti douleur où tu as le...le... quand-même un suivi un peu...

c) Ecole du dos :

Médecin 5a : quelque chose que j'ai eu qui était tout à fait intéressant c'était l'école du dos...

Médecin 2 (acquiescement de la tête) oui c'est sûr...surtout l'école du dos il n'y a jamais eu de résultat... (Rires)

M1b : je les envoie régulièrement à l'école du dos...

Médecin 1b : ils vont t'envoyer le compte rendu et tout hein ...ce qui est bien avec l'école du dos (sourires) c'est qu'ils t'envoient une belle observation des fois je découvre des choses (rires)

Médecin 2b : mais souvent ça...ça dure 3 jours et puis après...ben voilà...ça s'arrête là...j'ai pas de suivi derrière...débrouille-toi (sourires) avec ces 3 jours...

d) Le médecin du travail :

M2a : je les renvoie assez vite fait voir leur médecin du travail

M6a : avoir recours à la médecine du travail ça c'est une démarche que j'avais pas certainement au tout début de l'installation

M2 : pour revenir à la médecine du travail je trouve que c'est plus facile dans les entreprises en fait PSA...ou...il y a déjà tout un système de réflexion collective par rapport aux TMS ou lombalgies...

Médecin 2b : le médecin du travail nous aide aussi...

M5b...après il a mis le médecin du travail dans l'affaire

Médecin 2b : c'est le médecin du travail qui fait ça, non ? Pas toi ? Moi, c'est souvent le médecin du travail qui résout...au téléphone....

Médecin 1b : globalement un patient qui est arrêté un certain temps doit avoir un courrier du médecin de travail normalement...

Médecin 3b : pas toujours...hum hum...

Médecin 2a : mais...mais...d'ailleurs médecin du travail qui ...très souvent de faire rencontrer pendant (accentue le mot pendant) l'arrêt de travail alors...à priori c'est faisable quand-même...

e) Prise en charge pluridisciplinaire :

M1a : et puis aussi effectivement pour...je vais dire ne pas avoir à gérer seul...la reprise du travail

M5a : c'est certainement le problème de prendre en charge la personne dans sa globalité ...

Médecin 6 a: mais t'en as justement qui en font plus dans l'école du dos, il y en a qui en font partie quoi...une sorte de réseau...réseau lombalgies et qui...la possibilité d'avoir une correspondance...d'être un petit peu privilégié...heu...à ce niveau-là....

Médecin 3a : moi, je pense que la relation duelle avec le patient n'est pas la bonne relation dans ce type de problématique A mon avis, c'est plus une prise en charge globale avec des pairs ... euh ... collective.

Médecin 5a : ... le psychologue dans le contexte que tu rapportes ... n'est pas tout seul non plus parce qu'il y a plusieurs séances ...

M5a. Ça c'est des prises en charge avec un kiné éventuellement, un podologue ou quelqu'un qui va s'occuper de l'aspect fonctionnel de l'ensemble pourrait être intéressant dans ce cas-là"

Médecin 3b : et...et je me suis dit mais...attends, il y a (sourires) ...il y a eu un gag là dans la prise en charge parce que ...qui fait quoi...en fait il y avait plusieurs axes....et tout le monde s'est... (Fait des signes avec ses bras)...enfin Patis Fraux ils l'ont pas tiré à lui hein puisque c'est moi qui lui ai fait le ménage...mais j'ai eu l'impression que dis donc, c'est dur de...

M3b : c'est pourquoi ne pas pour un patient réunir autour d'une table dans un moment précis ou en vidéoconférence ou je ne sais pas enfin tu vois...un truc comme ça...il y a des conférences téléphoniques qui sont organisables hein...le médecin conseil il pourrait faire ça d'avoir des interlocuteurs et aussi essayer de comprendre le patient, ce qu'il traîne derrière et comment on peut arriver à ...à avancer ...quitte à nous donnant nos actions et pas en restant chacun dans son truc....

f) Le médecin conseil ?

M2b : médecin conseil des fois c'est une aide aussi

M1a : elle était bien sûr convoquée par le médecin de la Sécu

mais je dirais merci au médecin de conseil de la Sécu parce que je l'ai eu une fois au téléphone je crois...je lui ai expliqué que je n'ai pas réussi à dépatouiller la situation...j'étais bien contente d'avoir le courrier du médecin conseil

g) Le médecin rééducateur :

M6a...Les faire voir peut-être pas uniquement le rhumato mais le médecin rééducateur...

Médecin 2a : bah...le médecin rééducateur aussi...

h) Le psychiatre :

M1a : peut-être qu'un jour vous serez convaincu qu'il faudra peut-être aller voir un psychologue, qu'il faut aller voir un psychiatre parce que tout seul vous en sortirez pas...

Médecin 3a : l'étape après c'est qu'ils vont aller voir un psychiatre...

4.4.2. La kinésithérapie :

M5a : c'est le travail du kiné...quand il prend 3 personnes ,1 dans chaque salle et qu'il met les électrodes...

le résultat doit pas être terrible...quand il prend un patient et qu'il le fait travailler une demi-heure avec une réadaptation physique adaptée à ce qu'on fait...voilà...normalement je pense qu'on devrait avoir un petit courrier du kiné ...au départ éventuellement s'il y en a qui sollicite quelque chose...surtout à la fin...d'avoir un peu son avis...son appréciation...ou autre chose...c'est sur ce point-là...

Médecin 6 a: ce qui peut réguler un petit peu aussi la prise en charge de la demande c'est le délai qu'on va avoir chez chacun des spécialistes donc le kiné c'est facile c'est rapide

M4a...elle aussi prene le patient dans sa globalité et prene le temps de discuter...et...même à la rigueur il y a des personnes qui se rendent compte de certaines choses...elles reviennent avec leur dos...elles ne sont pas forcément conscientes de ce qu'il y a derrière mais le fait de passer entre les mains de cette kiné qui, je sais, qui travaille bien ça « ouvre leur esprit » je vais dire et ça permet éventuellement de revenir...et d'aborder aussi le sujet...

M5b...heu...après je mets pas mal de kiné quand-même en première intention...et...heu...et voilà des fois je me dis on peut tenir comme ça un petit moment....

M1a....On va parler du travail mais ça n'empêche pas que vous bénéficiez des séances de kiné pendant que vous travaillez

Médecin 1b : moi je mets souvent la kiné lombaire avec le kiné avec qui ils s'entendent bien...moi je dis si vous n'aimez pas ce type de kiné changez...et allez voir le kiné avec qui vous vous entendez bien, avec qui vous avez l'impression de ...d'avancer....

M2b : des fois on a l'impression qu'ils ont perdu leur temps avec leur 15 séances chez un kiné qui met les électrodes et puis voilà...bon...donc marche arrière...on essaie de rappeler les chose et repartir vers quelqu'un qui est plus efficace....

Médecin 2b : j'aime bien les kinés comme je disais tout à l'heure qui font prendre conscience aux patients leur corps et qui peuvent aussi les aider à faire la rééducation chez eux et qui travaillent dans ce sens-là quoi...C'est vrai que je trouve que ça peut les aider de cette manière-là...

M4b....Mais quand j'envoie chez le kiné je préviens les gens que si c'est pour rester une demi-heure avec des électrodes debout...ben...il faut changer de kiné....ça sert à rien de continuer...

Désaccord :

M3a : moi je pense...que bon...la partie technique objectivement la kiné ne sert à rien...voilà....la partie prise en charge psychologique...voilà c'est le fait d'être tac, tac, ta c avec un soignant....

Médecin 1a (se penche en avant, acquiescement de la tête)

Médecin 2 a: je crois qu'il y a les apprentissages un peu posturaux quand-même....

Médecin 4a : il y a un rôle forcément musculaire mais il faut que le patient, la patiente pense à ça alors...

Médecin 3a (balance sa tête à gauche à droite)...je pense qu'il faut qu'ils se bougent...

Médecin 4a : ouais, mais il y a bouger bouger, mais ils ont mal (rires)

Médecin 3a :c'est la façon de bouger... "

4.4.3. Le psychologue :

Médecin 3a : moi, je pense plus au psychologue ... moi je pense que c'est des psychologues et ... et ... des professions adaptées...des scouts ... voilà (rires).

M4a... moi, je connais par exemple deux personnes qui sont psychologues et ... et ... qui travaillent beaucoup sur le stress au travail le problème de psychologue c'est que ce n'est pas remboursé derrière ... il faut que les gens puissent payer ...

Médecin 4a : et ... quand il y a le stress, il faut aussi que la personne ait envie d'y aller ... parce qu'on ne va pas non plus facilement voir un psychologue ...

Médecin 3a : non ! Mais pour ça l'intérêt que ce ne soit pas en individuel, tu casses la relation stigmatisant du « psy » ... c'est complètement différent ... euh ... par exemple, dans le quartier où on est, on a des problèmes de nutrition, donc ces 5, 6, 7 personnes qui ont du surpoids furent le réseau de séances ... il y avait trois séances avec le psychologue ... on aurait jamais pu faire avec ces gens-là sans le psychologue ... là, c'était intégré dans la séance ... les déclics qui se sont passés sur le poids se sont passés dans les séances avec le psy (ouvre ses mains).

Médecin 5a : si tu prends le psychologue tout seul ... il aura peut-être pas forcément un gros ... gros ... intérêt ...

Médecin 4a : oui mais enfin ... à un moment si tu as vraiment un problème au travail ou des choses comme ça pendant un certain temps ... euh ... la prise en charge individuelle peut être nécessaire aussi parce que la personne a besoin finalement de ... de ... prendre conscience de ce qui se passe et de ... de ... les deux peuvent être complémentaires, c'est-à-dire qu'il y a une approche d'abord globale et ... parce qu'il y a des fois où tu es bien obligé d'être en face de ... "

Médecin 5b : mais le rhumatologue ne va pas être capable d'assumer ça...il faut qu'il voit un psychologue ou quelqu'un pour parler....

Médecin 3b : psychologue...

Médecin 2b : énormément...

4.4.4. Ostéopathie :

M2a : J'ai un monsieur dans son entreprise il y a justement un ostéopathe qui vient leur faire des cours justement les matins...des mouvements d'échauffement...

M1a...je travaille beaucoup avec l'ostéopathie "

M4b : et je commence un petit peu à demander l'avis d'un ostéopathe en seconde intention donc les gens aiment bien en général...consultation ostéo... discuter et l'ostéopathie ...j'ai...voilà...j'ai pas mal de...j'aurai un peu de mal à m'y mettre mais je commence à voir des gens revenir et être vraiment très satisfaits et donc je commence à conseiller de revenir...une séance ou deux ...la dernière est revenue me dire que l'ostéo lui a dit qu'elle en avait plein...pas plein le dos mais qu'elle somatisait beaucoup...qu'elle a certainement beaucoup de soucis... enfin plus au niveau des cervicales (montre ses épaules)...c'est pas pareille...et du coup elle en a tiré beaucoup de choses...mais elle savait pas trop comment m'en parler...voilà....Je trouve que l'ostéo a aussi un contact avec les gens qui est intéressant...

M3b... et c'est vrai que faire faire des gestes au patient et leur montrer qu'ils vont mieux après...ben les gens ils sont...ils sont contents

4.4.5. Podologue :

Médecin 4a : dans les lombalgies qui traînent ... c'est vrai que le recours généralement au podologue des fois ... même le fait de ... de les faire marcher ... de ... de ... de dire voilà ... les pieds on voit bien ... c'est ça des fois les recours au podologue ça débloque certaines choses et il y a des gens qui sont très très contents et qu'ils n'ont plus mal au dos quoi ...

M2b...Et petit à petit j'ai certains patients qui effectivement ont bien pris conscience de tout ça et puis là du coup ils se prennent en charge eux-mêmes...Ils ont toujours mal...Ils font leur kiné, leur kiné seuls, parfois des semelles de décompensation vestimentaire alors que c'est une petite jeune femme élégante et qu'il faut mettre des semelles ben voilà hein...ça veut dire que les chaussures à talons il faut les supprimer...Là c'est l'image de son corps qui change hein ...

4.5. Réticence du patient :

M5a : il se plaint pas, il veut pas dire de quoi il se plaint ou ce qui ne va pas, ou il est en phase de licenciement et il nous l'a pas dit

M3a...parce que si on le dit « vous êtes anxieux etc... » Tout de suite il va dire oh bah non qu'est-ce que vous cherchez là...effectivement docteur c'est pas la tête, non...non...

M1a...mais...après ...effectivement les gens qui seraient plus timides ou un peu en retrait...il faut...vouvoyer avant de leur faire dire quelque chose...ça c'est clair sinon...ils vont...ils vont s'en aller...ils vont pas revenir...et...on leur a servi apte plus qu'autre chose...

Médecin 4a : et ... quand il y a le stress, il faut aussi que la personne ait envie d'y aller ... parce qu'on ne va pas non plus facilement voir un psychologue ...

Médecin 3a : oui, c'est là qu'on Moi, des gens que je rencontre au quotidien c'est des gens qui sont ... bon ... les pys ça leur fait peur ... voilà ... et le fait d'y aller à plusieurs

M1a : mais là il est allé voir le psy mais toujours pas convaincu de ...comment dire ... de l'utilité du psy...parce que il a sorti le mot cet après-midi... « ce sont des charlatans »"

M3b : mais ils peuvent s'enfermer en se disant non c'est mon dos, c'est mon boulot, ça va pas etc....

M4a mais elle savait pas trop comment m'en parler...voilà...

Médecin 4a : oui ben on n'a pas trop envie d'aller voir...surtout quand ils se sentent pas..."

4.6. La relation médecin-malade :

M4a : Oui c'est un petit peu ça mais surtout les spécialistes eux ...nous on va dire on n'est pas « pète sec » avec les patients parce qu'on va les revoir...donc on n'ose pas dire les choses...que certains spécialistes « c'est comme ça, vous êtes là, vous n'avez rien, maintenant on passe à autre chose !

M6a : Donc, de...d'être un petit peu le pivot entre toutes ces personnes-là en essayant de reconforter le patient ou la patiente qui est en face

M2b : parce qu'il y a souvent un côté affectif avec le patient un petit peu...on a du mal à trancher et de dire qu'on...

M5b...heu...je ne sais pas dire non encore mais ça ça va peut-être venir (rires)

M1b : moi je pose des questions ouvertes toujours...voilà...est-ce qu'il y a autre chose qui vous a amené ça ?qu'est-ce qui s'est passé ?depuis quand ça s'est arrivé ?qu'est-ce qui a provoqué cet accident ?est-ce qu'il y a autre chose qui vous embête ?comment ça se passe dans votre travail ?est-ce que vous vous entendez bien avec votre patron ?voilà...essayer de poser des questions comme ça indirectes, pas des questions fermées mais des questions ouvertes c'est comme ça que j'essaie d'aborder à côté des pathologies chroniques....

M4a...et que c'est pas toujours facile à faire dire au patient parce qu'on aimerait bien que ce soit le patient qui nous dise quoi....On lui tire pas trop les vers du nez, ça vienne de lui et donc ça permet justement

M1a : mais bon...ça dépend aussi de la façon dont le patient va présenter quelque chose aussi...Cette jeune patiente je la connaissais pas trop donc qu'il n'y a pas l'aspect relationnel installé donc j'ai peut-être tendance des fois à aller...oui cash et franco...

M4a: donc c'est ...c'est...c'est une histoire de personne du médecin...qui...qui se positionne et le patient va supporter ou pas supporter cette position...je vais dire maintenant je suis carrément à l'est parce que justement je lui dis en gros son problème c'était ça, et que moi c'était pas mon problème et quand il sortait...ben...il retournait avec son problème et moi, je...je passe à autre chose..."

Médecin 1b : pour le patient ça peut être mieux un autre qui lui dise que nous, nous disons...il peut dire...ah il n'a plus envie de m'aider...alors que là ça passe tout seul quoi...des fois c'est plus facile à accepter quoi...

Médecin 2b : on les connaît bien (baisse sa tête) je...je trouve qu'on aborde les problèmes assez vite...heu...après c'est l'accept....Je crois que l'idée doit cheminer aussi quand il y a un problème psychoaffectif par exemple

M5b : je sais pas parce que les gens ils viennent te voir en fonction de ce que t'es aussi hein

5. QUE FONT LES MEDECINS GENERALISTES POUR EVITER LA CHRONICISATION D'UNE LOMBALGIE ? QUEL SUIVI ORGANISE ?

5.1. Faire un travail de déconstruction des croyances ou de représentations du patient :

M6a : Donc j'ai essayé plusieurs fois en le réexaminant de lui expliquer que je pense, moi, à l'examen, que c'est plutôt une hypersensibilité au niveau de cette partie- là qui est plutôt d'ordre névralgique, et qui fait que la peau soit à peine touchable, et ce qui fait que le kiné ne peut pas le toucher...ce qui fait que...et aussi, à mon idée...je pense que ce ne sont pas des lipomes qu'il amais il est persuadé que ce soit ça...et ...j'ai dû passer 2 consultations, essayer de lui réexpliquer...à chaque fois il en sort il est convaincu « oui, bon, d'accord »...et puis il me rappelle

M3b : après on a aussi le souci par rapport à la représentation qu'il a ...qu'est-ce que ça signifie pour le patient d'avoir mal au dos...c'est ça qui est aussi pas mal...c'est...est-ce que ça signifie pour lui...heu ...ben...une impossibilité de travailler...alors ça peut aller dans les deux sens...ça peut être une catastrophe...comme ça peut être un bénéfice secondaire entre guillemets...enfin...après ...donc qu'est-ce que ça représente pour lui son dos...son mal être...de ce potentiel...

Médecin 5a : c'est la représentation de la lombalgie du lombalgique...la reconnaissance que l'on ait, qu'on souffre...qu'on a un statut voire de malade, qu'on est patient et qu'il faut faire attention à soi, et la lombalgie comme élément de sinistrose qui vous interdit de travailler

M5a...tant qu'il vit à travers sa souffrance.

Médecin 6a : pour le patient (regarde médecin 1)...comme tu dis qui a été vu tuc, tuc, tuc comme ça (fait signe de la tête au pied avec sa main gauche) c'est un moyen de prouver qu'il est toujours en vie quasiment

Médecin 3b :Bon ben là vous avez pas fait le même travail, c'est du muscle c'est un travail musculaire donc en fait j'essaye de leur faire comprendre ...enfin de...qu'ils aient une représentation de quasiment un épisode normal dans leur vie par rapport à leur corps...

M3b : donc quand il a mal au dos il a un mal-être ça va pas...

5.2. Utiliser l'examen clinique pour faire comprendre au patient la bénignité de leur pathologie :

M4a : c'est vrai parfois avec le stagiaire en particulier, prendre le temps de palper et moi quelque part j'apprends aussi à reconnaître la contracture et eux ils la sentent c'est-à-dire que...on peut palper des épineuses (fait le geste), ils sont à plat ventre ils n'ont pas mal ...ça va... bon des fois on fait prendre conscience que c'est pas toujours très bien aligné...et tu palpés à côté et tu sens que c'est dur et eux ils vont sentir à ce moment-là aussi...Il faut prendre le temps de le faire

M3b...en leur faisant faire des exercices intensifs et ...heu...donc...c'est des outils aussi qu'on pourrait s'approprier...ils sont pas du tout délétères ils montrent...ils peuvent montrer au patient qu'il est encore capable de se pencher un petit peu en avant et que ...il s'est bloqué parce que il a peur d'avoir la sanction le coup de bâton heu...mais que ...en fait il est capable de faire encore...

5.3. Anticiper et mettre une barrière dès les premières consultations :

M3a : il y a 2 trucs...sur les lombalgies aiguës qui viennent d'arriver...c'est un petit peu la même démarche (regarde médecin 6)...c'est-à-dire que avant de classer de le voir, je mets une barrière assez vite en disant que de toute façon si dans un mois que vous revenez ...enfin...j'annonce un peu la couleur déjà au patient en disant...voilà...on a petit peu de temps on...on se reverra dans 2,3 semaines,...je mets toujours un cheminement qui, moi, me permet déjà de mettre une certaine barrière et au patient aussi de mettre une certaine barrière en se disant ...bon, de toute façon après...ce sera pas moi qui va gérer le problème parce qu'il y a vraiment autre chose à faire...

M3a : Et puis après j'ai des gens qui reviennent pour des lombalgies mais la XIème lombalgie et là...heu...je fais une démarche complètement différente....Je suis dans une démarche où je leur dis « bah ouais vous avez mal au dos...ben oui, mais il faut faire avec ...»et là ça les travaille...et voilà...comment on va faire avec votre dos parce que vous avez mal

M3b...Il faut essayer à mon avis dès le départ de ne pas...leur permettre de continuer à...avoir ses symptômes-là, c'est-à-dire...

M1a : Moi, j'essaie d'anticiper, je suis assez...des fois ça leur fait peur parce que quand je parle de médecin du travail ou reconversion en 15 jours peut-être que ça leur fait peur mais moi je...je ...j'ai remarqué de plus en plus...j'essaie d'anticiper ça

M2b : je prépare une reprise en leur disant de toute façon ils reprendront avec les douleurs...

M5b...moi je suis pas capable d'anticiper avec eux...j'ai...j'ai une certaine...comment dire...j'ose pas leur en parler...c'est-à-dire leur dire mais attendez...là dans 2 mois...enfin quand est-ce que vous allez être en demi salaire...est-ce que vous avez une décompensation...est-ce que vous avez une assurance...est-ce que...par rapport à vos prêts...

Médecin 3b : ouais...un fonctionnaire ou quelqu'un qui a un travail comme toi si tu l'arrêtes...tu vas chroni...tu vas passer à la chronicisation...

Médecin 5b : ...c'est péjoratif quoi...c'est délétère...

Médecin 3 : ah non c'est complètement (fait signe avec sa main droite)...alors là je peux te dire...il n'y a pas de problème

5.4. Encourager le patient et organiser une reprise rapide :

M2a : c'est quelque chose un petit peu compliqué chez un jeune homme de 30 ans mais qui a un travail assez physique, en général, bon, ben...pour la reprise du travail ...je les renvoie assez vite fait voir leur médecin du travail... Je lui ai dit bon...ben...écoutez...si ça se trouve que vous allez reprendre le travail même si c'était difficile

M1a : oui, moi je pense qu'il faut activer ça parce que de toute façon à un moment donné il faudra retourner au travail...donc ...

M3b : mais là où je suis embêté c'est pour le mal du fonctionnaire ,c'est pour celui qui tond un terrain de foot etc....Alors là je suis très embêté...ou quand il y a un accident de travail là aussi je suis très embêté...de...moi j'essaie de les faire reprendre avec soins et très rapidement, c'est-à-dire je leur dis vous savez le dossier d'accident de travail il couvre toujours hein, ne vous inquiétez pas...mais...il faut vous entraîner à faire votre boulot parce que plus on va prolonger plus ça va être difficile pour vous de reprendre (fait des mouvements avec ses mains)

Médecin 5b : moi j'ai envie de dire ben retournez au travail voilà...peut-être pas manutentionnaire vraiment mais il n'y avait pas besoin effectivement de reclassement professionnel...son dos est plutôt bien il n'a plus mal au dos et du coup j'ai dit oui...et j'ai un peu tourné le truc pour dire qu'il retourne au boulot mais (tourne ses mains)...

Médecin 2b : puis il y a eu des fois des avis divergents à la reprise...normalement on doit insister pour la reprise du travail...qu'elle soit à mi-temps thérapeutique ou pas...et auprès du médecin du travail et ...inaptes et...bon des fois j'étais un peu déçue sur ces coups-là ouaisOn se prépare, tout le monde se prépare à la reprise et puis...

Médecin 2b : et je lui ai dit mais vous savez dans le privé là demain vous auriez pu reprendre (sourires) en mi-temps thérapeutique.

Médecin 3b : ah oui...parce que en fait la problématique c'est quand-même le travail et l'alcool...enfin moi j'ai dans la tête un patient et là quand c'est intriqué quand il y a d'autres choses qui viennent...là on est...enfin je ...la reprise du travail est vraiment difficile.

Se ménager

Reconversion professionnelle :

M1a :je lui ai parlé de re...recon...reconversion

il faut arrêter d'être aide-soignante, il faut changer de métier

M1b : Travailler du matin au soir sur les genoux penché en avant...ça c'est sûr il en a assez....Je pense donc il a envie d'avoir un travail un peu plus...moins contraignant physiquement

M1a : et là j'élargis le spectre du reclassement etc...

M2b : et puis elle n'est pas très loin de la retraite non plus donc...on va pas changer de poste...on va pas...et elle ne se voit pas ne plus travailler...

Médecin 3b : c'est...c'est une structure qui permet de...d'évaluer la...la possibilité ...voire de...d'évoluer dans...faire un bilan de compétence et donc...voir s'il y a un reclassement professionnel possible et ...heu ...

Médecin 2b : il n'y a pas de photo...enfin bon ...la réinsertion professionnelle c'est le Patis Fraux hein

Médecin 2b : et puis a...avant que le patient se mette dans la tête qu'il va abandonner son travail parce qu'il y a plein de gens quand-même qui sont très attachés...il faut du temps...

Médecin 2b :...ça chemine dans leur esprit et puis ils vont se dire au mieux je vais être arrêté 15 jours et puis voilà des mois qu'ils sont arrêtés donc des fois qu'ils ont acquis cette idée et cette certitude qu'on va pas reprendre bon ben voilà après...on les amène dans cette voie-là bien sûr (regarde médecin 3)...mais ça met du temps et tu es presque convaincu de ça quoi...

Médecin 3b : et ben pour moi il était parti sur un reclassement professionnel. Je le vois pas...t'imagines...toutes les vibrations avec... (Lève ses sourcils)

Médecin 3b : il y a des « inaptés » qui peuvent servir... (Hochement de la tête) il y a des conséquences quand-même hein...

Médecin 2b : non, non...avant la reprise...enfin...bon, on peut imaginer est-ce qu'il y a un poste adapté...comment envisager ça...

5.5. Agir sur la douleur :

5.5.1. Traitement habituel: antalgiques, antiinflammatoires, infiltrations

M6a... on n'en a pas beaucoup parlé mais bon...on a l'air tous...au niveau thérapeutique...on passe en général hein...voilà ...dans tout ce qu'on a donné comme exemple...je fais-ci.....mes dix jours d'anti-inflammatoires on sent bien tous que c'est pas la problématique du médicament dans ce contexte-là.

M2a...Donc au départ je lui ai ...je l'ai arrêté 15 jours, je lui donne à faire quelques séances de kiné, des AINS tout ça

M3a : mais peut-être lui faire quand-même une infiltration des choses comme ça

M6a : Et l'intérêt éventuel du rhumato aussi éventuellement c'est de juger de l'intérêt d'une infiltration

M5b...bon on va laisser un peu de temps, on met AINS pendant la période subaiguë...on fait de la kiné

...

5.5.2. Psychotropes :

Médecin 3a : sinon ... antidépresseur ... (rires) ...et ben, antidépresseur

Médecin 4a : oui mais antidépresseur ne traite pas tout ça non plus ... un antidépresseur ne traite pas tout ... tout ...

M2b...Les antidépresseurs peuvent être une aide pour soulager les lombalgies aussi... (Rires) ça ça nous permet de ...de les prescrire...antalgiques et puis...il peut s'agir d'une autre manière aussi...

Médecin 4b : Moi, il y a certains qui sont pas vraiment déprimés mais qui sont...qu'on n'arrive pas à leur faire connaître ou autre...je leur amène des fois des antidépresseurs juste en leur disant non pas que c'est ça qui va guérir le problème du dos mais en leur disant qu'ils peuvent supporter mieux leur humeur enfin...j'inverse le truc pour qu'ils prennent quand-même le traitement...

5.5.3. Les postures dans la vie quotidienne et au travail :

M6a :je me rends compte peut-être au fur à mesure de la pratique que les rencontres quasi hebdomadaires des lombalgies comme ça que plus on essaie de leur faire réfléchir sur leur posture aussitôt dans leur quotidien à la maison mais leur posture au travail et c'est vrai...que tout ce qui est...une sollicitation, même un travail au bureau, il n'y a pas que les travaux à la chaîne qui sont à risque... d'enclencher tout ça et entretenir tout ça

M3a : ...moi je refais souvent le schéma « alors là on est des chasseur-cueilleur quoi...(médecin 4 rires)on est chasseur cueilleur...ben vous êtes resté à la profilation de chasseur -cueilleur mais vous êtes resté toute la journée...donc vous ne supportez plus...et voilà...là aux postures

M2b ...des postures au travail parce que ça ça se manque pas hein...D'avoir mal au dos c'est assez désagréable mais quand il faut plier les genoux pour économiser son dos ça s'oublie vite

M1b La kiné c'est aussi d'apprendre des gestes au quotidien...pour ne pas revenir ici, pour ne pas ré-avoir mal...

Médecin 3b : ...bouger...on a des muscles et il y a la colonne vertébral il faut la tenir"

M3a : arriver assez vite à identifier si effectivement c'est un problème psychologique ou surmenage au travail ou si c'est un problème purement physique lié à des postures des choses comme ça...

M1a...pour parler d'ergonomie au travail, le siège, etc

et puis oui, je leur parle de leur environnement, de leur voiture des fois...enfin des choses un peu pratiques aussi parce que effectivement sur...heu...entre...le lit, la voiture, etc. ...de faire attention à ce qu'ils vont utiliser

M1a. Après s'ils sont derrière l'ordinateur si il y a le fauteuil, il y a l'appui-tête, il y a la souris etc...mais je leur parle de leur poste de travail clairement

M2a : et que les petits artisans, ou enfin voilà, ou carreleur, chauffagiste...à son compte c'est aussi ça des problématiques...plus difficiles au niveau ...ben...de l'adaptation du poste ou...

M2a : c'est plus facile dans les entreprises en fait PSA...où...il y a déjà tout un système de réflexion collective par rapport aux TMS ou lombalgies...puis dans les petites boîtes...les salariés...ben...il n'y a pas beaucoup de réflexion sur la prise en charge...sur l'adaptation des postes....

Médecin 3a : ouvre ses mains pour dire d'accord...

5.5.4. Education du dos :

a) Ecole du dos : pas d'unanimité des avis sur la prise en charge:

Médecin 5a: quelque chose que j'ai eu qui était tout à fait intéressant c'était l'école du dos...

Médecin 3b (acquiescement de la tête)...école du dos...heu...donc c'est rigolo...ils se sont...il adhère à l'école du dos et...

Médecin 2b (acquiescement de la tête) oui c'est sûr...surtout l'école du dos il n'y a jamais eu de résultat... (Rires)

M1b : je les envoie régulièrement à l'école du dos...

Médecin 1b : ils vont t'envoyer le compte rendu et tout hein ...ce qui est bien avec l'école du dos (sourires) c'est qu'ils t'envoient une belle observation des fois je découvre des choses (rires)

Médecin 2 : mais souvent ça...ça dure 3 jours et puis après...ben voilà...ça s'arrête là...j'ai pas de suivi derrière...débrouille-toi (sourires) avec ces 3 jours...

b) Education du dos en faisant réfléchir le patient :

M2b :et après...après il faut arriver à leur faire comprendre que ...il faut qu'ils vivent un petit peu différemment...que leur corps réagit comme ça...et qu'il faut que...s'ils veulent un petit peu aller mieux il faut qu'ils bougent un petit peu...

Médecin 4a : il faut qu'ils bougent par eux-mêmes hein...

M2a : après...c'est aussi l'éducation en fait...c'est pas évident en médecine générale...c'est d'éduquer les patients ...mais voilà...l'éducation dans les deux sens quoi ...c'est un lien entre le patient et nous...c'est pas d'imposer...enfin...notre manière de faire mais...les aider à évoluer...à prendre en charge ses pathologies chroniques, que ce soit les problèmes intestinaux ou lombalgies....ce qui n'est pas évident à acquérir

Médecin 3b : ben c'est-à-dire non vous avez mal au dos...ben c'est quasiment normal d'avoir mal au dos...vous avez fait les travaux de jardinage alors que vous en faites pas habituellement...moi là...je vais vous faire 50 abdominaux vous allez voir dans 3 jours j'aurai du mal de...de me redresser...Bon ben là vous avez pas fait le même travail, c'est du muscle c'est un travail musculaire donc en fait j'essaye de leur faire comprendre ...enfin de...qu'ils aient une représentation de quasiment un épisode normal dans leur vie par rapport à leur corps...

M2b : et petit à petit quand on arrive à leur faire ...prendre conscience de leur...de leur dos...leur corps peut-être avec l'aide qui a été instaurée au début mais heu...et bien ils savent qu'ils ont mal,

M3b...en leur faisant faire des exercices intensifs et ...heu...donc...c'est des outils aussi qu'on pourrait s'approprier...ils sont pas du tout délétères ils montrent...ils peuvent montrer au patient qu'il est encore capable de se pencher un petit peu en avant et que ...il s'est bloqué parce que il a peur d'avoir la sanction le coup de bâton heu...mais que ...en fait il est capable de faire encore...

M5a : celui qui a des épisodes de 2,3 fois/an...il est peut-être habitué à ces épisodes-là, il y a peut-être d'autre chose derrière...je ...j'essaie toujours à chaque fois que...soit d'appeler le kiné quand je

comprends pas les éléments évolutifs...de voir avec lui ce qu'il en pense...et voir un petit peu ce qu'il a mis en place pour les patients...Et puis...heu...avec le patient j'essaie de...de...savoir un peu ce qu'il fait avec son dos, comment il utilise son dos?...l'éducation du dos...comment il s'assoit, d'aller chercher un papier ou un crayon qui tombe par terre, s'il vous plaît...je regarde comment il fait et puis je lui dis c'est pas comme ça qu'il faut faire c'est autrement

M5a : Donc, à ce moment -là, on regarde, on discute un petit peu...et je lui montre comment se tenir sur une chaise, comment s'asseoir, comment on sort d'une voiture, comment on rentre dans la voiture, comment se lever de son lit, etc...et...les objectifs après... écoutez, vous allez faire ça, on se donne une dizaine, une quinzaine de jours, vous allez faire ça on va faire très attention, c'est pas la peine d'aller rapidement...on y va doucement vous savez c'est des gestes qui ne sont pas normaux pour vous donc vous y pensez...et quand vous commencez à avoir mal ...c'est que vous faites quelque chose pas bien...vous faites trop vite...vous faites...mais c'est pas ça...il faut arrêter tout de suite, il ne faut pas avoir mal...et à ce moment-là, après, vous allez commencer à réfléchir

5.6. La participation du patient dans la prise en charge de sa pathologie:

M1a : Moi je leur demande de gérer leur dossier aussi parce que je trouve que c'est à eux de gérer cette prise en charge pour solliciter...les différents moyens qu'ils ont à leur disposition en fait

M3a...c'est un truc que j'utilise pas il y a 15 ans quand je suis installé et maintenant ,dès le début, j'ai des patients qui sont assis qui sont sédentaires, d'emblée je leur dis... bon ben ...ok, je fais un break mais tout de suite, et demain...heu ...vous viendrez me voir un petit peu ou surtout pas rester enfermé toute la journée...Je leur dis ...il faut sortir, il faut marcher, il faut faire des petites activités ...ballon...enfin bon, pas répétitives mais voilà, aller dans le mouvement quoi...

M4a...que le patient est maître de certaines choses...la douleur on peut...apprendre à la contrôler, il faut savoir comment faire...et si on explique aux gens et qu'ils ne le font pas ...il faut dire ...eh ben...écoutez, vous aussi vous êtes partie prenante de votre douleur donc à vous aussi de...de...d'investir dans la prise en charge...

M1a...Si vous voulez arrêter de souffrir, ben...changez !

...il m'a dit qu'il allait voir si ça lui fais de bien mais je lui dis...voilà...c'est pas le psy qui vous fait du bien et que...ses expressions c'est « tirer les vers du nez »je lui dis c'est pas ça non plus...mais c'est rigolo...enfin...c'est rigolo ...je savais que ça n'allait rien donné...il a fait 2 séances...et c'est terminé

Médecin 4a : mais le patient...il faut que ça vienne de lui...

Médecin 6a : exactement...

Médecin 4a : le problème c'est ça...si tu lui dis d'aller voir un psychiatre il ira voir le psychiatre...

Médecin 4a : ben voilà...on...après on peut leur dire aussi... « la réponse c'est vous qui l'avez c'est pas le psychiatre »,c'est pas nous qui allons apporter les réponses dans les situations comme ça ou les gens qui reviennent pour la même chose...

Médecin 4a : voilà...c'est le fait que ça vienne d'eux...et ça prend du temps que ça vienne d'eux...c'est que eux ...il y a ça...c'est important...quel que soit le domaine...

Médecin 2b : ...que la douleur il faudra qu'ils continuent de vivre avec et...et s'y habituer (sourires) parce qu'il y a des douleurs effectivement qui sont supportables, qu'on peut gérer et qu'il faudra intégrer dans leur...leur quotidien...petit à petit on en parle...

Médecin 2b : après...après on arrive mieux avec des patients pour lesquels... au bout d'un moment bien sûr on arrive (pose sa tête dans ses mains)...ils reprennent possession de leur symptôme

M2b...Et petit à petit j'ai certains patients qui effectivement ont bien pris conscience de tout ça et puis là du coup ils se prennent en charge eux-mêmes...Ils ont toujours mal...

mais là je crois qu'on a gagné un point...ils ne sont pas guéris ils sont soulagés...ils ont compris que c'étaient eux qui sont maîtres de leur...de leur lombalgie...mais...bon j'ai quelques cas en tête mais...voilà...Il y a des gens qui effectivement...ils s'en sortent beaucoup par leur...par leurs sports...quand-même hein...pas des sports compliqués hein...c'est une fois par semaine...décontracte...décontracte...

M4b : c'est de les remettre aux sports ...donc leur expliquer le sport qu'il faut ...il y a plusieurs, qu'ils s'inscrivent à une salle de sports aussi pour redemander avec un professionnel quels mouvements musculaires qu'il faut...Les gens essaient de s'y mettre aussi...

6. Bilan d'expérience des participants :

6.1. Les aspects positifs ou favorisants :

6.1.1. Avoir ses contacts pour pouvoir orienter les patients :

médecin 4a: avec une kiné faite, moi je pense, avec une personne que je connais depuis longtemps avec de très, très bon retour

M6a : il y a eu une fois sur rennes où moi j'ai discuté un petit moment avec un interne qui était là...et du coup pendant 6 mois il était tout au début et on avait bien discuté...donc je lui ai envoyé 2 ou 3 patients dans le centre directement...Donc dès qu'on a ...un « maillon faible » dans le réseau (rires)...et la prise en charge elle était vraiment intéressante à chaque fois...

Médecin 6a : mais t'en as justement qui en font plus dans l'école du dos, il y en a qui en font partie quoi...une sorte de réseau...réseau lombalgies et qui...la possibilité d'avoir une correspondance...d'être un petit peu privilégié...heu...à ce niveau-là....

M2b : on est une commune où il y a eu pléthore d'installations donc c'est vraiment difficile de...d'indiquer quelqu'un mais...on est quand-même un peu contraint dans le sens où des fois on a l'impression qu'ils ont perdu leur temps avec leur 15 séances chez un kiné qui met les électrodes et puis voilà...bon...donc marche arrière...on essaie de rappeler les choses et repartir vers quelqu'un qui est plus efficace....

6.1.2. Rester en contact avec ces professionnels :

M4a : on dit quand ça va pas on s'appelle ...quand moi je vois ça va pas j'appelle ou elle, elle m'appelle...

Médecin 5a : je ...j'essaie toujours à chaque fois que...soit d'appeler le kiné quand je comprends pas les éléments évolutifs...de voir avec lui ce qu'il en pense...et voir un petit peu ce qu'il a mis en place pour les patients....

M6a...Donc, de...d'être un petit peu le pivot entre toutes ces personnes-là en essayant de reconforter le patient ou la patiente qui est en face..."

Médecin 5a...normalement je pense qu'on devrait avoir un petit courrier du kiné ...au départ éventuellement s'il y en a qui sollicite quelque chose...surtout à la fin...d'avoir un peu son avis...son appréciation...ou autre chose...

6.1.3. Reconnaître ses limites pourrait faire cheminer le patient :

M3b...peut-être qu'il faut changer de médecin de temps en temps parce que...voilà...les patients qui aiment bien nous mettre en échec bon ben....

Médecin 6a: ben si on dit...voilà...ce sont des médecins qui peuvent intervenir sur place...ou aider...ou faire motiver des choses que moi je peux pas voir...nous on peut pas voir quoi...hein...et de soulever aussi tout ce qui est problème...que moi je ne sais pas les gérer personnellement je ne sais pas ...

M4a...On dit à moins qu'un autre...moi je vois pas la solution....Moi je leur dis à mes patients que moi j'ai pas la réponse à votre problème, il y a des choses, on a vu, on a abordé...ça ça marche ou ça marche pas...la réponse c'est pas moi, je l'ai pas. Je leur dis aussi aux patients...je n'ai pas la réponse....

M1a...heu...voilà...et même le médecin généraliste qui parle de...qui parle de psycho...heu...je lui ai conseillé même de retourner voir son ancien médecin traitant parce qu'elle n'est pas de la région....J'ai dit pour avoir un contre avis en fait parce que c'est le médecin qu'elle avait depuis toute petite en fait donc que...pour renforcer mon...mon diagnostic en fait(rires)

6.1.4. L'intérêt d'une prise en charge collective :

M1a : moi, je pense que la relation duelle avec le patient n'est pas la bonne relation dans ce type de problématique A mon avis, c'est plus une prise en charge globale avec des pairs ... euh ... collective.

Mais pour ça l'intérêt que ce ne soit pas en individuel, tu casses la relation stigmatisant du « psy » ... c'est complètement différent ... euh ... par exemple, dans le quartier où on est, on a des problèmes de nutrition, donc c'est 5, 6, 7 personnes qui ont du surpoids furent le réseau de séances ... il y avait trois séances avec le psychologue ... on aurait jamais pu faire avec ces gens-là sans le psychologue ... là, c'était intégré dans la séance ... les déclics qui se sont passés sur le poids se sont passés dans les séances avec le psy (ouvre ses mains).

Ne pas stigmatiser et l'intervenant n'est pas stigmatisant non plus ... à partir de là on peut commencer à travailler ...

6.1.5. Essayer de procurer au patient une attitude positive :

M4a : elle, déjà, dans sa tête, pensait que peut-être ça pouvait lui faire du bien

M2b : mais là je crois qu'on a gagné un point...ils ne sont pas guéris ils sont soulagés...ils ont compris que c'étaient eux qui sont maîtres de leur...de leur lombalgie...mais...bon j'ai quelques cas en tête mais...voilà...Il y a des gens qui effectivement...ils s'en sortent beaucoup par leur...par leurs sports...quand-même hein...pas des sports compliqués hein...c'est une fois par semaine...décontracte...décontracte...

M3b...et c'est vrai que faire faire des gestes au patient et leur montrer qu'ils vont mieux après...ben les gens ils sont...ils sont contents

Médecin 4b : oui, ils veulent bien y aller tout ça

6.2. Les aspects négatifs dans la prise en charge d'un patient lombalgique :

6.2.1. La mauvaise observance parfois du patient :

M2a : il est revenu 15 jours après à la fin de son arrêt de travail, il n'avait pas fait de séances de kiné

M2b : Tout ça pour dire que (sourires)rien n'a été pris alors que j'insistais bien que ce soit pris régulièrement en leur expliquant que voilà...pourquoi vous avez mal ?C'est les problèmes au quotidien et sur les posologies que je vous ai dit c'est fastidieux mais il faut qu'on arrive à...à lâcher la douleur et donc...oui, oui, oui, d'accord...sauf que bon...au bout du compte il en reste toujours plein, plein...

Médecin 1b :...que c'est des « saloperies », que ça leur fait mal à l'estomac, qu'est-ce que ça font, qu'est-ce que ça fait à long terme et puisc'est des médicaments...je vais pas prendre des...je vais pas prendre ce poison-là hein...voilà...ils disent ça

M2b...parfois les mauvaises surprises aussi quand t'as la...la bonne observance des médicaments quand...une petite question à la fin bon je vous remets des médicaments ou il vous reste encore ? Ah, il m'en reste plein !!!

M4b : Doliprane n'est souvent pas pris parce que ça change rien et puis ils veulent rien d'autre...

Médecin 2b : (regarde médecin 1)...ça va rien résoudre... (sourires)

Médecin 4b :...ça va masquer voilà... (sourires)

Médecin 4b: ça change rien...

Médecin 2b : ça ne change rien !

6.2.2. Une attitude négative chez le patient :

Médecin 1a : ça n'apporte rien c'est ce qu'il m'a dit hein ...

M1a : mais toujours pas convaincu de ...comment dire ... de l'utilité du psy...parce que il a sorti le mot cet après-midi... « ce sont des charlatans »...

Médecin 3 a : et ils vont dire...ben... (Soupirs)

M5a : la lombalgie comme élément de sinistrose qui vous interdit de travailler

6.2.3. L'accessibilité des spécialistes ou d'un réseau de soins :

M6a : ce qui peut réguler un petit peu aussi la prise en charge de la demande c'est le délai qu'on va avoir chez chacun des spécialistes donc le kiné c'est facile c'est rapide...si on veut faire une biologie c'est rapide aussi...donc après est-ce qu'il va y avoir besoin de ...on peut mettre tout ça en même temps...donc qu'il y a le médecin du travail, un RDV à demander mais des fois c'est pas tout de suite...le rhumatologue c'est pareille...il y a un délai un mois des fois...et puis alors là...les centres antidouleur ou les médecins de rééducation...c'est...des délais on va dire de 3 mois à...si on a la chance de connaître un peu

M4a : le problème de psychologue c'est que ce n'est pas remboursé derrière ... il faut que les gens puissent payer ...

M5b : moi j'ai du mal à joindre le médecin conseil hein...je fais leur numéro c'est pas facile d'avoir quelqu'un...

M6a...voilà...et on peut faire accélérer des choses si on veut mais ...je pense c'est...c'est...aussi beaucoup de disponibilité de ...d'autres personnes...autour...qui peut m'aider et qui...va moduler ça peut-être...

M3a... euh ... on n'est pas équipé ... on n'est pas équipé clairement pour répondre à cette problématique ... c'est pour ça que les gens ne viennent pas nous voir ... c'est que ... parce que ... on ne règle pas les problèmes parce que ... on n'a pas ...

Médecin 2b : on est content quand il y a la place hein...

Médecin 3b : c'est un numéro de la plateforme mais...payante en plus (lève ses sourcils) et tu peux pas avoir le médecin conseil directement...

6.2.4. Le temps pour les démarches administratives, la connaissance des droits du patient :

M1a : Ben oui ...mais dès que l'administratif s'empêgue...entre du moment où on parle du temps partiel, du moment où l'employeur est ok pour faire un temps partiel il y a 1 mois, 15 jours, 3 semaines...

M5b : les éléments bloquants c'est tout ce qui est administratif...ça c'est...je sais pas...au cas où vous disiez où le contact avec les confrères (regarde les autres médecins) adaptés...ou il faut appeler le médecin du travail et tout...j'essaye...j'arrive une fois...pas toujours...je me dis il faut que je fasse...puis je sais pas comment m'approcher parce que j'ai pas le temps...et après...enfin...tout le temps administratif...

M2b : Je pense que dans le public c'est quand-même un peu plus facile d'avoir les réponses pour tout ça...donc je prolonge l'arrêt...pour un défaut administratif...

M3b : Il y a aussi quelque chose...qu'on a ...t'as touché un mot tout à l'heure (montre le médecin 5)...c'est...c'est qu'on ne connaît pas véritablement leur droit et heu ...et c'est vrai que moi j'aurai tendance à monter vers l'assistante sociale...l'assistante sociale qui va me donner des pistes...et là...heu...maladie professionnelle ?pas maladie professionnelle ?est-ce que c'est intéressant pour lui d'être en maladie professionnelle ou pas maladie professionnelle...des dossiers...heu...proches de la retraite ...

M5b...quand on a eu l'expert je découvre tous les aspects administratifs de la chose puisqu'on n'apprend pas ça donc...tout ce qui est invalidité rapport qualité avec son travail...dossier MDPH...je découvre que là il fallait remplir le formulaire de ...comment ...de contestation de l'accident du travail...

M4b...du point de vue administrative je saurais même pas comment faire une demande pour aller au Patis Fraux...il y a vraiment des trucs...il y a plein de choses comme ça qu'on ne sait pas faire qu'on n'apprend pas et on ne sait pas du tout

6.2.5. La souffrance du médecin face à une lombalgie traînante :

M1a : Mal!!!

...Peut-être que ça m'agace!"

M5a :...je m'aperçois que la...la prise en charge...la consultation du patient lombalgique c'est une consultation très compliquée

Médecin 3a : de faire avec !!!(Sourires)

Médecin 1a : de faire avec.... (Rires)...je commence à faire avec moi...

M1a : mais c'est vrai que avant en tant que remplaçant...on a envie de...de ...que ça aille bien et au début de l'installation...je voulais que ça aille bien...et que maintenant tant pis ils partent avec leur problème et si un jour ils veulent, c'est ce que j'ai dit avec mon patient cet après-midi, plus souffrir....Si vous voulez arrêter de souffrir, ben...changez !

M1a...C'est vrai qu'à un moment donné...bon moi je suis quelqu'un qui parle beaucoup avec mes patients, j'essaie de prendre du temps...mais à un moment donné Docteur...elle en a marre, c'est à eux de changer...et moi je ne changerai pas, voilà ;...la façon de prendre en charge

Médecin 3a : et tu entends toujours ...machin...et tu continues de faire avec... (Rires)

Médecin 3b :j'ai eu la rage là... (rires)

Médecin 2b : (hausse ses épaules) oui...après...heu...ce ...il y a du relationnel...au bout d'un moment j'en peux plus quoi...je crois que le patient...et le soignant souffrent aussi et que...je sens parfois que je suis pas très sympathique quand je le vois sur l'agenda....

Médecin 5b : je pense que moi je suis trop gentille un peu...je sais pas...je suis pas vraiment dure quand-même (regarde médecin 4 qui sourit) mais je vais pas jusqu'au...je pense des fois je vais les secouer un peu...je fais pas...je fais pas du tout ça, je sais pas faire...je sais pas faire...et je pense que c'est négatif...quand-même

M3b...et pourquoi ce patient il nous horripile...et pourquoi...pourquoi on est quand-même attaché à lui mais on voit pas ou des fois on renvoie...ça peut être intéressant

M2b...J'ai des lombalgiques qui sont toujours là...qui souffrent toujours dans leur quotidien...et que finalement ben...bon ils sont pas embarrassés ni...finalement la solution n'a pas été trouvée et que ils sont résignés quant à leur douleur et finalement on n'en parle même plus hein....On fait des consultations pour un oui pour un non...pour le rhume...

Médecin 3b : ça...ça s'appelle pas la sinistrose, ça ?

M5b...parce que de temps en temps on les porte quand-même...

NGUYEN Thieng Huong

COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES S'INTERESSENT-ILS AUX FACTEURS PSYCHOSOCIAUX POUVANT ACCOMPAGNER UNE PLAINTE LOMBALGIQUE EN PERIODE SUBAIGUE ?

RESUME

Six à huit pour cent des patients souffrant de lombalgie commune aigue passent à la chronicité avec d'importantes conséquences sur le plan socio économique pour eux et la communauté. Agir pendant la période subaiguë est un des objectifs du corps médical, en s'appuyant sur le modèle bio-psycho-social actuellement recommandé par l'IASP (International Association of Study of Pain) pour diminuer le risque de chronicisation.

L'objectif principal de ce travail est de recueillir les différentes propositions faites par des médecins généralistes concernant l'approche de ces facteurs psychosociaux.

Deux groupes d'entretien de médecins généralistes d'Ille et Vilaine ont été réalisés en Juillet et en Octobre 2012 à Rennes. Une analyse thématique a été effectuée à partir du verbatim recueilli.

L'expérience du médecin favorisait une bonne organisation du temps de consultation, un repérage sémiologique et une analyse pertinente de la situation clinique afin de détecter et d'aborder les problèmes psychosociaux du patient lombalgique. Parallèlement était souligné l'intérêt d'une démarche multidisciplinaire avec d'autres partenaires de santé de référence, du travail du médecin sur sa relation avec son malade, et de la connaissance des moyens d'évaluation des facteurs de risque de passage en chronicité des lombalgies.

L'attitude positive du médecin malgré ses difficultés devant cette problématique prend une part importante dans l'évolution thérapeutique et pronostique. Elle aide le patient à comprendre l'importance de sa participation active dans la prise en charge de sa douleur.

MOTS –CLES

Lombalgies communes

Démarche multidisciplinaire

Facteurs psychosociaux

Attitude positive

Participation active

Médecins généralistes