



HAL
open science

**Attentes et croyances des patients consultant en
médecine générale pour lombalgies aiguës chez l'adulte.
Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés
effectuée auprès de 12 patients lorrains**

Christophe Hochard

► **To cite this version:**

Christophe Hochard. Attentes et croyances des patients consultant en médecine générale pour lombalgies aiguës chez l'adulte. Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés effectuée auprès de 12 patients lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01732817

HAL Id: hal-01732817

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732817>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Christophe HOCHARD

le 4 juin 2015

**ATTENTES ET CROYANCES DES PATIENTS CONSULTANT EN MEDECINE
GENERALE POUR LOMBALGIES AIGUËS CHEZ L'ADULTE**

**Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés effectuée auprès de
12 patients lorrains.**

Examineurs de la thèse :

Mme le Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE

Présidente du Jury

M. le Professeur Jean PAYSANT

Juge

Mme le Maître de Conférences des Universités Elisabeth STEYER

Juge

Mme le Professeur Martine BATT

Juge et Co-directrice

Mme le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY

Juge et Directrice

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Christophe HOCHARD

le 4 juin 2015

**ATTENTES ET CROYANCES DES PATIENTS CONSULTANT EN MEDECINE
GENERALE POUR LOMBALGIES AIGUES CHEZ L'ADULTE**

**Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés effectuée auprès de
12 patients lorrains.**

Examineurs de la thèse :

Mme le Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE

Présidente du Jury

M. le Professeur Jean PAYSANT

Juge

Mme le Maître de Conférences des Universités Elisabeth STEYER

Juge

Mme le Professeur Martine BATT

Juge et Co-directrice

Mme le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY

Juge et Directrice



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN – Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE

PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président du jury

Madame le Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE

Professeur de rhumatologie

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Nous avons été honorés de partager l'élaboration de ce travail avec vous.

Vous trouverez en ces mots l'expression de nos sincères remerciements.

À nos Maîtres et Juges

Monsieur le Professeur Jean PAYSANT

Professeur de médecine physique et réadaptation

Vous nous avez fait l'honneur d'avoir accepté de faire partie des membres du jury.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Madame le Maître de Conférences Universitaire en médecine générale Elisabeth STEYER

Docteur en médecine générale

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous vous en remercions chaleureusement.

À notre Juge et Directeur de thèse

Madame le Docteur Laurène MILLET-MALINGREY

Docteur en médecine générale

Vous nous faites l'honneur d'avoir proposé et dirigé ce travail.

Nous vous remercions pour nous avoir proposé le sujet, pour votre disponibilité et vos conseils et en sommes reconnaissants.

Veillez accepter l'expression de notre haute considération.

À notre Juge et Co-directeur de thèse

Madame le Professeur Martine BATT

Professeur de psychologie

Vous nous faites l'honneur d'avoir apporté vos compétences à la réalisation de ce projet.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez voulu porter à ce travail.

Aux médecins généralistes recruteurs

Nous vous sommes profondément reconnaissants de votre implication dans ce projet qui, sans vous, n'aurait pu aboutir.

Aux patients interviewés

Sans vous ce travail n'existerait pas.

Pour la disponibilité dont vous avez fait preuve, pour votre accueil et votre participation, nous vous sommes profondément reconnaissants.

À ma famille

À mes parents

Pour toutes ces années de soutien moral et financier, pour la patience dont vous avez fait preuve et pour votre compréhension. Trouvez en ce travail l'aboutissement de cette grande partie de ma vie.

À ma sœur Claire

Pour avoir remplacé ma collaboratrice avec efficacité, pour l'investissement personnel et pour la relecture.

À mes frères, ma sœur, mon oncle, ma tante et mes cousins

Merci de votre présence.

À Melody

À Melody

Pour ton soutien moral au quotidien, pour ton affection, pour ta patience et pour tes conseils.

À mes amis

À Vincent, Paul et mes amis romarimontains

Pour avoir partagé leur expérience et témoigné leur soutien.

À Rémi, à Michel et à tous les autres

Pour leur amitié de longue date.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

ABREVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AMMPPU : Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire

AMPDU 54 : Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de Meurthe et Moselle

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CRP : C Reactiv Protein

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DMG : Département de Médecine Générale

EMG : Électromyogramme

ETP : Éducation thérapeutique du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LORFORMEC : Fédération Lorraine des Associations de Formation Médicale Continue

NFS : Numération Formule Sanguine

RAOUL-IMG : Rassemblement Autonome Unifié Lorrain des Internes en Médecine Générale de Nancy

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

VS : Vitesse de Sédimentation

Table des matières

I.	INTRODUCTION	22
A.	Quelques définitions	23
B.	Epidémiologie	24
C.	Recommandations sur la prise en charge des lombalgies	24
1.	Interrogatoire et examen clinique.....	25
2.	Investigations complémentaires	25
3.	Prise en charge thérapeutique	26
a)	Traitement conventionnel.....	26
b)	Médecines alternatives	27
D.	L'évolution vers la chronicité	28
1.	L'évolution en quelques chiffres	28
2.	Facteurs prédisposant	28
3.	Conséquences socio-économiques	29
E.	Réalité de la prise en charge et conséquences	29
1.	Prise en charge effective de la lombalgie.....	30
a)	L'examen clinique.....	30
b)	L'imagerie	30
c)	Le traitement.....	30
2.	Conséquences d'une prise en charge inadaptée.....	31
a)	Sur la santé	31
b)	D'un point de vue financier	31
II.	MATERIEL ET METHODES	32
A.	Choix de la méthode.....	32
1.	Le choix de la recherche qualitative	32
2.	Le choix de l'entretien semi-dirigé	33
B.	Description de la méthode	33
1.	Population étudiée	33
2.	Préparation des entretiens.....	34
3.	Canevas d'entretien	36
4.	Transcription des entretiens	36
5.	Analyse des entretiens	37
III.	RESULTATS.....	38
A.	Caractéristiques des patients interviewés	38
1.	Description de la population étudiée	38

a)	Tableau récapitulatif.....	38
b)	Catégories socioprofessionnelles	39
c)	Motif de consultation	43
d)	Ancienneté des lombalgies.....	44
e)	Durée des symptômes.....	45
f)	Fréquence des lombalgies	46
g)	Tabagisme.....	46
2.	Caractéristiques des entretiens.....	47
B.	L'analyse des entretiens	47
1.	Représentations de la lombalgie	47
a)	Symptomatologie décrite par le patient	47
b)	Origines de la lombalgie et facteurs d'aggravation.....	51
c)	Facteurs favorisant ou déclenchant	57
d)	Conscience des risques liés à la maladie	63
e)	État psychologique vis-à-vis de la lombalgie	64
f)	Représentation de la lombalgie en tant que maladie	67
2.	Adaptations face à la lombalgie	68
a)	Solutions personnelles du patient.....	68
b)	Aménagements sur le plan professionnel	73
c)	Les motifs de consultation.....	74
3.	Attentes et satisfaction vis-à-vis de la consultation chez le médecin généraliste	77
a)	Attentes et satisfaction vis-à-vis de l'interrogatoire	77
b)	Attentes et satisfaction vis-à-vis de l'examen clinique	78
c)	Attentes et satisfaction vis-à-vis des examens complémentaires	79
d)	Attentes et satisfaction vis-à-vis de la consultation d'un autre spécialiste	80
e)	Satisfaction à l'égard du traitement prescrit.....	83
f)	Recours à des techniques alternatives.....	92
g)	Attentes et satisfaction liées aux explications données au patient	93
IV.	DISCUSSION	99
A.	Forces et faiblesses de l'étude	99
1.	Respect du protocole	99
a)	Recrutement réel.....	99
b)	Durée des entretiens.....	100
c)	Intervention extérieure	100
d)	Analyse des entretiens	101
2.	Représentativité de l'échantillon	102

a)	Sexe des patients.....	102
b)	Durée de la lombalgie.....	102
c)	Âge des interviewés.....	103
d)	Catégories socioprofessionnelles des patients	103
e)	Tabagisme.....	105
f)	Ancienneté et fréquence des lombalgies.....	106
3.	Biais de l'étude	106
a)	Le biais de sélection.....	106
b)	Les biais liés aux entretiens.....	107
B.	Résumé par patient	108
1.	Premier patient	108
2.	Deuxième patiente	109
3.	Troisième patient	110
4.	Quatrième patiente.....	111
5.	Cinquième patiente	111
6.	Sixième patient.....	112
7.	Septième patiente	113
8.	Huitième patiente	114
9.	Neuvième patiente.....	115
10.	Dixième patient	116
11.	Onzième patiente	116
12.	Douzième patient	117
C.	Discussion sur les résultats de l'étude	118
1.	Vécu de la lombalgie	118
a)	Différents types de lombalgies.....	118
b)	Acceptation du diagnostic	119
c)	Adaptation personnelle.....	120
d)	Impacts de la lombalgie aiguë	120
e)	Perspectives futures	123
2.	Attentes vis-à-vis du médecin généraliste	124
a)	Écoute du patient	124
b)	Connaissance de l'étiologie de sa douleur et son mécanisme.....	125
c)	Traitement personnalisé et expliqué	125
d)	Implication du patient dans sa prise en charge.....	127
3.	Propositions en vue d'améliorer la symptomatologie des lombalgiques	127
a)	Amélioration des pratiques	127

b)	Communications interprofessionnelles de santé.....	128
c)	Prise en charge pluridisciplinaire.....	129
d)	Prise en charge psychologique.....	130
e)	Techniques alternatives	130
V.	CONCLUSION	132
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	134
VII.	ANNEXES.....	139
A.	Synopsis de la thèse/mémoire	139
B.	Niveau de preuve scientifique.....	141
C.	Feuille récapitulative avec critères d’inclusion pour les recruteurs.....	142
D.	Fiche d’information patient.....	143
E.	Tableau de pré inclusion	144
F.	Feuille de consentement écrit.....	145
G.	Canevas d’entretien	146
H.	Scripts des entretiens	148
I.	Table des codes	149

I. INTRODUCTION

Les lombalgies, de par leur fréquence, leurs soins imputables et leurs conséquences au quotidien, ont un **coût socio-économique** important et sont responsables, de par leur croissance constante, de nombreuses études visant à analyser cette pathologie et à trouver des solutions, aussi bien pour le patient souffrant que pour la collectivité.

Les données disponibles en France sur la lombalgie aiguë commune restent cependant faibles ; la majorité des études étant d'origine anglo-saxonne ou scandinave, l'extrapolation à la France peut être une source de problèmes ; les études sur la lombalgie et le travail sont d'autant plus concernées par le risque d'erreur lié à une extrapolation abusive. Quelques études françaises sont réalisées mais portent essentiellement sur la **lombalgie chronique** ; alors qu'elle représente une part minoritaire des lombalgies, elle est de loin responsable de la part financière la plus importante sur l'ensemble des lombalgies.

Les études réalisées montrent une association entre différents **facteurs multimodaux** et la **chronicisation** de la douleur chez le lombalgique, mais le **lien de causalité** n'a pu être démontré.

D'où l'importance soulignée par la Haute Autorité de Santé de réaliser une étude en France sur le « lien de causalité entre ces facteurs et la chronicisation de la douleur » ... « du fait d'un environnement de protection sociale particulier » ... « Parmi ces facteurs, les éléments autres que physiques apparaissent comme importants et méritant une attention particulière ». (1)

Une thèse a récemment été présentée à Angers sur le profil des adultes consultant pour lombalgie commune à l'aide d'une étude observationnelle descriptive basée sur l'activité de 35 médecins généralistes, ces professionnels de santé étant les plus consultés pour ce motif (77% des consultations pour lombalgies). (2)

L'enquête Prélomb, menée par leur Département de Médecine Générale (DMG), avait pour objectif scientifique d'établir le profil des patients adultes consultant pour lombalgie en médecine générale. Ce profil a été établi par le médecin qu'ils voyaient en consultation via un questionnaire préétabli.

La conclusion de cette étude était que « la simple description d'un profil de patients ne suffit pas à repérer les patients à risque de chronicité » ... « de par ses nombreux déterminants pouvant conditionner son évolution ». Elle proposait une **approche thérapeutique** type de la lombalgie ; **biomécanique** seule jusqu'à 1 mois, **biopsychosociale** en plus de 1 à 3 mois afin de limiter le passage à la chronicité.

Les patients n'ont cependant pas été interrogés sur leurs **motifs** profonds de consultation. L'ensemble des déterminants susceptibles d'intervenir dans l'engrènement de cette pathologie reste donc à étudier.

Nous avons des données biophysiques et socioprofessionnelles brutes comme le lien avec la corpulence, la pénibilité de la profession, la situation familiale avec en particulier l'impact des tâches ménagères... qui ont été mises en évidence dans de nombreuses études.

Cependant, la proposition d'une prise en charge biopsychosociale nécessite non seulement d'avoir connaissance de ces déterminants, mais également de connaître le retentissement de la pathologie sur le patient au quotidien et son ressenti pour être efficace et adaptée à chacun.

Il nous a semblé intéressant d'explorer les **motivations des patients** à consulter pour une lombalgie commune, en étudiant leur perception de la lombalgie, ce qu'ils attendent de la consultation et s'ils en ont été satisfaits. Leur mise en exergue pourrait permettre d'améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient en favorisant son **adhésion au projet thérapeutique**, pour qu'il puisse participer activement à son programme de soins.

Nous avons donc choisi de réaliser une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés chez des patients ayant consulté leur médecin généraliste pour lombalgie aiguë commune.

L'**objectif principal** de cette thèse est de mettre en évidence les éléments associés au **recours au médecin généraliste** des patients souffrant de lombalgies communes.

L'**objectif secondaire** est d'évaluer la **satisfaction** des patients par rapport à la consultation effectuée.

A. Quelques définitions

Cette affection est fréquemment associée au commentaire « mal de dos, mal du siècle ». Mais il faut bien admettre que la définition de la lombalgie et de ses composantes repose sur des critères parfois contestés puisqu'elle ne correspond pas à une entité caractérisée de façon unique.

La définition d'une **lombalgie aiguë commune** retenue est celle apportée par la HAS en 2005, reprise par la CNAMTS en mars 2011 dans le cadre de son référentiel sur la rééducation en ambulatoire des lombalgies communes chez l'adulte (3) : « La lombalgie commune correspond à des **douleurs lombaires de l'adulte** (18 ans ou plus) **sans rapport** avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse. On estime habituellement, sur la base de la pratique clinique, que la « lombalgie commune » représente la grande majorité des cas (90%) des lombalgies prises en charge par les professionnels de santé. ». (3)

Dans son référentiel de février 2000, quelques précisions sont apportées : « par convention, nous appellerons lombalgie une douleur de la région lombaire **n'irradiant pas au-delà du pli fessier** (sont inclus dans ce tableau les lombalgies pures et les lumbagos c'est-à-dire les lombalgies aiguës avec une sensation de blocage rachidien) »... « Par ailleurs, la notion du

caractère aigu inclut plusieurs aspects qui sont une durée brève de **moins de 3 mois** comme nous l'avons évoqué plus haut, mais également une notion d'intensité douloureuse ». (1)

On parlera donc de lombalgie chronique au-delà de 3 mois d'évolution et de lombosciatique dans le cas d'une douleur irradiant au-delà du pli fessier.

B. Epidémiologie

Une étude du CREDES montre qu'entre 1982 et 1992 le nombre d'épisodes lombalgiques a triplé en France. (4)

Les chiffres des États-Unis vont dans le même sens : **l'invalidité lombalgique** a augmenté 14 fois plus vite que la population, entre les années 1960 et 1980.

Une étude portant sur la population française a été publiée en 2007 suite à l'analyse de l'Enquête Décennale Santé 2002–2003 et de l'Enquête Handicaps, Incapacités, Dépendance qui estime que 55% de la population française de 30 à 64 ans a souffert de lombalgies « au moins un jour dans les 12 derniers mois » avec une augmentation avec l'âge. « La prévalence de la lombalgie de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est de 17%. Pour la lombalgie limitante, elle est estimée dans la population à environ 7%. ». (5)

L'incidence de la hernie discale estimée grossièrement par certaines études serait de 0,1 à 0,5% par an dans une population âgée de 25 à 65 ans. (6)

C. Recommandations sur la prise en charge des lombalgies

Les recommandations professionnelles sont comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

« Le développement des recommandations professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources ». (1)

Elles constituent un support né d'un travail objectif permettant au praticien d'orienter sa prise en charge de la manière la plus rigoureuse possible.

1. Interrogatoire et examen clinique

En première ligne, ils permettent (1) :

D'une part, d'éliminer une cause secondaire de lombalgie de survenue récente ; dans ces cas la lombalgie est dite « **symptomatique** » :

- Un **cancer vertébral** : chez un patient de moins de 50 ans, sans perte de poids inexplicé, sans antécédent tumoral dont les douleurs s'améliorent au cours du premier mois de traitement. (grade B)
- Une **cause inflammatoire** comme la spondylarthrite ankylosante : lever nocturne, diminution de la mobilité latérale du rachis et persistance au-delà de 3 mois. (grade B)
- Une **infection vertébrale** : en l'absence de fièvre, de suspicion clinique d'infection urinaire, cutanée et respiratoire, de toxicomanie intraveineuse, de terrain immunodéprimé. (grade C)
- Une **fracture-tassement vertébrale** : chez le patient de moins de 50 ans, ne prenant pas de corticothérapie au long cours, et sans traumatisme rachidien récent significatif. (grade B)

D'autre part, de rechercher des **complications** associées, en particulier les urgences diagnostiques et thérapeutiques que sont le syndrome de la queue de cheval, la lombosciatique paralysante et la lombosciatique hyperalgique. (grade C)

Nous redéfinissons rapidement ces syndromes :

- La lombosciatique avec **syndrome de la queue de cheval** est définie par l'apparition de signes sphinctériens ; l'hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes et surtout une incontinence ou une rétention urinaire.
- La lombosciatique **paralysante** est définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 (sur l'échelle MRC, cela correspond à la « capacité à lutter contre la pesanteur, mais non contre une résistance ») et/ou comme la progression d'un déficit moteur.
- La lombosciatique **hyperalgique** est définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistante aux antalgiques majeurs (opiacés, palier 3).

2. Investigations complémentaires

Dans un premier temps, **aucune investigation** complémentaire n'est recommandée dans le cadre d'une lombalgie aiguë commune non compliquée. (1) Un délai d'évolution de 7

semaines a été proposé comme prérequis avant la réalisation d'une radiographie standard du rachis lombaire ; il peut être raccourci en cas d'évolution défavorable (accord professionnel) ou si les modalités du traitement imposent d'éliminer une cause secondaire (manipulation vertébrale entre autres).

Le **scanner** et l'**IRM**, aux performances équivalentes pour la mise en évidence d'une hernie discale, ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un **traitement chirurgical** ou par **nucléolyse** de la hernie discale (accord professionnel).

En cas de lombalgie symptomatique,

- Une **radiographie standard** du rachis lombaire est recommandée devant la suspicion de toute **lombalgie secondaire**, si nécessaire, secondairement complétée par une IRM.
- Une radiographie standard du bassin de face est recommandée devant la suspicion de spondylarthrite ankylosante.
- Une **Numération Formule Sanguine** (NFS) associée à une Vitesse de Sédimentation (VS) ou un dosage de la **Protéine C Réactive** (CRP) est recommandée en cas de suspicion d'infection vertébrale ou de néoplasie. (grade B)

Les explorations électrophysiologiques telles que l'**électromyogramme** (EMG) n'ont pas de place dans la lombalgie ou la lombosciatique aiguë.

3. Prise en charge thérapeutique

a) *Traitement conventionnel*

D'après les recommandations de l'HAS (1) :

Le **repos au lit** n'apporte pas d'amélioration de la durée et de l'intensité des symptômes, ce qui est le cas lors de la poursuite des activités de la vie quotidienne. (7) (grade B)

La poursuite ou la reprise de l'**activité professionnelle** peut se faire en concertation avec le médecin du travail, notamment si cette dernière est la principale responsable de la symptomatologie.

Les **antalgiques** et les **anti-inflammatoires** ont une efficacité similaire, supérieure au placebo. (8) (9) (grade B)

Le seul **topique anti-inflammatoire** ayant l'indication dans les lombalgies aiguës était le kétoprofène, dont le service médical rendu a été jugé insuffisant par la Commission de Transparence compte tenu des effets indésirables retrouvés. (10)

Les **décontractants musculaires** ont fait preuve de leur efficacité (sans différence significative entre eux). (8)

La **corticothérapie** par voie systémique n'a pas fait preuve de son efficacité. (grade C) Une seule étude a été réalisée en ce sens. (11)

L'**association** des différents traitements médicamenteux (antalgiques, AINS et décontractants musculaires) n'a pas été étudiée et ne bénéficie donc pas de recommandations.

L'**école du dos** n'a pas d'intérêt pour la lombalgie commune aiguë. (12) (grade B)

En matière de **kinésithérapie**, les exercices en flexion n'ont pas démontré leur intérêt. En ce qui concerne les exercices en extension, des études complémentaires sont nécessaires. (13) (grade B)

L'efficacité d'une **orthèse lombaire** en vue d'une immobilisation antalgique n'est pas formellement démontrée. (14)

La place de la **thermothérapie** dans la lombalgie est mal définie (15) ; elle est souvent conseillée, et, bien que suivie de façon inconstante, elle présente un avantage économique certain. Certaines études mettent en avant son efficacité. (16)

Les **infiltrations** sont réservées à la lombosciatique aiguë ; les infiltrations épidurales sont d'efficacité discutée et donc non recommandées. (17) (grade B) Les infiltrations de la facette postérieure ne sont pas recommandées. (18) (grade C) Les infiltrations péri-radiculaires n'ont pas été évaluées dans cette indication.

b) Médecines alternatives

L'**ostéopathie** a un intérêt à court terme. Aucune parmi les différentes techniques de manipulation vertébrale n'a fait preuve de supériorité. (19) (grade B)

Il n'existe pas d'étude apportant une preuve de l'efficacité de l'**acupuncture** dans la lombalgie aiguë. (grade B) Une méta-analyse réalisée en 2013 serait en faveur d'une efficacité de cette technique mais les limites méthodologiques des différentes études ne permettent pas de conclure. (20)

Concernant la **mésothérapie**, une étude prospective, randomisée, contrôlée, multicentrique a été réalisée chez 117 patients souffrant de lombalgie commune et il y aurait un effet bénéfique probable à associer la mésothérapie au traitement conventionnel par voie orale. (21)

Il n'y a aucune indication de **cure** en cas de lombalgie commune aiguë, d'ailleurs aucune étude de la littérature n'a été retrouvée concernant l'efficacité de la balnéothérapie dans cette indication.

Aucune étude de la littérature n'a étudié l'efficacité de l'**homéopathie** dans la lombalgie commune aiguë.

D. L'évolution vers la chronicité

1. L'évolution en quelques chiffres

90% des patients consultant en première intention pour une lombalgie bénigne apparue depuis moins de 72 heures ont guéri en moins de 2 semaines avec un traitement par paracétamol non associé et éventuellement du repos.

40 à 50 % des épisodes douloureux lombaires répertoriés en milieu professionnel durent moins de 24 heures, et 40 à 70 % d'entre eux durent moins d'une semaine. (22)

⇒ La majeure partie des lombalgies évolue rapidement de manière **favorable** avec un traitement minime.

En cas d'évolution vers une lombosciatique, la chirurgie ne doit pas être proposée en cas de symptomatologie peu intense ; les résultats étant moins bons que pour les cas les plus graves avec tout autant de conséquences. (23) De plus, le pourcentage d'échec et les aggravations augmentent avec le nombre de réinterventions.

A noter que certaines études ont montré la possibilité de **régression spontanée** de la hernie discale entre 12 et 30 mois. (24)

2. Facteurs prédisposant

L'analyse de la littérature est complexe (populations étudiées hétérogènes, définitions variées de la lombalgie commune aiguë, facteurs de risques et critères de jugement divergents). (25) (26)

On retient cependant une association fréquente entre **douleur initiale, facteurs psychologiques et socioprofessionnels**. (grade B) (1)

Il en résulte l'importance de prendre en compte l'activité du patient et ce dès la première consultation, afin d'identifier les facteurs de risques professionnels associés aux lombalgies.

On retrouve notamment : (27)

- Une association entre pathologie rachidienne et port de charges lourdes,
- Une association entre pathologie rachidienne et mouvements de flexion/rotation du rachis,
- Une association entre pathologie rachidienne et exposition aux vibrations,

- Une association entre lombalgie et une forte demande psychologique au travail et/ou une faible latitude décisionnelle. (28)

3. Conséquences socio-économiques

Aux États-Unis, de 1960 à 1980, le **coût d'indemnisation de l'invalidité lombalgique** a été multiplié par 27, alors que le coût de l'invalidité toutes causes confondues n'était multiplié que par 3,5. (4)

Le **passage à la chronicité** de la lombalgie aiguë commune est un enjeu majeur pour la santé publique : en effet, la forme chronique représente 70 % des dépenses annuelles allouées à cette pathologie en France (2 milliards d'euros selon la CNAMTS) comprenant (29) (30) (31):

- les consultations,
- 2,5% de l'ensemble des traitements médicamenteux,
- 8% des actes radiodiagnostiques,
- 16% des actes thérapeutiques chirurgicaux,
- les soins paramédicaux (30% des prescriptions de rééducation),
- les hospitalisations,
- les transports sanitaires,
- les dépenses en rapport avec les conséquences psychosociales individuelles, comme les indemnisations des journées d'arrêt de travail.

Elle serait responsable de 12 millions de journées d'arrêt de travail en maladie et de 3.6 millions de journées d'arrêt de travail en accident du travail et correspond à la 3^e cause d'entrée en invalidité.

On estime par exemple qu'en raison du « coût des arrêts de travail, qui est la principale source de dépense dans ce domaine, réduire à terme les taux de passage à la chronicité de 1% ou décaler de 5 ans la survenue de ce passage à la chronicité chez 1% des patients lombalgiques pourrait permettre de réaliser une économie égale aux honoraires médicaux et aux dépenses pharmaceutiques induites par les lombalgies aiguës ». (32)

E. Réalité de la prise en charge et conséquences

Une revue de la littérature mondiale concernant la recherche d'un consensus sur la prise en charge des lombalgies et des lombosciatiques communes est réalisée en 2000. (29)

1. Prise en charge effective de la lombalgie

a) *L'examen clinique*

L'examen est souvent incomplet. On retrouve par exemple une majorité de généralistes n'évaluant pas la force musculaire et la sensibilité. Un tiers des patients ont évalué leur satisfaction globale par une note inférieure ou égale à 4 sur 10. (33)

b) *L'imagerie*

Une étude française réalisée en Haute-Vienne en 2002 retrouve 88% de prescriptions de radiographie standard avant le délai recommandé de 7 semaines d'évolution. (34)

71% des patients avaient eu une radiographie standard avant la réalisation du scanner.

63% des scanners lombaires étaient prescrits par des médecins généralistes.

Pour 75% des patients, les résultats du scanner lombaire n'ont entraîné aucune modification de la prise en charge thérapeutique.

D'après une thèse de médecine générale sur les respects des recommandations sur les lombosciatiques aiguës, on retrouve même une prescription de radiographie du rachis lombaire dans 20% des cas de lombalgie évoluant depuis moins de 24 heures. (35)

c) *Le traitement*

Les prescriptions médicamenteuses sont globalement en accord avec les **recommandations de la HAS**, avec une prescription d'antalgiques dans 97,1% des cas, d'AINS dans 68,6% des cas et de myorelaxants dans 35,7% des cas. (35)

2. Conséquences d'une prise en charge inadaptée

a) *Sur la santé*

Les **prescriptions prolongées d'AINS** peuvent concerner près d'un quart des lombalgiques au-delà du premier mois ; elles sont souvent inutiles et exposent à des risques d'ulcérations gastriques, de poussée tensionnelle, d'insuffisance rénale, d'interactions médicamenteuses (anticoagulants) et d'aplasie aiguë (phénylbutazone).

La **corticothérapie** générale expose, en particulier, à des risques gastriques.

Les **manipulations vertébrales** peuvent entraîner un syndrome de la queue de cheval, l'aggravation d'une radiculalgie, avec parfois formation d'une hernie discale.

La multiplication des séances de **kinésithérapie** peut être inutile. Cette multiplication pourrait créer une dépendance du patient. La pratique de kinésithérapie pendant la période aiguë n'a pas fait la preuve de son utilité, elle est cependant souvent prescrite (30% des épisodes aigus).

La réalisation inutile d'**examens d'imagerie** permet d'objectiver, jusque dans 25% des cas, des hernies discales non responsables de la symptomatologie. L'impact psychologique de cette découverte peut, à terme, conduire le patient à une intervention chirurgicale inutile.

La réalisation d'**interventions chirurgicales** non justifiées a des conséquences qui engagent l'avenir fonctionnel du patient. En Suisse, une étude montre que plus d'un tiers des interventions ne sont pas justifiées. (36)

Les prescriptions abusives d'**arrêts de travail** trop longs aboutissent à une désinsertion sociale et professionnelle du lombalgique.

b) *D'un point de vue financier*

Les procédures inutiles de diagnostic et de soins sont un surcoût pour l'Assurance maladie, surcoût majoré par le financement des complications et des séquelles éventuelles liées à ces dernières. Une étude américaine a montré que la pratique des professionnels de santé n'a pas été modifiée avec l'accès à un « guideline » ou un retour d'information de leur pratique.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Choix de la méthode

1. Le choix de la recherche qualitative

La littérature actuelle possède de nombreuses données sur les conséquences de la pérennisation de la lombalgie aiguë, et donc s'intéresse également aux **facteurs prédisposant** à la chronicité. (37) (38)

Une grande partie des études menées dans ce cadre est effectuée auprès de professionnels de santé, et, le plus souvent, via des **questionnaires** prédéterminés.

La littérature scientifique comprend peu d'éléments concernant le point de vue des patients sur leur pathologie, et ce particulièrement en France.

Or, la lombalgie est un problème de santé multifactoriel, son approche nécessitant d'être analysée sous différents aspects. Une approche physiopathologique est proposée par certains auteurs en distinguant principalement trois composantes :

- « **une composante organique** » pour laquelle « l'action porte sur la cause mécanique »,
- « **une composante fonctionnelle** » pour laquelle « l'action doit favoriser la reprogrammation » et
- « **une composante cognitive** » pour laquelle « l'action doit avantager la solution rapide des litiges et privilégier l'éducation rachidienne ». (39)

L'aspect émotionnel, subjectif, de ces différentes composantes n'est pas négligeable dans cette pathologie où douleur et handicap peuvent rapidement s'installer en cas de prise en charge inadaptée. Or, c'est justement cette **subjectivité** qui peut mettre à mal une prise en charge codifiée, et vice-versa (la prise en charge codifiée peut ne pas être adaptée aux besoins d'un patient et limiter la réussite des thérapies envisagées et des conseils prodigués).

L'objectif de cette thèse est de mettre en évidence cet aspect subjectif, notamment en étudiant les **motivations des patients** à consulter pour une lombalgie aiguë commune en analysant d'une part leur perception de la lombalgie et d'autre part ce qu'ils attendent de la consultation.

La **recherche qualitative**, définie comme suit : « (Elle) étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent. » (40), est donc adaptée à la complexité de notre étude.

2. Le choix de l'entretien semi-dirigé

Parmi les quatre grands types de méthodes d'analyse en sciences humaines, à savoir : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien, seul l'entretien est à même de répondre à notre problématique.

« L'entretien, comme technique d'enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que l'enquêté ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations. (...) D'une information qui constituait une réponse ponctuelle à une question directe de l'enquêteur, on est passé à une réponse-discours obtenue par des interventions indirectes de l'enquêteur ». (41)

L'**entretien** permet de recueillir le vécu du patient dans sa pathologie, en le laissant libre d'exprimer à sa façon ce qu'il ressent.

« Ces enquêtes sur les modes de pensée supposent la production de discours à dominance modale, obtenus à partir d'entretiens centrés sur les conceptions, les raisonnements et les logiques subjectives de l'interviewé. » (41)

Le fait d'être **semi-dirigé** permet de mener l'entretien à partir d'une grille pré établie, de globalement centrer la discussion sur la lombalgie et de relancer si nécessaire l'entretien en cas de difficulté ponctuelle à s'exprimer spontanément sur les différents aspects du sujet ; il permet ainsi d'obtenir plus rapidement les réponses recherchées.

Il est **individuel** afin d'éviter toute influence d'un tiers et donc de limiter les réponses biaisées. S'agissant de représentations personnelles et de ressenti, certaines personnes pourraient être mal à l'aise dans un groupe, ce qui nuirait à l'émergence d'idées. Ceci renforce le choix de l'entretien individuel.

B. Description de la méthode

1. Population étudiée

La population étudiée est constituée de **patients**, préalablement recrutés par les médecins généralistes de Lorraine, suite à une consultation pour **lombalgie aiguë commune** ou **lumbago**.

Les critères d'inclusion souhaités ont été précisés aux médecins recruteurs, d'après certains éléments de la définition de la HAS (1) :

- 1) **Âge** : de 18 à 65 ans : le recrutement concerne les adultes dont la limite d'âge supérieure, retrouvée dans certaines études (5), est en rapport avec un risque de

lombalgie aiguë secondaire statistiquement plus important.

- 2) **Lombalgie aiguë** : nous appellerons lombalgie une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier (sont inclus dans ce tableau les lombalgies pures et les lumbagos c'est-à-dire les lombalgies aiguës avec une sensation de blocage rachidien), d'une durée inférieure à 4 semaines.
- 3) **Lombalgie commune** : l'absence des éléments orientant vers une étiologie tumorale, infectieuse, inflammatoire et traumatique définit les lombalgies communes. La présence d'un antécédent personnel de ce type exclut le patient de l'étude.
- 4) Les patients présentant une douleur lombaire avec irradiation dans le membre inférieur associée aux signes de tension radiculaire (signe de Lasègue) sont également à exclure de l'étude.

Nous avons proposé à chaque médecin participant de recruter idéalement 3 patients, avec pour objectif d'inclure entre quinze et vingt patients. Ce nombre est adapté secondairement à la **saturation des données**, qui est atteinte lorsqu' « aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse » (42).

L'intérêt étant de « contraster au maximum les individus et les situations et, simultanément, d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives », nous avons relevé **différentes variables descriptives** chez les patients interrogés :

- Leur âge
- Leur sexe
- Leur catégorie socio-professionnelle (43)
- Leur motif de consultation représenté par la première phrase adressée au médecin lors de leur consultation
- Leur lieu d'habitation : rural, semi-rural ou urbain
- La durée de leur lombalgie
- Le nombre d'occurrences de leur lombalgie.

2. Préparation des entretiens

Pour limiter le biais d'autosélection, nous ne recrutons pas les patients directement.

La sollicitation des médecins généralistes est effectuée par **messagerie électronique** via les organismes de **formation continue départementaux** (AMMPPU, AMPPU 54 et AMPPU 88) et régional (LORFORMEC).

Comme moyen de diffusion du projet, le support électronique ne retentit pas sur le temps de consultation du professionnel, à l'inverse d'une conversation téléphonique. Par ailleurs, la participation nécessite des explications (notamment sur les critères d'inclusion) que le

médecin doit pouvoir consulter à tout moment et ce support permet un accès facilité à l'information. Il semble donc tout indiqué pour motiver les médecins potentiellement recruteurs ; les différents documents annexes ont été ajoutés en pièces jointes : **critères d'inclusion, fiche information patient** et **tableaux de pré-inclusion** (modèles en annexes VII A, VII B et VII C).

Pour obtenir la diffusion par messagerie électronique, nous avons initialement souhaité recruter les internes en médecine générale en SASPAS ou stage chez le praticien via l'association du RAOUL-IMG, sans résultats. N'ayant pas non plus obtenu les autorisations pour diffuser le mail par la faculté de médecine de Nancy, nous nous dirigeons vers les organismes de formation médicale continue lorrains qui accèdent à notre demande.

Il est à noter que malgré le renouvellement de la diffusion du mail par ces derniers, la majorité des recrutements se fait essentiellement grâce aux médecins de notre SASPAS et via le cabinet où nous effectuons des remplacements.

Le recrutement effectué par les médecins participants peut être proposé à tout patient consultant pour lombalgie aiguë commune ; c'est donc le **médecin recruteur** qui s'assure de la présence de l'ensemble des critères d'inclusion. Une fois la proposition faite, le médecin reporte les coordonnées et les caractéristiques du patient consultant sur le tableau de pré-inclusion ; il délivre également au patient une fiche d'information vulgarisée. Quand le nombre de patients souhaité est atteint, le document complété nous est ré-adressé.

Nous contactons les patients par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien semi-dirigé avec une **énonciation globalement standardisée** :

« Bonjour, excusez-moi de vous déranger, je suis étudiant en médecine et je vous contacte suite à la consultation que vous avez eue il y a quelques temps chez votre médecin ; il/elle nous a communiqué votre numéro de téléphone suite à votre accord. Je souhaiterais, dans le cadre du travail de ma thèse, convenir d'un rendez-vous à votre domicile pour réaliser un entretien d'une durée avoisinant les 20 minutes et discuter de votre mal de dos. Pour pouvoir travailler sur cet entretien, il sera enregistré ; mais ne vous inquiétez pas, il restera parfaitement anonyme. ».

Après leur accord verbal suite à notre conversation téléphonique, nous convenons de la date et de l'heure des entretiens.

Ces derniers sont réalisés au **domicile des patients** par souci de neutralité par rapport à leur pathologie et afin de leur permettre de s'exprimer plus librement.

Ils sont effectués initialement par une étudiante en psychologie recrutée et formée par notre co-directrice, en ma présence, puis, suite au changement de parcours professionnel de cette étudiante, par moi-même.

Ils sont **enregistrés** avec un dictaphone numérique ; un **consentement** oral est recueilli par le médecin généraliste lors de la consultation ; un second, écrit, est rempli avant l'entretien. (Modèle en annexes VII D)

3. Canevas d'entretien

Un **canevas d'entretien** a pour but de relancer le discours de l'interviewé de manière adaptée aux réponses données. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, mais plutôt d'un ensemble de grandes lignes à aborder, permettant de couvrir l'ensemble de la thématique étudiée. (41)

Ce canevas n'est pas figé ; il a vocation à évoluer au fil des entretiens permettant d'acquérir de « nouvelles pistes pour les entretiens à venir, et ainsi de suite. » (44)

Le modèle initial est disponible en annexes VII G, et comprenait essentiellement 3 thèmes :

- Représentations de la lombalgie
- Adaptations face à la lombalgie
- Attentes et satisfaction vis-à-vis de la consultation chez le médecin généraliste

L'enrichissement de ces thèmes sera mis en évidence dans la partie « Résultats ».

4. Transcription des entretiens

Les entretiens sont intégralement retranscrits à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, de la manière la plus fidèle possible. Les hésitations, les moments de silence et les interruptions ont été notifiés, soit par des points de suspension, soit par des parenthèses, par exemple en cas de silence particulièrement long, avec la durée indicative de ce dernier. Les onomatopées sont également retranscrites. Si l'enregistrement est inaudible à un moment donné, il est précisé (inaudible) dans le script de l'entretien.

Le script de la totalité des entretiens est fourni sous format informatique type CD ROM et non incorporé dans le volume 1 de la thèse.

Nous attribuons un numéro aux patients interrogés correspondant à l'ordre chronologique des entretiens effectués.

Les transcriptions sont ainsi rendues **anonymes**.

5. Analyse des entretiens

Nous choisissons l'**analyse thématique** pour répondre à la problématique de notre sujet.

« Procéder à une analyse thématique, c'est attribuer des thèmes en lien avec un matériau soumis à une analyse (puis effectuer des regroupements de plus en plus complets) » (44)

Il convient d'analyser les entretiens, d'en extraire les éléments en rapport avec notre sujet et de les classer en catégories et sous-catégories : cette étape est le codage.

Le **codage** est d'abord **ouvert** ; le chercheur examine le texte pour y trouver des catégories d'informations en rapport avec le sujet. Il tente de **saturer** les catégories en poursuivant ses entretiens, en cherchant les occurrences de ces catégories jusqu'à ce qu'il n'obtienne plus d'information nouvelle pour ces catégories. Ces dernières se composent en sous-catégories, appelées propriétés, qui représentent les multiples perspectives de la catégorie. (45)

Ce processus vise à réduire les données à un petit nombre de thèmes ou catégories qui caractérisent le processus qui est exploré.

Le codage est ensuite **axial** ; « une fois un premier set de catégories développé, le chercheur identifie une seule catégorie comme étant le phénomène central d'intérêt et commence à explorer les liens entre catégories, ce qui s'appelle le codage axial – soit la recherche de conditions causales qui influencent le phénomène central, de stratégies pour traiter du phénomène, du contexte et des conditions intervenantes qui donnent forme à ces stratégies et des conséquences de la mise en œuvre des stratégies. ». (45)

Le codage est effectué par nous-même en collaboration avec notre directrice et notre co-directrice de thèse.

Les enquêtés sont interrogés selon une **approche interprétative phénoménologique** ; car d'une part elle se réfère aux récits subjectifs de l'individu plutôt qu'à une description objectivant des faits et d'autre part elle considère la recherche elle-même comme un processus dynamique. Parmi les nombreuses définitions de la phénoménologie, modifiées sous l'influence des différents philosophes au cours du temps, on peut retenir de la phénoménologie qu'elle est un « cadre théorique visant à explorer comment les individus interprètent le monde et à révéler les explications profondes issues de leur expérience subjective. L'« essence » des phénomènes peut ainsi être saisie à partir du vécu de l'individu dans son immédiat existentiel. » (46)

Nous optons pour une **thématisation en continu** : la nomination des thèmes, mis en relation avec le canevas d'entretien initial, se développe avec les entretiens.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des patients interviewés

1. Description de la population étudiée

a) *Tableau récapitulatif*

CSP : catégories socioprofessionnelles

Patient	Age	Sexe	Premiers mots de consultation	Lieu d'habitation	CSP
N°1	54	Homme	« Je suis bloqué du dos »	Rural (57)	7 (6)
N°2	58	Femme	« J'ai le dos coupé en deux »	Rural (57)	8
N°3	52	Homme	« J'ai mal au dos »	Rural (57)	6
N°4	42	Femme	« Ca me tire dans le dos »	Rural (57)	4
N°5	38	Femme	« J'ai mal au dos »	Semi-rural (57)	8 (5)
N°6	58	Homme	« J'ai mal au dos et j'étouffe »	Urbain (57)	4
N°7	49	Femme	« Je suis bloquée depuis hier matin »	Urbain (57)	5
N°8	49	Femme	« J'ai mal au dos »	Urbain (57)	8
N°9	27	Femme	« Je suis bloquée »	Urbain (57)	8 (5)
N°10	28	Homme	« Ca me lance dans le dos »	Urbain (54)	3
N°11	60	Femme	« Je suis à nouveau bloquée »	Rural (54)	6 (5)
N°12	57	Homme	« J'ai mal au dos et je suis bloqué »	Rural (57)	4

Initialement, seize patients sont recrutés : 6 en contactant directement des médecins généralistes que nous connaissons, 8 via les praticiens de notre SASPAS et 2 via l'AMMPPU. Suite à un dysfonctionnement technique, 12 entretiens seulement sont analysés. 58 % (7) des patients interrogés sont des femmes ; 42 % (5) sont des hommes.

La moyenne d'âge des participants à notre étude est de 48 ans. Le plus jeune des patients a 27 ans, le plus âgé a 60 ans. L'âge moyen des femmes est de 46 ans contre 50 ans pour les hommes.

Six patients habitent en milieu rural, cinq en ville et un en milieu semi-rural.

b) *Catégories socioprofessionnelles*

Retenues d'après la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE.

Patient n°1 : homme, 54 ans, ouvrier des Houillères jusqu'en 2004, retraité depuis 2004.

Catégorie socio-professionnelle passée :

6 Ouvriers

66 Ouvriers non qualifiés

67 Ouvriers non qualifiés de type industriel

671 Bâtiment, travaux publics, carrières, extraction

671d Aides-mineurs, ouvriers non qualifiés de l'extraction

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

7 Retraités

76 Anciens employés et ouvriers

78 Anciens ouvriers

7800 Anciens ouvriers

Patiente n°2 : femme, 59 ans, a travaillé dans sa jeunesse, désormais femme au foyer.

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

8 Autres personnes sans activité professionnelle

82 Inactifs divers (autres que retraités)

85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)

Patient n°3 : homme, 52 ans, ouvrier d'usine de métallurgie.

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

6 Ouvriers

66 Ouvriers non qualifiés

67 Ouvriers non qualifiés de type industriel

674 Industries de transformation (chimie, pharmacie, plasturgie, industrie agro-alimentaire, transformation des métaux, verre, matériaux de construction)

674d Ouvriers de production non qualifiés : métallurgie, production verrière, céramique, matériaux de construction

Patiente n°4 : femme, 42 ans, promotrice des ventes.

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

4 Professions intermédiaires

46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises

462 Maîtrises des magasins de vente, fonction achat, administration commerciale

462d Animateurs commerciaux des magasins de vente, marchandiseurs (non cadres)

Patiente n°5 : femme, 38 ans, ancienne aide-soignante, désormais femme au foyer.

Catégorie socio-professionnelle passée :

5 Employés

52 Employés civils et agents de service de la fonction publique

526a Aides-soignants

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

8 Autres personnes sans activité professionnelle

82 Inactifs divers (autres que retraités)

85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)

Patient n°6 : homme, 58 ans, professeur de cuisine.

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

4 Professions intermédiaires

41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés

42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés

422 Autres personnels d'enseignement, personnels d'éducation

422b Professeurs de lycée professionnel

Patiente n° 7 : femme, 49 ans, secrétaire à temps partiel, femme de ménage à temps partiel.

Catégorie socio-professionnelle actuelle:

5 Employés

54 Employés administratifs d'entreprise

542a Secrétaires

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

5 Employés

56 Personnels des services directs aux particuliers

563c Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers

Patiente n° 8 : femme, 49 ans, femme au foyer.

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

8 Autres personnes sans activité professionnelle

82 Inactifs divers (autres que retraités)

85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)

Patiente n° 9 : femme, 27 ans, ancienne vendeuse en boulangerie, actuellement sans emploi.

Catégorie socio-professionnelle passée :

5 Employés

52 Employés de commerce

554a Vendeurs en alimentation

Vendeur en boulangerie, employé

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

8 Autres personnes sans activité professionnelle

82 Inactifs divers (autres que retraités)

85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)

Patiente n° 10 : homme, 28 ans, interne en médecine générale.

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

3 Cadres et professions intellectuelles supérieures

32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques

34 Professeurs, professions scientifiques

344c Internes en médecine, odontologie et pharmacie

Patiente n° 11 : femme, 60 ans, ancienne ambulancière, désormais chauffeur de taxi.

Catégorie socio-professionnelle passée :

5 Employés

51 Employés de la fonction publique

52 Employés civils et agents de service de la fonction publique

526e Ambulanciers salariés (du secteur public ou du secteur privé)

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

6 Ouvriers

61 Ouvriers qualifiés

64 Chauffeurs

642a Conducteurs de taxi (*salariés*)

Patiente n° 12 : homme, 57 ans, professeur des écoles.

Catégorie socio-professionnelle actuelle :

4 Professions intermédiaires

41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés

42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés

421b Professeurs des écoles

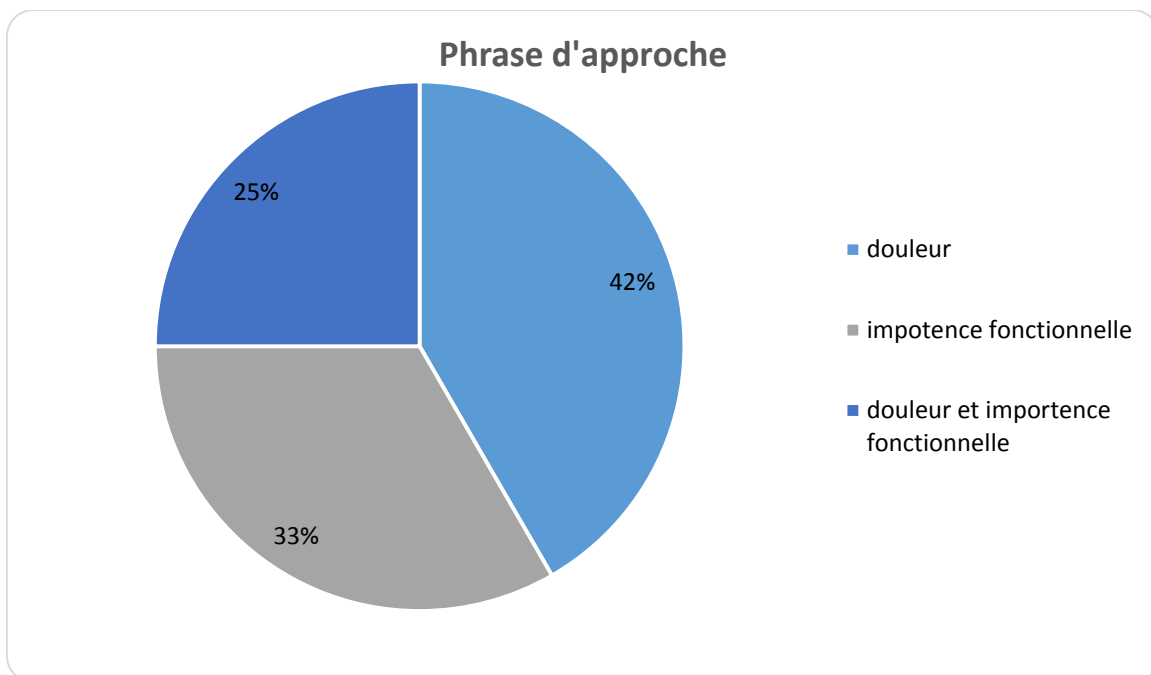
Sur les 12 patients de l'étude, on retrouve donc :

- Aucun patient en catégorie socioprofessionnelle 1
- Aucun patient en catégorie socioprofessionnelle 2
- Un patient en catégorie socioprofessionnelle 3
- Trois patients en catégorie socioprofessionnelle 4
- Une patiente actuellement en catégorie socioprofessionnelle 5 ; trois autres patients ont par le passé travaillé dans cette catégorie socioprofessionnelle

- Deux patients en catégorie socioprofessionnelle 6 ; un autre patient a par le passé travaillé dans cette catégorie socioprofessionnelle
- Un patient en catégorie socioprofessionnelle 7 ; anciennement socioprofessionnelle 6
- Quatre patients en catégorie socioprofessionnelle 8 ; deux n'ont jamais travaillé, les deux autres étaient anciennement en catégorie socioprofessionnelle 5

c) *Motif de consultation*

Déterminé par la première phrase recueillie par le médecin lors de la consultation ; on peut mettre en évidence trois catégories : la **douleur**, l'**impotence fonctionnelle**, la **douleur et l'impotence fonctionnelle**.

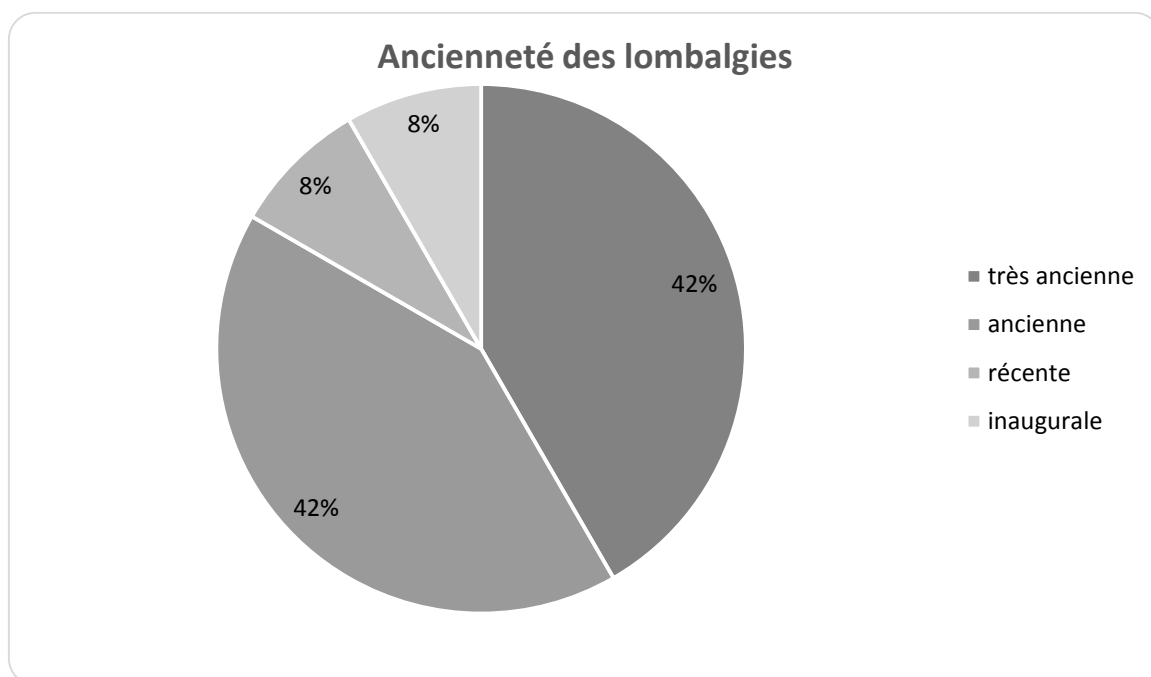


Les motifs de consultations restent mitigés entre douleurs et impotence fonctionnelle.

d) Ancienneté des lombalgies

Nous la classifions arbitrairement en 4 catégories, elle est recueillie lors des entretiens :

- très ancienne : depuis plus de 10 ans
- ancienne : entre 2 et 10 ans
- récente : moins de 2 ans
- inaugurale : premier épisode.

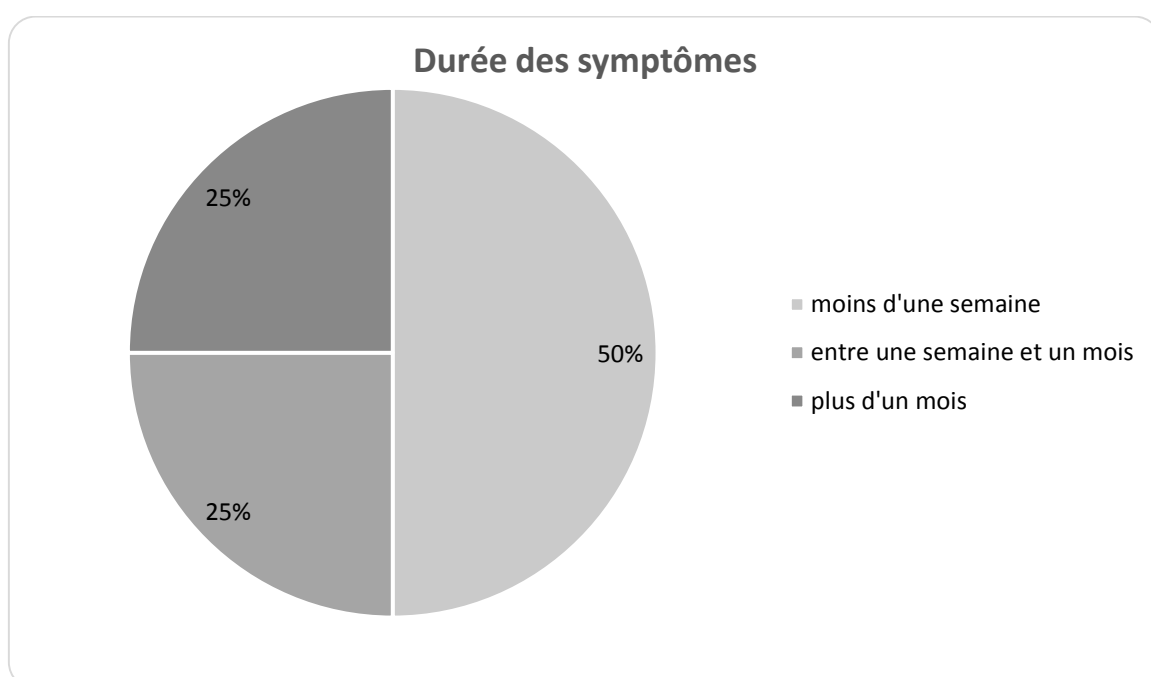


Parmi les patients interrogés, nous n'en retrouvons qu'un témoignant au décours d'un épisode inaugural. La plupart souffre depuis des années de lombalgies aiguës récurrentes.

e) *Durée des symptômes*

Elle est évaluée sur l'épisode de lombalgie le plus long, car c'est globalement celui qui est retenu par le patient. Nous la classifions arbitrairement en 3 catégories, d'après les renseignements recueillis lors de l'entretien :

- moins d'une semaine
- entre une semaine et un mois
- plus d'un mois.



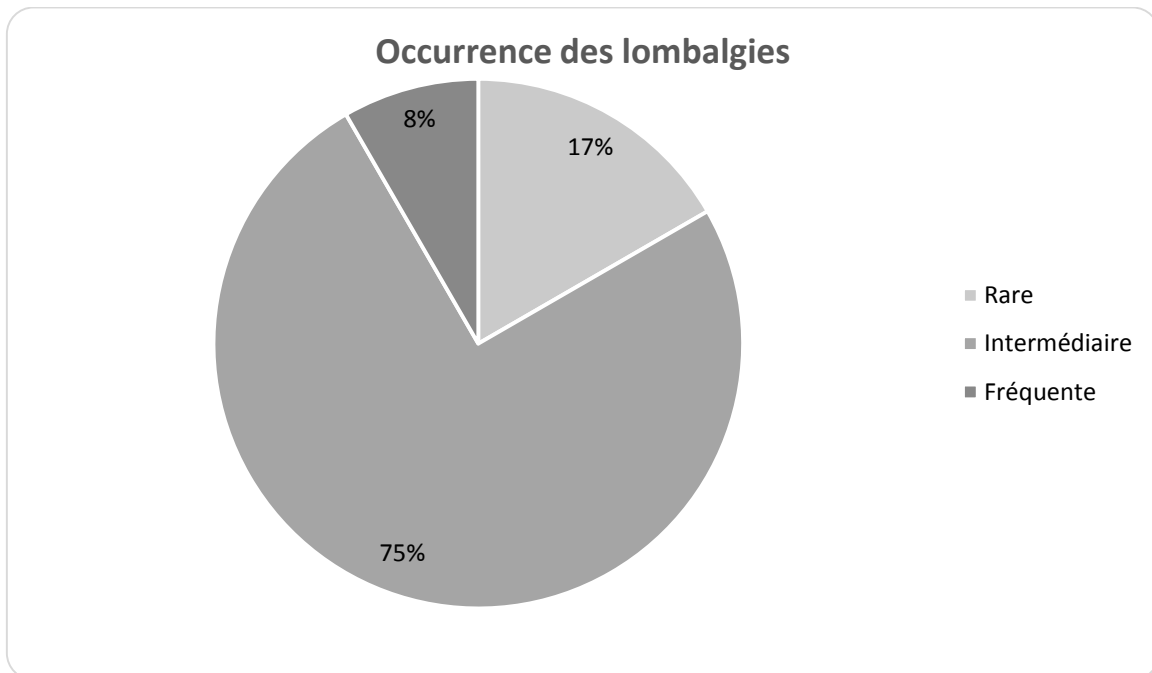
Rappelons que dans la littérature, nous retrouvons que 90% des patients consultant en première intention pour une lombalgie bénigne apparue depuis moins de 72 heures ont guéri en moins de 2 semaines avec un traitement par paracétamol non associé et éventuellement du repos. (22)

Ici 75% des patients ont une symptomatologie inférieure à 2 semaines.

f) *Fréquence des lombalgies*

Catégorisée arbitrairement en 3 groupes :

- rare : moins d'une fois par an
- intermédiaire : entre une fois par an et une fois par mois
- fréquente : au moins tous les mois.



Les deux patients présentant des douleurs inférieures à une fois par an sont le patient numéro 10 qui depuis son opération de sa hernie discale n'a fait qu'un épisode de lombalgie et le patient numéro 12 pour qui l'épisode est inaugural. La patiente numéro 2 note des lombalgies au quotidien, évoluant plutôt sous la forme d'exacerbation sur un fond douloureux chronique.

g) *Tabagisme*

Patients ayant déclaré fumer actuellement, en dehors ou au cours de l'entretien :

Patients 3, 4, 8, 9 et 11.

Patients ayant déclaré avoir arrêté de fumer :

Patients 1, 6 et 7.

Patients n'ayant jamais fumé ou très occasionnellement (moins d'une fois par mois) :

Patients 2, 5, 10 et 12.

2. Caractéristiques des entretiens

Entretien	Date de consultation	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
N°1	14/02/2014	23/03/2014	16'27
N°2	07/02/2014	23/03/2014	16'04
N°3	14/02/2014	23/03/2014	19'53
N°4	05/02/2014	13/04/2014	17'29
N°5	03/04/2014	13/04/2014	13'41
N°6	15/04/2014	24/05/2014	18'53
N°7	09/04/2014	24/05/2014	20'17
N°8	30/04/2014	24/05/2014	24'07
N°9	22/04/2014	24/05/2014	11'57
N°10	15/09/2014	04/12/2014	11'44
N°11	26/09/2014	04/01/2015	19'59
N°12	03/10/2014	20/01/2015	13'59

La valeur moyenne de la durée des entretiens est de 17 minutes.

Ils se sont déroulés du 23 mars 2014 au 20 janvier 2015.

B. L'analyse des entretiens

1. Représentations de la lombalgie

a) *Symptomatologie décrite par le patient*

(1) *Impotence fonctionnelle*

Les patients décrivent leurs symptômes par les termes « bloqué » et « coincé ».

Patient n°1 : « ...on est vite bloqué ».

Patiente n°2 : « ben parfois je suis en train de cuisiner ou quoi et d'un coup j'ai le dos qui se

bloque ».

Patiente n°4 : La patiente évoque également la notion de rigidité : *« Pour euh pour débloquer un petit peu parce que tout est dur là ».*

Patiente n°5 : *« Des blocages ? Ça m'arrive ».*

Patiente n°7 : *« Je suis allée parce que j'étais bloquée ».* Lorsqu'elle se retrouve bloquée, la patiente adapte son attitude en conséquence : *« mais d'abord j'essaie un petit peu de tendre... de détendre un petit peu tout ça et puis euh... je vois si ça... si ça atténue ou pas ».*

Patiente n°8 : *« Des fois c'est sciatique, lumbago... le nerf qui coince euh... » « mais je sens quand le nerf il est... il est débloqué... après je suis calmée ».*

Patiente n°9 : *« Là j'étais bloquée ».*

Patient n°12 : *« Alors, heu comme j'étais bloqué » « J'étais comme hum coincé ».*

Chez certains patients, le blocage est tel qu'ils n'arrivent plus à se déplacer :

Patiente n°2 : *« parce que j'arrive pas à me déplacer j'arrive vraiment pas à marcher ».*

Patient n°3 : *« Oui... parfois il y a des jours où je n'arrive pratiquement pas à marcher. Là je vais voir le médecin ».*

Patiente n°11 : *« le mal de dos s'est accentué au point que j'avais même du mal à mettre un pied devant l'autre ».*

Patient n°12 : *« Alors, heu comme j'étais bloqué, je m'déplaçais en étant un peu tordu, je faisais attention à me déplacer lentement, en cherchant des appuis pour éviter de heu... pour éviter de ressentir des... des douleurs ».*

(2) [Persistance des douleurs](#)

Les symptômes douloureux sont ressentis constamment présents.

Patiente n°2 : *« et euh c'est des douleurs que qui ne partent pas qui sont toujours là » « moi je me lève pas un jour sans que j'ai pas mal tous les jours tous les jours ».*

Y compris la nuit : *« je peux pas aller au lit sans prendre un cachet sinon je dors pas ».*

Patiente n°5 : *« Voilà, c'est un mal de dos qui ne s'arrête pas... bon il y a des périodes où je n'ai plus mal et puis il suffit que je fasse des efforts ou du ménage ou porter les bébés quand ils étaient petits, ça revient ».*

(3) Sensation d'aggravation

Le patient a la sensation que la maladie s'aggrave, que les symptômes deviennent récurrents ou empirent.

Patient n°1 : « *Il se fait... juste brute ou... un froid, ça revient, hein. Le mal il revient, hein!* »
« *L'mal est toujours là, hein !* » « *Oui, ça reviendra [...] Ça ne partira plus, hein* ».

Patiente n°2 : « *mais bon ça vient toujours plus plus pi plus pire c'est pas que ça ça devient mieux hein* ».

Patient n°6 : « *Mais euh... c'est devenu de plus en plus euh récurrent quoi [...] Ça a augmenté, ouais* ».

Patiente n°7 : « *Ça va... Ça ne va pas aller en s'améliorant, ça va aller en empirant...* ».

(4) Forte intensité des douleurs

Le patient décrit des douleurs « atroces », « intolérables », allant jusqu'à l'empêcher de trouver le sommeil.

Patient n°3 : « *C'est vraiment... ça fait vraiment mal* ».

Chez ce patient, ces douleurs s'atténuent ensuite : « *Ça dure un ou deux jours, après ça va mieux. Ça va mieux après* ».

Patiente n°4 : « *parce que j'ai tellement mal des fois heu... j'sais pas comment me mettre pour m'endormir* » « *j'avais tout le temps mal là, ça faisait d'jà une semaine et ça allait pas mieux... c'était même pire... et il m'a appuyé un peu partout là j'avais tellement mal* » « *Ouais ouais... on peut pas me toucher ça me fait mal* » « *Elle sait qu'il faut pas trop me toucher sinon je hurle* ».

Patient n°6 : « *Quand ils sont passés sur les... les pavés, dans l'ambulance je devenais fou. Je devenais fou* ».

Patiente n°8 : « *Parce que j'y étais, j'avais terriblement mal [...] alors il m'a touchée et j'avais mal* ».

Patiente n°9 : « *Mais j'ai vraiment... des douleurs atroces* ».

Patiente n°11 : « *de nouveau eu des douleurs, même intolérables* ».

(5) Crises

Le patient décrit une apparition des symptômes par crises.

Patient n°6 : « *Parfois j'attrape une crise en plein... quand je prends la voiture, en plein euh... je ne sais pas si faire un faux mouvement ou quoi dans la voiture ou ne serait-ce que de passer*

sur une bosse... ça peut déclencher une douleur euh... assez hard quoi... ».

Patiente n°7 : *« Et quand euh... c'est en dehors des... crises, je ne sais pas comment on peut dire.... » « Ça va bien puis d'un coup, il suffit qu'il y ait un mouvement qui soit mal fait et paf, ça y est, ça se déclenche. Ou un peu de fatigue. » « Donc je les prends vraiment que... que si j'ai très très très mal... quand vraiment j'ai une... une crise je dirais ».*

Patiente n°9 : *« Des crises, quoi ils appellent ça des crises. Parce que par moment j'ai rien pendant trois, quatre mois puis après j'avais avoir mal au dos ».*

Patient n°10 : *« De temps en temps j'ai vraiment des douleurs un peu plus importantes que d'autres » « un jour où j'avais trop forcé, et de... donc de douleurs vraiment... vraiment aiguës... ça a duré quelques jours et après ça s'est arrêté ».*

Patiente n°11 : *« les douleurs euh dues à l'accident se sont euh réveillées mais d'une façon même euh assez violente ».*

(6) Caractéristiques de la douleur

Patiente n°2 : La patiente explique sa douleur comme une sensation de coupure dans le dos : *« parfois j'ai l'impression que j'ai le dos qui se coupe en deux » « d'un coup et ben parfois je me baisse quand quand je me relève j'ai l'impression que le dos ils se coupent carrément ou bien ça me bloque j'ai plus d'air donc il faut que je me baisse de nouveau et que je remonte tout doucement ».*

Patient n°3 : Le patient utilise la métaphore d'un pic enfoncé pour décrire son mal de dos : *« C'est pas un blocage, c'est un genre de ... c'est comme si... quelqu'un m'enfonçait je ne sais pas, un pic ou quelque chose ».*

Il utilise également l'image d'un coup reçu : *« Non, c'est des moments de... je ne sais pas... ça dure... c'est comme si quelqu'un me donnait un coup... alors je me redresse, je me remets bien et puis bon ça repart quoi... ».*

Patiente n°4 : La patiente décrit ses symptômes comme un point persistant le temps des douleurs : *« Des fois j'ai un point pendant deux jours et puis après ça passe ».*

Patiente n°7 : *« et ça me tire sur le dos ».*

Patiente n°9 : Lorsque la lombalgie survient, la patiente ressent des décharges électriques : *« Parce que je sens comme des décharges électriques dans l'dos, c'est encore pire que des contractions quoi. Ça fait vraiment très très mal et les mouvements... ».*

b) Origines de la lombalgie et facteurs d'aggravation

Lorsqu'on interroge les patients sur l'origine de leur lombalgie, les causes avancées sont diverses. La pénibilité au travail est citée par plusieurs d'entre eux. Mais d'autres facteurs influencent aussi la maladie : le poids/la grossesse, l'âge. Des pratiques du quotidien, comme la conduite automobile, sont également incriminées. La présence familiale peut également participer à l'explication.

(1) La pénibilité au travail

Patient n°1 : Le patient évoque un travail pénible comme origine de sa lombalgie. Il considère ce problème comme répandu dans sa profession. Il exerçait le métier de mineur mais il étend cette réflexion aux ouvriers : « *Les ¾ des mineurs avaient tous mal au dos* ». S'agissant de ses frères : « *Ils ont pas travaillé aux houillères eux bon... [...] Sont tous ouvriers hein !* ».

Au-delà des professions considérées comme pénibles « au titre des contraintes physiques marquées » (47), le patient considère que c'est la répétition de mauvais comportements, en particulier le port de charges trop lourdes, qui engendre la lombalgie : « *Quand on voit déjà les jeunes quand ils ont mal au dos à 10 ans, 8 ans... avec leur cartable euh, sac à dos qui courent, tellement lourd... Ça ne m'étonne pas hein!* ». A ce titre, il écarte les hypothèses de l'âge et de la génétique comme explications.

Patient n°3 : Le patient pense que c'est un mal généralisé, dont l'origine est la pénibilité présente dans certaines professions : « *Bon après ça dépend du travail... J'pense.* » « *Oui, bon moi disons que c'est pas assez lourd, mais c'est toujours courbé... toujours courbé en avant.* » « *Je pense que c'est ça et puis c'est euh des objets assez lourds à tirer ou à traîner c'est euh. Bon, tout part dans le dos quoi, et il y a un moment donné... je pense que c'est ça, je ne sais pas* ».

Patiente n°4 : La patiente estime que sa lombalgie est liée à sa profession de promotrice de vente, des gestes et postures qu'elle implique : « *Et puis je au travail je porte du poids aussi* » « *Je vais remplir dans les magasins donc j'ai 5 ou 6 magasins dans la journée et par exemple dans un magasin je vais passer 80 cartons de de 4 kilos un peu près [...] et je suis accroupie aux caisses donc je me lève je re je redescends et euh plus le poids ben mon dos ça fait 8 ans que je fais ça donc le dos voilà* » « *Oui quand j'travaille c'est.. ouais j'ai plus mal quand j'travaille oui, quand toute la journée j'ai porté mes cartons là... *3s* la fatigue et puis...le poids. Nan à la maison j'suis plus cool* » « *C'est parce qu'on est on porte du poids puis on est tout le temps tout le temps baissés accroupis aux caisses.* » « *C'est vraiment à ras du sol hein* » « *Pour la palette c'est pareil on tire [...]...avec la palette c'est lourd* ».

Patient n°6 : Le patient évoque la lombalgie dont souffre son père, qui exerçait le métier de plâtrier-maçon-carreleur : « *Ben mon père en avait, bon lui c'était par rapport à son métier* ».

Concernant son propre métier de professeur de cuisine, il précise ce que ça implique : « *Donc station debout...* ».

Patiente n°9 : La patiente avait une activité professionnelle avec port de charges lourdes et durant cette activité, elle n'avait pas de lombalgies. Elle n'identifie pas ses professions comme facteur causal de sa pathologie : « *Parce même avant, parce que avant j'travaillais tout ça j'ai jamais eu de problèmes de dos* » « *C'est c'que j'comprends pas moi j'ai travaillé... j'ai travaillé en boulangerie, j'ai travaillé dans la manutention, j'faisais tout l'temps aussi de m'abaisser, d'me lever, j'ai jamais eu un truc.* » mais n'exclut pas leur imputabilité : [A la question de savoir si sa profession n'a pas eu de répercussions ultérieures] « *Peut-être, je sais pas.* » « *Oui bah oui (silence 3s). Peut-être que c'est euh, j'travaillais en boulangerie j'ai porté des choses lourdes donc je sais pas. (silence 3s)* ».

(2) Les comorbidités et prédispositions

Patiente n°2 : La patiente identifie sa lombalgie comme la maladie de Forestier : « *Alors moi la maladie que j'ai c'est ça s'appelle la maladie de Forestier* ».

Patient n°3 : Le patient souffre également de scoliose : « *Non ben bon, il m'a ausculté un peu quoi. * 2s* Bon il sait que j'ai quand même une scoliose* ».

Patient n°6 : Le patient a subi des ponctions lombaires, dans le cadre d'une recherche de sclérose en plaque. « *Ben il m'avait fait ça avant, pour faire une recherche de ... *3s* clér... sclérose en plaque je crois. * 2s* Ouais. Il pensait que ça venait de là, que j'avais... le problème de dos etc...* ». Les résultats étaient revenus négatifs. Il a également été opéré d'une hernie discale L4-L5.

Patiente n°7 : La patiente a passé des scanners qui ont révélé la présence d'arthrose. « *Y'a de l'arthrose... J'ai de l'arthrose un peu tout le long de la colonne et au niveau des lombaires basses, y'a de l'arthrose aussi donc euh... ça ne va pas aller en s'arrangeant* ».

Patiente n°8 : En plus de lombalgie, la patiente souffre de sciatique : « *Des fois c'est sciatique, lumbago...* » « *Le kiné il est venu euh... jeudi... ouais jeudi... et il m'a dit que... je commence à avoir une sciatique...* ».

La patiente a également de l'arthrose : « *Je sais que le docteur M. il m'a dit que le dos, ça venait aussi de l'arthrose* ».

La patiente évoque un mal à la jambe gauche qu'elle lie avec sa lombalgie : « *Moi bon... moi je reste assise là.... Mais après, il faut que je me relève dans 5 minutes parce que j'ai... j'ai la jambe qui s'endort... et ça c'est pas normal. J'ai la jambe gauche qui s'endort, et je commence à avoir mal au dos* ».

La patiente évoque également l'influence de facteurs psychiques dans le déclenchement de sa lombalgie : « *Alors, je ne sais pas c'est psychique... on me dit que c'est psychique dans ma tête* ». En effet, la patiente date l'origine de sa lombalgie de la naissance de son fils handicapé il y a 9 ans : « *Et il a 9 ans hein... et je m'en plains pas... quand on fait des gosses, et ben, on assume !* ».

Patient n°10 : Lorsque les douleurs sont apparues, le patient a été orienté vers un rhumatologue qui a diagnostiqué une hernie discale L5-S1 : « *Bah elles ont commencé, elles*

ont commencé très doucement, fin doucement elles sont apparues un jour euh voilà. Euh... Et c'est donc à force euh bah c'est au bout de quelques jours que je me suis inquiété, j'ai consulté euh donc c'est mon généraliste qui m'a envoyé vers un, vers un rhumato qui, me semble suite à un scan [...] m'a annoncé là qu'il y avait une hernie discale L5-S1 et donc c'était l'origine des... des douleurs ».

Le patient a également une jambe plus courte que l'autre, cette hypothèse a également été avancée dans l'explication des origines de sa lombalgie.

Un scanner a révélé que le patient a des prédispositions pour faire des hernies discales : *« Y'a eu comme hypothèse euh, le fait que j'avais un, une colonne dorsale qui a des critères radio... j'ai, j'me souviens plus desquels mais des critères de radiologie où m'a dit que j'étais susceptible de faire plus de hernies discales que les autres ».*

Patiente n°11 : La patiente décrit des sciatiques récurrentes : *« j'ai quand même euh... suivant le... l'intensité du travail euh, des sciatiques récurrentes ».*

Patient n°12 : Dans son enfance, le patient souffrait d'une légère scoliose : *« Ah si, quand j'étais gamin, le médecin scolaire avait détecté une légère scoliose ».*

(3) Présence d'antécédents familiaux

Patiente n°2 : La patiente évoque la maladie de Forestier : *« Mais non c'est euh ils disent que c'est héréditaire ou j'sais pas »* et signale des cas de spondylarthrite dans sa famille.

Patiente n°4 : La patiente relève des cas de lombalgie dans sa famille : *« Quoi que si mon frère il a eu un lumbago une fois » « Ma p'tite sœur, ouais, elle a déjà été bloquée plusieurs fois elle *4s* et mon frère *2s* mais il est plus âgé ».*

Patient n°6 : Le patient confirme la présence de lombalgie dans sa famille mais en l'associant à la profession du membre concerné : *« Mon père en avait, bon lui c'était par rapport à son métier. [...] Mon frère, lui, euh..., ben c'est suite je vais dire, plus à des chutes de chevaux parce qu'il est garde républicain. Donc aux entraînements ».*

Patiente n°7 : La patiente évoque des cas de lombalgie dans sa famille : *« Ouais, ma mère... enfin maintenant elle est âgée... mais oui, maintenant elle a aussi des problèmes.... Elle a eu une hernie discale en 98 et maintenant elle a aussi des ptits soucis de dos aussi. » « Hm. Mais je pense qu'elle a aussi des problèmes d'arthrose ; elle en a partout aussi. *rire* C'est.... Ça, c'est de famille. *rire* ».*

Patiente n°8 : La patiente relève des problèmes de dos au sein de sa famille.

Sa sœur : *« Mais elle euh... elle c'est... elle... elle a une maladie orpheline et elle a des gros... des gros soucis de santé ».*

Il semblerait toutefois que l'évocation de ce membre de la famille soit en rapport avec des problèmes de santé d'ordre général et pas forcément localisés au niveau lombaire.

Patiente n°9 : La patiente évoque sa sœur mais précise que pour elle, c'est probablement l'activité professionnelle qui est responsable de ses maux : *« Mis à part ma sœur mais bon ça,*

c'était par rapport à son travail donc euh... ».

Patiente n°11 : La patiente se souvient de lombalgies du côté paternel : « *Euuuh similaireuh, similaire y'avait mon père qui était très sujet aux lumbagos. Ça j'ai un souvenir de... ça c'est le souvenir que j'ai. Euh sinon euh, sinon non. Non y'a que... y'a que lui ».*

Patient n°12 : Le patient rapporte des cas d'arthrose chez ses ascendants : « *au niveau familial, oui, disons chez mes parents il y avait des problèmes d'arthrose... Mais je sais pas si ça peut être lié à... Bon chez mon père, par exemple l'arthrose se propageait dans le dos, surtout au niveau des épaules et ma mère avait de l'arthrose dans les bras, les articulations.... ».*

(4) L'âge

Patiente n°5 : L'âge est identifié comme facteur aggravant du mal de dos par le médecin : « *Il faut savoir que vous prenez de l'âge et que... ça joue aussi ».* C'est également constaté par la patiente : « *Même moi j'ai trouvé un changement depuis la première grossesse ».*

Patient n°6 : Le patient considère que son âge joue dans sa maladie : « *Bon et puis il y a aussi la vieillesse qui... je suppose joue un rôle ».*

(5) La conduite automobile

Patiente n°4 : La patiente estime que sa lombalgie est liée à sa conduite automobile (laquelle est inhérente à sa profession de promotrice de vente) : « *Parce que je roule beaucoup je pense que c'est lié ».*

(6) La surcharge pondérale

Patiente n°5 : La lombalgie de la patiente est associée à son poids : « *C'est peut-être le poids, il y a une question de poids aussi. » « Elle m'a parlé du poids. ».*

D'ailleurs, la perte de poids est associée à une diminution de la douleur : « *Quand je perds du poids... Oui, Quitte à ce que ça ne soit que trois kilos, euh... ben là je vois une différence ».*

Patiente n°8 : La surcharge pondérale de la patiente a une implication dans sa lombalgie : « *Mais bon euh... il y a des docteurs qui me disent : "C'est à cause du poids", alors bon euh... j'essaie de faire régime un ptit peu pour éliminer un peu mon ventre mais... c'est pas la même chose, hein. ».*

Patiente n°9 : La patiente identifie un facteur potentiellement aggravant : sa surcharge pondérale. Néanmoins il semblerait que le problème du poids soit un problème de santé générale, qu'il soit en lien ou pas avec la lombalgie :

« Il [le rhumatologue] dit c'est vrai qu'ça joue pas... en ma faveur euh parce que j'suis quand même costaud quoi mais... il dit que ça veut rien dire ».

(7) La grossesse

Patiente n°5 : La patiente date les débuts de sa lombalgie de sa première grossesse. A ce titre, elle émet l'hypothèse d'une origine de son mal de dos dans la prise en charge médicale reçue pendant sa grossesse : « *En fait, j'ai eu trois césariennes... euh des péridurales... et je me pose la question "est ce que ça ne vient pas de... des péridurales"* ». Cette hypothèse est écartée par son médecin : « *"Non, ça n'est pas du tout ça"* ».

La grossesse est bien identifiée comme élément déclencheur mais parce qu'elle est liée à une prise de poids : « *Et puis Mme B. me dit c'est lié aux grossesses. Pour moi c'est dû aux grossesses* ».

Patiente n°8 : La patiente s'interroge sur une possible implication de la césarienne dans sa lombalgie : « *Mais est-ce que ça ne serait pas... à cause de... la piqûre qu'ils m'ont fait quand... quand ils m'ont fait la césarienne ?* » « *Ouais parce que comme ils m'ont piquée là... ça je m'en rappelle... ils m'ont piquée là... juste là... et c'est là que j'ai mal... et ça me fait tout le... Ils m'auraient pas piquée... dans le nerf ?* ».

Patiente n°9 : Elle associe le moment où sont apparues les premières lombalgies à sa grossesse, mais sans affirmer qu'elle en soit la cause : « *... après euh la grossesse de ma plus grande. Parce même avant, parce que avant j'travaillais tout ça j'ai jamais eu de problèmes de dos et ça a commencé après, vers les 2008, 2009* ».

(8) Un épisode traumatique antérieur

Patient n°6 : Lorsqu'on le questionne sur l'origine de sa lombalgie, le patient admet ne pas la connaître avec certitude mais évoque un accident de la circulation dont il imagine qu'il a eu un impact : « *Mais est-ce que c'est suite, je ne sais pas, est ce que c'est suite à un accident [...] Un accident de voiture, peut-être, c'est ce que j'ai comme doute...* » « *Et on a atterri dans un... dans un platane. Du côté conducteur. Et quand j'ai vu que ça commençait à fumer au niveau du moteur, ben j'ai poussé pour casser le siège... avec les jambes... je pense que le dos aussi pour pouvoir sortir de la voiture* » « *Bon est ce qu'il y a eu cause à effet ? Je n'en sais rien.* » « *Donc euh... ben ça peut venir de là... par contre... je ne sais pas... j'ai pas... sur le coup on ne réalise pas, c'est peut-être qu'après que les... que les choses.... Peuvent s'envenimer. Je ne sais pas. Aucune idée de ce côté-là.* ».

Patiente n°11 : La patiente note deux épisodes compatibles avec l'apparition des douleurs : « *Euh... ça remonte euh... à un accident de sport... lorsque j'avais 16 ans, je me suis fait une entorse à la colonne vertébrale* » « *... en fait j'ai eu deux accidents successifs. Une première euh donc là... cette fêlure vertébrale. Continuant à travailler parce que je soupçonnais pas un problème aussi important euh... j'ai les lombaires qui se sont... c'est-à-dire que ça a compensé* ».

avec un travail sur les lombaires important et là les lombaires... ça fait un lumbago quoi, un lumbago important ».

(9) La consommation de tabac

Dans la littérature, on retrouve dans certains articles un lien entre tabagisme et lombalgie aiguë commune (28) (48). La question a été posée aux patients ; une simple réponse binaire a été fournie. Les patients n'établissent pas de lien entre tabagisme et lombalgie.

Patiente n°5 : Elle témoigne d'une certaine hygiène de vie : *« Non je ne fume pas, je ne bois pas ».*

Patient n°6 : Le patient a arrêté de fumer. *« Oh non, j'ai arrêté... j'avais fumé... j'ai fumé quoi ? Peut-être une dizaine d'années. » « Je crois que j'ai dû fumer jusque l'âge de 23-24 ans... j'ai arrêté 20 ans ».*

Patiente n°7 : La patiente est une ancienne fumeuse : *« Oui. Mais là ça fait 16 ans qu'on a arrêté ».*

Patiente n°8 : La patiente fume mais a réduit sa consommation de tabac : *« Je fume... moins ».*

Patiente n°9 : La patiente fume depuis des années et ne semble pas avoir modifié sa consommation : *« J'avais 16 ans quand j'ai commencé à fumer aujourd'hui j'en ai 27 ».*

Patient n°12 : Le patient n'a jamais fumé mais est un ancien fumeur passif : *« Heu non j'ne fume pas. J'étais à un moment donné fumeur passif si on veut, si on veut... parce que mon père fumait pas mal mais depuis mon mariage, je n'étais plus trop, plus trop souvent en contact avec des fumeurs donc ça s'est ressenti heu... au niveau de ma respiration, moins de toux.. et caetera ».*

(10) Une literie inadaptée

Patiente n°8 : La patiente s'interroge sur l'implication de son matelas dans sa lombalgie : *« Alors est ce que c'est le matelas... » « Mais bon euh... je ne sais pas si c'est un des matelas et euh... est ce qu'ils euh... vendent des matelas médicalisés comme ça ? Des grands ? ».*

(11) L'impact d'une activité physique

Patient n°10 : Comme facteur déclenchant de la lombalgie chez le patient, la pratique intensive de trampoline pendant 5 ans a été évoquée sans avoir été confirmée : *« Y'a eu euh, cinq ans de trampoline que j'ai fait où pour le dos c'est pas forcément... bon ».*

c) Facteurs favorisant ou déclenchant

(1) Le port de charges lourdes

Patient n°3 : Le patient évoque la manifestation de la lombalgie « par périodes » mais précise : « *Bon après ça dépend de nouveau au travail, c'est plus... c'est plus je fais, plus j'ai mal au dos* ». « *Quand je suis à la maison il n'y a rien et dès que je suis au travail, ça... ça repart quoi* ». Mais il nuance de nouveau son propos en ne se positionnant pas comme expert : « *Moi je pense que c'est ça. Bon maintenant après c'est p'tet autre chose aussi, c'est vrai, je ne sais pas* ».

La profession du patient, dans la sidérurgie, exige une activité physique contraignante : « *Et puis c'est... c'est lourd, c'est... c'est un travail... c'est un travail qui est lourd... J'ai des... des élingues de chaînes qui sont lourdes... bon elles sont accrochées au pont, mais il faut les tirer, il faut les accrocher. Et tout ça je pense qu'à force..., ça... ça tape dans le dos. C'est clair. Ça tape...* ».

Patiente n°5 : Les efforts physiques réveillent la lombalgie de la patiente : « *Bon il y a des périodes où je n'ai plus mal et puis il suffit que je fasse des efforts ou du ménage ou porter les bébés quand ils étaient petits, ça revient* » « *Après le déménagement forcément j'ai dû faire des efforts* ».

Patiente n°8 : La patiente évoque la prise en charge de son fils handicapé et des tâches ménagères qui impliquent le port de charges lourdes : « *Je suis obligée de le porter... de porter les courses euh* » « *Des fois c'est sciatique, lumbago... le nerf qui coince euh... parce que bon euh... il m'arrive de porter trop lourd hein* » « *Parce que des fois on prend le fauteuil roulant, on prend d'une main le fauteuil roulant, une main tient mon dos* » « *Mais la poussette, je suis obligée de pousser, ça me tire le dos* ».

Patient n°12 : Le patient évoque le port de charges lourdes, parfois réalisé dans de mauvaises postures, qui provoque des douleurs lombaires : « *Bah ouais, il m'arrive de porter des trucs plus ou moins lourds et au bout d'un moment, je ressens des douleurs dans le dos* » « *Non, non c'était lorsque je... j'ai fait du jardinage, j'ai déplacé des choses* ».

(2) Les mouvements répétés ou inadaptés

Patient n°1 : Le patient évoque les gestes qui provoquent actuellement sa lombalgie : « *Des faux... faux mouvements...* ».

Patiente n°2 : La lombalgie se manifeste en cas de marche prolongée : « *Ouais même quand je marche beaucoup ou quoi je commence à avoir mal aux hanches ou dans le dos [...] marcher mais pas bon ben marcher j'aime bien mais pas longtemps longtemps* ».

La lombalgie survient également lorsque la patiente effectue certains mouvements : « *Si je me baisse trop pliée tu vois ou alors je fais un mouvement brusque ou quoi dans le dos on le sent ouais* » [...] « *non assis j'arrive pas bien à me relever alors coucher c'est pire hein* ».

Patient n°3 : De simples gestes du quotidien peuvent devenir des contraintes : « *Et puis bon, ça dépend des mouvements aussi... si je me baisse pour mettre la... la chaussette ou je veux nouer la chaussure, je le sens, alors je m'arrête, je me mets assis dans une autre position, je tire la chaussette, je me débrouille quoi* ».

Patiente n°4 : La douleur peut survenir à certains moments « *Oui quand je me baisse ça dépend des jours* ».

Patiente n°5 : « *Quand je fais un faux mouvement, quand je porte le bébé ben ça revient... euh... ben tout à l'heure j'ai un peu lavé mon sol de toute la maison jusqu'en bas ben j'ai eu une crampe, j'avais mal* ».

Patient n°6 : Les séances de kinésithérapie sont réduites à néant au moindre « *faux mouvement* ». De même, les douleurs peuvent le réveiller la nuit : « *Oui, aux mouvements... Et pourtant j'ai un matelas quand même qui est assez... assez ferme, donc euh... parce que les matelas qui font cuvette il faut y aller pour sortir de la dedans... on est mal barré quoi...* » « *Ça peut apparaître à n'importe quel moment. [...] Donc euh... même parfois quand je marche, il suffit que je descende d'un trottoir et que je ne fasse pas gaffe... l'effet de de de... d'avoir un appui beaucoup trop soutenu, ça peut déclencher une douleur* ».

Patiente n°7 : La patiente s'est retrouvée « *bloquée* » suite à un faux mouvement : « *J'étais... *rire* voilà, j'ai fait... fait un... un mouvement avec... j'ai fait... j'ai voulu ouvrir ma poubelle de la salle de bain avec le pied et je me suis retrouvée bloquée* ».

C'est dans le cadre de son activité de ménage que surviennent certaines douleurs : « *Ben si je fais certains mouvements, je la sens. [...] Si je bouge beaucoup ou alors des fois c'est en fonction d'un simple petit mouvement que je peux faire. Si je me retourne un peu vite ou si je fais... voilà. Et c'est... c'est vite pas grand-chose.* » « *Il n'y a pas grand-chose à... Ce que je dirais, c'est que c'est fragile, ça ne tient à pas grand-chose. Ça va bien puis d'un coup, il suffit qu'il y ait un mouvement qui soit mal fait et paf, ça y est, ça se déclenche* ».

Patiente n°8 : Les activités domestiques comme le ménage peuvent déclencher la douleur : « *Ben laver par terre* », « *Parce que... là j'ai repassé... j'ai repassé le linge de ma fille. J'ai mal au dos... Là j'étais assise mais pour me lever j'ai mal au dos. J'ai juste mal là* ». La marche prolongée fait également se manifester la lombalgie chez la patiente : « *Alors c'est quand je fais... je marche... beaucoup, hein... parce que je vais au Super U, au Lidl, au Norma... je vais à pied...* » « *C'est quand je marche, que je m'occupe des gamins...* ».

Patiente n°9 : L'effort est le dénominateur commun du déclenchement de la lombalgie : « *à chaque fois que ça m'a, que c'est venu c'est pendant l'effort, à chaque fois que j'fais mon ménage, je bloque* ».

Patient n°10 : Ce sont les stations prolongées (station debout notamment) et les efforts physiques qui font apparaître les douleurs chez le patient : « *Dès que je suis debout trop longtemps, ça, la douleur vient au bout d'un moment et j'suis obligé de... ça m'empêche de rester debout très longtemps* ».

Patiente n°11 : Les tâches de la vie quotidienne peuvent être responsables de ses lombalgies : « *Par contre un balayage, un aspirateur, le fait d'être légèrement penchée, euh... dans... une mauvaise position en fait, une mauvaise position c'est... c'est voilà, ça déclenche les maux de*

dos et de... euh... Moi j' pense que c'est dû à la fatigue et la mauvaise position, 'fin les mauvaises positions que j'peux prendre quand on fait certaines, certaines tâches ».

La patiente signale également une recrudescence des douleurs lors de ses grossesses, consécutives aux modifications de positions qu'elles induisent : *« surtout la 3^e grossesse... Que... ben... j'avais tellement mal au dos, j'ai eu des soins qui n'ont... enfin pour moi qui n'ont pas été efficaces et... cela étant, le... le mal de dos s'est accentué au point que j'avais même du mal à mettre un pied devant l'autre. Ca... euh il faut dire que ma dernière grossesse, sans avoir pris trop de poids je... je portais le bébé très en avant, donc ayant une lordose initiale, ça a beaucoup accentué au niveau donc... au niveau des lombaires essentiellement ».*

Patient n° 12 : Le patient explique qu'il ne respecte pas les préconisations en matière de mouvements et postures à adopter, précisant que ceci peut être l'origine de son mal de dos : *« Alors heu... je crois me souvenir enfin que... que c'était suite à un faux mouvement, comme parfois quand je soulève des choses, je le fais de la mauvaise manière comme le soulignent mes enfants (rires), donc j'ai dû faire un effort en ayant le dos un peu plié et donc j'ai ressenti cette douleur. » « Bon heu... Ce genre-là, non n'arrive pas... il n'arrive pas fréquemment. Mais il m'arrive d'avoir mal au dos par exemple heu... quand je fais du jardinage, quand je bêche et que je fais ça pendant un temps... un temps assez long et j'ai parfois du mal... du mal à me remettre droit. Il faut que j'le fasse en plusieurs étapes, comme si j'étais coincé ».*

Par ailleurs, le patient ne met pas directement en cause son activité professionnelle dans l'origine de sa lombalgie mais il évoque certains gestes inhérents à sa profession qui, mal réalisés, peuvent favoriser la pathologie : *« Bah heu... je suis enseignant donc heu... je ne suis pas amené à faire des gestes brusques, soulever des choses ou heu... Mais pour corriger ou surveiller le travail des enfants, je suis amené à me baisser, et je ne le fais pas toujours en pensant à.. à la bonne manière. Et c'est en me relevant que je ressens parfois des douleurs.. heu mais qui ne durent pas ».*

(3) La conduite automobile

Patiante n°5 : La patiente témoigne que son mal de dos peut apparaître quand elle conduit : *« Ca m'est déjà arrivé alors que je conduisais. » « Non, c'est vrai quand j'ai mal et que je roule je sens les secousses et tout ça. Les moindres secousses, les moindres.... ».* Toutefois, elle estime que ce n'est pas la conduite qui est à l'origine de son mal de dos : *« Mais non, je ne vais pas dire c'est la conduite qui provoque... Non ».* Celle-ci n'en est qu'un facteur aggravant.

Patient n°6 : La conduite automobile peut réveiller la lombalgie du patient : *« Parfois j'attrape une crise en plein... quand je prends la voiture, en plein euh... je ne sais pas si faire un faux mouvement ou quoi dans la voiture ou ne serait-ce que de passer sur une bosse... ça peut déclencher une douleur euh... assez hard quoi... ».*

Patiante n°7 : La patiente porte sa ceinture lombaire lorsqu'elle roule afin de soulager les douleurs liées à la conduite : *« Quand je fais beaucoup de voiture... » « Alors quand on fait des... quand on part en voyage, je me dis "bon ben, je fais beaucoup de route, je pense à prendre la ceinture" ».*

Patient n°10 : Le patient a recours à des méthodes préventives lors de la conduite automobile : « *J'porte une ceinture lombaire depuis... longtemps et toujours de... dès que j'ai des grands trajets à faire en voiture...* ».

Patiente n°11 : La patiente signale que, bien que la conduite automobile est réputée pour être néfaste pour le dos, elle ne la gêne pas au quotidien, alors qu'elle représente une part importante de sa profession : « *... bon on dit que la voiture euh... c'est le problème des chauffeurs de taxi parait-il, alors que moi la voiture au contraire ne me... je règle très très bien mon siège, j'ai... apparemment je n'ai pas de souci par rapport à ça* ».

Patient n°12 : le patient peut ressentir une gêne lors d'une conduite automobile prolongée : « *Non enfin si.... quand je conduis pendant longtemps, pendant une certaine durée, j'ai du mal à me redresser... et quand je sors de la voiture, au bout de quelques pas bah.... ça va mieux* ».

(4) Les contraintes environnementales

Patient n°1 : Le patient cite la température comme élément pouvant déclencher sa lombalgie : « *Ou un peu de froid euh... on est vite bloqué, hein !* ».

Patiente n°2 : Le froid et l'humidité sont des éléments déclencheurs ou aggravants de la lombalgie : « *L'humidité oui* » « *D'ailleurs quand je suis en vacances en Italie non j'ai pas il y a tellement le soleil et la chaleur que je me trouve bien là-bas* » « *C'est pour ça que je reste le plus longtemps possible là-bas mais quand je viens ici c'est vrai que l'humidité je peux pas rester sans en petit pull ou je me protège beaucoup d'ailleurs docteur L. m'a dit qu'il fallait beaucoup de chaleur* ».

Patient n°3 : La météo a un impact : « *C'est plus en hiver, ça c'est sûr* ».

Patiente n°5 : La patiente évoque les conditions environnementales, notamment les courants d'air, comme activateurs de sa lombalgie latente : « *Il suffit que j'attrape un coup de... un courant d'air... quand je suis dans un courant d'air. Voilà donc... j'ai toujours un petit gilet parce que bon... même s'il fait chaud, par moment ça me prend au niveau du bas des... du dos... et... je vis avec en fait.* » « *Quand je suis dans le courant d'air, ça y est ça revient !* ».

D'ailleurs, quand elle dort, elle n'est pas sujette à lombalgie : « *Non, pas dans la nuit, non. Une fois que je suis au repos et puis euh... bien au chaud, non* ».

Les patientes 4, 7 et 10 affirment que les conditions environnementales n'ont pas d'impact ; ils n'en ont pas constaté.

(5) L'état de stress

Patiente n°4 : La patiente associe ses problèmes à une grande nervosité : « *Mais j pense que c'est lié aux nerfs aussi. *2s* J'suis très nerveuse* ».

La patiente semble être sensible au stress puisque la seule présence des intervenants la perturbe : « *Le fait que vous êtes là aussi ça me ... (rires) ».*

A noter que la patiente déclare également bénéficier de soins pour un syndrome dépressif : « *Mais lui il m'a soignée aussi pour autre chose hein... pour heu... *2s* dépression ».*

Patiente n°5 : La patiente associe sa lombalgie à ses grossesses, qu'elle semble avoir vécues péniblement en raison d'états de stress : « *Oui, pendant mes grossesses j'ai eu... oui beaucoup de stress *3s* j'avais peur de perdre mes bébés. *2s* Oui il y avait du stress pendant mes 3 grossesses, ça c'est... d'ailleurs quand je repense à mes grossesses, je me dis euh... c'est le moment que je déteste le plus. » « *C'est le moment que je ne voudrais pas revivre »* « *Bah, il y avait un peu de tout. Et puis je n'étais pas bien. C'était dès le départ des nausées et puis jusqu'à... je n'étais pas bien pendant mes grossesses ».**

Patient n°10 : Le patient estime que cela peut avoir un impact : « *Je crois pas. Je, j'l'ai jamais remarqué mais je... 'fin... la logique dirait que oui... Mais voilà, 'fin le stress oui, j'dois être plus contracté. Le stress ça fait des contractures, ça fait des courbatures, ça fait des machins et tout ça c'est mauvais forcément pour la lombalgie donc euh ça devait y participer mais je l'ai jamais remarqué particulièrement ».* Il suppose qu'il existe un effet d' « auto-entretien ».

Patient n°12 : Le patient se considère comme quelqu'un de stressé et imagine l'impact que cela peut avoir sur une lombalgie : « *C'est fort possible parce que heu... je suis, quand je suis stressé, je suis crispé, tendu et heu... je pense que ça pourrait avoir une influence ».*

Les patients 6, 7 et 10 affirment ne pas être stressés.

La patiente n°9 se considère stressée « comme tout le monde » mais n'établit pas de lien avec sa pathologie.

(6) Impact de la thymie

Patiente n°11 : Bien qu'actuellement la patiente ne se sente pas affectée psychologiquement, elle relate un épisode où l'impact psychologique a conduit à l'apparition de lombalgies : « *Euh... C'est, c'est-à-dire que une baisse de moral peut jouer sur le... effectivement. Puisque j'ai le cas un an après quand... euh quand j'ai été euh... licenciée euh... qu'immédiatement pratiquement euh... du jour au lendemain euh, les, les douleurs euh dues à l'accident se sont euh réveillées mais d'une façon même euh assez violente. Donc euh je pense qui y'a quand même un lien entre le moral et le... et le mal de dos. Sur... sur euh... surtout sur un point fragile c'est... euh par exemple moi c'est l'dos quelqu'un d'autre dans la même situation que moi ça aurait ptet été je sais pas moi, euh ou les yeux ou l'estomac ou les intestins ou je sais pas moi. Mais moi je pense que y'a... je pense qui y'a un lien quand même. Enfin moi j'ai... fortement ressenti comme ça ».*

(7) La persistance des douleurs

Patiente n°2 : La patiente a la sensation que la lombalgie est toujours présente : « *Et euh c'est des douleurs que qui ne partent pas qui sont toujours là* » « *moi je me lève pas un jour sans que j'ai pas mal tous les jours tous les jours [...] c'est dans le dos parfois j'ai l'impression que j'ai le dos qui se coupe en deux* ». Relevons la métaphore de coupure, particulièrement violente.

Patiente n° 5 : La patiente envisage sa lombalgie comme un mal de dos latent, que les efforts physiques ou les conditions environnementales peuvent réactiver à tout moment : « *Voilà, c'est un mal de dos qui ne s'arrête pas... bon il y a des périodes où je n'ai plus mal et puis il suffit que je fasse des efforts ou du ménage ou porter les bébés quand ils étaient petits, ça revient* ».

(8) Aucune circonstance particulière

Patient n°3 : Le patient indique que le mal survient également lorsqu'il est à son domicile sans qu'aucun mouvement identifiable n'en soit toujours à l'origine : « *Ben parfois rien [...] Parfois je me lève de la chaise et puis... il faut que je me redresse... vraiment bien me redresser et puis ça va* ».

(9) Prodromes

Patiente n°9 : La patiente signale des symptômes précédant l'apparition de la lombalgie : « *Bah en fait j'le sens quand j'vais avoir mal parce que je sens un craquement... intérieur, à l'intérieur de moi.* » « *Mais je l'sens quand j'vais être bloquée. J'sais pas comment l'expliquer. Deux, trois jours avant j'ai déjà un petit peu des douleurs, j'arrive à marcher tout ça. Je fais exprès attention à bien m'abaisser à pas m'pencher tout ça mais... je bloque quand même* ».

(10) La fatigue

Patiente n°11 : La patiente déclare être plus vulnérable devant l'apparition d'une lombalgie lorsqu'elle est fatiguée : « *Euh, la fatigue essentiellement, euh la fatigue donc euh, euh, j'ai quand même euh... suivant le... l'intensité du travail euh, des sciatiques récurrentes, et euh, euh... De la fatigue par exemple, euh, euh, j'travaille à la maison euh, j'ai un travail, euh, assez important à faire* ».

d) Conscience des risques liés à la maladie

(1) Risques liés à la conservation d'un emploi, aspect professionnel

Patient n°3 : Le patient pense que, s'il se plaint trop de sa maladie, il risque d'en subir les conséquences sur un plan professionnel : « *Si ça ne va plus, on prend un autre. C'est comme ça *petit rire* C'est ça le monde où l'on travaille ; si ça ne va plus on prend un autre. A la limite eux ils s'en foutent hein. C'est pour ça que je demande pas d'arrêt moi !* ».

Patiente n°4 : La patiente évoque les difficultés à la remplacer à son poste qui expliquent pourquoi elle ne peut pas demander un arrêt de travail : « *Et pis moi quand heu j'suis absente, il faut qu'ils me remplacent, faut qu'ils trouvent quelqu'un, faut que je trouve quelqu'un qui me remplace, faut qu'on passe par une société de... comme Manpower... faut que j'mette toute une sé' tout... tout un programme en place pour qu'on me remplace... les magasins tout ça c'est c'est assez embêtant quoi* ».

Patiente n°5 : La patiente n'exerce aucune profession pour le moment. Mais ayant déjà travaillé, elle se projette dans la vie professionnelle et perçoit les difficultés du projet à cause de sa lombalgie : « *Et là actuellement je ne travaille pas, vous imaginez si je reprends le travail ? *2s* Je ne sais pas ce que ça va donner.* ». La difficulté de la projection dans un emploi est accentuée par le sentiment que la prise en charge qu'on lui propose n'est pas efficace.

Patiente n°7 : A cause de la crainte des répercussions sur ses activités professionnelles, la patiente n'a jamais envisagé de faire de cure : « *Non. J'ai encore pas fait de cure. [...] Ben c'est-à-dire que j'essaie de me mettre le moins possible en arrêt* » « *J'essaie de ne pas m'arrêter et si je voulais faire une cure, il faudrait que je m'arrête donc euh... tant que ça va comme ça, je continue comme ça, je ne m'arrête pas. Mais si un jour ça devenait indispensable, oui je ferai certainement une cure. Ça viendra peut-être. *rire** ».

La patiente se demande quelle serait la prise en charge de sa maladie en cas d'arrêt du travail : « *Ça ne va pas aller en s'améliorant, ça va aller en empirant... euh j'ai... avant la retraite... par exemple, si j'ai vraiment des gros soucis avant d'arriver à la retraite euh... si je suis obligée par exemple de travailler, est ce qu'il y a des choses qui sont prévues par exemple au niveau de la CPAM ?* ».

Elle anticipe une perte d'emploi : « *Si on avait... par exemple dans 10 ans, si je suis obligée d'arrêter de faire le ménage euh... je ne sais pas s'il y a des trucs qui sont prévus... à ce niveau-là quoi !* ».

La préoccupation est liée à l'anticipation d'une perte de revenus : « *Je me suis dit "Tiens, est-ce que... comment ça... Comment ça peut se passer justement par la suite ?" [...] Mais si par exemple dans 10 ans je ne peux plus faire de ménage, comment ça va se passer, parce que pour moi ça va être une perte de salaire....*».

Patient n°10 : Le patient a déjà subi des contraintes sur le plan professionnel, du fait de sa maladie : « *Bah c'est, j'en reviens au fait d'être debout euh, mon impact c'est que en médecine, pendant mes stages de médecine, j'pouvais pas faire de stage de chirurgie où j'étais obligé de rester debout trop longtemps, euh... En fait, bah, pfff autant professionnellement que personnellement, dès que j'étais dans la situation où je devais rester debout longtemps, il*

fallait que je m'assoie, et euh bah... en médecine oui bah comme au bloc quand c'est un peu délicat de... c'est même impossible de s'asseoir ».

(2) Questionnement lié à l'évolution de la maladie, aspect fonctionnel

Patiente n°7 : La patiente anticipe un risque d'invalidité : *« Ouais, je ne sais pas s'il y a de... De l'invalidité... enfin de l'invalidité... je ne sais pas si c'est le truc qu'il conviendrait, mais euh... s'il y a des choses que... qui sont prévues à ce niveau-là par exemple ».*

(3) Conséquences sur le plan social

Patiente n°9 : La patiente signale des conséquences psychosociales de sa pathologie : *« Y'a des fois, y'a des membres de ma famille ils croient que j'fais un peu du cinéma mais pas du cinéma, si j'pourrais m'lever, ça, ça m'fait pas plaisir moi de rester au lit toute la semaine. » « Parce que c'est pas marrant ».*

Elle sollicite son mari en pleine nuit pour qu'il soulage ses douleurs : *« J'attends que... en fait j'suis obligée d'le réveiller pour qu'il m'masse et tout ».*

Patient n°10 : Le patient a conscience de l'impact de sa pathologie sur le plan social : *« Pfff, c'était surtout au niveau, c'était, c'était... C'était épuisant quoi, c'était épuisant d'avoir mal tout le temps et d'avoir euh... Voilà, je, j'arrive à marcher... De temps en temps j'ai vraiment des douleurs un peu plus importantes que d'autres donc euh... où ça me gênait vraiment mais sinon c'était plus euh... épuisant d'avoir euh d'avoir la, la douleur qui, qui est lancinante au niveau de la jambe gauche et au niveau du dos et qui m'empêche de rester debout trop longtemps, de... euh bah de courir, de, de sauter, de... etc quoi. C'était surtout le, les conséquences sociales et les conséquences sur ma vie qui, qui m'embêtaient plus que, que le handicap euh... physique quoi... Que la gêne physique ».*

e) État psychologique vis-à-vis de la lombalgie

(1) Résignation

Patient n°1 : Le patient pense que sa lombalgie restera récurrente. Il est fataliste : *« Oui, ça reviendra » « Non, ça ne s'arrête pas comme ça. » « On prend les médicaments ça calme et... faut s'reposer! » « C'est le seul truc qu'il y a à faire. Rien faire, attendre que ça passe ».*

Patiente n°2 : La patiente prend son mal en patience : *« Non il y a rien à faire (...) juste patienter » « Mais bon sinon on fait avec hein ».*

Patient n°3 : Le patient pense que c'est un mal inhérent à certaines professions et par conséquent, qu'on n'y peut pas grand-chose : « *C'est sûr. C'est tous les métiers c'est comme ça. *4s* Si maintenant vous avez une solution... *sourire** ».

Patiente n°4 : La patiente est résignée : « *En attendant j'fais avec* » « *J'vis comme ça, avec* ».

Patiente n°5 : La patiente pense qu'elle n'en sera jamais guérie : « *Je vis avec en fait* ».

Patient n°6 : Quand on lui demande s'il n'y a pas d'autres moyens de traiter sa lombalgie, le patient répond avec scepticisme : « *Ben lesquels ?* ». A propos des médicaments qu'il prend, il souligne le caractère obligatoire du traitement : « *J'ai vraiment pas le choix [...] Pas le choix...* ».

Patiente n°9 : La patiente a retenu des informations qu'on lui a données que la douleur sera toujours présente, de façon fluctuante et semble s'y résigner : « *Ils disent qu'ils peuvent rien faire, que ça s'opère pas puis j'aurai tout le temps mal au dos quoi. Des crises, quoi ils appellent ça des crises* ».

Patient n°10 : Le patient a conscience de son état et du manque de solutions pour ses douleurs : « *Bon le diagnostic était fait mais les douleurs étaient là et... j'pouvais pas faire grand-chose pour les douleur* » « *Sincèrement non, bah j'aurais bien aimé savoir ce qu'on pouvait faire et pourquoi c'était venu mais... j'ai vite compris que... que l'un comme l'autre, c'qu'on pouvait faire c'est pas grand-chose et comment c'était venu on en saura jamais rien. Donc euh... Voilà. Je m'attendais pas à ce qu'on m'en dise plus* ».

(2) Relativisation, résilience

Patient n°1 : Le patient a conscience que sa maladie n'est pas la plus grave, il relativise sa situation : « *Y'en a d'autres qui sont encore plus malades que nous !* ».

Patiente n°4 : La patiente qui souffre en plus de cervicalgie et de syndrome dépressif s'exclame : « *Heureusement que j'ai pas d'autres maladies encore...* ».

Patiente n°7 : Elle ponctue sa phrase d'un rire : « *Et puis enfin voilà il faut... vivre avec *rire* Il faut vivre avec. Il faut euh... apprendre à le gérer* ».

Patiente n°8 : La patiente établit un lien entre sa lombalgie et la naissance de son fils handicapé sans amertume : « *Et je m'en plains pas... quand on fait des gosses, et ben, on assume !* ».

Patiente n°11 : La patiente s'adapte à sa situation, lui permettant de passer outre ses douleurs pour maintenir son projet de vie: « *Ah oui ! Euh depuis euh... depuis quelques temps bah je pratique euh... l'escalade euh essentiellement en salle, qui me fait franchement un bien euh un bien, je pense que le fait euh d'escalader euh... me procure un étirement euh, sur la colonne vertébrale et il est vrai que des... sciatiques récurrentes que j'avais avant euh... j'en ai de moins en moins et surtout moins violentes aussi* ».

Patient n°12 : Le patient ne se sent pas handicapé par sa pathologie et relativise par rapport aux patients chez qui la douleur est récidivante : « *Bah heu non, ça m'handicape heu pas dans* ».

la vie quotidienne. C'est vraiment très sporadique et éphémère. Après bah... pour les gens qui ont ça régulièrement, je pense que c'est très handicapant. Au niveau des déplacements. Même le fait de devoir prendre la voiture.... Et si... c'est comparable à une rage de dents heu... là par exemple, par expérience je peux dire que ça peut influencer sur le moral... ».

(3) Colère, désespoir

Patient n°6 : Le patient est excédé par la maladie et l'absence d'améliorations : « *Sinon le reste, ben je fais avec... entre les médicaments... ras le bol quoi !* ».

Patiente n°8 : La patiente exprime un certain agacement : « *Ben quand mon dos... j'en ai marre...* ».

Patiente n°9 : La patiente semble dépassée par sa maladie et semble désespérée : « *Bah j'dors presque pas. Je sais pas quelle position prendre... Je pleure en fait j'dis la vérité. Ça m'fait tellement mal que j'en viens à pleurer quoi.* » « *J'ai des bouffées de chaleurs pendant qu'j'ai mal, j'me sens mal en fait.* » « *Quand... j'arrive à trouver un peu le sommeil, j'me réveille tous les... tous les heures pratiquement* ».

(4) Sentiment d'impuissance

Patient n°3 : Quand le mal est présent, le patient ne peut plus assumer des gestes simples de la vie quotidienne : « *Je ne fais rien du tout, j'ai du mal... j'ai du mal à mettre les chaussures ou les chaussettes...* ». Il est contraint d'ajuster ses habitudes : « *J'ai une drôle de position à les mettre, alors je tire par derrière, parce que je n'arrive plus à partir en avant* ».

Patiente n°7 : La lombalgie la contraint dans son travail « *Je fais du secrétariat, je fais du ménage donc euh... c'est handicapant entre guillemets pour le ménage* ».

Patiente n°8 : La patiente souhaiterait bénéficier d'une aide extérieure pour les tâches les plus contraignantes qui nécessitent le port de charges lourdes : « *Euh... le seul truc que moi je voudrais, c'est avoir une aide... j'ai demandé à Monsieur M. qui il me conseillait... la dame elle vient lundi après-midi... c'est pour avoir une aide pour les courses... Il ne faut pas que je porte... que je fasse trop d'effort quand je porte* ».

Patiente n°9 : La patiente décrit les conséquences fonctionnelles immédiates de sa lombalgie : « *j'peux plus me lever.* » « *J'suis allongée après pour aller dans mon lit c'est la galère hein. Que mon mari peut pas, j'peux pas mettre debout rien du tout. .../... Même quand j'suis allongée, j'suis obligée d'me laver dans une bassine. J'peux même pas me lever* ».

Patient n°10 : Le patient n'associe pas le terme de handicap à sa pathologie : « *C'était pas handicapant, ça a jamais été handicapant* ».

(5) Espoir de traitement

Patiente n°2 : Bien que résignée sur son état actuel, la patiente garde l'espoir d'une guérison future grâce à la découverte de nouveaux traitements : « *Ben non ça non mais j'espère qu'il y aura quelque chose d'autre peut-être qui qui aidera* ».

Patiente n°9 : La patiente considère qu'on a fait le tour de sa maladie par rapport aux investigations et espère qu'un "remède miracle" verra le jour : « *Euh oui bah il m'a fait tout fait faire tous les examens...* » « *ça serait bien que on trouve quelque chose d'efficace...* ».

f) Représentation de la lombalgie en tant que maladie

(1) Une maladie répandue

Patient n°3 : Le patient pense que la lombalgie est une maladie fréquente et de plus en plus présente : « *Ben je pense que c'est une maladie qui vient de plus en plus, qui va venir de plus en plus... une maladie du siècle* ».

(2) Une maladie liée au travail

Les patients évoquent la présence de lombalgie dans leur entourage professionnel.

Patient n°1 : « *Les ¾ des mineurs avaient tous mal au dos* ».

Patient n°3 : « *C'est... Je ne suis pas le seul au boulot. C'est comme ça.* » « *Ouais. Ouais ouais. Y en a pas mal, ouais. Ils se plaignent du dos* ».

Patiente n°4 : En parlant de ses collègues qui souffrent également de maux de dos : « *Y'en a une elle était là heu... bah le mois dernier trois semaines en arrêt elle a eu un lum... un lumbago. C'est notr' boulot qui qui.... *3* oui trois semaines elle était en arrêt* ».

Patient n°6 : Le patient identifie la lombalgie dans son entourage familial en la liant à la profession exercée : « *Lui c'était par rapport à son métier [...] plâtrier maçon carreleur* ».

Patiente n°7 : La patiente exerce seule le métier de femme de ménage, mais associe la nature de sa profession à la maladie : « *Au niveau des... des femmes de ménages... de la profession là, je pense qu'il doit y avoir pas mal de... pas mal de problème de... de dos, je pense...* » « *...Donc je pense qu'il doit y avoir pas mal de problèmes de ce côté-là. C'est un peu comme les professions... les déménageurs et tout ça... je pense qu'il doit y avoir pas mal de problème de dos... Dans ces professions-là, je pense qu'il y a des professions qui sont plus à risque que d'autres et je pense que les ménages, ça doit être un petit peu... moins que les déménageurs, c'est sûr, mais je pense qu'il y a des... qu'il y a quand même un... un pourcentage de risque je veux dire... Ouais.* » « *Ça fait partie des maladies professionnelles quoi !* ».

(3) La lombalgie n'est pas une maladie

Patiente n°8 : La patiente ne considère pas sa lombalgie comme une maladie : « *Mais moi je suis pas malade ! Moi je viens pour faire les infiltrations, mais après j'ai du boulot moi !* », mais plutôt comme un symptôme handicapant nécessitant néanmoins des soins. Elle semble d'ailleurs contradictoire sur ce point puisqu'elle bénéficie d'actes invasifs pour pouvoir bénéficier d'un soulagement.

(4) La lombalgie n'est pas une maladie grave

Patiente n°9 : En dépit du caractère invalidant de sa pathologie, la patiente ne considère pas la lombalgie comme une maladie grave : « *J'pensais que... que j'avais un truc plus grave vu les douleurs que j'avais* ».

2. Adaptations face à la lombalgie

a) Solutions personnelles du patient

(1) Activités ralenties ou arrêtées

Patient n°1 : Le patient stoppe ses activités quand la douleur survient : « *Si vous avez trop mal, vous arrêtez tout seul !* ».

Patient n°3 : Le patient témoigne de douleurs vives qui le forcent à s'arrêter : « *Parfois il y a des jours où je n'arrive pratiquement pas à marcher* ».

La fulgurance des douleurs est calmée par un arrêt des mouvements : « *Et puis bon, j'arrête et puis... *rire* je ne sais pas un quart d'heure une demi-heure après, ça va mieux.* » « *Rien... Qu'est-ce que vous voulez que je fasse? [...] rien, je me redresse et puis... je m'étire...* » « *Après ça dépend... c'est sur des mouvements. Si je fais quelque chose... Ou si je ne fais rien... Si je reste allongé, j'ai moins mal...* ».

Patiente n°5 : Sur conseil de son médecin, la patiente doit ralentir les efforts physiques qui sont à l'origine de ses douleurs : « *Eh bien reposez-vous, vous faites trop d'efforts* ». A la question de savoir ce qui la soulage : « *Euh ben... quand je suis en repos.* » « *Je me repose* ».

Patient n°10 : Le patient évoque le repos, lorsqu'on lui demande à quelles solutions il a recours pour soulager sa douleur. Il parle surtout d'adapter ses habitudes : « *Et puis l'adaptation de l'activité qui... ouais qui ont été efficaces. Mais c'est toujours pareil, c'est efficace le temps où... je fais gaffe et puis ben systématiquement quand je reprends une activité normale où je reste debout un peu trop longtemps, un concert ou un truc comme ça, bah forcément après ça revient puis j'ai besoin de me reposer pour... pour que ça reparte* ».

Patiente n°11 : Le repos fait partie des moyens personnels efficaces pour écourter les douleurs : « *j'travailles à la maison euh, j'ai un travail, euh, assez important à faire, j'suis obligée de m'arrêter. Faire des pauses euh, j'ai pas besoin de pauses trop longues, un quart d'heure suffit* ».

(2) Changement de posture/position

Patient n°1 : Le patient adapte son comportement de manière générale : « *Bah, on fait attention quand on soulève* ».

Patiente n°2 : En cas de fulgurance des douleurs, la patiente réagit : « *D'un coup et ben parfois je me baisse quand quand je me relève j'ai l'impression que le dos il se coupe carrément ou bien ça me bloque j'ai plus d'air donc il faut que je me baisse de nouveau et que je remonte tout doucement* ».

Patiente n°4 : Elle respecte les conseils sur les postures données par son employeur, notamment dans le cadre de sa conduite automobile : « *Ben quand je roule oui j'essaie toujours d'être bien droite* » « *Quand je roule je j'essaye d'avoir bien [...] le dos contre le dossier dans la voiture* ».

Patiente n°5 : La patiente modifie ses postures au besoin : « *C'était quinze jours où heu... je me tenais droite !* ».

Patient n°6 : La douleur varie en fonction des positions adoptées : « *Je suis mieux assis sur quelque chose de dur que sur du mou dans lequel je vais carrément m'enfoncer... pour sortir c'est... c'est la croix et la bannière quoi.* » « *Ça dépend des positions que l'on prend des fois par moment et puis... qui font que ça coince quoi* ».

Patiente n°9 : La patiente a recours à l'attitude antalgique qui est habituellement efficace : « *donc j'vais m'allonger.* » « *J'suis obligée de m'allonger par terre* ».

Patient n°10 : Le patient supporte difficilement une station debout prolongée : « *Dès que j'étais debout... Dès que je suis debout trop longtemps, ça, la douleur vient au bout d'un moment et j'suis obligé de... ça m'empêche de rester debout très longtemps* ».

Patiente n°11 : Le changement de position fait partie des moyens personnels efficaces pour écourter les douleurs « *... un quart d'heure suffit dans une bonne position euh, à force j'ai étudié euh, la bonne position à... à adopter pour me reposer euh le dos en un quart d'heure et euh j'peux r'partir...* » « *Alors les crises douloureuses euh... euh... Parado... Paradoxalement il fallait que j'me mette dans des positions des fois même un peu bizarres pour soulager le dos. .../... ue... J'me calais avec des coussins, euh fallait euh j'étais en chien de fusil calée avec des coussins, pour appuyer le dos sur euh, quelque chose euh... Mais j'étais un peu tordue quoi. C... C'était paradoxal mais c'était comme ça. C'était comme ça que j'me soulageais le dos* ».

Patient n°12 : Le patient adaptait ses postures et ses positions. Ses déplacements étaient contraints par la douleur : « *Alors, heu comme j'étais bloqué, je m'déplaçais en étant un peu tordu, je faisais attention à me déplacer lentement, en cherchant des appuis pour éviter de heu... pour éviter de ressentir des... des douleurs. De même quand je me couchais, je n'pouvais*

pas me coucher n'importe comment, j'essayais de rester dans une position de telle sorte que j'aie heu... le moins mal possible, je ne pouvais pas bouger comme d'habitude ».

La position allongée ne provoque par ailleurs aucune douleur chez le patient : « *Et heu quand j'me lève heu... quand j'suis couché, j'fais aussi doucement ».*

(3) Habitudes inchangées

Patiente n°2 : Dans certains cas, la patiente ne change pas ses tâches habituelles : « *Non ben non je fais comme d'habitude je fais le ménage je euh ce qu'on fait à la maison bon je m'occupe aussi de mes deux petites filles ».* Cela s'explique sans doute par la constance de ses douleurs : « *Ou ben j'essaie de rester un peu tranquille puis je recommence hein même si j'ai des douleurs je continue ».*

Patiente n°8 : La patiente ne relève aucune modification dans ses postures : « *Je commence à ... à me tasser... bon je ne me tiens pas droite, parce que je n'arrive pas... toujours courbée euh ».*

(4) Utilisation de la chaleur

Patiente n°4 : Lorsque survient la lombalgie, la patiente utilise une bouillotte pour les effets bénéfiques de la chaleur : « *Des fois j'prends aussi une bouillotte ».*

Patiente n°5 : La patiente a remarqué les effets bénéfiques de la chaleur sur sa lombalgie : « *Parfois des bains chauds ».* Elle n'utilise cependant pas de bouillottes. « *Mais je me couvre bien ».*

Patient n°6 : Le patient évoque sa ceinture chauffante : « *Ben ça c'est bien, ça relaxe tellement bien ! » « La chaleur me fait du bien ».*

Patiente n°8 : La patiente ne supporte pas la ceinture chauffante et la chaleur n'a pas d'effets sur sa lombalgie : « *Ben j'ai essayé... j'ai essayé ça ne fait rien du tout. Si ça m'aide aux cervicales c'est tout. Mais autrement euh... ».*

Patiente n°9 : L'utilisation de la chaleur permet une amélioration partielle des symptômes pour cette patiente : « *Oui ça soulage quand même un peu. » « J'mets des bouillottes... ».*

Patient n°10 : Le patient a utilisé la physiothérapie (chaleur à visée décontractante) mais n'est pas convaincu par les effets : « *Ah quoique si, si un moment j'crois que j'avais une poche de, de bleu là, de jelonet ou de jedomachin euh... que j'utilisais, que je mettais dans mon dos de temps en temps. Si, c'est possible, oui. Mais pas longtemps. Ça a pas été... [...] mais c'est vrai que la poche simplement comme ça, ça fait du bien mais c'est pas... l'utilité était pas... fabuleuse ».*

Patiente n°11 : Elle souligne l'efficacité purement transitoire de la physiothérapie : « *Si c'est euh, euh... Bah j'ai essayé des lampes, une lampe à infrarouge, c'est vrai qu'ça fait du bien mais... ça fait du bien tant qu'c'est chaud euh... dès qu'on n'est plus sous la lampe de toute*

façon euh... non ça... c'est vrai qu'ça soulage mais bon c'est... c'est qu'un, un... dans un temps limité quoi ».

Patient n°12 : Le patient affirme que la chaleur lui fait du bien, néanmoins les effets bénéfiques ne persistent pas longtemps : *« Alors heu... oui. Pffff... Mais ça n'avait pas un effet durable. C'était un peu atténué, mais heu... ça heu... la douleur revenait ».*

(5) Massages réalisés par un tiers non professionnel

Patiente n°4 : La patiente se fait masser par son mari pour soulager sa douleur : *« Et puis autrement mon mari me masse avant de dormir parce que j'ai tellement mal des fois heu... j'sais pas comment me mettre pour m'endormir ».*

Patiente n°9 : Elle se fait également masser par son mari avec une certaine efficacité : *« Mon mari ben il m'masse souvent avec d'la pommade. » « Ouais. Ça fait quand même du bien ».*

(6) Activité physique

Patiente n°5 : Quand la lombalgie se fait ressentir, la patiente se repose mais pratique aussi une activité physique : *« Euh je ne peux pas... quand je fais de marche, ça m'aide aussi. Quand je perds du poids... ».*

Patient n°6 : Le patient essaie d'avoir des activités physiques : *« Pourtant je marche beaucoup... je vais essayer de refaire de la piscine ».*

Patiente n°7 : La patiente fait de l'exercice : *« Ben si ça m'arrive au milieu de la journée ben... d'abord j'essaie un peu de me tendre... de faire un peu d'exercice ».*

Patient n°10 : Le patient pratique une activité sportive, l'escalade, souligne ses effets potentiellement bénéfiques pour le dos, mais précise qu'il doit pratiquer avec prudence pour éviter des effets néfastes : *« J'fais de l'escalade et... j'ai, oui j'fais de l'escalade essentiellement [...] Qui est... plutôt pas mauvais pour le dos euh... Même si j'fais attention, toujours pareil, à pas faire des mouvements euh, déconseillés euh, des hyperlordoses, des [...] torsions, des mouvements trop brusques sur la colonne ».*

Patiente n°11 : La patiente signale une forte diminution des crises depuis la pratique de l'escalade : *« Ah oui ! Euh depuis euh... depuis quelques temps bah je pratique euh... l'escalade euh essentiellement en salle, qui me fait franchement un bien euh un bien, je pense que le fait euh d'escalader euh... me procure un étirement euh, sur la colonne vertébrale et il est vrai que des... sciatiques récurrentes que j'avais avant euh... j'en ai de moins en moins et surtout moins violentes aussi ».*

Patient n°12 : Lorsque la douleur était présente, elle empêchait le patient de pratiquer une activité physique : *« Comme c'étaient des douleurs heu... passagères, heu.. je n'voyais pas l'intérêt de faire une activité physique, qui m'aurait fait peut-être souffrir davantage ».*

Mais désormais, le patient peut pratiquer la marche quotidiennement sans donner d'information sur son éventuel impact sur l'apparition de douleurs : « *Bah du sport, non, plus maintenant, pas ces derniers temps, j'en fais moins, si... bon j'fais de la marche. J'fais surtout des activités à l'extérieur, du... du jardinage, voilà* ».

(7) Automédication

Patiente n°4 : Si la bouillotte et les massages ne suffisent pas, la patiente prend des anti-inflammatoires : « *Quand j'ai vraiment mal j'prends un anti-inflammatoire... c'est comme ça qu'on dit ? Anti-inflammatoire, ouais, un Ibuprofène et puis voilà* ».

Patient n°6 : Lorsque les douleurs le réveillent la nuit, suite à des faux mouvements, il prend des médicaments : « *Alors je me lève, je prends un Efferalgan et bon ben... j'attends que ça se passe* ».

Patiente n°7 : En dernier recours, la patiente prend du Dafalgan : « *Et si vraiment ça passe pas, je prends un Dafalgan.* » « *Je prends un Dafalgan que si vraiment euh... ça ne va plus, parce qu'autrement je prendrais beaucoup de médicaments. Donc j'essaie un petit peu de passer... j'essaie de supporter jusqu'à un certain stade...* ».

(8) Anticipation de la douleur

Patiente n°7 : La patiente a le réflexe de porter sa ceinture lombaire dans certains cas/certaines activités : « *En plus du traitement, et même quand c'est des périodes où j'ai pas... où j'ai pas mal, je mets quand même dans certaines situations la ceinture. Ça soulage.* » « *Quand on fait certaines choses... ça devient... ça devient un automatisme* ».

Patient n° 10 : Le patient porte sa ceinture lombaire à titre préventif : « *C'est uniquement, c'est, oui, oui ça a toujours été uniquement préventif. C'est les moments où je sais que, que bah étant donné je suis obligé de me tenir très droit et... de temps en temps donc pour la vie quotidienne ça va parce qu'on bouge beaucoup, après dès que je reste au même endroit, dès que je reste assis longtemps euh, se tenir droit un moment ça fatigue donc la ceinture c'était plus pour m'aider à... à me soutenir un peu et m'aider à tenir, à tenir droit sans trop m'épuiser le dos* ».

Patiente n°11 : La patiente adapte son véhicule à la conduite : « *je règle très très bien mon siège, j'ai... apparemment je n'ai pas de souci par rapport à ça.* » Elle possède également un lit adapté à sa situation : « *Ben pareil on a un lit qui... qui est réglable... j'ai un réglage qui est parfaitement adapté à mon dos. Donc euh... ben dans la longueur j'ai pas de mal de dos ni au lit ni... Voilà* ».

b) Aménagements sur le plan professionnel

(1) Activités aménagées

Patient n°1 : S'agissant de la réaction de l'employeur à la problématique des lombalgies, des aménagements avaient été proposés : « *Si, au... au début y'avait rien, mais après ils commençaient à sortir... à mettre des treuils en places, des... des poulies, des trucs comme ça hein, hé !* ». Mais les solutions apportées ont été mises en place trop tardivement : « *C'est d'jà trop tard hé !* ».

Patient n°10 : Le patient évoque la nécessité d'ajuster sa profession à sa pathologie : « *Donc voilà, à part ça, euh bah disons que j'ai adapté, j'ai adapté mes stages et j'ai adapté ma pratique en fonction de, de ça. Puis, j'ai toujours, j'ai fait avec quoi... Il vaut mieux s'adapter quand c'est possible... je n'peux pas me mettre en arrêt pendant des mois... *3s* et c'est pas dans mon intérêt* ».

(2) Aucun aménagement

Patient n°3 : Le patient ne révèle pas d'aménagements de ses conditions de travail. Le patient est ouvrier d'usine de métallurgie : « *Non, y a pas de changement, y a rien. Ça continue, hein. *2s* Si ça ne va plus, on prend un autre. C'est comme ça *petit rire* C'est ça le monde où l'on travaille ; si ça ne va plus on prend un autre. A la limite eux ils s'en foutent hein* ».

Patient n°6 : Le patient évoque la différence entre ses expériences de professeur de cuisine à Mayotte et en France métropolitaine. A Mayotte, il pouvait se cantonner à la théorie, soulageant ainsi sa lombalgie. Mais en France métropolitaine, il doit également faire de la pratique : « *Vous êtes obligé de faire la pratique et la théorie [En France métropolitaine]* » « *Moi je m'occupais de la théorie en attendant et puis les collègues, ils faisaient la pratique. [A Mayotte]* ».

(3) Informations sur les postures à adopter

Patient n°3 : En dépit d'informations reçues sur les postures à avoir au travail, le patient affirme qu'il ne peut pas les adopter parce qu'elles ne sont pas applicables : « *Parce que nous... moi je travaille sur des... des tôles qui sont formées. C'est pas les tôles plates, c'est pas du plat, c'est des tôles qui sont formées, alors il faut que je commence en haut... *en mimant* il faut que je continue jusqu'en bas *silence de 2s* sans s'arrêter... alors bien sûr en haut ça va, mais quand j'arrive dans le rayon, quand j'arrive plus bas, il faut que je me baisse* » « *Mais moi je suis obligé de le faire, sinon ça ne va pas... Non, sinon on n'avance pas dans le travail. S'ils avaient une solution... bon je veux bien, mais il n'y a pas. C'est sûr ils nous disent "faites attention comment vous levez et tout..." , c'est clair, mais bon ça ne marche pas toujours..* ».

Il témoigne également de la difficulté à modifier ses habitudes de travail : « *Mais bon, c'est*

vrai, on le fait peut être deux fois, et la troisième fois, on le fait de nouveau comme la fois d'avant ».

Patiente n°4 : La patiente a suivi une formation dans le cadre de son travail avec des conseils sur les gestes à adopter pour prévenir le mal de dos : « *Oui on a eu des consignes au travail ça s'appelle des situations de pose ou comment ils appellent ça c'est un autre truc des statures oh je sais plus c'est une petite formation qu'on a eue sur le fait de comment se descendre monter ».*

Mais la patiente ne suit pas toujours scrupuleusement ces instructions comme en témoigne son temps d'hésitation et son soupir : « *Ben heu.... pffff *2s* oui certaines oui. Bon moi je travaille beaucoup sur les genoux » « Comme ça ça m'évite de me pencher puis d'avoir mal dans le dos quoi *2s* je mets un carton sur les genoux et je travaille sur les genoux » « Je vais plier les genoux autrement je vois pas d'autre *1s* j'fais pas trop attention quoi ».*

Les exigences de sa profession l'empêchent parfois d'adopter les bons mouvements : « *J'fais pas trop attention quoi [...] je suis dans mon boulot je me dépêche j'ai tant de magasins à faire dans la journée les clientes m'attendent ».*

Ainsi, elle ne modifie pas son comportement, tant que la douleur reste supportable : « *J'pense que si j'avais beaucoup plus mal je... *3s* je c'est supportable ».*

C'est également la pression des « objectifs à tenir » qui la contraint à poursuivre parfois en dépit de la douleur : « *Et après j'suis en retard sur heu... mes objectifs aussi.. ».*

Patiente n°5 : La patiente exerçait le métier d'aide-soignante mais explique que dans sa profession, il y avait des protocoles : « *Mais bon, on évitait quand même de... on avait des mouvements, quand on portait des personnes âgées... ».* Elle n'associe pas son ancien métier à sa lombalgie puisqu'elle ne l'a ressentie que pendant sa première grossesse.

c) Les motifs de consultation

Le premier élément de la grille d'entretien s'interroge sur les facteurs déclencheurs de la demande de consultation des patients. Il s'agit de cerner ce qui les a incités à consulter leur médecin au-delà du simple « mal au dos ». L'élément déclencheur varie en fonction des patients.

(1) Présence d'une comorbidité influençant la lombalgie ou son traitement

Suite à un problème médical d'une autre nature, les patients sont amenés à consulter pour leur lombalgie.

(a) Greffe de foie

Patient n°1 : Le patient ne s'est jamais inquiété pour sa lombalgie à l'époque où il travaillait à la mine, même si elle était déjà présente. Il a commencé à consulter suite à sa greffe de foie.

Sa femme intervient pour expliquer : « *Avant il ne prenait pas soin de lui, depuis qu'il a été greffé maintenant il fait... au moindre truc il court chez le médecin, mais avant avait rien à foutre il continuait à travailler, mal au dos ou pas, euh... c'était dans sa nature, hein ! Voilà c'est comme ça, il n'allait pas chez le médecin* » « *Comme j'ai été greffé du foie alors euh..., je peux pas prendre n'importe quoi !* ».

Chez ce patient, c'est donc un élément psychologique qui intervient suite à son opération. C'est l'anxiété liée à sa greffe qui le conduit à consulter alors qu'il n'en avait pas l'habitude auparavant.

(b) Hernie discale

Patient n°6 : Le patient a été opéré d'une hernie discale L4-L5 en 1998. Depuis, la douleur fluctue : « *Je vais dire entre guillemets, "il y a des hauts et des bas", c'est jamais... c'est jamais net quand même quoi... Au niveau de la douleur* ».

Il a également fait une chute en 2013 : « *Mais je suis tombé sur les fesses. Donc sur le carrelage. Est-ce que ça a déclenché quelque chose ? J'en sais rien. Mais euh... c'est devenu de plus en plus euh récurrent quoi* ».

Là encore, le patient manifeste de la prudence vis-à-vis de sa santé, ce qui semble faire écho à une forme d'anxiété motivant la consultation.

(2) Un motif principal de consultation différent

Patient n°3 : Le patient consulte son médecin tous les trois mois pour son cholestérol. A l'occasion d'une de ces consultations, il a évoqué sa lombalgie : « *C'est pour ça il y a longtemps j'lui avais dit que... comme quoi j'ai mal au dos et puis bon...* ». Il souffre également de scoliose.

(3) Aggravation de la symptomatologie

Chez un patient, c'est la présence d'une douleur insupportable qui le contraint à consulter son médecin. Chez une patiente, c'est l'incapacité d'effectuer les tâches habituelles. Chez deux patientes, c'est l'association de la douleur et de l'impotence qui motive la consultation.

Patiente n°2 : La patiente ne consulte pas son médecin à la moindre douleur : « *Quand ça va plus ben là je vais chez le docteur sinon j'irais pas* » « *Mon mari il râle toujours il dit "vas-y vas-y" moi je dis non j'attends encore un peu mais après je suis obligée d'y aller* ».

La patiente attend si longtemps avant de consulter que, lorsqu'elle s'y résigne, elle ne peut plus se déplacer jusqu'au cabinet et doit demander une intervention à domicile : « *Je peux pas du moins d'habitude il vient à la maison parce que j'arrive pas à me déplacer j'arrive vraiment pas à marcher* » « *Ben oui ouais non pour rester dans la salle d'attente et attendre assis je pourrais pas* ».

Patient n°3 : Le patient ne consulte pas son médecin à la première douleur. C'est seulement lorsque celle-ci devient insupportable qu'il va le voir : « *Oui... parfois il y a des jours où je n'arrive pratiquement pas à marcher. Là je vais voir le médecin* ».

Patiente n°4 : La patiente se résigne à consulter son médecin lorsque la douleur est intolérable : « *Quand j'ai trop mal j'y vais et puis y me prescrit des... des séances de kiné... *3s* ouais c'est quand j'ai vraiment trop mal* » « *Parce que j'suis allée chez le médecin y'a quinze jours j'avais tout le temps mal là, ça faisait déjà une semaine et ça allait pas mieux... c'était même pire...* ». C'est notamment la peur que la douleur se propage qui incite la patiente à consulter.

Patiente n°7 : La patiente a été contrainte de consulter suite à un blocage. Lorsqu'elle entreprend cette démarche, c'est dans le but de bénéficier d'un traitement : « *Et que je me suis retrouvée bloquée, c'est la 2^e fois déjà. Donc c'est quelque chose qui se produit plusieurs fois. Donc ben... il faut aller voir à chaque fois le médecin pour avoir un traitement* ».

Patiente n°8 : La patiente évoque une douleur insupportable : « *Parce que j'y étais, j'avais terriblement mal* ».

Patient n°10 : Le patient évoque une douleur persistante comme motif de consultation : « *Et c'est donc à force euh bah c'est au bout de quelques jours que je me suis inquiété, j'ai consulté* ».

Patient n°12 : Le patient s'est retrouvé bloqué, avait des difficultés à se déplacer. Ce sont ces circonstances qui l'ont incité à consulter : « *J'étais comme hum coincé, une douleur au bas du dos et au moindre mouvement brusque heu... ça me faisait mal quoi. Dans un premier temps j'ai essayé de rester couché, bien au chaud, mais comme ça ne s'améliorait pas heu... j'ai décidé de consulter mon médecin traitant* » « *Là heu, sur le coup bah je j'ai pas, je n'ai pas pensé à consulter, je m'suis dit ça passera quoi* » « *Ben c'est-à-dire que c'était vers le soir, oui donc heu... j'ai laissé passer la nuit et donc le lendemain, j'suis allé consulter en soirée, j'suis allé consulter le médecin* ».

3. Attentes et satisfaction vis-à-vis de la consultation chez le médecin généraliste

a) Attentes et satisfaction vis-à-vis de l'interrogatoire

(1) Conviction que le médecin est le meilleur expert

Patient n°1 : Le patient ayant subi une greffe de foie, il s'en remet pleinement à son médecin, ce qui traduit sa confiance en lui pour en tenir compte : « *Alors il faut que je passe tout par... tout par le médecin* » « *Je peux rien prendre, je ne peux pas aller à la pharmacie et prendre quelque chose, ça... j'ai pas le droit. Je dépends du Docteur L.* ».

C'est d'ailleurs depuis qu'il a subi cette intervention qu'il consulte régulièrement son médecin.

Patiente n°2 : La patiente a la conviction que son médecin est le mieux à même de lui proposer un traitement et de comprendre sa lombalgie : « *Ouais mmh c'est le docteur L. qui vient il me il me connaît maintenant il sait* ».

Patiente n°11 : La patiente est satisfaite des réponses données par le médecin, bien qu'elle s'informe par ailleurs via d'autres moyens. Elle insiste sur l'importance du médecin dans la prise en charge de sa douleur : « *Euh... ça a répondu à mes attentes euh oui puisque y'a eu une nette amélioration ça ce... ça c'est incontestable. Quant euh... euh... aux réponses euhfff... on les a plus ou moins soi-même parce que... euh... quand y'a des choses euh... qui datent déjà de longtemps et que... on arrive à s'étudier et on a, on a moins d'besoin de poser d'questions au médecin. [...] Mais bon... il m'a soignée quand même correctement hein parce que euh, j'en s'rais pas, j'en s'rais pas où j'en suis maintenant euh si... il m'avait pas soignée correctement et s'il avait pas répondu à mes attentes* ».

(2) Sentiment que l'interrogatoire n'a pas permis d'identifier le problème et théories profanes

Patient n°3 : Le patient développe des théories profanes sur les causes de sa lombalgie : « *Non, enfin lui il m'a dit que c'était musculaire... Mais j pense pas* » « *Alors euh je verrai la prochaine... [...] et je lui dirai que ça c'est... moi je ne pense pas que c'est musculaire* ».

Le patient avait expliqué les conditions de manifestation de sa lombalgie à son médecin : « *Oui oui, il sait, il est courant !* » « *Je vais régulièrement chez lui, je vais tous les 3 mois je vous dis. Alors, bon... J'ai l'occasion de parler de ça déjà avec lui.* »

Néanmoins, il n'adhère pas au diagnostic du praticien : « *Parce que je lui en ai déjà parlé, je lui ai dit comment ça se passe mes douleurs... il m'a dit : "Non, on va essayer comme ça", c'est peut être musculaire vraiment. Bon maintenant il faut vraiment que je reste derrière toute cette histoire parce que ça ne va plus* » « *Lui il pensait que ça... ça vient des reins et tout... J'ai tout fait, il n'y a rien ! Ça doit bien venir de quelque part* ».

Le patient nuance son propos en reconnaissant son manque de connaissances en la matière :

« Bon maintenant je ne suis pas docteur ».

Patiente n°5 : La patiente se questionne sur l'origine de sa lombalgie : « *En fait, j'ai eu trois césariennes... euh des péridurales... et je me pose la question "est-ce que ça ne vient pas de... des péridurales."* ». Cette hypothèse est cependant rejetée par son médecin : « Elle m'a dit "non, ça n'est pas du tout ça" ».

Toutefois, le médecin de la patiente voit quand même un lien avec ses grossesses : « *Et puis madame B. me dit c'est lié aux grossesses. Pour moi c'est dû aux grossesses* ».

b) *Attentes et satisfaction vis-à-vis de l'examen clinique*

(1) *Satisfaction vis-à-vis de l'examen clinique*

Patiente n°4 : La patiente apprécie la connaissance par son médecin de sa sensibilité à la douleur : « *On peut pas me toucher ça me fait mal. Alors quand je vais chez le médecin, elle me pose surtout des questions... comment c'est arrivé et si ça me lance dans les jambes. Elle sait qu'il faut pas trop me toucher sinon je hurle* ».

Patient n°12 : Le patient est étonné de la manipulation de vertèbres effectuée par son médecin traitant mais agréablement surpris du résultat : « *Donc, après m'avoir ausculté, il m'a heu... palpé la colonne vertébrale et heu... j'me rappelle lui avoir dit que ma douleur se situait plutôt vers le bas du dos alors qu'il essayait de heu... manipuler les vertèbres vers le milieu du dos. Et il m'a donc expliqué que heu... ce n'était pas heu... le siège de la douleur, que ça ne venait peut-être pas du bas du dos mais que ça se situait, que le siège, que la cause était ailleurs* » « *Oui comme donc je pensais moi qu'il fallait cibler l'endroit où... je ressentais la douleur moi je... Comme j'l'ai dit, j'ai été surpris qu'il intervienne à un autre niveau, ce qui m'a fait penser au dentiste qui me dit parfois qu'on ressent la douleur mais c'est pas toujours l'endroit où on la ressent qui est l'origine du mal* ».

(2) *Examen clinique jugé non concluant*

Patient n°3 : L'examen clinique n'a pas permis d'identifier précisément l'origine de la maladie. Le patient a donc élaboré sa propre hypothèse sur l'origine de sa lombalgie : « *Alors oui, je pense que c'est ça, ça vient de là. C'est euh les coussinets je pense qu'ils sont atteints...* » « *D'abord il a regardé, enfin il m'a touché et il pensait que c'était musculaire... *2s* mais moi j'crois pas* ». « *Non ben bon, il m'a ausculté un peu quoi* » « *Non... Moi je... je vous dis, je ne suis pas docteur, mais je pense que c'est la colonne vertébrale peut être... Ça vient de là. Je pense que ça vient de là* ».

c) *Attentes et satisfaction vis-à-vis des examens complémentaires*

(1) *Examen radiologique, sans résultat pour la lombalgie*

Patient n°1 : Les examens radiologiques n'ont rien révélé à propos du patient : *« Oui, il m'a déjà envoyé faire, il y a jamais rien ».*

Patiente n°2 : La patiente évoque des radiologies qui ont détecté de l'arthrose : *« Oui c'est de l'arthrose qui fait tout le corps moi j'en ai du haut jusqu'en bas ».*

Patiente n°7 : La patiente a bénéficié d'une IRM qui a révélé de l'arthrose : *« J'ai de l'arthrose un peu tout le long de la colonne et au niveau des lombaires basses ».*

Patiente n°11 : La patiente a bénéficié de différents examens radiologiques dans le cadre d'une recherche d'un diagnostic différentiel : *« Ah oui radiologie oui euh bah y'a eu même euh... bah les radios oui quand j'ai eu les accidents, quand j'ai eu un moment donné euh... comment qu'on appelle ça... c'est pas l'IRM, c'est... on voit tout l'corps, et on voit aussi déjà tous les points d'arthrose. » « J pense que c'était la scintigraphie osseuse. » « Parce que... Suite à donc diverses euh problèmes entre... bon bah mis à part le dos y'a eu euh d'autres petits problèmes ailleurs et... on voulait vérifier l'état de mon squelette pour voir si euh y'avait pas euh... polyarthrite ou euh des choses comme ça... ».* Ces examens n'ont retrouvé que des éléments en faveur d'une arthrose : *« Y'avait des, pas mal de points euh arthrosiques mais pas de polyarthrite ».*

(2) *Examen radiologique avec possibilité d'impact thérapeutique*

Patiente n°9 : D'après les éléments du scanner effectué par la patiente, elle souffrirait de discopathie étagée avec protrusion discale : *« Ils disent que j'ai les disques qui sont morts. » « Et euh qui y'en a un qui r'sort en fait. J'sais pas comment expliquer. » « Et euh d'après les résultats du scanner, qui s'est, il, qui s'est concerté avec le rhumatologue et le rhumatologue veut que je voie un ostéopathe avant de... de prendre rendez-vous ».*

Patient n°10 : Le patient a bénéficié d'imagerie il y a quelques années ayant permis de mettre en évidence une hernie discale qui sera prise en charge chirurgicalement par la suite : *« Suite à un scan euh... il m'a annoncé qu'il y avait une hernie discale ».*

(3) *Absence d'examen radiologique, le patient souhaite en bénéficier*

Patient n°3 : Le patient a passé une échographie des reins qui n'a rien permis de révéler : *« Oui, pour le... il m'a f... échographie des reins j'ai fait, et puis il m'a... Mais ça ne vient pas de là. Parce qu'il n'y a rien ».*

Le patient ne partage pas le diagnostic de son médecin et ne comprend pas qu'il ne l'envoie

pas passer d'examens radiologiques : « Non... Moi je... je vous dis, je ne suis pas docteur, mais je pense que c'est la colonne vertébrale peut être... Ça vient de là. Je pense que ça vient de là »
« Est-ce que maintenant... Est ce qu'il ne veut pas... Non je ne pense pas qu'il ne veuille pas... Je ne sais pas pourquoi il ne m'envoie pas faire un... scanner ou un truc pour voir vraiment ce que c'est, je ne sais pas... ».

(4) Absence d'examen radiologique, le patient n'a pas demandé à en bénéficier

Patiente n°5 : La patiente n'a pas bénéficié d'examens radiologiques et n'a pas demandé à en bénéficier puisqu'elle pensait que la lombalgie s'estomperait avec le temps : « Non, jusqu'à maintenant je n'ai rien fait. Mais j'enchaîne les grossesses, je pense que c'est lié aux grossesses et [...] que ça passerait et tout ça. Parce que là c'est après ma troisième, quand je vais consulter madame B. elle m'a jamais rien proposé de plus ».

Patiente n°8 : Le diagnostic d'arthrose a été posé sans qu'il y ait eu d'examen radiologique : « Bon j'ai pas fait d'IRM pour mon ... pour mon dos mais... ils ont dit que c'était de l'arthrose ».

Patient n°12 : Le patient n'a pas bénéficié d'examens complémentaires, puisque la douleur avait disparu : « Heu... non. Comme l'épisode-là ne s'est pas répété depuis et... et avant je n'ai pas trop souvenir... ».

d) Attentes et satisfaction vis-à-vis de la consultation d'un autre spécialiste

(1) La chirurgie

(a) Le patient pense que la chirurgie serait inefficace dans son cas

Patient n°1 : Concernant un acte de chirurgie, le patient pense que l'opération est inutile : « Ça sert à rien de m'faire opérer, ça sert à rien... ».

Patiente n°2 : La patiente semble avoir une bonne connaissance de sa maladie et à ce titre, estime que la chirurgie ne lui apporterait rien : « Non il y en a pas pour l'arthrose on peut pas l'enlever » « Ça se met sur les os on peut pas l'enlever hein non il y a rien à faire ».

Patiente n°7 : Concernant son cas particulier, la patiente pense que la chirurgie serait inutile : « Quand on a des... quand on a une hernie discale ou quelque chose comme ça, oui. Bon maintenant, au niveau de l'arthrose, y'a rien à y faire. Donc euh... je ne pense pas qu'un jour je puisse faire de la chirurgie ou quelque chose... je ne pense pas ».

(b) Le patient est réfractaire à l'idée de chirurgie

Patient n°1 : La frilosité du patient concernant la chirurgie se base sur l'expérience de sa femme, opérée d'une hernie discale : « *Vous savez, dès que c'est opéré, c'est opéré, hein ! Mieux vaut éviter tout ça !* ».

Patient n° 3 : Le patient n'a jamais entendu parler de la possibilité de chirurgie pour son mal de dos, qu'il associe à une solution de dernier recours puisqu'il estime ne pas en avoir besoin pour l'instant : « *J'en suis pas là non plus !* ».

Patiente n°5 : La patiente sait que la chirurgie permet dans certains cas d'opérer au niveau du dos. « *Oui. Je sais qu'une cousine l'a fait l'année dernière. Elle a fait de la chirurgie, mais au début elle avait peur... c'est son médecin qui l'a poussée à le faire* ».

Même si la patiente admet que sa cousine s'en remet : « *Elle n'a plus... elle n'a plus mal... comme elle avait* », elle ne serait pas prête elle-même à y recourir : « *Ouh là ! Je crois que je ne pourrais pas le faire ! *3s* Je ne sais pas. Après trois césariennes je suis... *rire* Non, je suis vaccinée. Je pourrais supporter mon mal et puis... ne pas la faire. Sachant qu'il y a des risques après, d'après ce que j'ai entendu... Je ne sais pas... de paralysie et puis de...* ».

Elle préfère sa lombalgie aux risques qu'elle associe à la chirurgie.

Patiente n°8 : La patiente refuse l'idée-même de chirurgie en raison des risques qu'elle y associe : « *J'ai pas envie de tomber dans un fauteuil roulant.* » « *Il y a un risque hein. Que ça soit dans le fauteuil roulant... mais moi je refuse* ».

(c) Le patient n'est pas réfractaire à l'idée de chirurgie

Patiente n°4 : La patiente n'envisage la chirurgie qu'en dernier recours mais n'y est pas réfractaire : « *J'attendrais p'tête d'avoir plus mal* » « *D'être plus heu... *3s* d'arriver plus.. de plus arriver à m'lever quoi de...* ».

Patiente n°7 : Concernant son cas particulier, la patiente pense que la chirurgie serait inutile. Mais elle ne serait pas contre l'idée, si cela s'avérait utile : « *Maintenant si vraiment il y avait nécessité de le faire euh... je pense que je le ferai. S'il y avait quelque chose à faire, oui, je pense que je le ferai.* » « *Oui, je ne suis pas réfractaire à la chirurgie* ».

Patiente n°11 : La chirurgie n'est pas d'actualité pour la patiente. Bien qu'elle semble réticente, si son recours s'avérait nécessaire, elle réévaluerait la situation : « *Euh... Envisagée [en parlant de la chirurgie] parce... bon y'avait eu un, un début d'hernie discale il fut une époque mais pas assez importante pour euh, envisager une opération quand même euh impor... aussi importante quoi parce que euh... et euh en fait ça a été juste effleuré on va dire.* » « *Euh... (rires) Euh... j'y réfléchirais beaucoup plus que... euh... étant, étant euh... ayant transporté plusieurs personnes euh... surtout lorsque j'étais dans les ambulances avec des problèmes similaires, ça donne à réfléchir quand même* ».

Patient n°12 : Le patient n'est pas réfractaire à l'idée de la chirurgie mais ne l'envisage qu'en l'absence d'autres solutions : « *Oh. J'aurais trouvé que c'était beaucoup trop tôt, qu'il fallait... attendre, de voir si c'était heu... chronique. Mais en derniers recours, oui j'aurais pu accepter* ».

(d) Le patient a bénéficié de la chirurgie et en est satisfait

Patient n°10 : Lorsque la pathologie discale du patient a été mise en évidence, la chirurgie n'était pas d'actualité : « *Et sur le coup bah, étant donné l'âge euh y'avait pas vraiment de chirurgie, y'avait pas vraiment de...* ». Quelques années plus tard, le patient a pu en bénéficier : « *Après plusieurs années donc euh... après donc après ces, ces épisodes là, j'ai... j'ai re... j'ai ré-essayé de me faire opérer et ça a été accepté cette fois-ci donc je me suis fait opérer* ».

A part un épisode de récurrence « *Depuis cette opération, j'ai eu un épisode de... récurrence et... un jour où j'avais trop forcé, et de... donc de douleurs vraiment... vraiment aiguës... ça a duré quelques jours et après ça s'est arrêté* », le patient surveille ses habitudes et depuis, n'a pas connu de nouvel épisode : « *Depuis j'ai pas ré-abusé donc euh ça, c'est totalement disparu* ».

Il en semble donc satisfait.

(2) Autres spécialistes

(a) Le patient a consulté un spécialiste et n'en est pas satisfait

Patient n° 3 : Le patient se passerait bien de la consultation d'un rhumatologue : « *Donc revoir le rhumatologue qui euh..., les cachets qui me donnent et après voir entre guillemets..., refaire une infiltration. *murmure* : "j'adore !" *rire** » « *Bon j'avais pas le choix, c'est comme je vous dis, je n'ai pas le choix, bon. Si j'ai pas besoin de voir le rhumatologue... *rire* ça me va !* ».

(b) Le patient souhaite consulter un autre spécialiste

Patiente n°5 : Peu satisfaite des propositions de son médecin traitant, la patiente envisage de « *voir un autre spécialiste* ».

e) Satisfaction à l'égard du traitement prescrit

(1) Les médicaments

(a) Intolérance médicamenteuse

Patient n° 1 : Puisque le patient a subi une greffe de foie, il ne peut pas bénéficier de tous les médicaments : « *De toute façon on ne peut pas donner grand-chose à moi... *2s* Comme j'ai été greffé du foie alors euh..., je peux pas prendre n'importe quoi !* ».

Patiente n°4 : La patiente s'était fait prescrire des myorelaxants et témoigne d'une mauvaise expérience : « *J'en ai pris un et j'ai... *2s* j'ai été malade avec... ça m'a tourné sur l'estomac j'ai été aux toilettes heu... J'ai pas supporté* » « *Donc j'ai pas heu... *3s* pas continué à prendre* ».

Patiente n°7 : La patiente évoque la prise d'anti-inflammatoires : « *Les anti-inflammatoires je les... j'ai du mal à les supporter. Mon estomac, il n'aime pas trop* » « *Donc je les prends vraiment que... que si j'ai très très très mal... quand vraiment j'ai une... une crise je dirai, quand vraiment... là j'en prends éventuellement, mais autrement si je... si je peux les éviter, je les évite. Donc je préfère pour l'instant... essayer d'être raisonnable *rire* et puis les... les garder quand vraiment il faudra les prendre, quand je ne pourrais plus les éviter quoi. Je préfère... je préfère reculer le plus possible... voilà* ».

Patiente n°8 : La patiente ne tolère pas certains médicaments et son traitement a dû être interrompu en dépit d'effets bénéfiques : « *Ouais. Qui me fait... beaucoup la diarrhée... mais ça, ça me fait du bien. Et il y a un médicament qu'il fallait que j'arrête, parce qu'il me fait terriblement mal à l'estomac* ».

Patiente n°11 : La patiente évoque son intolérance médicamenteuse au moment où le traitement conduit étant le plus important : « *Euh... Bon bah là ça [morphinique et paracétamol codéiné] soulageait mais très difficilement supportable* ».

(b) Le patient privilégie le traitement médicamenteux

Patient n°1 : Les médicaments parviennent à soulager le patient : « *On prend les médicaments ça calme* ».

Patiente n°5 : En cas de douleur, la patiente a recours au paracétamol : « *Bah je me rabats sur mes cachets hein, tout ce qui est paracétamol* ».

Patiente n°8 : La patiente témoigne d'un attachement aux traitements médicamenteux : « *Ou alors, dans le tas de médicaments... si je ne les ai plus non plus... c'était infernal...* ».

(c) Le patient réserve le traitement médicamenteux en cas de symptomatologie importante

Patiente n°2 : Les médicaments participent au soulagement de la douleur : « *Il y a juste des cachets ou des piqûres qui peuvent aider* ».

Mais la patiente réserve leur consommation aux douleurs importantes : « *J'essaie de pas prendre [...] de cachets je veux pas trop en prendre faut que déjà un soir ça suffit* » « *Oui oui oui oui si vraiment j'ai trop mal j'en prends sinon non j'essaie de euh de pas en prendre* ».

Patient n°3 : Le patient accepte de prendre son traitement lorsqu'il n'a pas le choix: « *Moi, parce que c'est lui, parce que c'est musculaire alors il m'a donné des décontractants. C'est vrai que ça va mieux. Mais si je prends des décontractants... mais je ne vais quand même pas prendre ça toute ma vie, des trucs comme ça, je n'ai pas envie... Je n'ai pas envie. Bon à la limite je veux savoir ce que c'est. *2s* Vraiment ce que c'est et puis bon on verra... Si après il faut prendre des médicaments, je les prendrai...* ».

Le patient souligne par ailleurs que la douleur peut s'arrêter sans qu'il ait besoin de prendre des médicaments : « *Deux trois jours et après ça va mieux. Sans médicament.* ».

Patiente n°4 : La patiente privilégie les massages comme moyens de soulager la douleur, mais quand celle-ci s'aggrave, elle se tourne vers son traitement : « *Et puis heu quand j'ai vraiment mal j'prends un anti-inflammatoire... c'est comme ça qu'on dit ? Anti-inflammatoire, ouais, un Ibuprofène et puis voilà* ».

La patiente, qui ne supportait pas les myorelaxants, précise que son traitement a été bien adapté par son médecin : « *A force, elle sait ce qui me faut !* ».

Patiente n°7 : La patiente réserve la prise d'anti-inflammatoires aux cas de douleurs importantes : « *Donc je les prends vraiment que... que si j'ai très très très mal... quand vraiment j'ai une... une crise je dirai, quand vraiment... là j'en prends éventuellement, mais autrement si je... si je peux les éviter, je les évite. Donc je préfère pour l'instant... essayer d'être raisonnable *rire* et puis les... les garder quand vraiment il faudra les prendre, quand je ne pourrais plus les éviter quoi. Je préfère... je préfère reculer le plus possible... voilà* ».

Le médicament est le dernier recours : « *Et quand euh... c'est en dehors des... crises, je ne sais pas comment on peut dire... Quand c'est en dehors de ça, je sens que j'ai mal, je prends du Dafalgan. Et là euh... je prends du Dafalgan, je prends ma ceinture, et puis euh quand... quand j'ai vraiment très mal je prends des Lamaline* » « *Parce qu'on ne peut pas prendre toujours des médicaments non plus* ». Les solutions de la patiente varient en fonction de l'intensité de la douleur.

Patiente n° 11 : Elle n'utilise un traitement médicamenteux qu'en fonction des douleurs en privilégiant les anti-inflammatoires : « *ça dépend à quel point est la douleur. Ça euh... Euh... y'a ça... ben c'est de l'ibuprofène en... en principe hein. En principe je prends de l'ibuprofène c'est... 'fin pour moi le... le plus efficace* ».

(d) Le patient est sceptique quant à l'efficacité du traitement

Patient n°6 : Le patient est sceptique sur l'efficacité de ses médicaments.

Quand on lui demande si les médicaments prescrits par son médecin ont fonctionné, il répond de façon ferme et catégorique « *Non* ». « *Non, là il m'en a redonné mais c'est pas... c'est quand j'ai vu après ce que le médecin traitant m'avait donné, il me redonnait exactement les mêmes, mais je ne savais pas, je ne connaissais pas les noms.* » Il ne comprend pas que son médecin lui prescrive les mêmes médicaments inefficaces d'après lui.

Patiente n°9 : La patiente se plaint du délai d'action trop long d'un traitement par voie orale : « *Quand je prends des cachets, ça dure au minimum une semaine, quoi* ».

Patiente n°11 : La patiente exprime son scepticisme vis-à-vis de l'efficacité du paracétamol : « *c'est... 'fin pour moi le... le plus efficace parce que j'ai essayé doliprane ou euh... machin euh... j'ai eu euh...* ».

Patient n°12 : Lorsqu'on l'interroge sur l'efficacité de son traitement médicamenteux, le patient semble accorder plus de résultats à la manipulation effectuée par son médecin. En témoigne le soupir qui introduit sa réplique : « *Pfff je pense qu'il a également agi mais d'après moi, c'est la manipulation qu'a faite le médecin qui a dû être la raison de... de la disparition de la douleur. Le médicament n'a fait qu'aider à consolider cette heu... guérison...* ».

(e) Peur de la perte d'efficacité du traitement

Patiente n°2 : La patiente témoigne d'un attachement à son traitement médicamenteux mais elle essaie également de modérer sa consommation, par crainte d'une perte d'efficacité : « *Et puis même c'est pas trop bon non plus hein* » « *A la fin ça aide même plus quand on en prend trop* ».

(2) Les infiltrations et les injections intramusculaires

(a) Le patient supporte difficilement les infiltrations

Patient n°6 : Le patient témoigne de sa difficulté à supporter les infiltrations : « *C'est pas ma tasse de thé hein. C'est pas moi qui vais me piquer ou me shooter, je vous le dis d'avance* » « *Une simple prise de sang euh... d'aller chez le dentiste faire une piqûre... le pauvre je le plains hein ! Le dernier dentiste que j'ai eu il se rappelle de moi hein ! *rire*[...] et puis il avait un coquard, mais bon, c'est fait c'est fait* ».

(b) Le patient accepte les infiltrations / les injections intramusculaires qui le soulagent

Patiente n°2 : Elles procurent un certain soulagement à la patiente : « *Il y a juste des cachets ou des piqûres qui peuvent aider* ».

Comparés à la kinésithérapie, les effets des infiltrations sont meilleurs et plus durables : « *C'est plus long oui ce que je peux dire c'est que là ça va ça va depuis que j'ai les piqûres ça va mieux* ».

Même si la douleur continue de persister « *On dirait que c'est fait exprès donc pendant cinq jours j'ai des piqûres et après c'est les douleurs sont toujours moins fortes mais elles sont toujours là* ». Il faut noter qu'elle ne distingue pas les infiltrations des injections intramusculaires. Cependant, au vu des modalités d'administration, il s'agit probablement d'injections intramusculaires.

Patiente n°8 : Les infiltrations procurent un soulagement à la patiente : « *Alors il m'a dit je vais vous faire une infiltration. Mais ça m'a.... ça m'a calmée !* ».

(c) Le patient réserve les infiltrations en cas de symptomatologie importante

Patiente n°2 : La patiente réserve les infiltrations en cas de douleurs insupportables : « *Oui bon ça aide un peu mais euh faut que j'y aille de nouveau mais tant que je supporte je euh j'essaie de pas prendre de piqûres ni de cachets* ».

Patient n°3 : A propos d'infiltration reçue dans le genou, le patient développe son aversion pour elles et témoigne d'une méfiance envers ce genre de traitements : « *Alors j'aime pas trop les piqûres. *silence de 5s* Bon j'avais pas le choix, c'est comme je vous dis, je n'ai pas le choix, bon* ».

Il se résout néanmoins à envisager les infiltrations, mais en dernier recours : « *Si maintenant j'ai vraiment pas le choix, oui* ».

Patiente n°7 : La patiente serait prête à recevoir des infiltrations le jour où son état le nécessitera : « *Non, parce que mon médecin n'en a pas parlé, mais je pense que si un jour y'avait... il n'a pas envie de me proposer... je ne sais pas... faire des infiltrations je ne sais pas quoi.... Si on arrivait à un stade où il fallait le faire, je pense que... quoi que... je ne suis pas très piqûre mais.... *rire* Je pense que si effectivement ça pouvait m'apporter un soulagement, oui je pense que je le ferais.* » « *Je pense que oui, il y a des choses peut être à faire... pas maintenant encore, mais par la suite je pense qu'il y aura ptet des choses à faire et dans ces cas-là, oui, on accepte un peu tout ce qui peut soulager. Je crois qu'on peut l'accepter. *silence de 2s* Je pense. *rire** ».

(d) Méfiance quant à la composition

Patient n°3 : Le patient se méfie de la composition des infiltrations : « *Ah ça, ça j'aime pas trop. Non... j'ai pas peur du mal, mais je ne sais pas ce qu'ils injectent là-dedans. Non... j'aime pas trop. [...] Mais... je bosse en Allemagne, les allemands ils sont friands de ça. Ils ont mal *sifflement* piqûre, hein ! Ça c'est clair. Bon le lendemain ils n'ont plus mal, mais qu'est-ce que... qu'est-ce qu'ils injectent là dedans* » « *Je ne sais pas. Je ne sais pas si vous voyez... si vous écoutez les sportifs... tout le long de leur carrière ils ont pas mal, mais quand ils arrêtent... "Ah il faut que je me fasse opérer du genou, je suis obligé de me faire opérer du dos..." Pourquoi? Qu'est-ce qu'ils injectent là-dedans pour plus avoir mal du... d'une seconde à l'autre quoi* ».

(e) Demande d'injections

Patiente n°9 : La patiente désire une prescription de médicaments injectables : « *J'avais demandé à c'qu'on m'fasse des piqûres* » et ne semble pas adhérer à l'explication fournie par le médecin traitant sur la supériorité d'un traitement de palier 3 par voie orale : « *Je prenais ... Skénan* » à celle d'une infiltration : « *mais mon médecin traitant m'a dit que par rapport le traitement il était plus fort que les piqûres. Les piqûres c'est psychologique, c'est, c'est pas parce qu'on fait des piqûres qu'ça va nous débloquer.* » « *Une fois j'ai été bloquée, une autre fois j'avais été bloquée aussi mon médecin traitant était pas là, c'était son remplaçant et lui m'avait prescrit des piqûres et comme par hasard au bout de deux jours j'étais debout alors que quand j'prends les cachets, ça dure minimum une semaine quoi. Donc après il m'a dit c'est psychologique (rises). Parce que euh les piqûres elles sont moins fortes que les cachets qu'on m'avait donné quoi* ».

Ce désaccord de la patiente entre son ressenti et le discours du médecin est renforcé par le fait qu'un autre médecin n'a pas eu la même démarche. A noter que d'une part, on ne sait pas si la prise en charge du dit médecin est liée à une habitude de prescription ou à un accès à la demande de la patiente, et que d'autre part, on ne retrouve pas de critère objectif de jugement ; on ne sait pas ce qu'il a prescrit ni l'état réel de la patiente au moment des injections.

(3) La kinésithérapie

(a) Le patient est plutôt satisfait de la kinésithérapie

Patient n°1 : Lorsqu'on lui demande s'il n'y a que les médicaments qui le soulagent, le patient répond « *La kiné ou les médicaments...* ».

Patiente n°4 : Les séances de kinésithérapie font du bien à la patiente : « *Oui euh oui ça m'aide beaucoup oui puis il me met des *1s* p'tites serviettes chaudes* » « *Oui voilà ça ça aide aussi *3s* le fait de respirer aussi on me dit comment respirer* ».

Patient n°6 : Le patient bénéficie de séances de kinésithérapie : « *Bon je vais réessayer là de faire de la kiné... en piscine* ».

Le patient estime que cela l'aide bien, mais qu'il faut y associer un bon comportement (faire les bons mouvements pour préserver les bienfaits des séances) : « *Oui, ça soulage bien pendant bien 6 mois. Bon après c'est vrai qu'il faut s'entretenir quoi. C'est pareil quoi. Il faut éviter les faux mouvements, porter trop de... de choses lourdes, etc... quoi !* ».

Patiente n°7 : La patiente est satisfaite des séances de kinésithérapie : « *Jusque-là je n'en avais jamais eu besoin, mais l'année dernière, oui, j'en ai fait. Ça me... fait beaucoup de bien* »
« *D'ailleurs il m'a appris à faire certains exercices... que je fais... de temps en temps quand je...[...]*quand j'y pense, quand j'ai le temps *rire* ».

Les effets sont tellement bénéfiques qu'elle aimerait en profiter davantage : « *Je pense que j'en aurais encore besoin. Mais comme les séances de kiné sont limitées...[...]*C'est ce que le kiné m'a expliqué l'autre jour, maintenant on a le droit je crois à 30 séances... à 60 séances par an [...] Voilà, c'est limité à 30 séances par ordonnance et on a le droit à 60 séances par an. Donc euh... on peut pas en faire euh... autant qu'on veut non plus. [...] On les garde quand c'est vraiment, vraiment nécessaire. [...] Quand on est vraiment bloqué ».

Patient n°10 : Le patient apprécie les bienfaits des séances de kinésithérapie. Dans le cadre de ces séances, il a bénéficié de physiothérapie dont il lie les effets à ceux des massages : « *Euh oui, j'ai eu un kiné qui m'a fait ça. Donc chaleur et euh... électrodes* » « *C'était bien au... chez le kiné parce qu'il y a de la manipulation après, y'a des manipulations, y'a des massages etc...* ».

(b) Le patient n'est pas pleinement satisfait de la kinésithérapie

Patiente n°2 : La patiente bénéficie de séances de kinésithérapie dont elle juge l'efficacité non optimale : « *La kiné mais bon ça aide pas beaucoup* » « *La kiné mais bon pff ça aide un peu puis après ça revient de tout façon moi euh c'est des cachets que je dois prendre tous les jours* » « *Il y a juste des cachets ou des piqûres qui peuvent aider c'est tout* » « *On dirait que c'est fait exprès donc pendant cinq jours j'ai des piqûres et après c'est les douleurs sont toujours moins fortes mais elles sont toujours là* ».

Patiente n°8 : La patiente a déjà bénéficié de séances de kinésithérapie mais elle les juge inutiles : « *Oh non, j'en ai fait il y a longtemps de ça, mais... ça sert à rien !* ». C'est surtout la durée des effets qui est en cause : « *Ça me fait du bien ... Mais bon euh... bon, il m'appuie sur le dos... mais je sens quand le nerf il est... il est débloqué... après je suis calmée, mais le soir ça recommence* ».

Patiente n°9 : La patiente est réfractaire à la kinésithérapie car elle considère qu'elle lui fait plus de mal que de bien : « *Nan ça [la kinésithérapie] m'fait plus mal qu'autre chose.* » « *Ça m'fait très mal en plus ils m'mettent des électrodes euh ça fait plus *enfant qui chahute* arrête...* » « *Il m'branche des espèces de capteurs qui m'donnent comme des ptits coups d'jus alors qu'à la base moi mes douleurs c'est comme des grands coups d'jus.* » « *Et même le*

massage il m'fait super mal quoi. » « Nan, j'ai mal... Euh ap... pendant un moment après ça s'calme mes douleurs puisque quand j'fais des séances par exemple c'est sur une semaine. » « Quand j'y vais, j'ai presque pas mal mais quand j'ressors j'ai encore plus mal qu'avant d'être entrée quoi ».

(c) Le patient souhaiterait bénéficier de séances de kinésithérapie

Patiente n°5 : La patiente n'est pas pleinement satisfaite de sa prise en charge actuelle et souhaiterait qu'on lui propose autre chose : *« Je voulais demander des séances de kiné, elle ne m'en a pas donné ».*

(d) Le patient ne demande pas de séances de kinésithérapie

Patient n°12 : Le patient témoigne d'une grande confiance envers son médecin, et par conséquent son adhésion aux traitements que le praticien aurait pu lui proposer : *« Bah pffffff si mon médecin me l'avait proposé [des séances de kinésithérapie], j'aurais fait, parce je lui fais confiance ».*

(4) Le port d'une ceinture lombaire

(a) Le patient en est plutôt satisfait

Patient n°1 : La ceinture soulage les douleurs du patient : *« Oui euh! Oui ça aide bien ! ».*

Patient n°6 : Le patient porte sa ceinture lorsque la douleur se fait vraiment ressentir : *« Si c'est vraiment, si c'est vraiment mal je la mets ».*

Patiente n°7 : La patiente bénéficie d'une ceinture lombaire depuis l'année dernière. Elle la porte en de nombreuses occasions : *« Quand je fais du ménage ou quand je fais du euh... quand je fais beaucoup de voiture... » « En plus du traitement, et même quand c'est des périodes où j'ai pas... où j'ai pas mal, je mets quand même dans certaines situations la ceinture. Ça soulage. C'est un... un outil qui devient indispensable. On l'a toujours à portée de main ».*

Elle y associe les bienfaits de la kinésithérapie : *« C'est vrai qu'il faut... c'est vrai que ça m'a fait du bien, oui. Mh. Ça c'est... c'est associé je dirais, presque à la ceinture ».*

La ceinture lui permet de limiter la prise de médicaments : *« Y'a des périodes où on la sent... on prend pas forcément de médicaments, où là c'est la ceinture... c'est un soutien. Mh. Et ça aide. Ça aide à... Ça limite la prise de médicaments ».*

Patient n°10 : Le patient a recours à des méthodes mécaniques comme le port d'une ceinture

lombaire : « *J'porte une ceinture lombaire depuis... longtemps et toujours de... dès que j'ai des grands trajets à faire en voiture... Et de temps en temps au cinéma* ».

(b) Le patient n'en est pas satisfait

Patiente n°5 : La patiente n'a pas trouvé la ceinture efficace : « *Une ceinture je l'ai portée... J'ai porté une ceinture euh... après ma première grossesse, mais bon je... je ne voyais pas l'utilité après et puis je n'ai plus redemandé* ».

(c) Le patient est incommodé par le port de la ceinture

Patiente n°4 : La patiente possède une ceinture , qu'on lui a prescrit il y a deux ans, mais elle ne la porte pas au motif que cela la gêne dans son travail : « *J'ai travaillé deux jours avec et c'était pas... ça m'énervait* » « *Parce que moi je dois me plier et tout devant les caisses donc c'est c'était pas heu...ça me soulageait quand j'étais debout parce que ça tient bien comme ça derrière dans le dos mais ça me... ça m'énervait pour me bai.. me baisser, tout ça, c'était pas... *3s* au point* » « *Donc j'ai porté quoi, deux jours* ».

Cependant, elle ne la porte pas non plus à son domicile.

Patiente n°5 : L'expérience du port de la ceinture n'a pas été concluante pour la patiente : « *C'est plus une gêne qu'autre chose* » « *Et avec les mouvements que je fais, et bien elle monte, elle descend et puis... non, je passais mon temps à la régler... Non. C'est pas pratique* ».

Patient n°6 : Concernant le port de la ceinture, le patient a essayé mais il ne peut pas la porter constamment : « *Ben c'est gênant... je la mets surtout pour rouler mais bon dans la maison non* ».

Patiente n°8 : La patiente a essayé de porter une ceinture chauffante mais elle ne la tolère pas : « *Mais moi les ceintures euh... je ne les supporte pas. Parce que j'attrape des plaques* ».

(d) Le patient considère que le port de la ceinture peut être néfaste

Patient n°6 : Concernant le port de la ceinture, le patient la porte quelques fois mais il émet des réserves : « *Si si ! Je la mets ! Mais bon, je ne peux pas la mettre constamment non plus, c'est pas bon non plus quoi [...] et puis c'est pas bon non plus par rapport à... aux muscles hein* ».

(5) Les cures et la balnéothérapie

(a) Le patient en est plutôt satisfait

Patient n°1 : Le patient est satisfait de la balnéothérapie : « *Balnéo ça aide bien. Ça aide bien !* »

Patient n°6 : Le patient est réellement satisfait de ses cures : « *Oui, j'en ai déjà fait. J'en avais fait avant de partir en vacances, puis j'en ai pas refait, je me suis dit "ça va aller" et puis... à la limite faudrait presque l'obliger parce que la cure... la cure ça fait du bien quoi* » « *Oui, ça soulage bien pendant bien 6 mois* ».

(b) Le patient est ouvert à l'idée

Patient n°3 : Le patient est ouvert à certains traitements. Lorsqu'on lui parle de cure, il considère cette option de façon positive : « *Si ça peut faire du bien, pourquoi pas ?* ».

Patiente n°8 : La patiente n'avait jamais entendu parler de cures mais elle cherche à se renseigner sur le sujet : « *Pourquoi ça fait du bien ?* » « *Et c'est remboursé ça ?* » « *Donc je vais peut-être lui en parler [à son médecin]* ».

Patiente n°11 : La cure avait été proposée à la patiente, mais suite à l'amélioration de son état de santé, elle n'avait pas été effectuée : « *Euh donc la cure avait été plus ou mois sen... euh... envisage, mais avec les soins appropriés et l'amélioration euh... du à un repos forcé, euh...* ».

Patient n°12 : Le patient associe les cures thermales à un mal chronique : « *Pfff je n'ai jamais essayé et puis bon, je pense que les cures c'est surtout quand on un mal chronique* ».

(c) Le patient ne peut pas envisager la cure

Patiente n°7 : En raison de contraintes professionnelles, la patiente n'a jamais envisagé de faire de cure : « *J'essaie de ne pas m'arrêter et si je voulais faire une cure, il faudrait que je m'arrête donc euh... tant que ça va comme ça, je continue comme ça, je ne m'arrête pas. Mais si un jour ça devenait indispensable, oui je ferai certainement une cure. Ça viendra peut-être. *rire** ».

Patiente n°9 : En raison de contraintes familiales, la patiente déclare ne pouvoir effectuer de cure : « *Non. J'peux pas avec les enfants *rires** ».

f) *Recours à des techniques alternatives*

(1) *L'acupuncture*

(a) *Satisfaction vis-à-vis de la méthode*

Patiente n°4 : La patiente a bénéficié de séances d'acupuncture réalisées par un médecin : *« J'ai fait des l'acupuncture j'ai fait [...] ouais chez docteur hum... G » « Humpf ça fait mal *2s* mais bon ça va ça aide bien ».*

(b) *Insatisfaction vis-à-vis de la méthode*

Patiente n°8 : La patiente a bénéficié de séances d'ostéopathie pratiquées par un médecin : *« Ah.... Attendez, il y a eu dans le temps... j'avais docteur P. qui mettait des ... des aiguilles dans le dos... ».* Cela semble avoir été sans effet : *« Mais ça ne m'a rien fait du tout ... rien du tout... rien du tout... rien... Je lui ai dit "tu peux... j'ai envoyé tes aiguilles n'importe où, tu peux"...».*

(2) *La mésothérapie*

Patiente n°2 : La patiente a bénéficié de séances de mésothérapie : *« Chez docteur L. ben les derniers euh il m'a fait de la mésothérapie».* Elle ne donne pas d'information concernant sa satisfaction.

Patiente n°11 : La patiente a essayé la mésothérapie, sans succès : *« J'ai eu d'la mésothérapie... qui m'a semblé un peu illusoire mais euh... 'fin pour moi je voyais pas de... j'voyais pas d'amélioration mais c'était justement la période où euh j'étais enceinte de mon troisième enfant ».*

(3) *L'ostéopathie*

Patient n°6 : Le patient avait consulté un ostéopathe mais il n'en est pas satisfait puisque les bienfaits des séances ne durent pas longtemps : *« J'ai même essayé des séances d'ostéopathie... ça fait du bien sur le moment et puis après ça revient... [...] assez rapidement quoi. La dernière que j'ai faite, j'avais l'impression que c'est comme si je n'avais rien fait quoi. [...]... comme si je n'avais rien fait. Sortir de chez l'ostéopathe... je suis remonté dans la voiture, ben... c'est comme si je n'avais rien fait du tout ».*

Patiente n° 11 : La patiente a bénéficié de séances d'ostéopathie sans commentaire particulier sur leur efficacité : *« J'ai eu d'la manipulation effectivement bah après l'accident là pour euh... me débloquer un p'tit peu... un p'tit peu les vertèbres ».*

Patient n° 12 : Son médecin traitant a effectué une séance d'ostéopathie que le patient a trouvé efficace : « *Donc il m'a, disons, remis des choses en place et après cela il m'a demandé de rester pendant une journée bien au chaud, d'éviter les efforts physiques mais ne pas rester allongé sans rien faire non plus, hein ! Et j'étais très étonné du résultat car effectivement, la douleur avait disparu, justement au bout de quelques heures* ».

(4) L'iridologie

Patiente n°4 : La patiente reconnaît, un peu gênée, avoir recours à un iridologue : « *Parce j'suis allée voir un iridologue, j'sais pas si... vous êtes aussi médecin... ils ne sont pas reconnus. Ils regardent dans les yeux, vous connaissez pas ? [...] *rires** ».

(5) Le magnétisme

Patiente n°11 : La patiente avoue, un peu gênée, avoir bénéficié de séances de magnétisme et témoigne de leur efficacité : « *avec les soins appropriés et l'amélioration euh, due à un repos forcé euh... et des séances de kiné... Alors des séances de kiné euh... qui étaient pas tout à fait traditionnelles. Qui étaient fait par euh, magnétisme.* » « *Et... le soulagement et, et... euh petit à petit ça dure sur la longueur mais je pense que... 'fin pour moi ça a été très efficace* ».

g) Attentes et satisfaction liées aux explications données au patient

(1) Le patient est globalement satisfait des explications données par son médecin

Patient n°1 : Le patient a conscience de la complexité de son cas (il a bénéficié d'une greffe de foie) : « *Comme j'ai été greffé du foie alors euh..., je peux pas prendre n'importe quoi ! [...] Alors il faut que je passe tout par... tout par le médecin. Tout par le Docteur L.* ».

Satisfait des informations données par son médecin, il semble avoir une bonne connaissance de sa pathologie : « *Ça sert à rien de m'faire opérer, ça sert à rien...* ».

Le patient a évolué dans son rapport avec le secteur médical : « *Avant il ne prenait pas soin de lui, depuis qu'il a été greffé maintenant il fait... au moindre truc il court chez le médecin* ».

Patiente n°2 : La patiente ne connaissait pas la maladie de Forestier avant que son diagnostic ne soit établi : « *alors moi la maladie que j'ai c'est ça s'appelle la maladie de Forestier je sais pas si vous connaissez* » « *d'ailleurs pour la maladie du forestier j'avais jamais entendu j'ai dit qu'est-ce-que c'est de ça encore *rires** ».

D'après son témoignage, son médecin traitant a bien identifié sa pathologie et la lui a expliqué : « *c'est le docteur L. qui vient il me il me connaît maintenant il sait* ».

Patiente n°4 : La patiente a l'impression que son médecin traitant a bien cerné sa pathologie.

Elle adhère donc à la prise en charge proposée : « *(elle me prescrit) des séances de kiné. [...] Oui euh oui ça m'aide beaucoup oui puis il me met des (1s) p'tites serviettes chaudes. » « A force, elle sait ce qui me faut ! »*. On ne peut néanmoins pas se prononcer sur le fait qu'elle connaisse bien sa pathologie puisqu'elle n'évoque pas de diagnostic. Elle met en évidence deux facteurs probablement favorisant mais ne précise pas s'ils ont été validés par son médecin traitant : « *je roule beaucoup je pense que c'est lié et puis je au travail je porte du poids aussi » « et je pense c'est lié un peu au stress... »*.

Patiente n°7 : La patiente connaît les médicaments qu'elle prend et dans quel cadre « *Oui. Oui. Le médecin m'avait prescrit du Lamaline... et puis bon du Dafalgan quand euh... je prends quand j'ai vraiment très mal je prends du Lamaline, je me masse avec du Diclofenac. Et quand euh... c'est en dehors des... crises, je ne sais pas comment on peut dire.... Quand c'est en dehors de ça, je sens que j'ai mal, je prends du Dafalgan. Et là euh... je prends du Dafalgan, je prends ma ceinture, et puis euh quand... quand j'ai vraiment très mal je prends des Lamaline »*.

Elle décrit son arthrose : « *Y'a de l'arthrose... J'ai de l'arthrose un peu tout le long de la colonne et au niveau des lombaires basses, y'a de l'arthrose aussi »* et sait par conséquent que la chirurgie serait inutile : « *Quand on a des... quand on a une hernie discale ou quelque chose comme ça, oui. Bon maintenant, au niveau de l'arthrose, y'a rien à y faire »*.

Elle évoque les traitements proposés par son médecin et se conforme à ce qu'il lui propose : « *Non, parce que mon médecin n'en a pas parlé, mais je pense que si un jour y'avait... il n'a pas envie de me proposer... je ne sais pas... faire des infiltrations je ne sais pas quoi.... Si on arrivait à un stade où il fallait le faire, je pense que... quoi que... je ne suis pas très piqûre mais.... *rire* Je pense que si effectivement ça pouvait m'apporter un soulagement, oui je pense que je le ferais »* et donc à ce qu'il ne lui propose pas.

La patiente est néanmoins demandeuse d'explications : « *Non, ben... Ce qu'il y a, c'est que je me pose des questions... enfin, je me pose des questions, pas pour moi personnellement, mais je me dis euh... quand euh.... Ça va... Ça ne va pas aller en s'améliorant, ça va aller en empirant... euh j'ai... avant la retraite... par exemple, si j'ai vraiment des gros soucis avant d'arriver à la retraite euh... si je suis obligée par exemple de travailler, est ce qu'il y a des choses qui sont prévues par exemple au niveau de la CPAM ? [...] Ouais, je ne sais pas s'il y a de.... De l'invalidité... enfin de l'invalidité... je ne sais pas si c'est le truc qu'il conviendrait, mais euh... s'il y a des choses que... qui sont prévues à ce niveau-là par exemple. Ça peut être euh... je ne sais pas comment ça se passe après »*. Ce questionnement se focalise sur d'éventuelles indemnités.

Quand on la renvoie vers son médecin traitant, elle reconnaît que c'est un sujet à aborder avec lui : « *Et... oui ça je pense que ça peut être intéressant, de soulever comme... comme sujet, oui. Hm. Et c'est justement parce que vous venez que j'y ai pensé ! *rire* »*.

Patiente n°8 : La patiente compare les explications de son ancien médecin traitant à celui qu'elle a actuellement et adhère à l'étiologie retrouvée : « *Hm. Et comme j'avais un ancien médecin qui s'appelait L. avant que j'aie chez le docteur M... ben lui il me donnait des médicaments, il me donnait... il me donnait des médicaments, de l'Atarax et tout ça, euh... et c'était... Bon, depuis que j'habite ici, je vais voir le docteur M., et il m'a dit que c'était parce que vous portez des... parce que des fois on prend le fauteuil roulant, on prend d'une main le fauteuil roulant, une main tient mon dos. » « je sais que le docteur M., il m'a dit que le dos, ça*

venait aussi de l'arthrose ».

Elle tient également compte des avis médicaux de ses confrères et essaie d'agir en conséquence : *« Mais bon euh... il y a des docteurs qui me disent : "C'est à cause du poids", alors bon euh... j'essaie de faire régime un p'tit peu pour éliminer un peu mon ventre mais... c'est pas la même chose, hein ».*

Elle semble néanmoins présenter quelques doutes quant à la nécessité de réaliser des examens complémentaires : *« Il m'a dit "ne vous inquiétez pas" euh.... Je commence à ... à me tasser... bon je ne me tiens pas droite, parce que je n'arrive pas... toujours courbée euh... bon j'ai pas fait d'IRM pour mon ... pour mon dos mais... ils ont dit que c'était de l'arthrose ».*

Quand on lui parle de la possibilité de cures, elle dit qu'elle va en discuter avec son médecin : *« Donc je vais peut-être lui en parler ».* De même pour les infiltrations : *« Ah ! Alors là ! Ça il faudra que je lui en parle... Il y a le docteur P. qui a vu que j'avais une douleur en bas du dos ».* La communication médecin-patiente est bien établie ; la patiente sait qu'elle peut discuter de sa pathologie librement avec son médecin traitant et obtenir des informations.

Elle a cependant du mal à comprendre l'implication psychique de sa pathologie : *« Alors, je ne sais pas c'est psychique... on me dit que c'est psychique dans ma tête, mais moi bon... ».*

Elle n'a pas de questions supplémentaires à poser concernant son mal de dos.

Patient n°10 : Le patient comprend les explications du médecin, il est lui-même membre du corps médical : *« Et c'est donc à force euh bah c'est au bout de quelques jours que je me suis inquiété, j'ai consulté euh donc c'est mon généraliste qui m'a envoyé vers un, vers un rhumato [...] Et donc euh suite à un scan euh... m'a annoncé là qu'il y avait une hernie discale L5-S1 et donc c'était l'origine des... des douleurs. Et sur le coup bah, étant donné l'âge euh y'avait pas vraiment de chirurgie, y'avait pas vraiment de... bon le diagnostic était fait ».*

Le patient admet tout savoir sur ce qu'il y a à connaître de sa pathologie : *« Je crois que j'ai fait le tour de, de tout ce qu'il y a à savoir sur l'hernie discale donc j'étais à peu près au clair de... *rires* »* *« j'aurais bien aimé savoir ce qu'on pouvait faire et pourquoi c'était venu mais... j'ai vite compris que... que l'un comme l'autre, c'qu'on pouvait faire c'est pas grand-chose et comment c'était venu on en saura jamais rien. Donc euh... Voilà. Je m'attendais pas à ce qu'on m'en dise plus ».*

Patiente n°11 : La patiente a une bonne compréhension de sa pathologie. Elle n'exerce pas une profession médicale mais s'est renseignée dessus en plus des explications fournies par son médecin : *« Donc la dernière fois que j'ai consulté mon médecin, c'était... donc cette année... euh... après... euh... avoir eu un an auparavant une fêlure vert... de la vertèbre de la... D7. *silence de 3s* Euh... le problème est que je... oh, comment qu'on dit... que suite à... à un licenciement abusif j'ai euh... pourtant soignée depuis un an, de nouveau eu des douleurs, même intolérables euh... le médecin, à l'époque m'a dit que c'était euh... comment qu'on dit... *silence de 4s* ... psychologique en fait, et que mon dos étant encore fragile... euh... tout le ressenti du fait d'un licenciement brutal, ça portait sur ce point fragile, en l'occurrence le dos. »* *« Euh au niveau du dos que y'a des douleurs de hanches, de genoux qui apparaissent et on... on, en fait on n'sait plus... Enfin pour moi je savais plus comment... euh... envisager le problème de dos, les problèmes ailleurs donc euh... pour disons que c'était pour rassurer aussi le médecin j'pense que... il voulait surtout s'assurer qui y'avait pas... il m'avait parlé de poly... oui*

polyarthrite » « Donc euh... Qui s'est révélé faux puisque euh... y'avait des, pas mal de points euh arthrosiques mais pas de polyarthrite ».

La patiente se révèle totalement satisfaite des explications données même si elle les a complétées par des recherches personnelles : *« Euh... ça a répondu à mes attentes euh oui puisque y'a eu une nette amélioration ça ce... ça c'est incontestable. Quant euh... euh... aux réponses euhfff... on les a plus ou moins soi-même parce que... euh... quand y'a des choses euh... qui datent déjà de longtemps et que... on arrive à s'étudier et on a, on a moins d'besoins de poser d'questions au médecin. Il palie euh aux douleurs, il palie à des euh... euh... à des choses qui euh... qui viennent subitement... Mais bon... il m'a soignée quand même correctement hein parce que euh, j'en s'rais pas, j'en s'rais pas où j'en suis maintenant euh si... il m'avait pas soignée correctement et s'il avait pas répondu à mes attentes ».*

Patient n°12 : Le patient a compris les explications fournies par son médecin et est capable de les restituer : *« Donc, après m'avoir ausculté, il m'a heu... palpé la colonne vertébrale et heu... j'me rappelle lui avoir dit que ma douleur se situait plutôt vers le bas du dos alors qu'il essayait de heu... manipuler les vertèbres vers le milieu du dos. Et il m'a donc expliqué que heu... ce n'était pas heu... le siège de la douleur, que ça ne venait peut-être pas du bas du dos mais que ça se situait, que le siège, que la cause était ailleurs ».*

Le patient fait confiance à son médecin traitant en ce qui concerne les traitements : [en parlant de séances de kinésithérapie] : *« Bah pffffff si mon médecin me l'avait proposé, j'l'aurais fait, parce je lui fais confiance. Mais comme la douleur avait rapidement disparu.... je ne voyais pas pourquoi j'aurais... j'aurais dû prendre des séances de kiné ».*

Le patient se déclare totalement satisfait des informations reçues : *« Oui comme donc je pensais moi qu'il fallait cibler l'endroit où... je ressentais la douleur moi je... Comme j'l'ai dit, j'ai été surpris qu'il intervienne à un autre niveau, ce qui m'a fait penser au dentiste qui me dit parfois qu'on ressent la douleur mais c'est pas toujours l'endroit où on la ressent qui est l'origine du mal ».*

(2) Le patient n'est pas pleinement satisfait des explications données

Patient n°3 : Le patient ne se satisfait pas des explications données et élabore ses propres hypothèses : *« Non, enfin lui il m'a dit que c'était musculaire... Jpense pas » « D'abord il a regardé, enfin il m'a touché et il pensait que c'était musculaire... *2s* mais moi jcrois pas ».*

Le patient se substitue, sans l'admettre, au professionnel de santé et émet ses propres hypothèses : *« Non... Moi je... je vous dis, je ne suis pas docteur, mais je pense que c'est la colonne vertébrale peut être... Ça vient de là. Je pense que ça vient de là ».*

Néanmoins, il évoque la communication établie entre son médecin et lui : *« Je vais régulièrement chez lui, je vais tous les 3 mois je vous dis. Alors, bon... J'ai l'occasion de parler de ça déjà avec lui ».*

Patiente n°5 : La patiente rapporte les explications données par son médecin traitant et exprime son désaccord initial vis-à-vis de celles-ci : *« En fait, j'ai eu trois césariennes... euh des*

péridurales... et je me pose la question "est-ce que ça ne vient pas de... des péridurales ?" Madame B. elle m'a dit "non, ça n'est pas du tout ça"... c'est peut-être le poids, il y a une question de poids aussi ».

Dans la suite de l'entretien, elle confirme cependant les explications données et y adhère :
« *Oui... Et puis madame B. me dit c'est lié aux grossesses. Pour moi c'est dû aux grossesses »
« *Mais j'enchaîne les grossesses, je pense que c'est lié aux grossesses ».**

Elle est satisfaite des explications mais pas du traitement qui y est lié : « *Parce que là c'est après ma troisième, quand je vais consulter madame B., elle m'a jamais rien proposé de plus »
« *Oui, j'aurais bien voulu... oui... *silence de 2s* un peu plus ou je ne sais pas moi... avoir la solution, voir un autre spécialiste ou... ».**

La patiente, ancienne aide-soignante, côtoyait le milieu médical au quotidien.

Patient n°6 : Le patient connaît sa pathologie : « *La première fois, ben ça fait... c'est en 98, oui en 98 que j'ai été opéré. D'une hernie discale L4-L5. Oui, c'est ça, L4-L5... »* Il comprend également le motif de certains examens qui ont été effectués dans le cadre de sa lombalgie : « *Ben il m'avait fait ça avant, pour faire une recherche de ... *3s de silence* clér... sclérose en plaque je crois. *silence de 2s* Ouais. Il pensait que ça venait de là, que j'avais... le problème de dos etc... puis ben quand j'ai été opéré, c'était quand même assez en urgence parce que... je me suis levé du lit... et puis j'ai les guibolles qui n'ont plus... n'ont plus suivi. Je me suis retrouvé... par terre et puis bon ben pffffuit... embarqué en urgence quoi ».* Cependant, il ne met pas en avant que ces informations lui ont été fournies par le médecin traitant.

En revanche, il remet en question la pertinence de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du médecin traitant : « *Non, là il m'en a redonné mais c'est pas... c'est quand j'ai vu après ce que le médecin traitant m'avait donné, il me redonnait exactement les mêmes, mais je ne savais pas, je ne connaissais pas les noms.» [...] « *J'ai fait de la kiné, j'ai fait de l'ostéopathie en plus... [...] Non, ça ne marche pas non plus ».**

Patiente n°9 : La patiente rapporte les explications fournies par son médecin à propos de sa pathologie et de son traitement : « *Et euh je sais plus, y'en avait encore un autre j'pense. Mais j'ai les médicaments là si vous voulez les voir... Dafalgan codéine aussi... Et j'avais demandé à c'qu'on m'fasse des piqûres mais mon médecin traitant m'a dit que par rapport le traitement il était plus fort que les piqûres. Les piqûres c'est psychologique, c'est, c'est pas parce qu'on fait des piqûres qu'ça va nous débloquer ».*

Elle ironise en le comparant avec la prise en charge d'un autre praticien et remet en cause le traitement privilégié par le médecin traitant : « *Une fois j'ai été bloquée, une autre fois j'avais été bloquée aussi mon médecin traitant était pas là, c'était son remplaçant et lui m'avait prescrit des piqûres et comme par hasard au bout de deux jours j'étais debout alors que quand j'prends les cachets, ça dure minimum une semaine quoi » « *Donc après il m'a dit c'est psychologique *rires*. Parce que euh les piqûres elles sont moins fortes que les cachets qu'on m'avait donné quoi ».**

Elle dénonce le fait que les médecins sont démunis face à sa pathologie : « *Ils disent qu'ils peuvent rien faire, que ça s'opère pas puis j'aurai tout le temps mal au dos quoi. Des crises, quoi ils appellent ça des crises. Parce que par moment j'ai rien pendant trois, quatre mois puis après j'vais avoir mal au dos ».*

Elle précise que ses hypothèses sur d'éventuels facteurs déclenchant n'ont été ni retenues, ni mises de côté : « *Mais bon, au rhumatologue j'avais demandé si c'était à cause du poids par euh... j'suis quand même costaud, il m'a dit ça veut rien dire parce que y'en a qui sont fort minces et qu'ils ont aussi des problèmes de dos.* » « *Mais il dit c'est vrai qu'ça joue pas... en ma faveur euh parce que j'suis quand même costaud quoi mais... il dit que ça veut rien dire* ».

Elle comprend néanmoins la chronologie du parcours de soins, même si elle semble reprocher le renvoi itératif vers d'autres professionnels de santé : « *Ils attendaient que... les résultats du scanner pour pour voir, savoir si ils pouvaient faire une infiltration* ». « *Et euh d'après les résultats du scanner, qui s'est, il, qui s'est concerté avec le rhumatologue et le rhumatologue veut que je voie un ostéopathe avant de... de prendre rendez-vous* ».

Son médecin a répondu à ses attentes en lui faisant passer différents examens paracliniques : « *Euh oui bah il m'a fait tout fait faire tous les examens...* » mais la patiente était surprise du diagnostic : « *J'pensais que... que j'avais un truc plus grave vu les douleurs que j'avais mais bon *gamin qui pleure* ... comme ils peuvent rien faire...* ».

IV. DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Respect du protocole

a) *Recrutement réel*

Sur l'ensemble des médecins sollicités, 6 médecins généralistes procèdent aux recrutements de patients : 5 praticiens en Moselle et 1 praticien en Meurthe-et-Moselle. Le recrutement n'a pu concerner la région Lorraine dans son intégralité comme initialement souhaité. L'impact sur la représentativité de l'étude devrait rester minime.

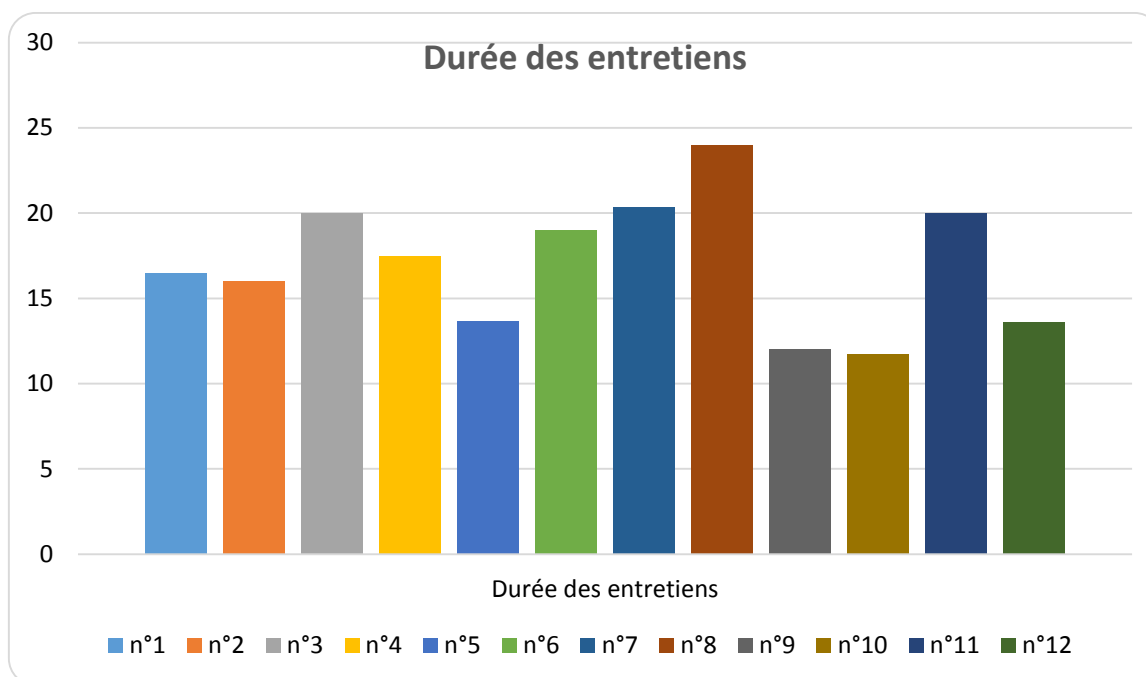
16 patients ont ainsi été contactés et suite à notre appel téléphonique, nous n'avons aucun refus de participation à l'étude. Suite à une défaillance technique du dictaphone, 4 entretiens ne peuvent être récupérés.

La **saturation des données** est atteinte au bout des 12 entretiens récupérés et retranscrits. Il faut cependant signaler que la perte de 4 entretiens non retranscrits constitue probablement une perte d'information difficilement évaluable.

Compte tenu de la difficulté liée au recrutement, la saturation des données n'a pu être contrôlée par deux entretiens supplémentaires. (49)

L'anonymat des interviewés a été respecté.

b) *Durée des entretiens*



La valeur moyenne de la durée des entretiens est de 17 minutes.

L'entretien le plus court dure 11 minutes et 44 secondes. L'entretien le plus long dure 24 minutes et 7 secondes. Si l'on fait abstraction de l'entretien le plus long qui, nous le verrons plus loin, est artificiellement allongé, nous obtenons une durée moyenne d'entretien à 16 minutes 20 secondes, ce qui semble convenable.

c) *Intervention extérieure*

On retrouve parfois la présence de proches du patient lors des entretiens, allant de la simple observation ou salutation lors d'un passage bref dans la pièce où se déroule l'entretien, à la participation à la conversation ou à la perturbation de cette dernière la rendant inaudible par moments.

Entretien numéro 1 : réalisé en présence de la femme du patient qui participe à la conversation : apport complémentaire d'informations, le patient étant peu loquace mais biaise l'analyse.

Entretien numéro 2 : absence de tierce personne.

Entretien numéro 3 : simple passage de la femme du patient dans la pièce.

Entretien numéro 4 : passage de la fille avec brèves salutations.

Entretien numéro 5 : absence de tierce personne.

Entretien numéro 6 : absence de tierce personne.

Entretien numéro 7 : présence de la fille qui n'intervient pas.

Entretien numéro 8 : la seule pièce disponible était le salon : présence de plusieurs volières d'oiseaux rendant l'entretien difficile, compliqué par l'intervention incessante de ses enfants qui interrompaient l'entretien, sans intervenir sur le sujet.

Entretien numéro 9 : porte son nourrisson sur les genoux (calme), passage du père qui s'occupe de l'enfant sans participer à l'entretien.

Entretien numéro 10 : absence de tierce personne.

Entretien numéro 11 : présence de la fille qui n'intervient pas.

Entretien numéro 12 : absence de tierce personne.

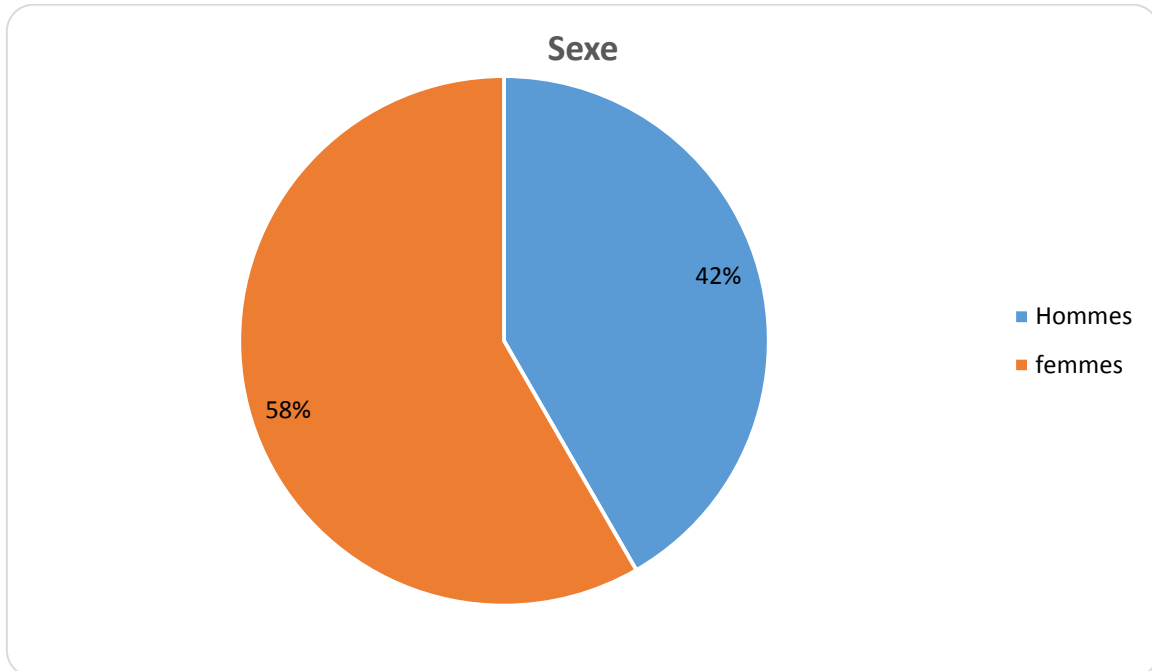
Seul l'entretien numéro 8 est fortement perturbé par des éléments extérieurs d'où sa durée particulièrement longue par rapport à la durée moyenne des entretiens.

d) Analyse des entretiens

Nous avons effectué le codage ouvert puis axial des entretiens et la réalisation de la table de codage conjointement avec une étudiante de psychologie ayant remplacé la précédente et notre directrice de thèse. Notre sous-directrice y a apporté les modifications nécessaires.

2. Représentativité de l'échantillon

a) Sexe des patients



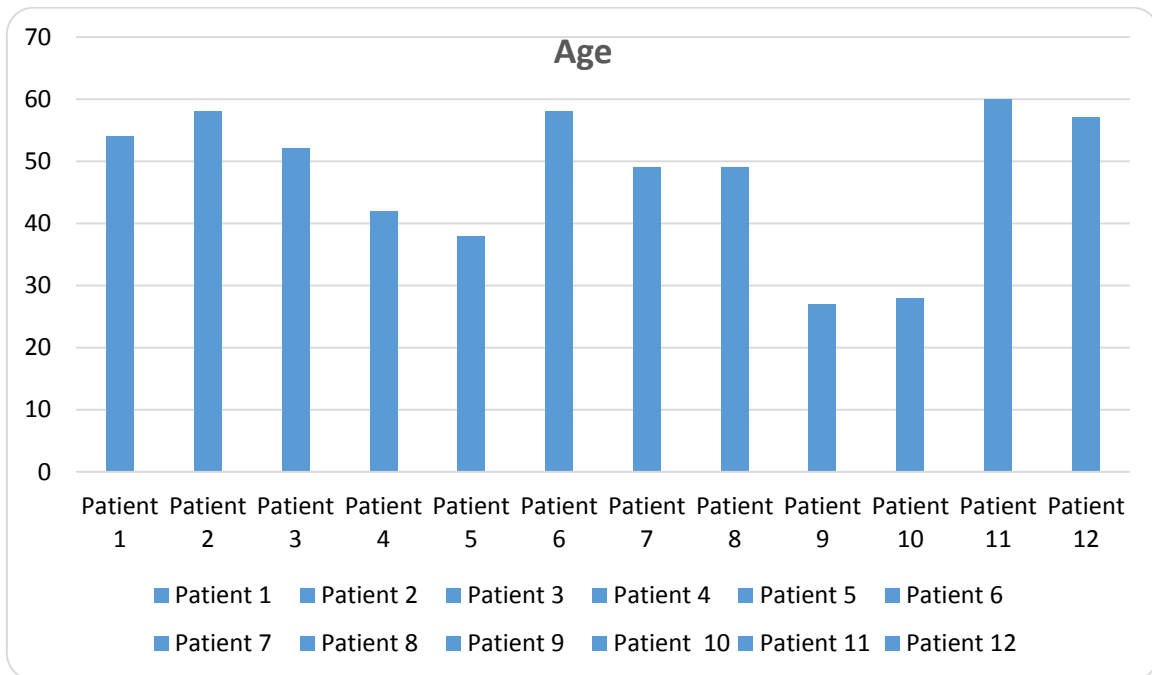
Les données issues de l'enquête décennale de santé de 2007 retrouvent chez la population lombalgique de 30 à 64 ans 47% d'hommes. (5) Le ratio homme/femme dans notre étude est donc peu différent.

b) Durée de la lombalgie

Concernant l'échantillon étudié, 25% des patients présentaient un épisode de lombalgie supérieur à un mois. En sachant que plus de la moitié de la population française de 30 à 64 ans a souffert de lombalgie au moins un jour dans les 12 derniers mois et que la prévalence de lombalgie de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est de 17%, nous devrions retrouver un pourcentage de lombalgiques avoisinant les 35%. (5)

Notons que deux patients dans notre étude ont moins de 30 ans et ne font donc pas partie de la population de l'enquête décennale. Or la lombalgie d'une durée supérieure à un mois est associée à l'âge ; le recrutement peut donc expliquer en partie cette différence, en plus de l'effectif réduit.

c) *Âge des interviewés*



Dans notre étude, on retrouve une surreprésentation de patients aux alentours de 50 ans ; 6 patients de plus de 50 ans pour 6 de moins de 50 ans (dont deux de 49 ans). Sur les 3 patients ayant présenté des lombalgies de plus de 30 jours, on retrouve 2 patients de plus de 50 ans.

L'enquête décennale de santé retrouve une prévalence de lombalgie indépendante de l'âge si l'on prend en compte la lombalgie commune d'une durée minimale d'une journée, ce qui n'est pas démontré pour notre échantillon. Elle est en revanche fortement associée avec l'avancée en âge (surtout à partir de 50 ans) quand on étudie la lombalgie commune d'au moins 30 jours, tendance que l'on retrouve dans notre étude. (5)

d) *Catégories socioprofessionnelles des patients*

Diagramme des catégories socioprofessionnelles représentées :

1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures

- 4. Professions intermédiaires
- 5. Employés
- 6. Ouvriers
- 7. Retraités
- 8. Autres personnes sans activité professionnelle

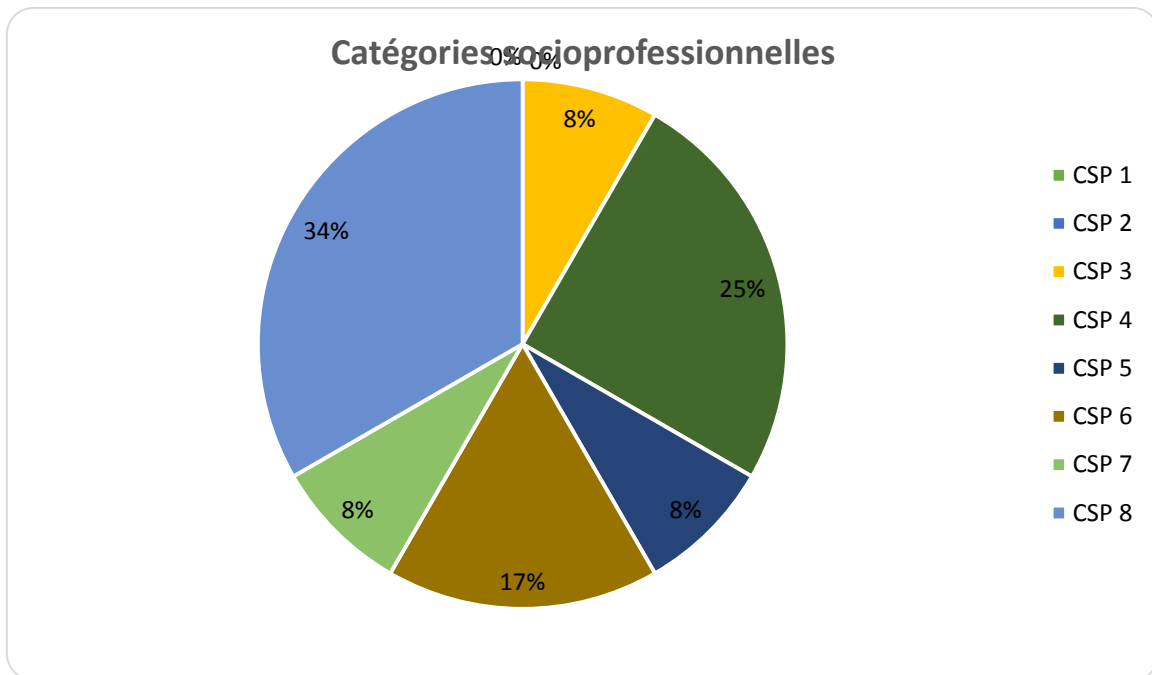
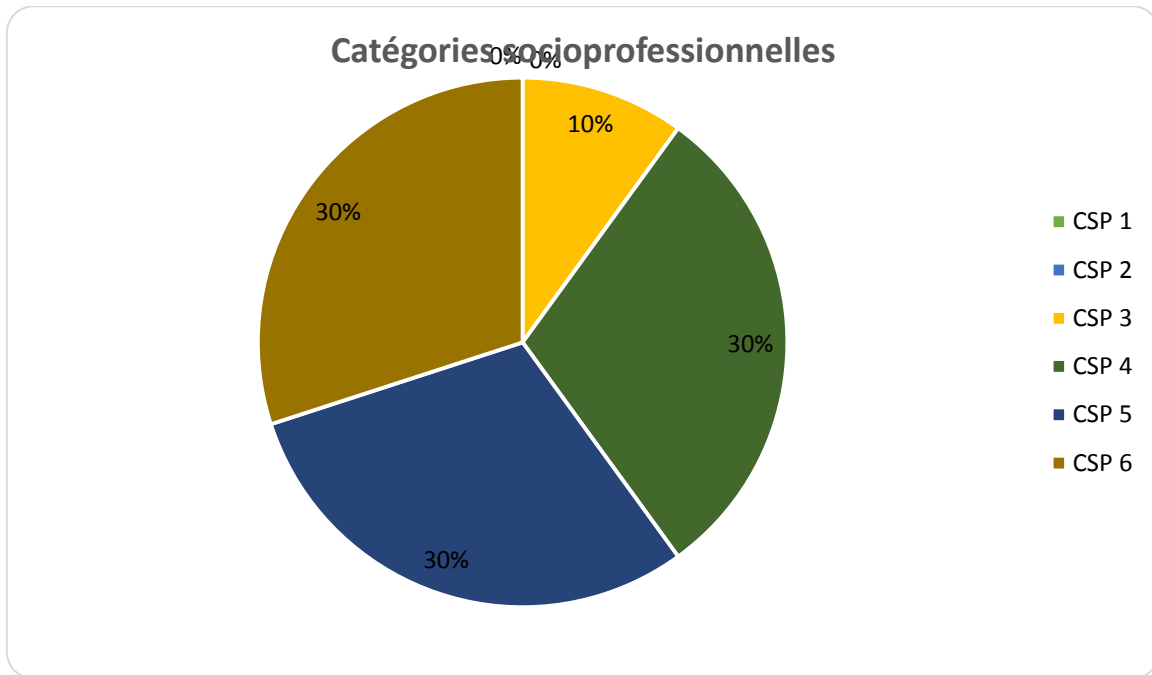


Diagramme des catégories socioprofessionnelles représentées avant la retraite ou inactivité (exclusion des CSP 7 et 8) :



Comme retrouvé dans la littérature (29) nous mettons en évidence une surreprésentation des catégories socioprofessionnelles 4, 5 et 6 par rapport aux autres, bien que l'effectif réduit ne permette pas d'affirmer une différence statistiquement significative.

e) Tabagisme

8 patients sur 12 ont fumé ou fument encore, ce qui représente 2/3 de l'échantillon. 5 (42%) patients fument activement.

D'après le baromètre santé de 2010, on retrouve 31% de fumeurs dans la population générale.

On ne peut pas donner de conclusion, compte tenu de l'effectif de l'étude, mais l'on retrouve une surreprésentation de fumeurs dans l'échantillon par rapport à la population générale.

f) *Ancienneté et fréquence des lombalgies*

Pour 83% des patients, l'ancienneté de la lombalgie est d'au moins 2 ans.

83% des patients font au moins un épisode de lombalgie aiguë par an.

L'ancienneté et la lombalgie aiguë commune récidivante sont considérées comme des facteurs pronostiques défavorables dans l'évolution de la maladie avec un surrisque de chronicisation. Un patient ayant eu un épisode de lombalgie aiguë est plus à même d'en refaire un. (50)

3. Biais de l'étude

a) *Le biais de sélection*

Le biais de sélection est « l'erreur systématique induite dans une étude à cause des méthodes adoptées pour choisir les participants à l'étude ». (51)

(1) *Le biais de refus de participation*

Parmi les **biais de sélection**, le **biais de non-réponse** ou **de refus de participation** concerne les patients qui n'ont pas répondu à l'étude.

Un tableau de pré-inclusion avait été transmis aux médecins recruteurs des interviewés. Les médecins devaient les remplir à chaque proposition de l'étude à un patient. Mais la grille n'a pas été complétée systématiquement. La plupart du temps, le tableau n'a été rempli que lorsque l'étude a été proposée puis acceptée par le patient. Parfois, l'outil mis à disposition n'a même pas servi : c'est le cas des médecins qui ont simplement inscrit le nom du patient acceptant l'étude sur une feuille de papier.

Il est donc impossible de savoir à combien de patients l'étude a été effectivement proposée et donc combien ont refusé d'y participer.

(2) *Le biais de volontariat*

Le **biais de volontariat** est l'« erreur systématique induite dans une étude lors du recrutement de volontaires pour y participer, les caractéristiques de ces personnes pouvant être différentes de celles des personnes qui décident de ne pas y participer » (51). Les personnes

sont interrogées sur une pathologie et par conséquent les patients ayant un profil psychique particulier avec recherche d'attention sur leur propre personne sont plus enclins à répondre favorablement à la participation à l'étude.

(3) Autre biais

Concernant les critères d'inclusion, on retrouve chez une patiente (patiente n°2) une description de douleur chronique, avec néanmoins une disparition des symptômes prolongés lors d'un changement de lieu de vie.

Elle n'a pas été exclue de l'étude ; le recrutement incombe au médecin recruteur. Ce dernier est sollicité sporadiquement par la patiente pour son problème de lombalgie ; il est probable que l'information qui lui a été délivrée ne soit pas la même que celle que nous avons recueillie avec, par exemple, une durée des symptômes pouvant correspondre à l'exacerbation de ceux-ci et non à leur commencement réel.

b) Les biais liés aux entretiens

(1) Le biais d'autorité

La valeur de l'opinion d'une personne que l'on considère comme ayant une autorité sur un sujet donné peut être suffisante pour orienter une discussion ; la **présence d'un membre du corps médical** pendant l'entretien peut, consciemment ou non, influencer la liberté de parole des interrogés.

Par ailleurs, certains d'entre eux questionnent : « Vous connaissez le docteur untel ? ». Ils peuvent avoir un discours différent en fonction de la réponse donnée par l'intervieweur et donc être réticents à donner leur avis sur les soins apportés, s'ils les jugent insuffisants.

Ce biais est difficile à évaluer puisque d'autres patients n'hésitent pas à affirmer leur désaccord avec le médecin qui les envoie.

(2) Le biais de présence d'un tiers

La **présence d'un proche** à proximité du patient interrogé a pu influencer ses réponses. Ce biais concerne notamment les questions liées à la consommation de tabac ou aux habitudes quotidiennes qui peuvent provoquer une sous-déclaration des comportements, par pudeur ou par souci de préserver les proches.

(3) Le biais d'intervention d'un tiers

Dans certains entretiens, la séance était interrompue par un tiers. Dans un cas en particulier, la femme du patient intervenait pour répondre à la place de son mari qui était le sujet de l'étude. Ses interventions ont **influencé** voire remplacé les réponses du patient.

(4) Le biais d'enregistrement

L'entretien étant enregistré par un dictaphone visible des patients, cela a pu induire un biais lié au **stress** de l'enregistrement.

B. Résumé par patient

Cette partie a vocation à **résumer** la situation du patient face à la lombalgie et le résultat de l'intervention du médecin traitant. Une **proposition thérapeutique** est émise à la fin de chacun des résumés sur ce qu'on pourrait éventuellement suggérer au patient.

1. Premier patient

Le patient a les mains croisées sur ses genoux pendant l'entretien. Sa femme assiste à l'échange et intervient ponctuellement pour préciser des informations, répondre à la place du patient ou évoquer sa propre expérience.

Le patient décrit sa pathologie de façon résignée : il l'associe à une profession pénible, dont les conditions de travail ont été aménagées trop tard. Il est fataliste, il pense que la douleur sera toujours présente « *le mal est toujours là* » (phrase répétée) et s'apprête à la subir toute sa vie.

Il relativise néanmoins sa situation en évoquant des maladies plus graves : « *y'en a d'autres qui sont plus malades que nous* ».

Son rapport avec le milieu médical a évolué : depuis son opération de greffe du foie, il a conscience que son état de santé l'oblige à consulter son médecin. Il sait que tous les traitements ne sont pas compatibles avec son cas : « *de toute façon on ne peut pas me donner grand-chose* ». Il semble cependant plutôt coopératif et nourrit un rapport de confiance et de dépendance à l'égard de son médecin traitant.

Le patient a un comportement plutôt passif vis-à-vis de ses lombalgies. Il sait réduire ses

activités quand la douleur se fait ressentir, adapte son comportement, mais dit surtout qu'il faut « *attendre que ça passe* ». Il y associe le traitement prescrit par son médecin, qu'il juge efficace sur l'épisode aigu : « *On prend les médicaments ça calme et... faut s'reposer !* ».

Il adopte également des attitudes de prévention : « *on fait attention quand on soulève* ». Il reste vigilant car il a conscience des répercussions sur sa lombalgie : « *Et après on le paie* ».

Proposition thérapeutique : Le patient est satisfait de la prise en charge de sa lombalgie et a confiance en son médecin. Il est conscient qu'il ne guérira pas de sa pathologie, ce qui se traduit par de la résignation et une certaine passivité. Il ne semble cependant pas présenter de troubles anxio-dépressifs. La poursuite de la prise en charge actuelle semble adaptée.

2. Deuxième patiente

La patiente décrit sa pathologie, la maladie de Forestier, maladie dont elle ignorait l'existence avant qu'on lui en donne le diagnostic.

La patiente est pessimiste concernant son état de santé et son évolution, du fait de la constance de ses douleurs et de leur aggravation au fil des années. Elle se considère comme une personne « *fragile* ».

La patiente a une attitude négative, de découragement. Elle n'envisage pas la guérison dans l'état actuel des traitements et pour son cas, elle estime que c'est « *trop tard* », qu'il n'y a « *rien à faire* ». Néanmoins, elle espère la possibilité d'un traitement futur.

En dépit des douleurs, elle modifie rarement ses habitudes quotidiennes. C'est seulement lorsque la douleur la bloque qu'elle diminue son activité avant de la reprendre. Et, quand elle est complètement bloquée, elle fait intervenir le médecin.

Concernant les traitements médicamenteux, elle les considère comme plutôt efficaces mais modère leur usage car elle craint une accoutumance et une perte d'efficacité alors que c'est ce qui permet le meilleur soulagement.

Elle compare son état de santé avec celui de ses frères et sœurs qui souffrent d'une autre forme de maladie (probablement une pathologie rhumatismale inflammatoire, d'après la description faite) et rapporte les paroles de son médecin qui dit qu'il aurait préféré prendre en charge cette maladie, car les traitements sont plus développés : « *il m'a dit il aurait préféré que j'ai la maladie là que celle que j'ai moi* ».

Proposition thérapeutique : La patiente connaît sa pathologie, mais reste globalement passive en ce qui concerne sa prise en charge. Cette passivité peut être expliquée partiellement par son pessimisme vis-à-vis de l'évolution de la maladie. Une modification de la prise en charge avec instauration d'une thérapie cognitivo-comportementale pourrait lui être proposée à condition qu'elle l'accepte (elle se dit « *fragile* », mais n'aborde pas l'impact

psychologique de sa pathologie directement). Sur le plan médicamenteux, des conseils sur l'utilisation des antalgiques pourrait s'avérer suffisants pour qu'elle adapte au mieux leur utilisation.

3. Troisième patient

Le patient ne partage pas le diagnostic de son médecin concernant sa maladie. Il souhaiterait que des examens complémentaires soient réalisés dans ce cadre ; on ressent effectivement une lourde interrogation du patient à ce sujet avec « *c'est p'tet autre chose, je ne sais pas...* » qui revient comme leitmotiv.

Il attribue sa lombalgie pour une grande part à sa profession. Sa pathologie affecte les gestes simples du quotidien, la douleur pouvant être très vive, ce qui génère un sentiment d'impotence fonctionnelle frustrant chez ce patient actif. Il présenterait une symptomatologie lombalgique depuis plus de 30 ans.

Il adapte ses habitudes mais souligne qu'il ne peut pas complètement les changer au niveau de sa profession. Il ne peut pas non plus évoquer librement sa maladie sur son lieu de travail, par crainte des répercussions. Il considère d'ailleurs cette pathologie comme généralisée à l'ensemble de ses collègues, ce qui le conduit à la résignation.

D'un point de vue thérapeutique, le patient déclare : « *je ne vais quand même pas prendre ça (les myorelaxants) toute ma vie, des trucs comme ça, je n'ai pas envie... Je n'ai pas envie. Bon à la limite je veux savoir ce que c'est.* » Il accepte néanmoins le traitement s'il n'a pas d'alternative. D'autres traitements non médicamenteux ne lui ont pas été proposés, mais il semble ne consulter son médecin qu'en cas d'aggravation significative de la symptomatologie.

Le patient a déjà bénéficié d'infiltrations qui se sont avérées efficaces ; il reste sceptique quant à leur composition et à leur effet à long terme, en particulier devant l'amélioration rapide des symptômes.

Proposition thérapeutique : le patient est très demandeur d'un diagnostic. Il souffrirait de lombalgie depuis des dizaines d'années et aurait bénéficié d'infiltrations sans examens radiologiques. Il conviendrait de réviser ce qui a été entrepris en phase aiguë et de s'assurer du bon diagnostic en faisant un point complet sur l'interrogatoire et l'examen clinique avant de l'orienter vers d'éventuels examens complémentaires (doute sur une cause secondaire ou une complication neurologique). Ensuite, il semblerait intéressant d'expliquer le traitement mis en place, qu'il soit symptomatique ou éventuellement étiologique, et d'en discuter avec le patient afin qu'il adhère à sa prise en charge.

4. Quatrième patiente

La patiente adapte son comportement de façon plus ou moins rigoureuse. Son environnement de travail ne lui permet pas toujours de modifier ses habitudes. En effet, elle craint les conséquences d'une perte de productivité. Ainsi, les solutions qui peuvent la ralentir, comme le port d'une ceinture, sont abandonnées. Mais elle suit d'autres conseils, notamment au sujet de sa conduite automobile, activité qu'elle lie à l'origine de sa lombalgie.

La patiente évoque régulièrement la pression qu'elle subit dans son activité professionnelle et qui l'empêche d'appliquer toutes les recommandations.

La patiente se définit comme quelqu'un de particulièrement stressé, notamment à cause de son rythme de travail. Elle identifie d'ailleurs l'anxiété comme facteur déclenchant ou aggravant de ses lombalgies.

Lors des épisodes lombalgiques, la patiente décrit des douleurs telles qu'on ne peut plus la toucher. Mais elle a tendance à se résigner, à « *faire avec* ». Elle craint que les douleurs se propagent encore davantage puisque, outre la lombalgie, elle souffre également de cervicalgies et de douleur de la ceinture scapulaire.

La patiente n'a pas supporté la prise de certains médicaments, en particulier les myorelaxants. Mais elle souligne la connaissance de son médecin de sa pathologie et des traitements qui lui sont adaptés.

La patiente est par ailleurs soignée pour dépression.

Concernant les techniques alternatives, la patiente a eu recours à de l'acupuncture et aux services d'un iridologue auquel elle semble accorder du crédit : « *ah et lui il voit, il m'a dit que j'étais pleine d'arthrose *silence de 4s* donc heu...* ».

Proposition thérapeutique : La patiente est consciente de sa lombalgie et la comprend. Son activité professionnelle et son intolérance à certains médicaments rendent la prise en charge difficile. Elle avoue être suivie pour dépression et être très stressée, deux facteurs majorant sa symptomatologie. Elle reste cependant active dans sa prise en charge et a même recours à des thérapeutiques alternatives. Outre un éventuel reclassement professionnel, si la situation le permet, on pourrait peut-être orienter la patiente vers un sophrologue auprès duquel elle pourrait améliorer sa gestion du stress et de sa douleur.

5. Cinquième patiente

La patiente a émis sa propre hypothèse sur l'origine de sa lombalgie : elle l'associe aux périurales qu'elle a reçues pendant sa grossesse (puisqu'elle date l'origine de son mal de cette époque). Son médecin rejette toutefois cette analyse et évoque l'implication du poids, de l'âge et des efforts physiques, ce que la patiente reconnaît également comme facteurs.

La patiente n'adhère pas à la prise en charge qui lui est proposée : elle lui reproche son manque d'efficacité. En effet, elle aimerait bénéficier de séances de kinésithérapie et d'autres solutions que le paracétamol et le repos, qu'elle juge difficilement compatible avec sa vie de famille et les tâches ménagères. Elle estime également qu'une perte de poids serait difficile après trois grossesses. Elle possède toutefois une bonne hygiène de vie : non-consommation de tabac, non-consommation d'alcool, pratique de la marche.

Elle souhaite faire appel à un autre spécialiste pour bénéficier d'un autre diagnostic et par conséquent d'un autre traitement. A noter qu'elle n'a bénéficié d'aucun examen radiologique, mais qu'elle ne semble pas en faire la demande.

Elle envisage sa lombalgie comme un mal latent, persistant alors qu'elle avait imaginé qu'elle s'estomperait avec la fin de ses grossesses. Elle évoque l'état de stress qui a accompagné toutes ses grossesses, lié à la peur de perdre son enfant. Son attitude globale est plutôt négative, teintée d'affect dépressif. Elle a cependant fini par se résoudre à « *vivre avec* ». Elle a conscience des potentielles répercussions de sa pathologie sur la reprise d'une activité professionnelle.

Proposition thérapeutique : La patiente semble insatisfaite de la prise en charge proposée, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Compte tenu de la situation, il pourrait être intéressant de s'assurer du bon diagnostic et de revoir ce qui a été entrepris en phase aiguë avant de réaliser éventuellement une imagerie. Puis, on pourrait adapter la thérapeutique en fonction des résultats trouvés.

Sur le plan psychologique, la patiente est résignée et, bien que lors de l'interrogatoire elle n'évoque pas de complication lors de ses grossesses, elle semble se focaliser dessus. Elle a peut-être besoin d'en parler à un psychiatre ou un psychologue, afin de lever certaines craintes qui pérennisent son mal-être et qui, par conséquent, n'améliorent en rien ses lombalgies. Elle pourrait également être suivie dans une école du dos avec une éducation thérapeutique du patient (ETP) pour gérer sa situation au quotidien.

6. Sixième patient

Le patient émet des réserves concernant sa prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse. Il a déjà été opéré d'une hernie discale pour ce qui semblait être une urgence rhumatologique, mais sans conséquence sur la répétition des lombalgies.

Il ne supporte pas les infiltrations, ne comprend pas le renouvellement de médicaments qu'il juge inefficaces, remet en question leur composition et leur nombre, considère que la kinésithérapie et l'ostéopathie n'ont que des effets limités, estime que le port d'une ceinture peut être néfaste. Il est en revanche demandeur de cures thermales (kinésithérapie en piscine). Il signale même que ce devrait être « *obligatoire* » tant le soulagement procuré lui convient.

Au quotidien, il n'anticipe cependant pas toujours les mouvements préventifs à mettre en place pour limiter sa lombalgie.

Il accepte son traitement en admettant qu'il n'a « *pas le choix* » (phrase répétée). Il semble fataliste quant aux solutions qui peuvent exister. Le patient est excédé par sa pathologie et l'absence d'améliorations. Il souligne par ailleurs, avec ironie, la complexité de son parcours de soins. Il implique son âge comme facteur aggravant son état, ainsi qu'une partie de son activité professionnelle pour laquelle il explique le manque de souplesse de son employeur.

Proposition thérapeutique : Compte tenu des nombreux examens effectués et des traitements proposés, il semblerait que seule la cure lui convienne, avec un effet durable dans le temps. Aussi, si sa situation professionnelle le permet, la prescription annuelle d'une cure thermale pourrait efficacement juguler le problème. Une adaptation du poste pourrait également être favorable au patient, bien qu'il semble avoir fait des démarches par lui-même n'ayant pas abouti.

7. Septième patiente

La patiente semble bien informée sur sa pathologie. Elle a bénéficié d'examens complémentaires qui ont mis en évidence de l'arthrose.

Elle adopte des gestes de prévention, comme porter sa ceinture lombaire lorsqu'elle conduit. Elle en parle comme des automatismes. Elle applique aussi les exercices que son kinésithérapeute lui a appris à faire.

La patiente se conforme aux traitements prescrits par son médecin. Mais elle adapte l'utilisation de certains médicaments en fonction de l'intensité de la douleur (elle supporte difficilement les anti-inflammatoires qu'elle prend en dernier recours). Cela explique aussi son comportement de prévention de la douleur.

Sa réserve à l'égard des médicaments les plus forts est à mettre en rapport avec sa crainte que son état empire « *les garder quand vraiment il faudra les prendre, quand je ne pourrais plus les éviter quoi* ». Pour le moment, la douleur ne la réveille « *pas encore* » la nuit. Elle va jusqu'à anticiper un risque d'invalidité (elle évoque déjà le caractère « handicapant » de sa lombalgie dans sa profession).

Néanmoins, elle reste positive et relativise sa situation : « *Il faut vivre avec. Il faut euh... apprendre à le gérer* ». Elle adopte une attitude active. Quand on lui parle de l'utilisation de la chaleur, elle est immédiatement prête à essayer. Elle semble volontaire et a d'ailleurs arrêté de fumer et incite son entourage à l'imiter.

Elle témoigne d'une ouverture d'esprit quant à d'autres solutions proposées : cures, infiltrations, chirurgie... Si son médecin devait les lui proposer ou qu'elles se révélaient indispensables.

La patiente se pose beaucoup de questions sur l'évolution de sa pathologie et ses conséquences notamment au niveau de la perte de revenus, les risques liés à un arrêt de travail pour faire une cure, la limitation des séances de kinésithérapie... Mais semble disposée à aborder tous ces sujets avec son médecin traitant.

Proposition thérapeutique : Le relativisme et l'ouverture d'esprit de la patiente ouvrent le champ des possibles concernant les thérapeutiques envisageables. Pour le moment, concernant la douleur, la patiente est satisfaite de la prise en charge proposée et s'y implique activement. Elle aurait peut être seulement besoin de poser ses questions à son médecin traitant pour qu'il lui expose les solutions pouvant être proposées en cas d'évolution défavorable de sa pathologie.

8. Huitième patiente

La patiente ne semble pas comprendre sa maladie. Elle a effectivement quelques idées tirées du vécu de ses proches, avec les amalgames qui y sont liés, mais ne cherche pas forcément plus d'informations sur ses lombalgies qu'elle ne considère pas comme une vraie maladie.

Elle n'est pas pleinement observante vis-à-vis des recommandations préconisées : elle ne respecte pas les soins post infiltrations, ne modifie pas ses habitudes de posture.

Elle coopère néanmoins à un certain niveau : elle essaie de suivre un régime alors que son poids est impliqué dans la lombalgie, elle ne monte plus dans les attractions à sensations fortes (risques d'épilepsie mais qui témoigne qu'elle se conforme à certaines recommandations).

Concernant le traitement, elle témoigne d'un attachement aux médicaments, hormis quelques effets indésirables et aux infiltrations qui lui procurent un soulagement. Elle est également ouverte à l'idée des cures thermales et envisage de l'évoquer avec son médecin traitant.

A l'inverse, elle ne ressent aucune amélioration avec une prise en charge non médicamenteuse : elle ne note aucun effet positif de la chaleur, elle estime les effets de la kinésithérapie peu durables, elle ne supporte pas la ceinture lombaire et refuse la chirurgie par crainte de paralysie.

La patiente est agacée par la douleur qui peut contraindre ses activités « *j'en ai marre* ». Elle aimerait bénéficier d'une aide à domicile pour les actes les plus physiques. Elle bénéficie d'une aide pluri hebdomadaire pour son fils handicapé.

La dimension psychique de la pathologie de la patiente n'est pas reconnue par elle mais mise en évidence par les médecins. Elle s'occupe de son fils handicapé, affirme ne pas s'en plaindre et ne pas se sentir stressée par cette prise en charge. Elle établit néanmoins une concordance entre la naissance de son fils handicapé, sa prise en charge lourde au quotidien et l'apparition de sa lombalgie.

Sur le plan social, la patiente est bien entourée par son mari qui participe aux tâches du

quotidien et ses enfants.

Proposition thérapeutique : La patiente a peut-être besoin d'une réévaluation des aides techniques et humaines à domicile afin de diminuer les contraintes physiques et leur incidence sur le dos. Elle semble également avoir besoin de conseils sur la prévention de la lombalgie : une ETP dans une école du dos serait adaptée à sa situation. Concernant la prise en charge de l'épisode aigu, la patiente semble être satisfaite du traitement médicamenteux mis en place.

9. Neuvième patiente

La patiente a une description très pessimiste et un comportement assez passif en ce qui concerne ses lombalgies ; elle se couche avant d'être bloquée, elle se résigne à ce que ça puisse durer un certain temps sans qu'elle ne semble chercher à améliorer les choses.

Elle a bénéficié d'examen complémentaires qui retrouveraient une protrusion discale, mais il semblerait qu'elle n'ait pas compris ou voulu comprendre sa pathologie. Elle pense que, parce qu'il y a des récurrences possibles, elle aura mal « *toute sa vie* ». La patiente s'exprime tout le temps en disant « *ils* » (le corps soignant) lorsqu'il s'agit de sa pathologie, comme si elle n'était pas du tout impliquée et à l'inverse emploie le « *je* » quand il s'agit de perception, ressenti, vécu...

Elle est insatisfaite de la prise en charge de la douleur effectuée par son médecin traitant. Elle ne comprend pas pourquoi elle ne bénéficie pas d'injections d'anti-inflammatoires en intramusculaire, que lui a prescrit un confrère et qui se sont avérées rapidement efficaces. A noter que par ailleurs, son médecin traitant lui a tout de même prescrit un traitement par voie orale comprenant des antalgiques de palier 3, qu'elle juge inefficace.

Concernant la prise en charge non médicamenteuse, elle ne relève aucun bénéfice à la kinésithérapie qu'elle juge plus délétère qu'autre chose et n'envisage pas de cure devant la nécessité de s'occuper de ses enfants.

Par ailleurs, bien que sur le plan familial, son mari lui apporte son soutien, elle souligne le cas de quelques proches qui ne comprennent pas et ne reconnaissent pas son état de santé.

Proposition thérapeutique : La patiente est insatisfaite de la prise en charge proposée. Elle est passive et n'envisage pas de solution thérapeutique. Compte tenu du diagnostic radiologique, il pourrait être intéressant de reprendre avec elle sa pathologie, lui expliquer en quoi elle consiste et les traitements qui existent.

Elle pourrait bénéficier également de thérapie cognitivo-comportementale et/ou d'une ETP dans une école du dos qui lui permettrait de reprendre le contrôle sur sa douleur.

10. Dixième patient

Le patient est actif dans la prise en charge de ses douleurs : il modifie ses postures, adopte des attitudes préventives (port de ceinture lombaire), de repos et pratique avec mesure une activité sportive bénéfique.

Il a bénéficié d'une chirurgie discale qui s'est avérée efficace avec un seul épisode de lombalgie depuis, grâce à un respect des consignes de prévention. Faisant partie du milieu médical, il gère lui-même son traitement en n'ayant dépassé que rarement les antalgiques de palier 2. Il a également bénéficié de séances de kinésithérapie qu'il juge efficaces.

Néanmoins, il est plutôt résigné sur son état : il comprend les mécanismes et les implications de la pathologie et ne s'attend pas à davantage d'informations sur l'étiologie, même s'il émet quelques hypothèses diagnostiques.

Il a conscience des répercussions de la lombalgie sur le plan social (cela le contraint dans certaines activités) et sur le plan professionnel (il ne supporte pas une station debout prolongée) et ces conséquences sont plus gênantes pour lui que les contraintes physiques elles-mêmes. D'ailleurs, il n'en parle pas comme d'un « *handicap* ».

Même s'il n'a jamais remarqué directement les effets d'un état de stress sur sa pathologie, il suppose l'impact qu'il peut avoir, en raison des contractures et courbatures qu'il génère avec pour conséquence des contraintes exercées sur le rachis.

Proposition thérapeutique : Le patient connaît sa pathologie et maîtrise les consignes de prévention, ce qui lui permet de limiter au maximum le nombre d'épisodes aigus. Son activité professionnelle lui permet une prise en charge médicamenteuse facilitée en cas de crise. Sa situation ne requiert pas de modification de prise en charge.

11. Onzième patiente

La lombalgie est présente de façon importante dans le vécu de la patiente ; retrouvée lors d'évènements particuliers comme les grossesses et responsable d'une reconversion professionnelle suite à un licenciement, elle ne semble cependant pas résignée et reste positive.

Elle connaît sa pathologie et les différents facteurs qui peuvent être responsables de ses douleurs (antécédent de fracture vertébrale). Elle a bénéficié d'informations de la part de son médecin traitant qu'elle a complétées par des recherches personnelles. Elle a réalisé des examens complémentaires qui ont mis en évidence un début de hernie discale et de l'arthrose.

Elle adopte des gestes de prévention et pratique une activité physique adaptée qui lui permet de fortement réduire la fréquence des lombalgies.

La patiente connaît les médicaments qui la soulagent et ceux qu'elle tolère ; elle réserve leur

utilisation en cas d'absence d'amélioration des symptômes avec l'adaptation posturale.

Elle relativise sa situation par rapport à l'époque où la douleur était plus présente et émet l'hypothèse que le stress lié à son ancienne activité professionnelle y était sûrement pour quelque chose. Actuellement, elle se sent épanouie dans sa profession, qui, malgré une conduite automobile importante, n'a pas d'impact sur sa symptomatologie.

Elle souligne par ailleurs l'efficacité de séances de « kinésithérapie » par magnétisme.

Proposition thérapeutique : Concernant la douleur et la prévention de l'épisode douloureux, la patiente est satisfaite de la prise en charge proposée et développe ses propres méthodes de prévention. Plutôt optimiste, elle reconnaît sa lombalgie et vit avec. Il n'apparaît pas nécessaire d'instaurer une prise en charge différente.

12. Douzième patient

Le patient se déclare très satisfait de la manipulation effectuée par son médecin traitant qui a conduit à la diminution des douleurs. Il a suivi le traitement médicamenteux prescrit, sans réelle conviction sur son efficacité mais plutôt du fait de la confiance envers son médecin traitant (il ne se rappelle pas les types de médicaments prescrits).

Le patient reconnaît ne pas respecter les recommandations en termes de postures à adopter.

Le patient parvient à relativiser la gravité de son état. Il signale le caractère non handicapant de sa pathologie au quotidien et ne note pas de répercussions sur son moral.

Le patient se considère comme une personne stressée et évoque la crispation qui peut engendrer une lombalgie. La fréquence des lombalgies étant cependant très réduite, elle ne l'handicape pas dans sa vie quotidienne.

Proposition thérapeutique : Le patient a rapidement été soulagé par son médecin traitant, auquel il accorde sa pleine confiance, suite à une manœuvre d'ostéopathie et un traitement antalgique simple. Un rappel sur la prévention des lombalgies peut cependant se révéler nécessaire.

C. Discussion sur les résultats de l'étude

1. Vécu de la lombalgie

a) *Différents types de lombalgies*

Nous avons évoqué dans la première partie le fait que les lombalgies communes ont une évolution **rapidement favorable** dans la grande majorité des cas, et que 90% des épisodes lombalgiques guérissent en moins de 2 semaines. (22)

Cependant, on retrouve dans plusieurs méta-analyses une **remise en cause** du pronostic favorable de ces épisodes :

- Après un an, 62% des patients continuent à souffrir et 44 à 78% des patients ont au moins eu une rechute : parmi les facteurs de pronostic défavorables, on retient en particulier les antécédents lombalgiques et l'ancienneté des symptômes au début de l'étude. (52)
- Les douleurs s'améliorent en moyenne de 58% (12 à 84) en 1 mois, mais il existe peu d'amélioration dans les 2 mois suivants, et plus d'évolution ensuite. (53)

Dans notre étude, on peut signaler une tendance similaire : on peut distinguer 2 types de lombalgies aiguës selon les patients interrogés.

Chez deux patients sur douze, la lombalgie est **épisode**, présente moins d'une fois par an (depuis une opération chirurgicale pour l'un d'eux). Moyennant des gestes adaptés au quotidien, elle est très peu présente dans leur vie. Lorsque la douleur survient, le traitement médical agit efficacement, la lombalgie s'estompe rapidement. Dans le cas de ces patients, c'est donc une simple prise en charge médicamenteuse ponctuelle, associée à des gestes préventifs, conformément aux recommandations, qui est indiquée. (1)

Cette situation est toutefois minoritaire dans notre étude où dix patients sur douze souffrent d'une **lombalgie récidivante**. Pour ces patients-là, d'autres solutions doivent être envisagées, puisque la prise en charge « traditionnelle », même bien conduite et conforme aux recommandations, ne suffit pas. Dans ce cas, la situation est à mi-chemin entre la lombalgie aiguë et la lombalgie chronique, ce qui conduit à une prise en charge bien particulière. (54)

Il est important de distinguer ces deux cas. En effet, l'absence ou le retard de diagnostic conduisant à la prescription d'un traitement inadapté peut amener la lombalgie à évoluer vers une pathologie chronique.

Chez plusieurs patients, les **facteurs** de déclenchement ou **d'aggravation** impliqués sont : la pénibilité au travail, la présence d'antécédents familiaux, les prédispositions et les comorbidités, l'âge, la surcharge pondérale, la grossesse, la consommation de tabac ainsi que la conduite automobile. (5) Deux patients évoquent également des épisodes traumatiques antérieurs.

Il faut noter que dans leur **représentation de la maladie**, presque tous les patients associent les risques lombalgiques à des professions pénibles, qu'ils en exercent ou non, élément également retrouvé dans la littérature. (27)

b) Acceptation du diagnostic

Dans la littérature, les causes de la lombalgie aiguë commune sont mécaniques et leur diagnostic ne nécessite **aucun examen complémentaire** en première intention. (1)

Certains patients sont cependant demandeurs d'examens complémentaires ; la mise en évidence d'une étiologie permet de mieux tolérer les symptômes et peut favoriser l'implication du patient dans sa prise en charge. D'un autre côté, les résultats de ces examens pourraient être non contributifs, générant de la frustration chez le patient, voire même néfastes, en cas de découverte d'incidentalome. Ils pourraient ainsi conduire à la chronicisation de la lombalgie. (55)

La qualification-même de lombalgie peut contrarier le patient. Une patiente témoigne que, lorsqu'on a posé le diagnostic, elle était étonnée car elle pensait avoir un « truc plus grave ». Le **diagnostic** ne correspondait pas à la vision qu'elle se faisait de la lombalgie, qu'elle perçoit comme une maladie moins grave que les symptômes dont elle est atteinte. Elle souligne d'ailleurs, que parmi ses proches, sa pathologie n'est pas reconnue comme telle et que sous cette dénomination d'allure banale se cache en réalité une souffrance bien présente.

Ainsi, plusieurs patients reconnaissent, plus ou moins directement, avoir du mal à accepter le terme de lombalgie, ce qui rend l'acceptation par les proches d'autant plus difficile.

La reconnaissance du statut de malade par l'entourage est donc importante, puisqu'à l'extrême, elle peut conduire à l'**isolement**, ce qui n'a pas été le cas pour les patients de notre étude. (38)

N'adhérant pas au diagnostic posé, certains patients peuvent alors consulter un autre spécialiste pour bénéficier d'un diagnostic davantage compatible avec la perception qu'ils se font de leurs symptômes ou sur lequel ils pourraient avoir une incidence, avec toutes les conséquences inhérentes au nomadisme médical. Une patiente a même recours à un iridologue qui lui diagnostique de l'arthrose, sans conséquence au final sur sa prise en charge.

c) *Adaptation personnelle*

Pour la majorité d'entre eux, les patients adaptent leurs attitudes aux manifestations de la lombalgie.

Cette adaptation porte dans un premier temps sur leurs habitudes quotidiennes.

Concernant les **solutions non médicamenteuses**, les patients ont principalement recours à une réduction des activités sources de douleurs. Ils modifient pour la plupart leurs postures selon les recommandations données ou les solutions personnelles antalgiques trouvées. Leur mécanisme physiopathologique sur la lombalgie est reconnu. (56)

La **thermothérapie** à des fins antalgiques est citée par certains patients, avec une efficacité transitoire le plus souvent. (16)

Parfois **l'activité physique** est également retrouvée, son rôle restant le plus souvent préventif. (56)

Dans certains cas, cette adaptation passe par le recours à **l'automédication**. Si l'automédication est un moyen de supporter la lombalgie avant la consultation du médecin, elle est désormais pour les patients un complément aux traitements prescrits. L'automédication est utilisée avec modération pour les patients qui affirment y recourir ; la plupart des usagers connaissent les effets indésirables des thérapeutiques employées, le plus souvent en ayant fait l'expérience personnellement.

L'implication d'un patient à l'autre est très variable : certains sont d'une grande **passivité**, ne cherchant qu'une position antalgique dans l'attente du médecin, d'autres sont **actifs** et usent de méthodes préventives ; ils adaptent leurs mouvements à la symptomatologie et s'automédicamentent ; ils n'ont recours au médecin que dans un second temps.

d) *Impacts de la lombalgie aiguë*

(1) *Impact professionnel*

Les craintes des conséquences liées à l'évolution de la lombalgie sont principalement abordées sous l'angle de la **perte de revenus**.

En effet, la majorité des patients met en rapport lombalgie aiguë et emploi. L'activité professionnelle peut alors être le motif de la non modification des habitudes posturales ou de l'impossibilité de recourir à certaines thérapeutiques induisant, par exemple, une somnolence. Or les mauvaises postures peuvent être elles-même impliquées dans la persistance de la maladie. En effet, une patiente affirme ne pas pouvoir modifier sa façon de travailler, alors même que la répétition de ces gestes a une influence néfaste sur sa lombalgie.

C'est la **crainte** d'une **perte de productivité** dans un environnement de travail **sous pression** qui motive sa réaction.

Plusieurs patients affirment qu'il serait facile de les remplacer à leurs postes, raison pour laquelle ils ne souhaitent pas demander d'arrêt de travail, envisager des traitements de longue durée (cures thermales) ou même évoquer leurs douleurs sur leur lieu de travail.

Certains **aménagements** des conditions de travail ont néanmoins eu lieu, mais ces pratiques sont globalement jugées insuffisantes ou trop tardives.

Dans la littérature, outre le type d'activité professionnelle en lui-même (27) , on retrouve une relation de causalité entre de **mauvaises relations sociales** au travail (peu d'entraide entre collègues et faible soutien de la hiérarchie) et l'augmentation de la fréquence des douleurs lombaires déclarées. (57) De même, il existe une association significative des lombalgies à la **monotonie** de la profession exercée, à **la peur** de commettre des erreurs et à la contrainte de **temps** (58) D'autres études ont établi une association positive entre les symptômes habituels du stress au travail (nervosité, troubles du sommeil, anxiété) et les douleurs rachidiennes.

Aucun des patients n'envisage une **réorientation professionnelle**, même quand leur activité professionnelle actuelle est directement impliquée dans leur lombalgie. Cela peut être majoritairement dû à l'âge des patients qui sont avancés dans leur carrière ou retraités.

On peut également noter que dans l'étude, seule une patiente a changé de catégorie socioprofessionnelle suite aux conséquences de sa lombalgie. Les deux patientes n'étant actuellement plus en activité et ayant travaillé comme employées soulignent l'absence de symptomatologie lors de leur anciennes professions (vendeuse en boulangerie et aide-soignante).

Il faut souligner l'importance du maintien d'une activité professionnelle pour les lombalgiques en raison de l'insertion sociale qu'elle procure, de sa capacité à détourner l'attention de la douleur et de l'activité physique qu'elle implique. De plus, la reprise d'une activité professionnelle doit être la plus précoce possible afin d'éviter d'«enkyster» le patient dans sa maladie. (59)

(2) Impact social

L'impact social n'est pas toujours identifié par les patients de l'étude ; une douleur aiguë a souvent peu de conséquences sur l'environnement familial. Cependant, de par la répétition des épisodes, leur intensité et la mobilisation des proches « en cas de crise », on peut apercevoir les mêmes conséquences sociales que pour une douleur chronique. (60)

On retrouve ainsi l'exemple de la patiente dont la famille ne comprend pas sa situation ; « *y'a des membres de ma famille ils croient que j'fais un peu du cinéma... mais pas du cinéma, si j'pourrais m'lever, ça, ça m'fait pas plaisir moi de rester au lit toute la semaine.* » Elle sollicite aussi son mari quand elle est en « crise », puisqu'elle ne peut pas bouger : « *j'suis allongée après pour aller dans mon lit c'est la galère hein. Que mon mari peut pas, j'peux pas mettre debout rien du tout.* »

Un autre patient affirme que la lombalgie peut perturber sa vie sociale. Elle l'empêche de participer à certaines activités au même titre que son entourage familial et amical. Cette incapacité est d'ailleurs plus handicapante que la gêne physique en elle-même pour le patient.

Dans la littérature, on retrouve des **répercussions sociales** accrues, notamment en cas de chronicisation : « La gêne dans la vie personnelle est considérable et affecte 80% des patients dans la vie courante, 58% des patients dans leur vie affective, 46% des patients dans leur vie sexuelle. » (61)

La **compréhension** de la part de l'**entourage** varie selon les patients : certains ne comprennent pas l'intensité des douleurs, mais d'autres proches ont un rôle actif dans le soulagement de celles-ci.

(3) Impact économique

Une étude met en évidence le besoin de **reconnaissance sociale** du handicap par certains patients, avec les avantages financiers qui en découlent. (62) Mais ce « syndrome du revenu paradoxal », caractérisé par une indemnisation parfois supérieure au salaire de la profession exercée, ne semble pas être mis en évidence chez les patients interrogés.

Outre la **perte de revenus** liée à l'impact de la lombalgie sur un plan professionnel, les questions de prises en charge de la maladie sont évoquées par les patients.

La question du **remboursement** de certains traitements ou le prix de méthodes alternatives est notamment abordée. Le coût influence en effet la décision de soin du patient.

La problématique de la consultation des psychologues libéraux, de l'achat d'une ceinture lombaire n'est pas directement abordée mais elle reste sous-entendue.

Concernant la possibilité de bénéficier de cures thermales, bien qu'elles soient remboursées par la sécurité sociale, plusieurs patients évoquent, plus que le coût de déplacement ou les frais d'hébergement, l'impact sur leur emploi du temps et les responsabilités qui leur incombent.

(4) Impact psychologique

D'après la définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain) de 1979, la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable », une sensation subjective normalement liée à un message de douleur, un stimulus nociceptif transmis par le système nerveux.

Cette douleur, si elle est aiguë, est protectrice pour l'organisme ; en effet, le stimulus douloureux fait écho à une situation potentiellement néfaste pour la personne. Cependant, la persistance de cette douleur, ou sa répétition rapide dans le temps peut avoir des conséquences non négligeables sur l'état psychologique de l'individu, et ce, à de nombreux niveaux : troubles du sommeil, de la concentration, anxiété, traits dépressifs, agressivité. (63)

D'un autre côté, des études ont établi une association positive entre le **stress** (nervosité, troubles du sommeil, anxiété) et les **douleurs rachidiennes**. (64)

On se retrouve rapidement dans un cercle vicieux avec un **stress auto-entretenu** par la lombalgie elle-même auto-entretenu par le stress, conduisant à la chronicisation.

Presque tous les patients éprouvent de la **résignation** quant à leur état. Ce sentiment est lié à la conscience que la guérison n'est pas envisageable.

Un patient ressent de la colère face à l'absence d'amélioration de sa situation.

Une patiente déclare être soignée pour **syndrome dépressif**.

Même non identifiés ou avoués par tous les patients, on retrouve pour un certain nombre d'entre eux des traits dépressifs sans qu'il soit question d'un syndrome anxio-dépressif vrai : le sentiment d'auto dépréciation n'est pas mis en évidence.

L'espoir de guérison subsiste chez deux patientes qui projettent une évolution des connaissances et la découverte d'un traitement dans le futur.

e) *Perspectives futures*

L'**impotence** dans les activités quotidiennes est évoquée par certains : soit qu'elle est déjà présente, soit qu'elle est anticipée. Là encore, elle est abordée majoritairement sous l'angle de la perte des revenus. La perspective de l'aggravation des douleurs et par conséquent le besoin de recourir à une aide à domicile est également déjà présente chez certains patients.

Cependant, ces risques restent globalement abstraits chez la majorité des patients. Certains affirment même que leur lombalgie n'est pas un « handicap » (terme exact employé par plusieurs d'entre eux).

Une patiente profite toutefois de la présence d'un membre du corps médical pour l'interroger sur la prise en charge dont elle pourrait bénéficier en cas d'**évolution handicapante** de la maladie, nécessitant un arrêt de son activité professionnelle.

La piste de la **chirurgie** est écartée par de nombreux patients à cause de l'anticipation d'un risque de paralysie, mais resterait pour beaucoup la solution de dernier recours.

2. Attentes vis-à-vis du médecin généraliste

a) *Écoute du patient*

La spécificité de la lombalgie (le fait que la pathologie ne soit pas toujours perçue comme une maladie ou une maladie grave, par l'entourage ou par les patients eux-mêmes, alors que les symptômes présents peuvent être conséquents) fait que les patients ont besoin de se sentir écoutés et compris par leur médecin traitant et les autres professionnels de santé.

Quelques patients soulignent d'ailleurs les qualités de leur médecin traitant, sa **connaissance** de leur pathologie et des moyens efficaces pour les soulager. D'autres sont frustrés et ont l'impression de ne pas avoir été entendus.

Certains ont une **approche active** des consultations, disant notamment « il faudra que j'en discute avec lui » et d'autres ont une attitude plus passive : ils attendent que le médecin aborde certains sujets. Le praticien doit donc anticiper les questions pour les uns et répondre à celles des autres.

Il revient également aux médecins d'**informer** les patients sur les démarches administratives et leurs droits. Ainsi une patiente se pose des questions sur le remboursement de certains traitements, la prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et projette d'en parler à son médecin. Une autre patiente rapporte que son kinésithérapeute lui a expliqué la limitation du nombre de séances annuelles. Les professionnels de santé sont effectivement sollicités pour apporter leurs conseils dans ces démarches.

Les patients attendent du médecin, et particulièrement de leur médecin traitant, une **compréhension** de leur vécu émotionnel et douloureux, compréhension qui n'est pas toujours présente dans leur entourage. C'est cette compréhension qui permettra la prescription d'un traitement optimal et l'adhésion du patient à la prise en charge.

Ainsi, alors qu'une patiente rapporte que son entourage pense qu'elle feint ou exagère la douleur, une autre patiente vante les qualités de son médecin qui « sait » qu'elle est hyper sensible au toucher en périodes de lombalgie aiguë.

Dans la littérature, on retrouve aussi l'importance de l'écoute pour permettre au patient de comprendre ce qui lui arrive et d'être rassuré sur son état. L'entretien permet également de contredire les idées fausses que le patient a pu se faire sur sa maladie et d'envisager les différents traitements. La qualité de l'écoute est essentielle pour ne pas accentuer les risques psycho-sociaux pouvant conduire à la chronicisation. De même, la certitude que le médecin traitant écoute et comprend la lombalgie permet d'éviter, pour les patients, le recours à un autre médecin. (65)

b) Connaissance de l'étiologie de sa douleur et son mécanisme

La connaissance de l'étiologie de la douleur permet aux patients de mieux tolérer les symptômes, d'**accepter le diagnostic** et le **traitement**. (66)

Certains patients semblent mieux informés que d'autres au sujet de leur lombalgie. On suppose que la connaissance de la maladie par le patient dépend de l'**éducation** faite par le médecin et de la réceptivité du patient à cette explication.

Il ne faut cependant pas négliger le recours à des sources d'informations extérieures, telles que la consultation de sites internet de vulgarisation médicale. Le rôle du médecin est alors de prévenir le patient sur les précautions de lecture de ces informations afin qu'elles n'interfèrent pas avec la prise en charge. En effet la qualité et la pertinence de l'information disponible sur la toile peuvent être remises en cause. (67)

Dans certains cas, l'étiologie initiale évoquée par le médecin était différente, ce qui semble avoir pour conséquence un manque d'adhésion de la part du patient au diagnostic actuel. Dans ces cas, le patient est demandeur souvent demandeur d'examen complémentaires pour confirmer ou infirmer le diagnostic et espérer bénéficier d'un traitement mieux adapté. Mais comme nous l'avons vu précédemment, une telle prescription n'est pas sans conséquence.

Dans la majorité des situations, les patients adhèrent au diagnostic posé et ne sont pas demandeurs d'examen complémentaires. Ils se satisfont de l'information donnée par le médecin traitant, même si la restitution de celle-ci peut être lacunaire.

c) Traitement personnalisé et expliqué

Dans la littérature, le **traitement de référence** est un traitement antalgique simple type paracétamol. Un anti-inflammatoire et/ou un myorelaxant peut également être prescrit, seul ou en association. (1)

L'adhésion au traitement prescrit dépend de la confiance du patient envers son médecin. Dans la majorité des cas, le patient est satisfait lorsqu'il a le sentiment que son traitement est adapté ou ajusté en fonction d'éléments personnels (intervention médicale, intolérance médicamenteuse). Les patients ont tous conscience que les traitements permettent un soulagement de la douleur et non une guérison de la maladie.

Pour la plupart, les patients consomment leur traitement médicamenteux avec **prudence**. Les croyances interviennent dans la majorité des cas et influencent la prise : crainte de l'accoutumance, crainte de la perte d'efficacité, méconnaissance de la composition des traitements. (68)

La majorité des patients affirment ainsi utiliser leurs médicaments en **dernier recours**. Seul un patient est sceptique quant à l'efficacité de son traitement médicamenteux et ne comprend pas le renouvellement de sa prescription. A l'inverse une autre patiente exprime son adhésion totale au traitement en soulignant que son médecin « sait ce qui lui faut ».

Si l'adhésion au traitement médicamenteux est plutôt partagée (avec les réserves émises sur l'excès de consommation), la satisfaction à l'égard d'autres prescriptions varie. Ainsi, concernant le port de la **ceinture lombaire**, même si les patients reconnaissent ses bienfaits (pour ceux qui en bénéficient, ils sont en majorité satisfaits), ils sont nombreux à la juger inconfortable, voire à évoquer les effets néfastes d'un port prolongé, et par conséquent à limiter son recours.

Les croyances des patients interviennent encore davantage sur les traitements dont l'impact psychologique est plus important, tels que les **infiltrations et les injections**. Les patients y sont en majorité réfractaires. Seules l'attente et la connaissance d'un soulagement procuré par cette méthode les conduisent à y consentir.

De la même façon, la perspective de **la chirurgie** est rejetée par la majorité des patients qui n'y voient pas d'intérêt ou n'envisagent cette hypothèse qu'en dernier recours. Même les patients qui ne rejettent pas l'idée abordent le sujet avec précaution.

La volonté des patients de bénéficier de certains traitements concerne majoritairement les séances de **kinésithérapie**. Soit les patients en ont déjà bénéficié, en ont éprouvé les bienfaits et souhaitent qu'on leur en prescrive davantage. Soit les patients n'en ont pas bénéficié et souhaitent qu'on leur en prescrive. En effet, la croyance liée aux bienfaits de la kinésithérapie est forte. Les cas d'insatisfaction sont minoritaires et les patients qui l'abordent, évoquent davantage un problème de consolidation des effets dans le temps plutôt qu'un manque d'efficacité.

Concernant les **cures thermales** et la balnéothérapie, les patients qui en bénéficient en sont satisfaits et ceux qui n'en bénéficient pas, sont ouverts à l'idée. Seule l'incompatibilité d'une cure avec les contraintes professionnelles est évoquée comme refus d'envisager la méthode dans l'immédiat.

Le recours à d'**autres spécialistes** n'a pas été proposé à tous les patients. Trois patients déclarent bénéficier de consultations chez un rhumatologue. Un des patients n'en est pas satisfait. Une autre patiente affirme, de son côté, la volonté de recourir à un spécialiste (sans préciser lequel) pour améliorer son diagnostic.

d) *Implication du patient dans sa prise en charge*

La mise en évidence d'une **étiologie** et **l'explication du traitement** favorisent l'implication du patient dans sa prise en charge. En effet, si le patient accepte son diagnostic et comprend son traitement, il sera plus actif dans l'observance de celui-ci. Il adoptera également des gestes de prévention permettant d'atténuer ou de différer les lombalgies. (54)

Ainsi une patiente affirme pratiquer assidûment à son domicile les exercices appris par son kinésithérapeute.

L'implication des patients dans la connaissance du traitement varie cependant. Une patiente semble très bien informée (« à force ») et cite ses prescriptions de mémoire. Une autre en revanche, ne parvient pas à détailler son traitement sans se référer à son ordonnance. Mais elle témoigne d'une grande confiance dans son médecin traitant. C'est également le cas pour un autre patient qui ne sait pas distinguer les antalgiques des anti-inflammatoires par exemple.

L'implication du patient permet à celui-ci d'intervenir dans le choix de la prise en charge et d'exprimer ses préférences en la matière, au regard des informations données par le professionnel de santé.

3. Propositions en vue d'améliorer la symptomatologie des lombalgies

a) *Amélioration des pratiques*

La prise en charge du lombalgique aigu a bien changé en quelques décennies. Nous sommes loin de la période où le repos strict faisait loi dans son traitement, aggravant la pérennité des symptômes. (69) Bien que les connaissances dans ce domaine aient évolué et aient abouti à des recommandations, la prise en charge des lombalgies en médecine générale ne s'y réfère que de manière lacunaire.

Différents points pourraient être retravaillés par le praticien, la modification de ses habitudes nécessitant une explication au patient consultant.

Ces points concernent notamment **le handicap ressenti** et **sa médicalisation**, la **précision du diagnostic lésionnel** et **la durée de l'arrêt de travail initial**, le cas échéant.

Il existe souvent une discordance entre **le handicap ressenti** par le patient et les constatations retrouvées lors de l'examen clinique ; **le traitement antalgique** doit être rapidement adapté au ressenti du patient afin qu'il puisse, le plus rapidement possible, reprendre une activité habituelle. (70) Les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens font partie du

traitement de référence. (1) En fonction de l'intensité des symptômes, une association médicamenteuse ou une gradation dans le palier des antalgiques doit être envisagée.

Des **méthodes non médicamenteuses** comme la thermothérapie ou le port momentané d'une ceinture de soutien lombaire, peuvent s'avérer intéressantes, d'autant plus que les effets indésirables associés sont quasi-inexistants.

Sur le plan **diagnostique**, l'objectif de l'imagerie est d'éliminer une lombalgie secondaire et reste inutile dans les autres cas lors des 4-7 premières semaines. (1) Elle risque d'aggraver le pronostic dans les autres situations dont l'exemple le plus marquant est celui d'une arthrose, pour laquelle la corrélation radioclinique n'existe pas.

Ainsi, on retrouve dans une étude une corrélation entre la durée de l'invalidité et le nombre de visites chez les professionnels de santé, le recours au spécialiste, le recours à l'imagerie précoce et la « positivité » de l'imagerie. (71)

Concernant la **durée de l'arrêt de travail initial**, elle ne devrait pas excéder 7 jours, quitte à être reconduite lors d'une consultation de contrôle. (29)

Enfin, c'est au praticien de relever les **croyances erronées** du patient et de les corriger dans un langage profane afin qu'il ait tous les éléments à sa disposition pour comprendre les tenants et les aboutissants de la prise en charge.

Lorsque le patient s'approprie, par analogie avec une connaissance ou après s'être renseigné personnellement, une pathologie en rapport avec sa lombalgie, et qu'il souhaite une prise en charge en ce sens, c'est au praticien de recentrer le problème et d'exposer les conséquences d'une telle prise en charge.

b) Communications interprofessionnelles de santé

Certains patients semblent déconcertés par la multiplicité des intervenants consultables, qu'ils appartiennent au milieu médical ou non : médecin traitant, chirurgien, kinésithérapeute, ostéopathe, rhumatologue, psychiatre, psychologue....

Un témoignage de patient est révélateur du labyrinthe médical qu'ils doivent emprunter et dont ils ne comprennent pas toujours la pertinence : « *j'étais voir le médecin traitant qui m'a donné des médicaments et tout et puis je vais le revoir après avoir fait l'IRM, donc revoir le rhumatologue* ». Cela ne remet pas en question la communication entre professionnels de santé, mais met en avant l'importance d'avoir une personne référente garante de la synthèse des différentes informations. Le principal risque étant d'avoir des diagnostics et des prises en charge aussi différentes que le nombre d'intervenants consultés.

Le médecin traitant étant au centre de ce parcours de soins d'après la loi HPST de 2009 (72), il a pour rôle d'orienter le patient vers les professionnels adéquats et de la même façon, il est

le mieux placé pour regrouper les données des différentes investigations, **informer** le patient et **répondre** à ses interrogations.

Cette communication transparaît dans le discours de certains patients évoquant la collaboration entre professionnels de santé : « *qui s'est concerté avec le rhumatologue et le rhumatologue veut que je vois un ostéopathe* ».

Pour favoriser la **cohérence du parcours de soin** et éviter que l'information ne se perde entre les différents professionnels, il faudrait inciter à davantage de communication de la part des professionnels. (73)

Non seulement le patient y gagne en compréhension de son parcours de soin, mais en outre, le système de santé acquiert en efficacité et en économie : éviter de multiplier les consultations ou le recours aux spécialistes que rien ne justifie et qui trouble le patient.

c) Prise en charge pluridisciplinaire

Outre une communication interprofessionnelle, c'est une **intervention pluridisciplinaire** qu'il convient de mettre en place. Ce travail en équipe exige que tous les thérapeutes concernés véhiculent le **même message** au patient : la vision de la pathologie doit être partagée. En effet, la confusion liée à l'intervention des différents professionnels d'avis divergents risque de les discréditer auprès du patient avec pour conséquence une inobservance thérapeutique. (54)

La nécessité de travailler en aval pour éviter les récurrences est un autre élément indispensable pour prévenir le passage à la chronicité. Les programmes **d'éducatifs thérapeutiques** des patients mis en place dans les écoles du dos sont particulièrement adaptés à la situation et favorisent le ré-entraînement à l'effort.

En cas d'accident de travail, **le médecin du travail** pourrait être sollicité, afin d'instaurer des mesures préventives, si un risque de chronicité lié à l'emploi est identifié.

Les autres professionnels intervenant dans la prise en charge sont, en plus du médecin traitant : le masso-kinésithérapeute, l'ergothérapeute et le psychologue ou le psychiatre. (54)

Le masso-kinésithérapeute permet, en plus de soulager les symptômes, de délivrer des conseils posturaux afin de prévenir les récurrences.

L'ergothérapeute permet au patient de préserver et développer son indépendance et son autonomie dans son environnement quotidien et social.

d) *Prise en charge psychologique*

Certains patients n'ont pas conscience des implications psychologiques de la lombalgie.

Une patiente rapporte l'analyse de son médecin, sans forcément y adhérer : « *on me dit que c'est psychique dans ma tête* ». Cette **réticence** à reconnaître la dimension psychologique de la lombalgie et par conséquent à envisager un suivi, existe chez d'autres patients. A **l'appréhension**, peut s'ajouter un **scepticisme** quant à l'efficacité de telles consultations. Par ailleurs, certains patients ne considérant pas leur lombalgie comme une maladie, ne voient certainement pas l'utilité d'un tel recours.

Quant aux états anxieux, les patients parviennent plus facilement à imaginer les influences qu'ils peuvent avoir sur la lombalgie et comment la pathologie peut à son tour retentir sur les états de **stress**. Ils semblent cependant souvent impuissants face à ce symptôme pouvant induire de l'anxiété, de la colère ou du découragement.

Ce stress pourrait être jugulé en modifiant l'approche de la pathologie ; dans certaines situations, une **thérapie cognitivo-comportementale** pourrait permettre de remettre le patient au centre de sa prise en charge, qu'il soit acteur de ses propres soins. Dans d'autres situations, il existe déjà un syndrome anxio-dépressif qui nécessite une prise en charge psychiatrique peut-être plus conventionnelle, associée à une médication.

Les patients ne seraient certainement pas opposés à une prise en charge psychologique, si nous leur expliquons les tenants et les aboutissants. Certains consultent déjà : une patiente admet à voix basse qu'elle est soignée en parallèle pour dépression.

La prise en charge psychologique ou psychiatrique est généralement peu développée, en dépit de l'identification de facteurs psychiques. Pourtant, il ne faut pas négliger son recours afin d'améliorer le vécu de la maladie : « L'évaluation de la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse est recommandée ». (1)

De la même façon, si la situation familiale au sens large est altérée, on peut, en accord avec et en présence du patient, proposer de renseigner la famille sur les particularités de la lombalgie.

e) *Techniques alternatives*

Certains patients évoquent le recours à des techniques peu conventionnelles, telles que la consultation d'un magnétiseur ou d'un iridologue. Les résultats rapportés par les patients sont satisfaisants. Il ne faut pas négliger le recours à ces techniques peu traditionnelles lorsque les traitements classiques ont échoué. En effet, la croyance en la réussite peut permettre une amélioration conséquente de la douleur.

Même si l'efficacité scientifique n'est pas établie, les résultats semblent en effet positifs chez certains patients.

Cela peut être une **piste de réflexion intéressante**, en cas d'échec des méthodes conventionnelles ou pour la prise en charge de patients réfractaires aux méthodes dites « dures » (sceptiques quant à l'efficacité, la composition, craignant une perte d'efficacité dans le temps) ou partisans des médecines douces.

Le recours à des solutions alternatives, proposées par les médecins eux-mêmes (acupuncture, mésothérapie) est bien accepté par les patients concernés, avec une efficacité inconstante.

V. CONCLUSION

Il est communément admis que, face à un cas de lombalgie aiguë, le médecin doit tout d'abord éliminer une cause secondaire ou une complication. Ensuite, sa prise en charge consiste à rassurer le patient et soulager ses symptômes pour lui permettre de reprendre ses activités habituelles au plus tôt.

L'évolution naturelle de la lombalgie aiguë commune est généralement assez rapide lorsque l'on se conforme aux recommandations de la HAS de février 2010. Cependant il arrive que certains patients échappent à la prise en charge. Il existe alors un risque de pérennisation des symptômes pour lesquels les conséquences socioprofessionnelles à l'échelle de l'individu et socio-économiques au niveau national sont considérables.

Les facteurs de chronicisation, retenus dans diverses études, sont d'ordre biopsychosocial. La multiplicité des éléments à considérer accroît la difficulté de prise en charge. Le médecin généraliste est le premier professionnel de santé consulté en la matière. Son rôle est donc primordial pour déterminer les patients à risques.

En cas de persistance de la symptomatologie, une nouvelle consultation doit amener le praticien à refaire le point sur la situation du patient (interrogatoire et examen clinique détaillés, traitement et explications). Il ne doit pas céder à la tentation de multiplier des examens ou des traitements inutiles potentiellement néfastes et identifier les risques.

Dans l'étude que nous avons réalisée, les attentes des patients interrogés gravitent autour de la relation médecin-patient. Elles se focalisent sur l'attention du médecin, la recherche de l'étiologie et du mécanisme de la douleur et la prescription d'un traitement adapté et expliqué.

Ces informations sont teintées de sentiments variés, dépendant de la répétition et de la durée de cette pathologie ; par leurs hésitations, leurs rires, leurs soupirs... ils expriment leurs colères, leurs craintes, leurs résignations, leurs relativisations, leurs espoirs... autant de paramètres qu'il est difficile d'étudier via un questionnaire standardisé.

Les attentes sont aussi diverses que le nombre de lombalgiques et sont fortement corrélées à leurs croyances. Celles-ci influencent la volonté du patient de bénéficier de tel ou tel traitement ou examen, ou au contraire d'en refuser. Ainsi, certains patients se positionnent comme totalement réfractaires aux actes les plus lourds tels que la chirurgie. D'autres, à l'inverse, pensent que les actes invasifs sont les thérapeutiques les plus efficaces.

Les croyances des patients sont influencées par leur état d'esprit et conditionnent leur participation à leur prise en charge. Notre étude met en évidence que les patients impliqués ont une symptomatologie d'apparence moins bien importante que ceux qui restent passifs. En effet, certains se contentent d'appliquer la prise en charge tandis que d'autres veulent être davantage associés aux décisions.

Le modèle paternaliste où le médecin, persuadé de « savoir et d'être objectif, se voit comme le gardien de l'intérêt du patient », est obsolète. Lorsqu'il s'agit de douleurs qui risquent de se prolonger, la participation active du patient aux soins permet non seulement une amélioration des symptômes physiques avec l'apprentissage d'adaptation posturale, mais également une amélioration des symptômes psychiques avec revalorisation du patient, acteur de sa guérison.

Cette démarche est toutefois chronophage. Or, la consultation de l'omnipraticien est soumise à la contrainte temporelle, rendant l'appréhension du cas du patient dans sa globalité difficile.

La prise en charge d'une lombalgie aiguë ou récidivante, pour être performante, doit également être pluridisciplinaire. Le médecin traitant, premier interlocuteur du patient, doit avoir un rôle-pivot dans ce domaine. C'est à lui d'orienter le patient vers d'autres thérapeutes si son état l'exige. Son rôle est également de centraliser les informations émanant de ses confrères et de les restituer au patient, dans le temps de la consultation. Cependant, il faut signaler, que la formation des professionnels de santé concernant la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur, peut être lacunaire.

Globalement, les patients étaient satisfaits de la prise en charge proposée par leur médecin traitant, eu égard aux caractéristiques de leur pathologie.

Concernant les patients qui demeurent insatisfaits, de nouvelles propositions thérapeutiques doivent être envisagées, en se concentrant davantage sur les croyances et attentes des patients en question, afin de cerner les solutions qui pourraient leur correspondre.

En effet, outre les facteurs biologiques, des déterminants psychosociaux peuvent intervenir. Ils sont à considérer au même titre que les premiers et doivent être pris en charge par des intervenants spécifiques, ceci afin de limiter le risque que les lombalgies aiguës ne se chronicisent et par conséquent éviter que le patient à risque ne soit exclu de l'emploi.

La réflexion actuelle à ce sujet semble insuffisante. La situation mériterait que des recommandations spécifiques soient préconisées au niveau national et international, concernant la prise en charge pluridisciplinaire des lombalgies aiguës communes à risque élevé de chronicisation, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. **HAS.** Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes. février 2000.
2. **Martin-Cassereau C.** Profil des patients consultant pour lombalgie commune : étude observationnelle basée sur l'activité de 35 médecins généralistes. *Thèse de médecine générale.* ANGERS : s.n., 1er mars 2012.
3. **HAS.** Référentiel concernant la rééducation en cas de lombalgie commune : Réponse à une saisine de la CNAMTS. mars 2011.
4. **CREDES.** www.irdes.fr. [En ligne] [Citation : 22 janvier 2015.]
5. **J. Gourmelen, J.-F. Chastanga, A. Ozguler and al.** Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique.* novembre 2007, Vol. 50, 8, pp. 633-639.
6. **Costes J, Paolaggi.** *Épidémiologie et Santé Publique.* JB Rev . 1989, Vol. 37.
7. **Waddell G, Feder G, Lewis M.** Systematic review of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. 1997. 47, pp. 647-652.
8. **Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM.** Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common intervention. 1997. 22, pp. 2128-2156.
9. **Koes BW, Scholten RJPM, Mens JMA, Bouter LM.** Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. 1997, 56, pp. 214-223.
10. **HAS.** Commission de la transparence. 1er octobre 2014.
11. **Haimovic IC, Beresford HR.** Dexamethasone is not superior to placebo for treating lumbosacral radicular pain. *Neurology.* 1986, 36, pp. 1593-1594.
12. **Leclaire R, Esdaile JM, Suissa S and al.** Back school in a first episode of compensated acute low back pain: a clinical trial to assess efficacy and prevent relapse. s.l. : Arch Phys Med Rehabil, 1996. 77, pp. 673-679.
13. **Moffet JK, Torgerson D, Bell-Syer S and al.** Randomised controlled trial of exercise for low back pain : clinical outcomes, costs and preferences. s.l. : BMJ, 1999. 319, pp. 279-283.
14. **Valle-Jones JC, Walsh H, O'Hara J and al.** Controlled trial of back support ("lumbotrain") in patients with non specific low back pain. s.l. : Curr Med Res Opin, 1992. 12, pp. 604-613.
15. **Chou R, Huffman LH.** Non pharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of evidence for an American Pain Society / American College of Physicians clinical practice guideline. [éd.] 492-504. *Ann Intern Med.* 2 oct 2007, 147.
16. **Nadler SF, Steiner DJ, Petty SR and al.** Overnight use of continuous low-level heatwrap therapy for relief of low back pain. *Arch Phys Med Rehabil.* mars 2003, 87, pp. 1310-1317.
17. **Carette S, Leclaire R, Marcoux S and al.** Epidural corticosteroid injection for sciatica due to herniated nucleus pulposus. s.l. : N Engl J Med, 1997. 336, pp. 1634-1640.

18. **Marcus RC, Houston T, Thulbourne T and al.** Facet joint injection and facet nerve block: a randomised comparison in 86 patients with chronic low back pain. *s.l. : Pain*, 1992. 49, pp. 325-328.
19. **Cherkin DC, Deyo RA, Battié M and al.** A comparaison of physical therapy, chiropractic manipulation and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. *s.l. : N Engl J Med*, 1998. 339, pp. 1021-1029.
20. **Lee Jun-Hwan KMD, Choi Tae-Young, Lee Myeong Soo and al.** Acupuncture for Acute Low Back Pain: A Systematic Review. *Clinical Journal of Pain*. février 2013, Vol. 29, 2, pp. 172-185.
21. **Zimban A-L.** Etude du bénéfice apporté par l'adjonction d'un traitement par mésothérapie à un traitement par AINS et Paracétamol per os dans la prise en charge de la lombalgie aiguë commune. Bordeaux : s.n., 2006.
22. **Dobovetzky J.** Traiter les lombalgies bénignes de l'adulte. *Prescrire*. 1997, 173, pp. 349-356.
23. **Atlas SJ, Deyo RA, Keller RB and al.** Main lombar spine study. *Spine*. 1996, 21, pp. 1777-1786.
24. **Lavignolle B.** Lombalgie et lombosciatiques - Discectomie lombaire percutanée : indications et limites. *cahier d'enseignement de la SOFCOT*. 1997, 63, pp. 140-145.
25. **Von Korff M, Deyo RA, Cherkin D and al.** Back pain in primary care. Outcomes at 1 year. *Spine*. 1993, 18, pp. 855-862.
26. **Pedersen PA.** Prognostic indicators in low back pain. *Coll Gen Pract*. 1981, 31, pp. 209-216.
27. **Burdorf A, Sorock G.** Positive and negative evidence of risk factors for back disorders. *Scand J Work Environ Health*. 1997, 23, pp. 243-256.
28. **Plouvier S, Gourmelen J, Lanoë JL and al.** Facteurs personnels et professionnels associés aux lombalgies en population générale au travail en France. *s.l. : Revue d'épidémiologie et de santé publique*, décembre 2010. Vol. 56, 6, pp. 383-391.
29. **Borgès Da Silva Ge, Borgès Da Silva Gi.** Recherche d'un consensus sur la prise en charge des lombalgies et des lombo-sciatiques communes, à partir d'une revue de la littérature mondiale. 2000.
30. **Demoulina C., Grosdent S., Capron L., et col.** Intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire ambulatoire semi-intensive dans la lombalgie chronique. *Revue du rhumatisme*. 2010. 77 : 68-7.
31. **Borges Da Silva Ge, Borges Da Silva Gi, Fender P, Allemand H.** Quelques repères médico-socio-économiques sur les lombalgies. *Le concours médical*. 2 décembre 2000, 39, pp. 3-4.
32. **Bazin T., Allaert F. A., Fuseiller A., Perles P.** Etude du retentissement socio-économique de la lombalgie chronique en pratique quotidienne de médecine générale. *CODEN RHUMAY*. 1998, Vol. 50, 3, pp. 95-101.
33. **Little P, Smith L, Cantrell T and al.** General practitioner's management of acute back pain : a survey of reported practice compared with clinical guidelines. *BMJ*. 1996, 312, pp. 485-488.
34. **Hourcade S, Trèves R.** Etude rétrospective concernant le scanner lombaire dans les lombalgies et lombosciatiques dans le département de la Haute-Vienne. *Rev Rhum*. 2002, 69, pp. 1226-1234.
35. **Breil D.** Thèse de médecine générale : Respect des recommandations de l'ANAES, en médecine générale, dans la prescription des examens complémentaires des lombosciatiques de moins de 3 mois d'évolution. CRETEIL : s.n., 2007.

36. **Larequi-Lauber T, Vader JP, Burnand B and al.** Appropriateness of indications for surgery of lumbar disc hernia and spinal stenosis. *Spine*. 1997, 22, pp. 203-209.
37. **Christelle Nguyen, Serge Poiraudou , Michel Revel and al.** Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du rhumatisme*. 2009, 76, pp. 537-542.
38. **INSERM.** <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/186/?sequence=5>. *INSERM*. [En ligne] [Citation : 14 février 2015.]
39. **Valat J-P.** Facteurs de chronicisation des lombalgies communes. *Revue du rhumatisme*. 2005, 72, pp. 373-375.
40. **Société savante de l'UNAFORMEC.** Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'heure des essais randomisés. *Bibliomed, les analyses du centre de documentation de l'UNAFORMEC*. février 2003, Vol. 294.
41. **Blanchet A., Gotman A.** *L'enquête et ses méthodes - L'entretien*. s.l. : COLLIN Armand, 2007.
42. **Letrillart L., Bourgeois I., Vega A. et al.** Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - deuxième partie de "Maladie" à "Verbatim". *Exercer*. 2009, Vol. 20, 88.
43. **INSEE.** Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles. 3e 2003.
44. **Paille P, Mucchelli A.** *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3e s.l. : COLLIN Armand, 2012.
45. **Maxwell, Joseph A.** *La modélisation de la recherche quantitative. Une approche interactive. Editions Universitaires de Fribourg*. 1999. pp. 150-152.
46. **Letrillart L., Bourgeois I., Vega A. and al.** Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative, De "Maladie" à "Verbatim". *Exercer, la revue de médecine générale*. 2009. Vol. 20, 88, pp. 106-112.
47. **Code du travail.** Quatrième partie : santé et sécurité au travail. 2011.
48. **Bejia I., Younes M., Hadj Belgacem J. and al.** Prévalence et facteurs associés à la lombalgie commune chez le personnel hospitalier. *Revue du rhumatisme*. mai 2005. Vol. 72, 5, pp. 427-432.
49. **Frappe P.** *Initiation à la recherche*. s.l. : GMSanté : CNGE, 2011. fiche 37.
50. **Valat J-P, Goupille P, Rozenberg S, Urbinelli R, Allaert F.** Acute low back pain : predictive index of chronicity from a cohort of 2487 subjects. s.l. : *Joint Bone Spine*, 2000. 67, pp. 456-461.
51. **Giorgi, Roch.** <http://optim-sesstim.univ-amu.fr/page/glossaire-epidemiologie-et-recherche-medicale>. [En ligne] [Citation : 28 janvier 2015.]
52. **Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C.** Low back pain : what is the long term course ? A review of studies of general patient populations. *Spine J* 12. 2003. 12, pp. 149-165.
53. **Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge M.** Acute low back pain : systematic review of its prognosis. *Brit med J*. 2003. 327, pp. 323-325.
54. **Filiatrault M.** Lombalgie subaiguë: être alerte... sans alarmer. *Le Médecin du Québec*. décembre 2003. Vol. 38, pp. 80-86.
55. **Cathébras P., Charmion S.** Maladies construites. *Médecine*. 2007. 3, pp. 465-468.

56. **Dupeyron A.** Les adaptations du rachis lombaire en situation aiguë et chronique. *Thèse de doctorat en Sciences du Mouvement Humain*. Montpellier : s.n., septembre 2010.
57. **Heliovaara M, Makela M, Knekt P, Impivaara O, Aromaa A.** Determinants of sciatica and low back pain. *s.l. : Spine* 1991;16:608–14., 1991. 16, pp. 608-614.
58. **Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG.** The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*. 1995. 20, pp. 2702-2709.
59. **Rossignol M, Lortie M, Ledoux E.** Comparison of spinal health indicators in predicting spinal status in a 1-year longitudinal study. *Spine*. 1993. 18, pp. 54-60.
60. **Michael Feuerstein, Susan Sult, Manon Houle.** Environmental stressors and chronic low back pain: Life events, family and work environment. *Pain*. 1985. Vol. 22, 3, pp. 295-307.
61. **Duquesnoy B., Allaert F-A. et Verdoncq B.** Retentissement psycho-social et professionnel de la lombalgie chronique. *Revue du rhumatisme*. 1998. Vol. 65, 1, pp. 37-45.
62. **Masson C.** Le Syndrome du revenu paradoxal. *Synoviale*. 1995. Vol. 39, pp. 1-5.
63. **Vlaeyena, Johan W.S. et Crombez, Geert.** La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme*. juin 2009. Vol. 76, 6, pp. 511-516.
64. **Malchaire J, Vergracht S, Cock N.,** Troubles musculosquelettiques, facteurs psychosociaux, stress, personnalité, style de travail ? : TMS et lombalgies. *Performances humaines et techniques*. 2000. 103, pp. 24-33.
65. **Balagué F, Mannion AF, Pellisé, F, Cedraschi C.** Clinical Update: low back pain. *Lancet*. 2007. 369, pp. 726-728.
66. **Cathebras P, Lachal P.** Problématique de la prise en charge du patient fonctionnel. *Traité de Médecine Akos*. s.l. : EMC, 2011. 6-0495.
67. **V Gremeaux, E. Coudeyre, C. Hérisson and al.** La qualité de l'information disponible sur Internet concernant la lombalgie est-elle adaptée aux attentes des patients ? Revue systématique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. mars 2007. Vol. 50, 2, pp. 85-92.
68. **Foltz V, Laroche F, Dupeyron A.** Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme Monographies*. juin 2013. Vol. 80, 3, pp. 174-178.
69. **Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F, et al.** The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine*. 2000. 25, pp. 1-33.
70. **J.-P. Valat.** Approche multidisciplinaire de la douleur lombaire. *Section Rachis de la Société française de rhumatologie. Rev Rhum*. 2001. 68, pp. 125-194.
71. **Mahmud MA, Webster BS, Courtney TK, Matz S, Tacci JA, Christiani DC.** Clinical management and the duration of disability for work-related low back pain. *J Occup Environ Med*. 2000. 42, pp. 1178-1187.
72. **JORF 0167.** Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 22 juillet 2009. p. 12184.

73. **Dellandrea A.** Études des relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et masseurs-kinésithérapeutes. Enquête quantitative auprès de professionnels lorrains. *Thèse de médecine générale*. Nancy : s.n., 15 avril 2013.
74. **HAS.** Etat des lieux : Niveau de preuve et gradation des recommandations des bonnes pratiques. avril 2013.
75. **S. Poiraudreau, M.-M. Lefevre Colau, F. Fayad, F. Rannou, M. Revel.** Lombalgies. *EMC - Rhumatologie-Orthopédie*. 2004. Vol. 1, 4, pp. 295-319.
76. **Aubin-Auger Isabelle, Mercier Alain, Baumann Laurence et al.** Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008. Vol. 19, 84, pp. 142-145.
77. **Caouette M.** Les enjeux méthodologiques des recherches participatives. *Recherche qualitatives*. 2012. 13 Hors série, pp. 55-72.
78. **wandess.free.fr.** <http://wandess.free.fr/publications.php?recordID=Ph%E9nom%E9nologique>. [En ligne] [Citation : 1er février 2015.]

VII. ANNEXES

A. Synopsis de la thèse/mémoire

SYNOPSIS : PROJET DE RECHERCHE

HOCHARD Christophe, interne en médecine générale, TCEM3

Tel : 06 45 56 30 44, adresse e-mail : christophe.hochard57@gmail.com

Projet de Thèse-Mémoire

Directrice : Dr Laurène Millet-Malingrey, médecin généraliste, CCU

Co-directrice : Pr Martine Batt, professeur en psychologie, PU

Président : Pr Isabelle Chary-Valckenaere, professeur de rhumatologie, PU-PH

Membres du jury : Pr Jean Paysant, professeur de MPR, PU-PH

Projet de recherche validé par le Conseil Scientifique

Date de soutenance envisagée : juin 2015

Titre : Attentes et croyances des patients consultant en médecine générale pour lombalgies aiguës chez l'adulte.

Justification : La lombalgie aiguë est un motif fréquent de consultation en médecine générale. [1] Cette pathologie conduit à de lourdes répercussions socio-économiques, de par sa répétition et sa chronicisation [2]. Une thèse a récemment été présentée à Angers sur le profil des adultes consultant pour lombalgie commune à l'aide d'une étude observationnelle descriptive basée sur l'activité de 35 médecins généralistes [3], les données disponibles restant faibles en France. Le profil des patients a été établi par le médecin qu'il voyait en consultation. Les patients n'ont cependant pas été interrogés sur leurs motifs de consultation. Il pourrait être intéressant d'explorer les motivations des patients à consulter pour une lombalgie commune, en étudiant d'une part leur perception de la lombalgie et d'autre part ce qu'ils attendent de la consultation.

Objectif principal : mettre en évidence les éléments associés au recours au médecin généraliste des patients souffrant de lombalgies communes

Objectifs secondaires : satisfaction des patients par rapport à la consultation effectuée

Schéma :

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

Script des entretiens :

Thématiques :

Motifs de recours

Déterminants psychosociaux

Représentation de la lombalgie

Attentes de la consultation :

Réassurance, souhait d'imagerie, moyens thérapeutiques, orientation

Satisfaction

Population : patients âgés de 18 à 65 ans, ayant consulté leur médecin généraliste pour une lombalgie commune ; mode de recrutement : par les médecins les ayant reçus en consultation (à partir d'une fiche d'aide à l'inclusion, ils proposeront aux patients concernés d'être contactés pour participer à l'étude).

Taille de l'échantillon : il sera demandé à différents médecins généralistes de Lorraine de recruter environ 3 patients chacun, le nombre d'inclusions sera diminué ou augmenté selon le moment où la saturation des données sera atteinte.

Méthode d'analyse :

Les enquêtés seront interrogés selon une perspective de type phénoménologique.

L'analyse se fera par codage ouvert puis axial par l'étudiant et son directeur.

Bénéfices attendus :

La mise en exergue des principales motivations d'une consultation pour lombalgie commune pourrait permettre d'améliorer l'efficacité de la prise en charge du patient en favorisant son adhésion au projet thérapeutique.

[1] : **J. Gourmelen, J.-F. Chastanga, A. Ozguler and al.** Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. novembre 2007, Vol. 50, 8, pp. 633-639.

[2] : **Bazin T., Allaert F.A., Fuseiller A. and al.** Etude du retentissement socio-économique de la lombalgie chronique en pratique quotidienne de médecine générale. *Rhumatologie*. 1998, vol. 50, n°3, pp. 95-101

[3] : **MARTIN-CASSEREAU, Camille.** Profil des patients consultant pour lombalgie commune : étude observationnelle basée sur l'activité de 35 médecins généralistes. *Thèse de médecine générale*. ANGERS : s.n., 1er mars 2012

B. Niveau de preuve scientifique

Il est classé comme suit par l'HAS (74) :

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - Études cas-témoin Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	C Faible niveau de preuve scientifique

C. Feuille récapitulative avec critères d'inclusion pour les recruteurs.

Chère consœur, cher confrère,

Je sollicite votre aide pour mon travail de thèse concernant les attentes et les croyances des patients consultant en médecine générale pour lombalgies aiguës chez l'adulte.

Je désire questionner cette population en restant indépendant vis-à-vis du médecin les ayant pris en charge afin d'avoir un interrogatoire fiable.

Il s'agirait de recruter des patients venant pour ce motif lors de vos consultations au cabinet médical en leur demandant s'ils acceptent de laisser leurs coordonnées pour pouvoir les joindre et procéder à cet échange.

Ces patients devront remplir les conditions ci-dessous et donner leur consentement oral. (Un consentement écrit sera signé avant l'entretien)

CRITERES DE PREINCLUSION DE PATIENTS

- 1) Age : de 18 à 65 ans
- 2) Lombalgie aiguë : nous appellerons lombalgie une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier (sont inclus dans ce tableau les lombalgies pures et les lumbagos c'est-à-dire les lombalgies aiguës avec une sensation de blocage rachidien), d'une durée inférieure à 4 semaines.
- 3) Lombalgie commune : l'absence des éléments orientant vers une étiologie tumorale, infectieuse, inflammatoire et traumatique définit les lombalgies communes. La présence d'un antécédent personnel de ce type exclut le patient de l'étude.
- 4) Les patients présentant une douleur lombaire avec irradiation dans le membre inférieur associée aux signes de tension radiculaire (signe de Lasègue) sont également à exclure de l'étude.

Un nombre de volontaires de 3 par médecin serait appréciable

Merci de votre participation

Christophe HOCHARD (IMG)

0645563044

christophe.hochard57@gmail.com

D. Fiche d'information patient

FICHE D'INFORMATION A L'INTENTION DES PATIENTS

La lombalgie aiguë ou « mal de dos » est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Cette maladie, si elle n'est pas traitée, peut avoir des conséquences importantes, notamment pour le travail.

Cette étude s'intéresse à l'expérience des patients dans les douleurs du dos ; elle se fera sous la forme d'un entretien personnel d'une trentaine de minutes, sera enregistrée et traitée de façon anonyme.

Elle permettra, grâce à vos réponses, de trouver des éléments permettant d'améliorer la prise en charge des patients qui souffrent du même problème.

Interne en charge de l'étude :

HOCHARD Christophe

9e année de médecine

E. Tableau de pré inclusion

Etude sur les lombalgies aiguës

Christophe Hochard

Cabinet Investigateur :

Date de consultation	Nom	Prénom	Date de naissance	étude proposée (oui/non)	contact accepté (oui/non)	premiers mots de consultation (motif)	Téléphone

F. Feuille de consentement écrit

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE THESE DE MEDECINE GENERALE**

Je soussigné(e) (*nom, prénom
et date de naissance du sujet*), domicilié(e) au
..... (*adresse*)

accepte de recevoir l'interne en médecine générale HOCHARD Christophe à mon domicile
pour participer à un entretien enregistré dans le cadre de l'étude ci-dessus qui porte sur « le mal
de dos ».

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical ; mon anonymat
sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et
volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'interne

*Signature du patient
en charge de l'étude*

G. Canevas d'entretien

- Représentations de la lombalgie

=> Pouvez-vous me décrire ce que vous ressentez quand le problème que vous avez avec votre dos survient ?

=> Quand ce problème a-t-il débuté ? Et comment évolue-t-il depuis ?

=> Pour vous, quels en sont les facteurs responsables ? *Antécédents familiaux, milieu professionnel, travaux ménagers ...*

=> Dans quelles circonstances cette douleur apparaît-elle ?

=> Quel en est pour vous l'impact au quotidien ? Et quelles conséquences futures envisagez-vous ?

Sur le plan biomédical : douleur chronique, handicap, risque de paraplégie, nécessité d'un geste chirurgical.

Sur le plan socio-économique : arrêt de travail, licenciement, réorientation professionnelle, perte de revenus.

Sur le plan psychologique : sentiments (craintes...)

- Adaptations face à la lombalgie

=> Quelles sont les méthodes que vous avez trouvées pour prévenir ou soulager vos problèmes de dos ? (*posture adaptée, repos, automédication*)

=> Quels moyens ont été mis en place sur le lieu de travail ? (*aide mécanique, adaptation du poste, formation sur les postures à adopter*)

=> Qu'est-ce qui vous a finalement convaincu de consulter le médecin généraliste ? (*médecin habituel, persistance des douleurs ou du handicap*)

- Attentes et satisfaction vis-à-vis de la consultation chez le médecin généraliste

=> Vous a-t-il posé toutes les questions que vous jugiez nécessaires ? (*mode de survenue, profession, type et horaires de la douleur*)

=> Pensez-vous avoir été correctement examiné ?

=> Vous a-t-il donné des explications suffisantes quant à votre problème de santé ?

=> Vous a-t-il prescrit des radiologies ou d'autres examens ? *Si oui, les résultats ont-ils modifié le diagnostic ou la prise en charge ? Si non, pensez-vous que de tels examens seraient nécessaires ?*

=> Que vous a-t-il prescrit à l'issue de cette consultation ? Était-ce ce que vous souhaitiez ? Quelle en a été l'efficacité ? Y a-t-il eu des effets indésirables ?

=> Vous a-t-il orienté vers un spécialiste ? *Si oui, quels en ont été les résultats ? Si non, pensez-vous qu'il aurait dû le faire ?*

H. Scripts des entretiens

Compte tenu de la lourdeur d'un document papier reprenant l'ensemble des entretiens, il nous a semblé préférable d'opter pour un format informatique. Un CD-ROM reprend l'intégralité des scripts des entretiens en annexes et constitue le volume 2 de la thèse.

I. Table des codes

Code	Définition
Prodromes	Symptômes qui précèdent l'apparition des lombalgies
Symptômes	Ensemble des éléments ressentis par le patient au moment des lombalgies
Comorbidités	Présence de pathologies annexes qui influencent la survenue, les symptômes et la prise en charge de la lombalgie
Qualification douleur	Adjectifs employés pour décrire la douleur ressentie
Impotence fonctionnelle	Conséquences fonctionnelles liées à la lombalgie impactant sur les activités habituelles : blocage, raideur...
Douleur initiale	Récit du ressenti du patient lorsqu'il a perçu les premiers symptômes douloureux
Mode de début	Moment (âge et circonstances) où sont apparues les premières lombalgies
Circonstances déclenchant la lombalgie	Hypothèses émises par le patient pour expliquer ce qui déclenche ses douleurs
Facteurs aggravants de la lombalgie	Éléments que le patient perçoit de sa santé pouvant aggraver ses lombalgies
Facteurs aggravants non perçus	Facteurs aggravants cités par l'enquêteur sur lesquels la personne ne rebondit pas
Durée du blocage/de la lombalgie	Durée pendant laquelle la personne se sent bloquée ou présente des lombalgies
Périodicité aléatoire	Survenue de crises lombalgiques sans périodicité ni élément déclenchant relevé par le patient
Absence d'hypothèse concernant l'origine	Absence d'hypothèse sur l'origine des lombalgies d'après la personne
Croyance lombalgie	Ce que la personne projette sur la lombalgie comme signification
Historique des lombalgies	Antécédents personnels liés au rachis
Antécédents familiaux lombalgiques	Antécédents de lombalgie dans la famille
Evolution	Récit de l'évolution des perceptions douloureuses et des conséquences fonctionnelles de la lombalgie au fil du temps
Impact de la profession	Activité professionnelle mise en cause par le patient comme élément essentiel dans la survenue/l'aggravation des lombalgies
Impact de la profession non retrouvé	Absence d'influence de l'activité professionnelle sur la lombalgie pour le patient
Impact de l'état psychologique	État psychologique « négatif » (stress, anxiété, dépression) majorant la symptomatologie du

	patient lombalgique
Impact de l'état psychologique non retrouvé	État psychologique du patient n'influençant pas la survenue ou l'aggravation de lombalgie
Impact de la météorologie confirmé	Présence de conditions météorologiques défavorables majorant ou déclenchant la symptomatologie de la personne (d'après le patient)
Impact de la météorologie infirmé	Conditions météorologiques sans impact sur la symptomatologie de la personne (d'après le patient)
Diagnostic retenu	Diagnostic donné par le médecin consécutivement aux investigations et aux examens effectués
Refus par le patient du diagnostic donné	Non adhésion du patient au diagnostic retenu (déni, opposition)
Croyances profanes	Hypothèses diagnostiques, émises par les patients, en l'absence de diagnostic ou lorsqu'ils estiment que le diagnostic posé est erroné
Suspicion d'une étiologie iatrogénique	Interrogation du patient sur l'imputabilité d'une prise en charge médicale spécifique contemporaine du début de ses douleurs
Représentation de la lombalgie	Prise de recul du patient par rapport à sa situation spécifique et description globale de ce que la lombalgie évoque pour lui
Actions douleur	Actions du patient lorsqu'il sent la lombalgie arriver pour limiter/éviter l'installation des symptômes
Facteurs réduisant les douleurs	Description des facteurs entraînant une amélioration des douleurs
Anticipation	Éléments mis en œuvre par le patient pour éviter l'apparition de la douleur ou du blocage
Adaptation	Éléments mis en œuvre par le patient pour éviter que la lombalgie ne s'aggrave
Position antalgique	Posture adoptée par le patient pour réduire ses douleurs
Activité physique	Adaptation de l'activité physique de loisirs du patient à ses problèmes de lombalgie
Automédication	Prise de médicaments en dehors d'une prescription médicale
Influence des proches	Intervention de proches dans le parcours de soin pour inciter ou dissuader le patient d'accéder à certaines prises en charge
Personnalité	États d'esprit des patients qu'ils considèrent comme pouvant avoir une influence sur leur lombalgie
Résilience	Adaptation de la personne à sa situation lui permettant de passer outre ses douleurs pour

	maintenir son projet de vie
Acceptation du statut de malade	Représentation du patient comme souffrant d'une pathologie nécessitant une prise en charge spécifique
Retentissement psychologique des lombalgies	Impact psychologique de la lombalgie
Épuisement	Épuisement psychologique consécutif à l'importance des douleurs et à leur retentissement fonctionnel
Perspective de douleurs constantes	Message retenu des informations données que la douleur sera toujours présente, de façon fluctuante
Retentissement sur le sommeil	Impact de la douleur sur la qualité du sommeil
Retentissement sur la vie quotidienne	Impact de la douleur et de l'impotence fonctionnelle sur les activités quotidiennes habituelles
Retentissement social	Impact de la douleur/du blocage sur l'attitude des proches à l'égard du patient ainsi que sur l'organisation de la vie familiale
Besoin de reconnaissance par les proches	Besoin ressenti par le patient douloureux d'être reconnu par ses proches comme tel
Retentissement sur la vie professionnelle	Impact de la douleur/du blocage sur les activités professionnelles et conséquences sur le maintien de l'activité professionnelle
Adaptation professionnelle	Adaptation de l'environnement du patient lors de son activité professionnelle (adaptation du poste, mécanisation)
Intérêt à la conservation d'une activité professionnelle	Importance accordée par les patients à leur vie professionnelle afin de maintenir leur mode de vie/impact de la mise en invalidité ou du licenciement
Retentissement de la conduite automobile sur la lombalgie	Risque majoré d'apparition de lombalgies lors de la conduite automobile
Absence de retentissement de la conduite automobile sur la lombalgie	Pas d'impact de la conduite automobile sur l'apparition de la lombalgie
Examens complémentaires	Examens paracliniques réalisés pour établir le diagnostic
Étiologie de la lombalgie	Étiologie à l'issue des examens complémentaires
Examens complémentaires non contributifs	Examens paracliniques effectués n'aboutissant pas à un diagnostic
Demande d'examens complémentaires	Demande d'examens paracliniques par le patient lorsque le médecin n'a pas pris l'initiative de lui en prescrire
Réponse à la demande d'examens complémentaires	Réponse donnée par le médecin suite à la demande d'examens paracliniques faite par le patient ; paroles rapportées par le patient
Traitement médicamenteux	Médicaments prescrits pour traiter la lombalgie

	et son impact fonctionnel
Efficacité médicamenteuse	Satisfaction de l'effet du traitement médicamenteux sur les douleurs et sur la sensation de blocage
Inefficacité médicamenteuse	Insatisfaction de l'effet du traitement médicamenteux sur les douleurs et sur la sensation de blocage
Intolérance médicamenteuse	Effets indésirables imputés par les patients aux médicaments antalgiques ou associés prescrits
Demande d'injections	Désir par le patient d'avoir une prescription de médicaments injectables (intramusculaire ou infiltration)
Réponse du médecin vis-à-vis de la demande d'injection	Réponse apportée par le médecin à la demande de « piqûre » de la part du patient ; paroles rapportées par le patient
Efficacité des injections	Perception par le patient d'une efficacité supérieure des injections/traitements per os
Méfiance vis-à-vis des injections	Scepticisme sur la composition des produits présents dans les infiltrations, en particulier vis-à-vis des conséquences générales à long terme
Intolérance aux infiltrations	Mauvaise tolérance du patient à l'égard des infiltrations (en particulier douleur liée au geste)
Chronologie des thérapies proposées	Étapes que les soignants veulent respecter avant de tester une nouvelle approche thérapeutique
Prise en charge non médicamenteuse	Liste des techniques paramédicales prescrites
Efficacité (limitée) des thérapies non médicamenteuses	Efficacité (à court terme) de la kinésithérapie, TENS...
Inefficacité des thérapies non médicamenteuses	Échec de la kinésithérapie, du TENS...
Demande de thérapies non médicamenteuses	Demande de thérapies non médicamenteuses par le patient lorsque le médecin n'a pas pris l'initiative de lui en prescrire
Réponse à la demande de thérapies non médicamenteuses	Réponse donnée par le médecin, suite à la demande du patient concernant la prescription de thérapies non médicamenteuses (kinésithérapie, TENS...) ; réponse rapportée par le patient
Satisfaction vis-à-vis de la chirurgie	Bénéfice ressenti par le patient du geste opératoire sur sa lombalgie
Éviction de la chirurgie en tant que thérapeutique efficace	Bénéfice d'un geste chirurgical considéré par le patient comme nul
Inquiétudes vis-à-vis de la chirurgie	Réticence du patient à la chirurgie et crainte de complications secondaires
La chirurgie en dernier recours	Possibilité envisagée par le patient en cas d'échec des autres propositions thérapeutiques
Alternatives thérapeutiques testées	Réponse positive aux questions de l'enquêteur concernant l'essai de méthodes allopathiques

Thérapeutiques alternatives non testées	Réponse négative aux questions de l'enquêteur concernant l'essai de méthodes allopathiques
Efficacité (limitée) des techniques alternatives	Satisfaction (relative) à l'égard de l'efficacité des thérapies sur l'intensité et/ou la durée du soulagement
Inefficacité des techniques alternatives	Résultat des thérapies non concluant concernant l'intensité et/ou la durée du soulagement
Freins à la réalisation d'une cure thermale	Motifs divers pouvant empêcher la réalisation de cures thermales
Efficacité du thermalisme	Témoignage par le patient d'une amélioration durable des symptômes, consécutivement à la réalisation d'une cure thermale
Aides techniques	Aides mécaniques dans la prise en charge de la lombalgie
Efficacité des aides techniques	Efficacité apportée par une aide mécanique temporaire sur la symptomatologie
Inefficacité des aides techniques	Inefficacité apportée par une aide mécanique temporaire sur la symptomatologie
Intolérance des aides techniques	Gêne liée à l'utilisation d'une aide technique ne motivant pas son utilisation
Soutien psychologique	Consultation d'un professionnel de santé spécialisé dans la psychologie ou la psychiatrie
Place du médecin généraliste dans l'information du patient	Importance du médecin généraliste dans le parcours de soins
Rôle du médecin généraliste dans l'amélioration de la symptomatologie	Réduction de la douleur et amélioration fonctionnelle ressenties par le patient suite à l'intervention du médecin généraliste
Attentes du patient	Souhaits émis par le patient concernant la mise en place d'action ayant pour objectif final une amélioration de sa symptomatologie
Adhésion du patient au traitement	Éléments fournis par le professionnel de santé permettant la coopération du patient vis-à-vis de son traitement
Désaccord du patient à l'égard du traitement	Patient non convaincu par le professionnel de santé concernant le traitement proposé
Acceptation de la prise en charge par le patient	Éléments fournis par le professionnel de santé permettant la coopération du patient vis-à-vis du parcours de soin
Désaccord du patient à l'égard de la prise en charge	Patient non convaincu par le professionnel de santé concernant la prise en charge proposée
Satisfaction vis-à-vis de la prise en charge du généraliste	Mise en évidence de critères de satisfaction par le patient, validant a posteriori la prise en charge proposée par le médecin généraliste
Insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge du généraliste	Mise en évidence de critères d'insatisfaction par le patient, discréditant a posteriori la prise en charge proposée par le médecin généraliste
Satisfaction vis-à-vis de la prise en charge	Mise en évidence de critères de satisfaction par le

des spécialistes	patient, validant a posteriori la prise en charge proposée par le spécialiste
Insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge des spécialistes	Mise en évidence de critères d'insatisfaction par le patient, discréditant a posteriori la prise en charge proposée par le spécialiste
Rapport de confiance entre le patient et le médecin généraliste	Relation de confiance établie entre le généraliste et son patient

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La lombalgie aiguë commune est un motif de consultation fréquent en médecine générale. Sa chronicisation a un impact indéniable sur le plan socio-économique. L'association entre différents facteurs multimodaux et la chronicisation de la douleur chez le lombalgique est mise en exergue dans certaines études, mais le lien de causalité n'a pu être démontré. L'évolution spontanée est **généralement** favorable mais nombreux sont les patients qui consultent.

Par cette étude, nous cherchons à mettre en évidence les éléments associés au recours au médecin généraliste des patients souffrant de lombalgies communes.

L'objectif secondaire est d'évaluer la satisfaction des patients par rapport à la consultation effectuée.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative à l'aide de douze entretiens semi-dirigés de patients ayant été préalablement recrutés par des médecins généralistes lorrains lors d'une consultation pour lombalgie aiguë commune.

Les patients interviewés présentent des symptômes récurrents. Les résultats montrent qu'ils possèdent des moyens personnels pour remédier à la douleur. Quand celle-ci persiste, ils se tournent vers leur médecin généraliste. Leurs principales doléances concernent l'attente d'une écoute active de la part du praticien, la pose d'un diagnostic, la réception d'un traitement individualisé et efficace.

Dans l'ensemble, ils se disent satisfaits de l'information délivrée par leur médecin, mais leur restitution de l'information est souvent lacunaire. De plus, la récurrence des symptômes et ses conséquences sur le plan professionnel a un impact psychologique non négligeable. La prise en charge—doit être personnalisée, pluridisciplinaire et d'ordre biopsychosocial. Il serait souhaitable que de nouvelles recommandations concernant la lombalgie aiguë récidivante soient émises.

TITRE EN ANGLAIS

PATIENTS' EXPECTATIONS AND BELIEFS WHEN CONSULTING FOR LOW BACK PAIN IN GENERAL MEDICINE

THÈSE :

MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS :

Médecine générale, lumbago, lombalgie aiguë commune, entretiens semi-dirigés, déterminants biopsychosociaux

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
