UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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-theses-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

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
2010

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N °

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Aurélie BRANDT
le 25 mai 2010

Comment optimiser la prise en charge des lombalgiques chroniques par le médecin généraliste en utilisant des ressources multidisciplinaires?

-entretiens auprès de 22 professionnels de santé de Moselle-

Examinateurs de la thèse :

M. Jean PAYSANT	Professeur		Président
M. Jean-Pierre DESCHAMPS	Professeur	}	
M. Pierre GILLET	Professeur	}	
M. Francis GUILLEMIN	Professeur	}	Juges
Mme Élisabeth STEYER	Docteur en Médecine-Maître de conférence	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	**Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
- 1er Cycle :	**Professeur Bernard FOLIGUET**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- DPC :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère 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
2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT
2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

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

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

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

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

I. Introduction....4
II. La lombalgie chronique....6
A) Contexte 6
1. Épidémiologie 6
2. Les principaux facteurs de risque....7
3. Incidences socio-économiques....8
B) Définition.... 9
C) Évolution 10
D) Diagnostic.... 12
1. Lombalgies symptomatiques....12
2. Les lombalgies communes....13
3. Recherche des facteurs de risque et de chronicisation 14
E) La prise en charge de la lombalgie.... 16
1. La prise en charge classique de la lombalgie....16
2. Concept de multidisciplinarité 16
III. Méthodologie 19
A) Méthode du recueil de données. 19
1. Guide d'entretien 19
2. La réalisation des entretiens....20
3. Le recueil de données 20
4. L'analyse des entretiens 20
B) Les professionnels sollicités. 21
1. Les domaines de compétence....21
2. Panel des professionnels interrogés....22
IV. Résultats 24
A) Analyse des entretiens des médecins généralistes 24
1. Prise en charge diagnostique 24
2. Prise en charge thérapeutique....24
3. Place de l'éducation et des conseils....25
4. Implication du patient 26
5. Recours à un autre professionnel....26
6. Communication interprofessionnelle....29
B) Analyse des entretiens des médecins rééducateurs 30
1. Prise en charge diagnostique....30
2. Prise en charge thérapeutique....31
3. Moment d'intervention....32
4. Éducation/conseils aux patients 32
5. Implication du patient....33
6. Recours aux autres professionnels 33
7. Communication interprofessionnelle....37
C) Analyse des entretiens des rhumatologues 39
1. Prise en charge diagnostique....39
2. Prise en charge thérapeutique....39
3. Moment d'intervention....40
4. Éducation/conseils aux patients 41
5. Implication du patient....41
6. Recours aux autres professionnels 42
7. Communication interprofessionnelle....46

D) Analyse des entretiens des kinésithérapeutes 48
1. La prise en charge kinésithérapique 48
2. Le nombre de séances 50
3. Place de l'éducation 51
4. Informations attendues 52
5. Informations transmises 53
6. Communication interprofessionnelle 53
7. Résultats de la kinésithérapie : 54
8. Motivation du patient 55
9. Vision holistique du patient : 55
10. Ceintures de soutien lombaire 55
E) Analyse de l'entretien avec le médecin thermal 56
1. La prise en charge en médecine thermale 56
2. Éducation / conseils donnés aux patients 56
3. Réticences 57
4. Communication interprofessionnelle 57
5. Résultats 58
6. Implication 58
V. Discussion 59
A) Discussion sur la méthode 59
1. Choix du sujet 59
2. Choix de la méthode 59
3. Sur l'échantillon 59
4. Sur le recueil des données 60
5. Sur le traitement de l'information 60
B) Discussion sur les résultats 61
1. Prise en charge des médecins généralistes 61
2. Comment optimiser la prise en charge du patient lombalgique chronique 72
VI. Conclusion 85
VII. Bibliographie 87
Annexes 93
A) Annexe 1 : guides d'entretien 94
B) Annexe 2 : Verbatim 95
1. Entretiens des médecins généralistes 95
2. Entretiens des Médecins réadaptateurs 100
3. Entretiens des rhumatologues 108
4. Entretiens des kinésithérapeutes 115
5. Entretien du médecin thermal 121
C) Annexe 2 : Unités d'analyse 124
1. Unités d'analyse médecins généralistes 124
2. Unités d'analyse médecins réadaptateurs 128
3. Unités d'analyse rhumatologues 133
4. Unités d'analyse kinésithérapeutes 139
5. Unités d'analyse médecin thermal 143

I. Introduction

"Le mal de dos, mal du siècle ?". Il ne semble plus nécessaire de préciser à quel siècle on se réfère tant cette pathologie paraît inscrite dans l'histoire de l'espèce humaine. Le mal de dos appartient désormais au sens commun, à notre mode de vie : l'injonction des parents "tiens-toi droit", le sac de l'écolier trop lourd, les raideurs matinales de l'adulte, la sortie du siège de voiture problématique, le vieillard courbé sur sa canne, autant de clichés qui nous renvoient à des réalités douloureuses vécues ou du moins connues de chacun. Quatre personnes sur cinq dit-on! Est-ce le prix à payer pour le privilège de se tenir debout sur nos seules jambes comme nous le suggèrent certains anthropologistes ?

Certes, si l'ingéniosité humaine a parfois permis de pallier les difficultés du quotidien, citons en vrac sièges ergonomiques, coussins chauffants, ceintures lombaires, pommades et autres solutions miracles que proposent certaines publicités… nombreuses sont les publications, les recherches, les recommandations qui existent dans ce domaine. Et nombreux sont les professionnels du monde médical qui sont mobilisés pour apporter des réponses attendues face à cette pathologie. En effet, "le mal de dos" se décline de façon multiforme comme nous le verrons et explique le désarroi de nombreux médecins généralistes lorsqu'il s'agit d'évaluer l'exacte nature de la pathologie d'un patient qui se plaint d'un "mal au dos".

Confrontés nous-mêmes à cette difficulté d'émettre un diagnostic, nous avons cherché sinon des certitudes, au moins des "ressources" auprès des différents professionnels dans le traitement de la lombalgie. La complexité du système de soin que nous avons sollicité, et qui s'est confirmée au cours de notre recherche, ne nous confortait pas dans la réponse à apporter dans l'urgence, au patient présent devant nous. Face à l'offre de soin existante, comment le médecin était-il en mesure de prendre la bonne décision ?

Aussi notre travail s'est-il orienté vers l'étude des moyens d'optimisation de la prise en charge des lombalgies chroniques par le médecin généraliste en utilisant les ressources multidisciplinaires. Pour ce faire, nous avons sollicité 22 professionnels de Moselle concernés par la lombalgie.

Ce projet allait obligatoirement remettre en cause des pratiques. Pour qu'il soit

fédérateur, un objectif dominant devait s'imposer.

Ainsi, nous pensons qu'en mettant le patient au centre du dispositif de soin, en l'écoutant, en l'éduquant et en l'impliquant, cela entraînerait un changement de méthodes et de pratiques, auprès de l'ensemble des professionnels concernés. D'une offre de soin "éclatée", on devrait tendre à un travail en équipe, à une véritable multidisciplinarité et que celle-ci reposerait sur trois piliers fondamentaux : la coordination, la communication et enfin la connaissance/reconnaissance.

Nous présenterons donc dans une première partie le contexte propre à cette pathologie : comment la définit-on, quelle est son épidémiologie, quel est son coût, comment sont établies prises en charge diagnostique et thérapeutique, et quelle est l'offre de soin existante.

Ensuite dans une seconde partie, nous préciserons la méthodologie que nous avons mise en œuvre : recueil de données au cours d'entretiens, méthode d'analyse des informations et choix des professionnels.

La troisième partie sera consacrée à l'exploitation des données recueillies lors des entretiens organisés par domaine de compétence.

Enfin dans la dernière partie nous questionnerons notre travail autant dans sa dimension méthodologique que sur ses résultats. Après avoir abordé les pratiques existantes nous proposerons les pistes d'amélioration qui ont émergées de l'analyse des entretiens : faire vivre une multidisciplinarité en mettant le patient au centre du dispositif de soin.

II. La lombalgie chronique

A) Contexte

1. Épidémiologie

Si le mal de dos est considéré comme le mal du siècle c'est parce que, suivant les sources, 70 à 85 % de la population serait concernée. Près de 4 personnes sur 5 ont connu une douleur lombaire à un moment de leur vie (1)!

En 1995 une enquête réalisée par le CREDOC, a montré que 70 % des adultes déclaraient souffrir ou avoir souffert de lombalgie au cours de leur vie. Parmi ces personnes atteintes, 47 % en avaient souffert dans le mois précédant l'enquête (2).

Plus récemment, l'Enquête Décennale Santé réalisée par l'INSEE entre 2002 et 2003 (3), montre une prévalence annuelle des lombalgies d' « au moins 1 jour » de 54% chez les hommes et 57% chez les femmes. Celle de « plus de 30 jours » est quant à elle de 15.4% chez les hommes et 18.9% chez les femmes. Elle augmente avec la durée d'exposition (postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail et port de charges lourdes durant le travail) et avec l'âge.

Pour documenter la fréquence des incapacités et handicaps et les facteurs liés à cette diminution, l'INSEE a mené l'enquête **HID** (Handicap-Incapacité-Dépendance) en 1999, auprès des ménages pour la tranche d'âge 30-64 ans et une étape longitudinale en 2001 qui a permis d'étudier le devenir des sujets classés lombalgiques en 1999. Les sujets sont classés « lombalgiques » quand ils présentent une incapacité (difficulté ou limitation depuis 6 mois, ou devant durer plus de 6 mois, besoin d'aide, prothèse, perception d'une rente ou source de revenu due à un problème de santé). La fréquence de lombalgiques est de 7,9% pour les hommes et de 7,5% pour les femmes. De plus, on note des inégalités intervenant tout au long de la vie : être enfant de cadre ou de profession intermédiaire est un facteur protecteur vis-à-vis d'une lombalgie invalidante à l'âge adulte ; exercer une profession ouvrière, particulièrement parmi les hommes, est un facteur de risque très important et, une fois que la lombalgie est établie, l'avenir professionnel est compromis (4).

Une étude britannique (5), réalisée en 1996, chez des sujets de 25 à 64 ans, confirme les chiffres cités : les prévalences « vie entière », « sur 12 mois » et « instantanées » étaient respectivement de 59 %, de 39 % et de 19 %. L'incidence annuelle, c'est-à-dire la fréquence

en un an de lombalgies «nouvelles» était de 4,7 %. Sur un an, les épisodes aigus de moins de 2 semaines étaient de 50,3 %, les épisodes subaigus de 2 semaines à 3 mois étaient de 21 %, et les épisodes chroniques de plus de 3 mois de 26 %. Concernant le recours aux soins, 51,3 % des lombalgiques déclaraient ne pas avoir consulté de professionnels de santé pour leur douleur lombaire pendant cette période de 12 mois. Parmi les sujets lombalgiques en activité, seuls 21,8 % avaient eu un arrêt de travail du fait de leur lombalgie.

Notons cependant que les études sont difficilement comparables: définitions différentes, diversité des méthodologies, des périodes de référence, intensité de la douleur, autant d'éléments qui interfèrent et qui rendent les comparaisons délicates. Pour compléter, il faut préciser que les données épidémiologiques présentées dans la littérature sont dépendantes du système de santé dans lequel elles ont été recueillies (6).

En France, la lombalgie est à l'origine de 6 millions de consultations, chez le médecin généraliste dans 90 % des cas. Elle représente la troisième cause de consultation en médecine générale pour les hommes (7% des consultations) et la sixième pour les femmes (6% des consultations), près du tiers des actes de kinésithérapie, 2,5 % de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses et de 5 à 10 % des actes de radiologie. La lombalgie est aussi à l'origine de 13% des accidents de travail. Elle est la première cause d'invalidité chez les moins de 45 ans, la première cause d'arrêt de travail (dont la durée moyenne est de 33 jours, représentant une perte annuelle de 3 600 000 journées de travail) et la première cause de maladies d'origine professionnelle (7).

Encore faut-il mentionner qu'environ la moitié des lombalgies ne font pas l'objet d'une consultation médicale, et que seule une lombalgie sur cinq, environ, entraîne un arrêt de travail (5).

Aux États-Unis, la lombalgie est la cause la plus habituelle de limitation d'activité chez les jeunes de moins de 45 ans. C'est la 2e cause de consultation médicale, la 5e cause d'admission à l'hôpital et la 3e cause de chirurgie (8).

2. Les principaux facteurs de risque

Si, dans la plupart des cas de lombalgie on ne peut identifier une cause unique, il existe néanmoins trois types de facteurs de risque avérés (9) :

- Les facteurs personnels tels que le sexe, l'âge, la taille, le poids, le type de

personnalité

- Les facteurs d'exposition à des agents de pénibilité physique au travail et hors travail
- Les facteurs psychosociaux: il s'agit de contraintes qui se situent à l'intersection des dimensions individuelle, collective et organisationnelle de l'activité professionnelle telles que la monotonie des tâches, les contraintes de temps, le manque de latitude dans l'exécution des tâches,…

Il en résulte que certaines professions sont plus particulièrement exposées au risque lombalgique:

- Les métiers du bâtiment et travaux publics
- Les métiers du transport professionnel
- Les aides-soignantes et infirmières,
- Les mécaniciens, les personnels de nettoyage et de service et les coiffeurs.

Cette pathologie est préoccupante au point que lorsqu'elle est établie, l'avenir professionnel du patient est compromis. Cependant, en dépit des limitations dont ils souffrent, une grande majorité des lombalgiques reste en activité (4)

3. Incidences socio-économiques

A ce tableau inquiétant, il faut ajouter les coûts que cette pathologie engendre. Ils sont de deux natures : d'une part les coûts directs qui comprennent les coûts médicaux et paramédicaux associés au diagnostic et à la prise en charge de la lombalgie et d'autre part les coûts indirects qui représentent les coûts associés à l'absentéisme du fait d'une lombalgie : indemnités, pertes de production et de productivité. Certains travaux (10, 11, 12) mettent en évidence une très nette prédominance des coûts indirects sur les coûts directs. Ainsi, si le premier est évalué à 1,4 milliards d'euros et représente 1,6% des dépenses de santé, le second est 5 à 10 fois plus important et s'explique en grande partie par les frais que représentent les indemnités journalières : par exemple, la lombalgie est le motif de 13,4 % des cas d'obtention d'indemnités journalières chez les artisans ou commerçants indépendants, et de 12,6 % des jours indemnisés.

Mais 70% à 80% des sommes dépensées sont imputables aux seuls patients lombalgiques chroniques qui ne représentent que 5% à 10% des lombalgiques (6).

Signalons encore une étude locale, réalisée par la CPAM de Metz en 1998, estime à 15000 euros le coût global de la prise en charge par patient (de 1769 à 47876 euros), chez des

patients en arrêt depuis plus de 3 mois. Le poste de dépense le plus important est celui des indemnités journalières versées pour arrêt de travail correspondant à la moitié du coût, ce qui souligne le retentissement social particulier de cette affection (13).

Les études étrangères mentionnées dans la littérature sont quelques peu différentes : aux USA Webster et Snook estiment le coût moyen de la prise en charge de patient opérés par discectomie à 6807 euros, avec un coût médian de 391 euros (14), en Suisse, le coût moyen d'un cas de lombalgie traité en ambulatoire était estimé à 1088 euros (15) ce qui correspond au tiers des coûts français mais s'explique en partie en raison de l'échantillonnage de lombalgies qualifiées de « sévères » chez nous.

Combattre "le mal de dos" s'avère donc doublement important et nécessaire : soulager des patients qui souffrent mais également réduire le coût social induit, particulièrement élevé.

B) Définition

Le terme lombalgie désigne une douleur de siège lombaire sans préjuger des causes de ce symptôme (16). La notion essentielle est donc la douleur, définie par l'IASP (Internationale Association for the Study of Pain) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions » (17). Le caractère subjectif, pluridimensionnel et complexe de la douleur est ainsi mis en évidence

En 1993, le Groupe Français d'Étude des Lombalgies (18) précise : « une douleur lombosacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou, mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée. Elle est qualifiée de chronique si pendant au moins trois mois, la douleur est quasi quotidienne, sans tendance à l'amélioration ». Outre la durée d'évolution, fixée arbitrairement, cette définition intègre également la topographie des douleurs. Cette définition a été retenue par la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie (19) et l'HAS (Haute Autorité de Santé) en 2000 (20).

Les auteurs s'accordent pour classer les lombalgies en 2 grands groupes :

- les lombalgies symptomatiques (21) ou secondaires (16) : elles correspondent à des affections systémiques (tumeurs, infections, inflammations, fractures...)

- les lombalgies communes ou mécaniques (21) qui représentent la majorité des cas. Le problème « mécanique » présente une composante somatique multifactorielle (musculaire, ligamentaire, articulaire ou discale). Des facteurs fonctionnels et psychologiques peuvent aussi intervenir dans son déterminisme.

Les lombalgies communes sont classées, selon leur durée d'évolution en lombalgies:

- aiguës (moins de 4 à 6 semaines), il s'agit d'une symptomatologie lombaire paroxystique
- subaiguës (depuis plus de 6 semaines mais moins de 3 mois)
- chroniques (depuis plus de 3 mois),

Toutefois, « la littérature scientifique ne justifie pas, dans les cas épisodiques récidivants, une approche différente de celle des cas aigus » (22).

C) Évolution

Il est admis que 90% des épisodes de lombalgie commune guérissent en quatre à six semaines (23,24). Certaines études confirment l'évolution rapidement favorable des épisodes de lombalgie aiguë (25).

L'étude d'une cohorte a confirmé que 8% seulement des patients reconsultaient au-delà du troisième mois. Pourtant un patient sur cinq seulement se considérait comme guéri, et ce taux n'est encore que de un sur quatre après un an d'évolution (26).

De plus, une revue des études épidémiologiques (27) de patients lombalgiques suivis en médecine générale a montré que, après un an, plus de 40% des patients continuaient à souffrir, 15 à 20% avaient encore une incapacité marquée. En ce qui concerne les rechutes, 62% des patients ont eu au moins une rechute dans l'année de suivi. Deux méta-analyses (28, 29) confirment ces données après un an, 62% des patients continuent à souffrir, 44 à 78% ont au moins une rechute dans l'année. Les douleurs et l'invalidité demeurent pratiquement inchangées entre le troisième et le douzième mois.

Ainsi, le pronostic des lombalgies communes aiguës n'est certainement pas aussi bon qu'on l'a dit. L'amélioration de la douleur est importante durant le premier mois d'évolution, mais seulement discrète entre le premier et le troisième mois, et pratiquement nulle entre le troisième et le douzième mois. Comme d'autres, ces données confirment que le "cap critique" se situe entre la sixième et la huitième semaine d'évolution : un malade peu ou pas amélioré à ce stade a de grandes chances de le rester (30).

La lombalgie subaiguë dure entre 6 et 12 semaines. Ce stade de la lombalgie fait l'objet d'une grande attention car, pour de nombreux auteurs, c'est à ce moment que le lombalgique bascule ou non vers la chronicité. Ce risque est évalué par des indicateurs psychosociaux de la difficulté du retour à une activité. Ils peuvent être recherchés dès la phase aiguë, il est indispensable de le faire au début de la phase subaiguë (31).

Aucun signe clinique ou para-clinique n'est caractéristique de la chronicité, la variété est la règle. Les lombalgies chroniques se caractérisent surtout par leur durée. Bien que celle-ci soit discutable, un consensus se dégage sur une durée minimum de 3 mois (32).

L'évolution de ces lombalgies chroniques peut alors se faire vers la persistance de la douleur et des retentissements fonctionnels. Parfois, la douleur va entrainer l'installation d'un syndrome de déconditionnement.

L'idée d'un syndrome de déconditionnement à l'effort et d'une restauration fonctionnelle des patients souffrant de lombalgies chroniques invalidantes a été développée par Tom Mayer et al. à partir de 1985 (33). Le syndrome de déconditionnement survient après quatre à six mois d'inactivité (33).

La crainte de provoquer la douleur conduit à une diminution d'activité et de condition physique (déconditionnement), ce qui va se traduire par une perte de l'endurance cardiovasculaire, de la mobilité musculo-articulaire rachidienne avec une diminution des performances musculaires prédominant sur les extenseurs du rachis et enfin, induire une perte de la coordination gestuelle. L'ensemble peut induire des douleurs musculo-squelettiques, éventuellement chroniques.

Le déconditionnement physique combiné aux facteurs psycho-sociaux (augmentation des scores d'anxiété et de dépression) va provoquer un cercle vicieux entre déstabilisation articulaire et altérations de la thymie susceptibles d'abaisser le seuil douloureux. Au final, une situation de déficiences organiques et fonctionnelles, diminuant l'activité puis la participation du sujet. Il est donc de première importance de remonter à la source en corrigeant le déconditionnement (34).

D'autres classifications des lombalgies ont été proposées, en autre, la classification du GILL qui émane des travaux effectués à GRENOBLE. Elle vise à séparer différents types de lombalgies en fonction de leur place dans le domaine de la santé publique et des moyens spécifiques qui peuvent leur être opposés (35) :

- *Lombalgie primaire* : premier épisode douloureux, de durée le plus souvent limitée,

capable d'être prévenue par les moyens de prévention primaire.

- *Lombalgie secondaire* : forme récidivante, susceptible de gêner les activités quotidiennes et d'entraîner un retentissement psychologique. Elle peut être prévenue par les moyens de prévention secondaire, en particulier dans les écoles du dos médicalisées.
- *Lombalgie tertiaire* : forme chronique et invalidante, responsable de désinsertion sociale, professionnelle et psychologique. Elle nécessite la mise en œuvre de compétences et de mesures pluridisciplinaires orientées vers la reprise précoce des activités et la réinsertion du sujet, si possible dans son cadre de vie antérieur.

Pour conclure, notons que la classification actuelle des lombalgies ne correspond pas aux données observées en pratique. Dans la majorité des cas, la lombalgie commune est une affection récurrente, et non aiguë ou chronique selon les critères habituels.

D) Diagnostic

Il est classique de dire que la lombalgie est plus un symptôme qu'une maladie. Cela sous-entend que pour toute lombalgie, on devrait retrouver une pathologie sous-jacente pouvant l'expliquer. Il suffirait alors d'en faire le diagnostic et d'instituer le traitement approprié. Or, dans la majorité des cas, il n'est pas possible d'identifier le mécanisme physiopathologique.

A l'instar de sa pratique dans d'autres affections, le médecin généraliste s'appuie sur les recommandations nationales ou internationales et sur son expérience personnelle, pour orienter au mieux le cheminement du patient dans cette prise en charge.

Trois catégories de lombalgies ont été identifiées: les lombalgies symptomatiques, d'origine viscérales et communes. Le diagnostic est parfois délicat car le patient peut présenter plusieurs symptômes non concordants.

1. Lombalgies symptomatiques

L'évaluation initiale du patient, recommandée par l'HAS (20), doit permettre d'identifier les lombalgies dites symptomatiques selon 4 dominantes:

– en faveur d'une fracture : une notion de traumatisme ou d'ostéoporose, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 60 ans ;

– en faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique.

– en faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, un contexte d'immunodépression, d'infection urinaire, de prise de drogue intraveineuse, de prise prolongée de corticoïdes.

– en faveur d'une pathologie inflammatoire : début progressif avant l'âge de 40 ans, forte raideur matinale, atteinte des articulations périphériques, iritis, signes d'appel cutanés, colites, écoulement urétral, antécédent familial de spondylarthropathie.

Afin d'exclure une pathologie sous-jacente, il semble important de rechercher des signes d'alerte évoquant une origine spécifique des lombalgies (36) : (tableau I)

Tableau I : signes d'alerte

• <20 ans, > 50 ans • Antécédents personnels de néoplasie • Perte de poids inexpliquée • Traumatisme significatif • Douleur progressive • Pas de modification au repos • Douleur nocturne périodique	• Augmentation en décubitus dorsal • Raideur matinale > 60 minutes • Toxicomanie IV • Corticothérapie au long court • Infection urinaire • Infection cutanée • Troubles sphinctériens

Après avoir éliminé les lombalgies symptomatiques, il convient de s'intéresser aux lombalgies symptomatique d'une affection viscérale (37) :

- urologique (hydronéphrose, tumeur, infection...) ;
- digestive (ulcère duodénal, pancréas, côlon...) ;
- gynécologique ;
- vasculaire (anévrysme aortique...) ;
- adénopathies, fibrose rétropéritonéale.

2. Les lombalgies communes

Enfin lorsque les signes cliniques permettent d'éliminer les deux classes de lombalgie précédentes et que le médecin se trouve en face de lombalgies d'horaire purement mécaniques, on parle alors de lombalgies communes. En fonction de l'anamnèse, de l'examen

clinique et des examens complémentaires, on peut suggérer un diagnostic anatomique. Toutefois, dans plus de 50% des cas, aucun diagnostic lésionnel précis ne peut être porté (38). Il existe de nombreuses étiologies aux lombalgies chroniques communes. On retrouve dans le tableau II, des étiologies décrites par Poiraudeau et classées en fonction des thérapeutiques disponibles (38) .

Tableau II : Étiologies des lombalgies chroniques

1. Étiologies susceptibles d'entraîner un traitement adapté et simple :

- Syndrome des articulaires postérieures
- Arthrose interépineuse (syndrome de Baastrup)
- Compression du rameau postérieur de D12 (syndrome de Maigne)

2. Lésions anatomiques pouvant conduire à un traitement local chirurgical en cas de lombalgies rebelles et invalidantes :

- Spondylolisthésis
- Déformations rachidiennes

3. Étiologies difficiles à démontrer ou conduisant rarement à un traitement spécifique :

- Lombalgies d'origine discale
- Instabilité lombaire
- Sac dural large
- Lombalgies résiduelles après nucléolyse ou discectomie chirurgicale
- Sclérose vertébrale idiopathique
- Hyperostose vertébrale diffuse idiopathique (syndrome de Forestier)

Enfin, on peut retrouver des lombalgies purement fonctionnelles qui sont rares et difficiles à affirmer (38).

3. Recherche des facteurs de risque et de chronicisation

Pour compléter le diagnostic, le médecin doit procéder à une recherche des facteurs de risque psychosociaux. Ceux-ci augmentent le risque de chronicisation de la douleur ou d'une invalidité de longue durée. Ils sont regroupés en quatre catégories (travail, comportement, croyance et psychologie) décrites dans le tableau III. Il existe une forte corrélation entre l'invalidité et la présence de facteurs de risque psychosociaux, alors que la relation est faible entre ces derniers et l'intensité de la douleur. Cette information est utile pour déterminer le pronostic de retour au travail (38) .

Tableau III : Facteurs psycho-sociaux

1.Travail

- Croyance que la douleur doit être disparue avant le retour au travail ou à des activités normales
- Anticipation ou crainte d'une augmentation de la douleur avec l'activité ou le travail
- Perception que le travail est dommageable
- Manque de soutien du milieu du travail
- Antécédents professionnels

2.Comportements

- Attitude passive en réadaptation
- Repos prolongé
- Activités réduites avec diminution marquée des activités de la vie quotidienne
- Évitement des activités normales
- Sommeil perturbé par la douleur
- Augmentation de la consommation d'alcool ou de substances semblables depuis l'apparition de la douleur

3.Croyances

- Croyance que la douleur est dommageable, ce qui entraîne un comportement d'évitement
- Catastrophisme
- Mauvaise interprétation des symptômes organiques
- Douleur impossible à maîtriser
- Suivi des exercices faible
- Attente irréaliste en ce qui a trait à une technique thérapeutique
- Faible degré d'instruction

4.Facteurs psychologiques

- Dépression
- Sentiment d'inutilité
- Irritabilité
- Anxiété en fonction des symptômes
- Désintérêt pour les activités sociales
- Attitude sur-protectrice du conjoint
- Attitude punitive du conjoint
- Manque de soutien pour verbaliser ses problèmes

E) La prise en charge de la lombalgie

1. La prise en charge classique de la lombalgie

Le fonctionnement de notre système de santé amène le patient à consulter en premier lieu le médecin généraliste, son médecin « traitant ». Mais suivant la gravité de sa pathologie, il pourra être orienté vers d'autres spécialistes ou des services plus appropriés. Dans le cas de la lombalgie il existe des structures particulières dédiées. L'offre de soin se présente le plus souvent de cette façon:

- Le médecin généraliste
- Le kinésithérapeute.
- Les spécialistes rhumatologue, rééducateur qui exercent en milieu hospitalier ou privé ou en libéral.
- Les centres de rééducation
- Les centres « anti-douleurs »
- Les réseaux multidisciplinaires institutionnels ou informels.

2. Concept de multidisciplinarité

On parle en médecine de multi- ou pluridisciplinarité lorsque plusieurs personnes d'origines et/ou de compétences différentes s'occupent d'un même problème médical. Il peut s'agir uniquement de médecins : un spécialiste faisant appel à d'autres spécialistes. Il peut s'agir d'un groupe plus étendu d'acteurs de santé, « producteurs de soins », médecins, paramédicaux ou professionnels non médicaux, diversement associés : infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, podologues, psychologues, assistantes sociales et autres travailleurs sociaux…

Selon Euller-Ziegler (39), les conditions nécessaires à un bon fonctionnement de la multidisciplinarité comportent notamment :

- des objectifs clairement identifiés au départ,
- un plan d'actions précis (procédures, interventions thérapeutiques, appréciation des résultats, réajustements, réévaluation),
- une définition précise des caractéristiques des patients pris en charge,
- une définition précise du profil professionnel de chacun, de sa zone de compétences, de ses limites, de son rôle exact. Une équipe, formelle ou informelle, est constituée

sous le signe de la complémentarité sans hiérarchie, mais une coordination doit être exercée par l'un des participants. L'utilisation éventuelle d'un plateau technique doit être organisée et planifiée,

- une fluidité relationnelle et une communication permanente entre les membres de l'équipe, centrées sur le patient (échange d'informations, rencontres fréquentes, au mieux réunions de synthèse de l'équipe pour chaque patient, dossier commun éventuellement) et sur le fonctionnement de la structure multidisciplinaire.
- Une culture médicale commune, à un langage commun (« transdisciplinarité», «interdisciplinarité»).
- Un accord préalable sur les informations à délivrer au malade et à son entourage, tout au long de la démarche.
- Un respect de l'éthique et des règles déontologiques.

Le travail en équipe entraîne une certaine recomposition de l'offre de soins. Tout doit rester centré sur le patient : respect de l'autonomie, confidentialité, information, consentement, participation. Il convient également d'éviter toute détérioration de la relation médecin–malade du fait de l'intervention d'une équipe nombreuse et/ou d'un fonctionnement lourd.

En outre, s'agissant surtout de maladies chroniques, la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique des patients est hautement souhaitable et devrait faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge. Elle implique une formation spécifique des professionnels pour acquérir le profil de compétences adéquat.

Les bénéfices attendus d'un fonctionnement multidisciplinaire sont (39) :

– une amélioration continue de la qualité des soins (démarches diagnostiques, stratégies thérapeutiques, suivi) et de leurs résultats évaluables, par optimisation des ressources.

– une amélioration continue de la satisfaction du patient qui se sent rassuré, intégré au sein d'une équipe où tous luttent ensemble pour sa santé, lui-même étant impliqué dans la conduite de soins standardisés, coordonnés, non redondants et évalués.

– des bénéfices pour les professionnels de santé (vécu et compétences) : amélioration de la qualité des activités médicales et paramédicales (notamment processus décisionnels). La dynamique multidisciplinaire protège les soignants contre la routine, l'ennui et le sentiment d'épuisement et de « vide » professionnel et induit une sécurisation, une solidarité, chacun se

sentant mieux armé pour répondre à des demandes inhabituelles. Elle a un rôle de formation des acteurs entre eux : un enrichissement transprofessionnel contribuant à une culture commune.

– Dans certains cas, des bénéfices dans le domaine de la santé publique : diminution des coûts médicaux, personnels et sociaux et finalement diminution des coûts globaux des maladies.

Nous sommes ici au cœur du concept d'optimisation des ressources à des fins d'efficacité sur lequel nous nous appuierons dans nos propositions lors de la discussion.

III. Méthodologie

La collecte d'information s'est faite sur la base d'entretiens avec des professionnels concernés par la lombalgie.

A) Méthode du recueil de données.

1. Guide d'entretien

La méthode choisie est celle de l'entretien semi-dirigé. Elle se situe à mi-chemin entre l'entrevue structurée par un questionnaire et l'entretien non-dirigé sans aucune règle dont le modèle est le récit de vie. Elle consiste en « une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant ». Il « invite à la répétition, à l'explication, à la description des détails » (40).

Nous avons élaboré un guide d'entretien reposant sur les éléments essentiels de notre questionnement. Ce guide nous permettait de suivre notre ligne directrice tout en conservant une certaine flexibilité.

Il était composé de 3 grandes parties :

- La prise en charge existante du patient lombalgique
- la mise en jeu de la multidisciplinarité dans cette prise en charge
- la communication entre les professionnels concernés

Ce guide d'entretien était adapté à chaque catégorie de professionnels et été testé lors du 1er entretien sans qu'aucun problème de compréhension ne soit apparu. Les questions ont été reformulées pour les rhumatologues et médecins réadaptateurs et le questionnaire revu pour les kinésithérapeutes, les questions sur les examens complémentaires et la deuxième partie n'étant pas adaptée à leur exercice. (Annexe 1)

Le questionnaire a été constitué à partir d'une recherche bibliographique réalisée entre décembre 2008 et Mai 2009 sur Medline, Scholar Google et Science Direct. Les termes MeSH utilisés sont les suivants : « low back pain », « general practice », « chronic disease », « family practice », « pain clinics », « interprofessional relation », « primary care ». Ainsi que

les termes en français suivants pour les recherches sur Scholar Google, et science direct : « lombalgie », « chronique », « multidisciplinaire », « médecin généraliste », « rhumatologue », « médecin rééducateur », « kinésithérapeute », « prise en charge ».

2. La réalisation des entretiens

Nous avons contacté les professionnels par téléphone afin de présenter notre travail de recherche et d'obtenir leur accord de participation. Seuls deux médecins ont refusé par manque de temps.

Ensuite, tous les entretiens se sont déroulés aux cabinets des professionnels et ont été enregistrés. Ils ont eu lieu soit, en début ou fin de consultation, soit sur un créneau réservé pendant leurs consultations et à deux reprises, pendant un jour de congé du médecin.

Ils se sont déroulés entre le mois d'octobre 2009 et janvier 2010.

Chaque entretien commençait par une petite présentation :

« Comme je vous l'ai expliqué au téléphone, je réalise ma thèse sur la prise en charge des lombalgies chroniques par les médecins généralistes et comment l'optimiser en utilisant des ressources multidisciplinaires. Je rencontre donc des médecins généralistes, des rhumatologues, des médecins réadaptateurs et des kinésithérapeutes, pour recueillir leur ressenti sur la prise en charge de ces patients et leur intérêt et leurs réticences pour d'autres modalités plus multidisciplinaires. »

La durée des entretiens a varié de 8 à 35 min pour les médecins et de 5 à 17 min pour les kinésithérapeutes.

3. Le recueil de données

L'intégralité de chaque entretien a été enregistrée puis strictement retranscrite suivant le questionnaire d'entretien, afin de permettre une relecture fidèle et faciliter l'analyse des données. Ils figurent in extenso en annexe. On constitue ainsi le Verbatim. (Annexe2)

Ce travail (environ 2 heures par entretien de 15 minutes) permet de rassembler tout le matériel verbal sans faire de tri.

Il n'y a pas eu de retour des transcriptions des entretiens vers les interviewés.

4. L'analyse des entretiens

Le Verbatim est ensuite découpé en « unité d'analyse », c'est à dire des fragments de

discours, porteur de sens.

Les unités d'analyse sont alors classées et regroupées en catégories. La catégorisation est réalisée suivant la grille d'entretien. (Annexe3)

B) Les professionnels sollicités.

1. Les domaines de compétence

L'enquête a porté sur 4 catégories professionnelles impliquées dans la pathologie lombalgique : les médecins généralistes, les rhumatologues, les médecins rééducateurs et les kinésithérapeutes.

Les professionnels ont été choisi de façon aléatoires dans les pages jaunes, en fonction de leur lieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain) et de leur sexe (uniquement pour les MG), en septembre et octobre 2009. Quelques professionnels ont par contre été sélectionnés sur conseils (d'autres médecins ou de kinésithérapeutes).

Les médecins généralistes devaient exercer une activité libérale et ambulatoire.

Les rhumatologues et médecins réadaptateurs sélectionnés avaient un exercice hospitalier, libéral ou mixte.

Le nombre de professionnels consultés est volontairement limité, l'accent étant mis sur la qualité de l'échange.

Dans la pratique de ce type de recherche, le nombre total d'entretiens se situe en moyenne entre dix et quinze. Le critère utilisé pour la détermination de ce nombre est celui de la saturation théorique, c'est-à-dire que les entrevues sont stoppées quand l'ajout de nouvelles données ne sert plus à améliorer la compréhension que l'on a du phénomène étudié.

Dans notre travail, cette saturation théorique est survenue au 6ème entretien avec les médecins généralistes (le dernier entretien réalisé l'a été auprès d'une femme avec un exercice purement urbain, et comme il n'a pas ajouté de nouvelles données, j'ai estimé que la saturation théorique avait été atteinte), 4ème entretien auprès des rhumatologues, 5ème entretien auprès des médecins rééducateurs et 6ème entretien auprès des kinésithérapeutes.

2. Panel des professionnels interrogés

Vingt-deux professionnels ont participé à notre recherche: 6 médecins généralistes, 4 rhumatologues, 5 médecins rééducateurs, 1 médecin thermal et 6 kinésithérapeutes.

Un médecin exerçant dans un centre de Réadaptation, s'est avéré être médecin généraliste de formation, n'exerçant plus la médecine générale classique, mais uniquement de la rééducation. Ses réponses ont été analysées et inclues dans le groupe des médecins réadaptateurs.

Un médecin thermal, médecin généraliste de formation a aussi été interrogé. Son activité étant uniquement thérapeutique, ses réponses n'ont pas été inclues dans le groupe des médecins généralistes.

1. Médecins généralistes

Parmi les médecins généralistes, ont été interrogés 4 hommes et 2 femmes.

Les médecins généralistes ont entre 31 et 59 ans, avec un âge moyen de 46,33 ans. Leur exercice est semi rural pour 3 d'entre eux et urbain pour les 3 autres. Je n'ai interrogé que des médecins installés en cabinet libéral.

MG1 a une formation de mésothérapie.

	Sexe	Lieu d'exercice	Age
MG1	Homme	Semi-rural	31 ans
MG2	Homme	Urbain	46 ans
MG3	Homme	Semi-rural	59 ans
MG4	Homme	Semi-rural	50 ans
MG5	Femme	Urbain	47 ans
MG6	Femme	Urbain	45 ans

2. Rhumatologues

Parmi les rhumatologues, il y avait 3 hommes et une femme. Trois d'entre eux avaient une activité uniquement libérale, le dernier avait une activité mixte, libérale en cabinet et hospitalière, ambulatoire et d'hospitalisation.

	Sexe	Type D'exercice	Age
Rhum1	Femme	Mixte	58 ans
Rhum2	Homme	Libérale	65 ans
Rhum3	Homme	Libérale	53 ans
Rhum4	Homme	Libérale	60 ans

3. Médecins rééducateurs

Parmi les médecins rééducateurs, il y avait 3 femmes et 2 hommes. Deux médecins avaient une activité uniquement hospitalière (consultations ambulatoire et secteur d'hospitalisation), 2 avaient une activité mixte en cabinet libéral et hospitalière, et les 2 derniers avaient une activité uniquement libérale en cabinet.

	Sexe	Type D'exercice	Age
MPR1	Femme	Hospitalier	52 ans
MPR2	Femme	Mixte	48 ans
MPR3	Femme	Libérale	52 ans
MPR4	Homme	Libérale	57 ans
MPR5	Homme	Hospitalier	52 ans

4. Kinésithérapeutes

Parmi les kinésithérapeutes, il y avait 5 hommes et 1 femme. Tous exerçaient en cabinet libéral, une activité rurale et semi-rurale pour 4 d'entre eux et urbaine pour 2 d'entre eux.

Trois kinésithérapeutes avaient une formation en ostéopathie.

	Sexe	Lieu d'exercice	
Kiné1	Homme	Semi-rural	Ostéopathe
Kiné2	Homme	Rural	Ostéopathe-microkinésithérapie
Kiné3	Homme	Rural	Ostéopathe
Kiné4	Femme	Rural	
Kiné5	Homme	Urbain	
Kiné6	Homme	Urbain	

IV. Résultats

A) Analyse des entretiens des médecins généralistes

1. Prise en charge diagnostique

L'interrogatoire a été cité par la plupart des médecins généralistes (MG1-4-5-6) et une fois détaillé : *« date de début de la douleur, caractéristiques, définir le caractère inflammatoire ou mécanique... »* (MG1), accompagné par les antécédents (MG2-4-5)

Deux médecins font aussi une recherche des facteurs environnementaux : contexte, âge, profession. (MG1-5)

Puis, l'examen clinique revient de façon systématique : *« inspection-palpation »*MG1

La prise en charge diffère alors selon les médecins. L'examen cité systématiquement est la radiologie qui est réalisée soit directement : *« MG1 : les examens complémentaires avec une radio, c'est la base même si souvent un peu décevant parce qu'on ne voit pas grand chose. » ; « MG3 : soit la lombalgie est très forte d'emblée un scanner, si moins violant je demande une radio » ; « MG5 : En général on a une radio qui nous permet de voir l'arthrose, les discopathies »*, soit en fonction de l'examen clinique (MG2-MG6), soit devant la sévérité du tableau initial ou en 2e intention (MG4).

Seuls 2 médecins disent réaliser un scanner « *systématiquement avant 3 mois* » (MG3) ou « *éventuellement* » (MG4), alors qu'un autre explique ne jamais l'utiliser « *pour les lombalgies simples* ». (MG5)

Deux médecins parlent de biologie : un la réalise de façon systématique (MG1), l'autre en fonction de l'examen clinique (MG4).

2. Prise en charge thérapeutique

Au niveau de la thérapeutique, la prise en charge est surtout basée sur le traitement médicamenteux antalgique, allant du palier 1 au palier 3 (MG1-2-4-5-6), associé parfois à un AINS (MG2-3-4) ou un décontracturant musculaire (MG2-3). Un médecin dit parfois prescrire un antiépileptique comme le Lyrica lorsqu'il existe une neuropathie.(MG4).

La ceinture de soutien lombaire est aussi un outil thérapeutique utilisé par un médecin qui estime qu'elles « *donnent de bons résultats avec des antalgiques de niveau 1. »* (MG2)

Un médecin, diplômé en mésothérapie, dit aussi proposer, systématiquement en 1ère

intention, la mésothérapie, soit en traitement d'entretien, soit en phase d'exacerbation. (MG1)

Enfin, un médecin considère qu'intervenir sur les facteurs environnementaux fait partie intégrante du traitement initial, ainsi qu'enseigner les mesures de protection lombaire. (MG1)

3. Place de l'éducation et des conseils

La place accordée à l'éducation et aux conseils est très variable parmi les médecins. Certains lui attribuent une place importante et s'occupent eux-même d'apprendre aux patients les mesures de protection lombaire :

MG6 : « *J'accorde une grande place pour les conseils et l'éducation. Je l'aborde moi-même en consultation, je montre aux patients quelques mouvements.* »

MG4 : « *C'est abordé dès la 1ère consultation et en fonction de la réponse du patient j'approfondis directement, ou alors j'essaie de le réintroduire lors d'une autre consultation.* »

MG5 : *« J'en parle (…). J'ai des petites fiches conseils que je commente en les remettant aux patients.* »

Un médecin reconnaît ne pas trouver le temps d'aborder la question au cours d'une consultation, en reconnaissant toutefois le caractère important de l'éducation :

MG1 : « *C'est important, j'essaie, mais c'est pas évident de prendre le temps dans une consultation de 15 min pour discuter de ça.* »

Deux médecins avouent ne pas aborder ce problème :

MG2 : « *Honnêtement zéro parce que je m'aperçois, avec l'expérience, qu'on a beau répéter les choses, c'est toujours les mêmes personnes qui reviennent avec les mêmes lombalgies à qui on a déjà expliqué ce qu'il fallait faire et ce qu'il ne fallait pas faire, avec des prescriptions de kinésithérapie, des conseils d'hygiène lombaire, le verrouillage lombaire, les techniques d'économie rachidienne... Très, très peu de gens mettent en pratique.* »

MG3 : « *Non.* »

Mais la plupart des médecins comptent sur les kinésithérapeutes pour approfondir la question et mettre en pratique les conseils délivrés (MG5, MG6), ou tout simplement pour aborder la question (MG4, MG1).

4. Implication du patient

Pour tous les médecins généralistes, l'implication varie selon les patients. (MG1-2-3-4-5-6)

Certains considèrent que « *le patient est impliqué uniquement tant qu'il a mal* » (MG2), ou que «*quand le patient est au début de la pathologie, il est plus impliqué qu'à la fin. »* (MG4).

MG1 : « *Par contre, si ça survient en fin de consultation avec un patient qui dit qu'il a mal au dos et qu'on ne peut rien y faire, je lui propose de le revoir exclusivement pour ce problème, à ce moment c'est lui qui choisit s'il veut s'investir, en revenant consulter ou pas. »*

Le motif d'implication peut aussi varier : « [ils] *sont parfois demandeurs d'examens complémentaires, de solutions radicales. »* (MG5)

5. Recours à un autre professionnel.

a) Motif de recours

C'est souvent l'échec du traitement antalgique qui pousse les médecins généralistes à recourir à un autre professionnel (MG1-MG2-MG3-MG4) MG5 : « *quand j'ai épuisé tout ce que je peux faire, je passe la main.* »

Parfois, ce sont des points d'appel à l'examen clinique ou aux résultats des examens complémentaires qui orientent directement chez un rhumatologue ou un médecin rééducateur. (MG1-MG4)

Enfin, c'est l'intensité de la douleur initiale qui peut être un motif de recours. (MG1-MG3)

Un médecin nous décrit le recours à un spécialiste comme un appel à l'aide (MG6) et un autre nous dit adresser ses patients à un rhumatologue devant l'insistance des patients (MG5).

b) Indication en fonction des professionnels

1. Kinésithérapeutes :

Les patients sont adressés chez le kinésithérapeute pour différents motifs :

-pour réaliser l'éducation posturale (MG1-MG2-MG4)

-pour réaliser la ré-éducation et le renforcement musculaire (MG1-MG3-MG4-MG6)

-pour *lever la contracture musculaire* (MG2) et soulager le patient (MG1)

MG1 : « *Les kinésithérapeutes possèdent des technologies qui permettent de soulager (ultrasons...), aident le renforcement musculaire et ils se chargent de l'éducation des patient pour une bonne hygiène du dos.* »

MG4 : « *J'attends que le kinésithérapeute apprenne surtout au patient les mouvements de rééducation qu'il doit effectuer tous les jours. »*

2. Rhumatologues :

Les rhumatologues sont sollicités :

-pour compléter le bilan, contrôler le bilan initial : MG1-MG4-MG5

-pour réaliser des infiltrations : MG1-MG2-MG3-MG4-MG6

-pour adapter le traitement : MG1-MG2-MG4-MG5-MG6

Un médecin nous avoue qu'il adresse les patients chez un rhumatologue, seulement pour *« expliquer à la personne qu'elle aura toujours mal au dos, quand il y a deux médecins qui le disent, peut-être que le patient l'acceptera mieux. »* (MG5)

3. Médecins rééducateurs :

Ils font appel aux médecins rééducateurs pour deux indications : en cas « *de problèmes environnementaux, des problèmes posturaux dus à la profession, j'orienterai plus vers un médecin physique.* » (MG1) et pour la réalisation de manipulations (MG6).

Mais leur rôle et leurs spécificités sont encore mal connus. Deux médecins assimilent le médecin rééducateur à un kinésithérapeute (MG2-MG4) et un autre a « *aussi un peu de mal à les positionner, par rapport aux kinésithérapeutes.* » (MG5).

Un médecin a même avoué ignorer ce que peut apporter un médecin rééducateur aux lombalgiques : « *Qu'est ce qu'ils apportent? Je sais pas je me suis toujours posé la question!* » (MG2)

4. Médecin du travail :

Il est parfois sollicité par les médecins généralistes lorsque le travail est une des causes de la lombalgie, pour permettre une adaptation du poste de travail. (MG1-MG2-MG3-MG4) Mais ce recours reste rare et concerne uniquement les lombalgiques chroniques en arrêt de travail

depuis plusieurs mois. (MG5)

Les médecins sont parfois amenés à conseiller aux patients à changer de travail. (MG5)

5. Autres :

Le centre anti-douleur est parfois un recours pour un médecin généraliste, lorsque que l'antalgie est insuffisante malgré l'utilisation de palier 2 ou 3. (MG2)

Les ostéopathes et acupuncteurs peuvent être consultés, mais uniquement sur demande des patients (MG1 et MG5)

c) Attentes

En général, les médecins généralistes recherchent un avis plus spécialisé (MG2-3-4), afin de permettre l'amélioration de la symptomatologie du patient et surtout de l'antalgie (MG1-5-6).

C'est parfois une prise en charge globale qui est attendue du spécialiste devant l'échec du traitement antalgique. Enfin, un médecin dit souhaiter obtenir la confirmation du diagnostic « *ou s'il y en a un autre* » (MG1)

d) Réticences à travailler avec les autres professionnels

Les médecins généralistes n'ont, en général, aucune réticence à travailler avec les autres professionnels médicaux qui prennent en charge les lombalgies chroniques.

Un médecin indique tout de même éprouver quelques réserves à adresser ses patients à certains médecins rééducateurs ou rhumatologues « *et que je ne les revois plus par la suite* » (MG4). Mais il reconnaît que cette pratique d'appropriation est de plus en plus rare et qu'il arrête de toute façon de travailler en collaboration avec ces médecins.

On peut par contre noter une certaine réticence en ce qui concerne les kinésithérapeutes. Il est évoqué un manque de compétence (MG3-4), ou une absence de résultat (MG5-6).

MG3 : « *Non, on fait confiance, parce que pas trop bien formé. Rarement les kinésithérapeutes (...) apprennent les mouvements. J'essaie d'orienter vers ces kinésithérapeutes, plutôt que ceux qui se contentent de faire des massages, et manipulations.* »

MG4 : « *J'adresse mes patient aux kinésithérapeutes en fonction de la géographie, sauf s'il y a des brebis galleuse au niveau des kinésithérapeutes, là je ne l'envoie pas au plus*

proche, mais au plus proche et plus « compétant », sauf si le patient veut absolument travailler avec un autre kinésithérapeute. »

MG5 : « *Il y a des patients qui ne veulent pas aller chez le kinésithérapeute, ils trouvent que ça ne sert à rien, (...). C'est que généralement, ils ont déjà fait des séances qui n'ont pas été très bénéfiques.* »

MG6 : « *Mais je suis moyennement satisfaite des résultats.* »

Deux médecins, orientant leurs patients vers les kinésithérapeutes qu'ils savent compétents, disent n'avoir aucun doute quant à la qualité de la prise en charge : « *je suis en contact avec 2-3 kinésithérapeutes à qui je fais confiance, (qui me contactent en cas de problèmes). Je sais que l'ordonnance sera respectée.* » (MG2) ; « *je sais qu'avec les kinésithérapeutes, ce que j'ai demandé sera fait, et en général, c'est même plus.* » (MG4)

6. Communication interprofessionnelle

a) Lettre adressée aux autres professionnels

Tous les médecins interrogés disent écrire des lettres lorsqu'ils adressent leurs patients à d'autres médecins. Cette lettre contient : les caractéristiques de la symptomatologie (MG1-MG2-MG4-MG5), les examens réalisés (MG2-MG3-MG4), les traitements entrepris (MG2-MG3-MG4) avec leurs comptes-rendus, les antécédents (MG4-MG5) et enfin, les attentes des médecins (MG2).

Pour les kinésithérapeutes, les ordonnances réalisées sont très différentes en fonction des médecins. Un médecin dit marquer les objectifs attendus sur l'ordonnance (MG1), un autre, « *massage et rééducation avec école du dos* » (MG5). Mais, il ressort quand même chez un médecin, un manque de formation sur la kinésithérapie (MG3).

b) Retour attendu des spécialistes

Ils souhaitent un courrier de retour comportant la prise en charge réalisée (MG4-MG5), le diagnostic (MG1-MG2) et les mesures thérapeutiques envisagées (MG2-MG4)

c) Communication inter-professionnelle

La communication entre médecins est jugée suffisante. Un courrier est généralement reçu des rhumatologues et médecins rééducateurs.

Le retour des kinésithérapeutes est quasiment inexistant. Les seules informations obtenues, le sont par le patient lui-même lors de consultations ultérieures. Un médecin, juge que « *la communication avec le kinésithérapeute serait le point à améliorer.* » (MG1)

Les seuls médecins à être satisfaits de la communication avec les kinésithérapeutes sont ceux qui travaillent principalement avec les kinésithérapeutes qu'ils connaissent. (MG2-MG4). Même s'il n'y a pas de courrier systématiquement à la fin de chaque prise en charge, les médecins sont contactés par téléphone « *pour adapter les exercices à proposer* » (MG4), ou « *en cas de problème* » (MG2)

B) Analyse des entretiens des médecins rééducateurs

1. Prise en charge diagnostique

Le diagnostic repose aussi sur l'interrogatoire et l'examen clinique. (MPR2-MPR3-MPR5) « *Prendre du temps pour l'interrogatoire. Éventuellement voir les antécédents, avant de partir sur les examens et la conclusion de l'examen, il faut d'abord voir ce qu'il s'est passé, comment ça s'est passé, comment ça s'est mis en place. Ce qui a été fait, ce qui a été dit, ce qui n'a pas été, l'histoire de la maladie depuis le début, pour essayer de comprendre d'une part ce que fait le patient devant nous et d'autre part, où il en est dans ses démarches.* » (MPR5)

Plusieurs médecins mettent aussi en avant la recherche d'aspects psychologiques. (MPR1-MPR3-MPR5)

Au niveau des examens complémentaires, les avis sont divergents.

Pour certains médecins, le scanner et l'IRM sont nécessaires, en plus de la radiographie, pour établir un diagnostic (MPR2-MPR3). Un médecin nous explique que seule la radiographie standard est suffisante et « *qu'il n'y a pas besoin de scanner ou IRM* » (MPR4). Selon un autre rééducateur, « *Il faut savoir aussi ne pas se précipiter sur un examen complémentaire, savoir quoi demander et quand.* ». Il explique ainsi qu'il est important « *de faire des examens cliniques qui soient assez rigoureux, après avoir éliminer les critères d'urgence (syndrome de la queue de cheval, sciatique paralysante), on a le temps de voir venir, même en terme d'imagerie.* » (MPR5).

Mais les patients, étant amenés à consulter les médecins rééducateurs, ont en général déjà bénéficier d'un scanner et/ou une IRM. (MPR1)

Un seul médecin (MPR2) pratiquant les EMG nous dit utiliser cet examen.

Un des points les plus importants que l'on retrouve chez la plupart des médecins interrogés est de poser un diagnostic étiologique précis aux lombalgies chroniques, qui pourra déterminer la prise en charge thérapeutique.

MPR5 : « *Il ne s'agit pas d'un diagnostic médical en tant que tel, on décrit un symptôme, avec une durée de l'évolution de la pathologie. » « Si on fait pas de diagnostic de certitude, on va taper à coté. »*

MPR3 : « *Donc c'est un peu un fourre tout, il faut réussir à orienter au mieux le diagnostic*. »

Ils se rendent compte de la « *difficulté de mettre un diagnostic* » (MPR5) sur cette symptomatologie

MPR3 : « *j'essaie de faire un diagnostic de savoir pourquoi il a mal, ce n'est pas facile, parce que c'est souvent multi-origine, ça peut être musculaire, articulaire postérieur, discal par insuffisance, hernie, etc... ça peut aussi être des douleurs projetées de problèmes digestifs, ça peut être aussi psychologique.* »

Un médecin conclut ainsi : « *Le problème majeur dans la prise en charge du lombalgique chronique c'est d'abord le démembrement de la pathologie, de savoir à quoi on a à faire, et à qui on a à faire ». (MPR5)*

2. Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique diffère selon le mode d'exercice, libéral ou au sein d'un établissement.

Pour les premiers, elle comporte le plus souvent un traitement médicamenteux basé sur les antalgiques, les AINS (MPR2-MPR3-MPR4), voire les corticoïdes en thérapie courte (MPR2) et les décontracturants (MPR4). Il est généralement associé à de la mésothérapie (MPR2) et des manipulations (MPR3-MPR2-MPR4), en fonction de l'étiologie, des infiltrations (MPR4) ou le port d'une ceinture de soutien lombaire (MPR4).

Mais le principal de la prise en charge est surtout la kinésithérapie. (MPR2-MPR3-MPR4.)

MPR3 : « *je pense qu'une kinésithérapie bien faite par un kinésithérapeute qui a envie*

de se donner du mal, ça marche bien. »

Pour l'un des rééducateurs exerçant au sein d'un établissement, elle est surtout basée sur une prise en charge pluridisciplinaire associant kinésithérapeutes, assistantes sociales, ergothérapeutes, psycho-neurologues et médecins rééducateurs (MPR5). Pour l'autre, elle associe balnéothérapie, physiothérapie et kinésithérapie individuelle et en groupe (MPR1).

3. Moment d'intervention

Pour la plupart des médecins réadaptateurs, ils interviennent en bout de course (MPR1-MPR5-MPR3). Ils se considèrent parfois comme « *le dernier recours* » (MPR1). Les patients ont en général « *une histoire assez lourde* » (MPR1), ils ont déjà eu des examens complémentaires comme des radiographies, scanner et IRM, testé différents traitements, de la chirurgie, des infiltrations...(MPR1-MPR3-MPR4-MPR5).

MPR3 : « *Dans les lombalgies chroniques j'arrive toujours en dernier, les gens en général ont déjà eu un scanner, une IRM, des radiologies plusieurs fois, des traitements anti-inflammatoires, non stéroïdiens, stéroïdiens... Quand ils ont déjà fait le tour des médecins, souvent ils ont déjà vu un chirurgien qui leur a dit que ce n'était pas opérable.* »

MPR1 : « *des gens poly opérés, des gens qui ont eu une hernie discale, qui ont énormément de traitements, des lasers, des infiltrations, etc.* »

Le seul médecin rééducateur disant voir les patients à tout moment de leur pathologie est un médecin réalisant des EMG et qui reçoit donc des demandes d'examen chez des patients en début de pathologie. (MPR2)

4. Éducation/conseils aux patients

Elle garde un rôle fondamental dans la prise en charge, même si les médecins se rendent compte de la difficulté pour les patients à respecter les conseils (MPR4), parfois devant des « *impératifs* » professionnels (MPR2). Elle peut être réalisée par le médecin en consultation (MPR2-MPR4) et complétée par le kinésithérapeute (MPR2), ou demandée uniquement au kinésithérapeute (MPR3).

MPR2 : « *Parfois quand il (...) y a des muscles particulièrement contracturés, je leur montre quelques petits exercices à faire, mais en parallèle je prescris de la kinésithérapie.* »

MPR3 : « *J'attends ça du kinésithérapeute, moi je peux leur donner des conseils, mais je ne suis pas ergonomes, ni ergothérapeute, je ne connais pas leur position de travail.* »

Les patients sont aussi poussées à reprendre des activités (gymnastique, piscine...), « *en essayant de trouver quelque chose qui convienne à leur préférence.* » (MPR3)

5. Implication du patient

Comme pour les autres médecins, elle est jugée variable selon les patients.

MPR3 : « *Là c'est variable, il y a des gens qui se prennent en charge, qui veulent être acteur de leur guérison, et puis il y a les passifs qui attendent qu'on leur livre la guérison sur un plateau.* »

MPR1 : « *Souvent quand ils arrivent chez nous, on a l'impression qu'ils n'ont pas été impliqués, ils ne savent pas les traitements qu'ils ont déjà eu, etc. C'est assez variable, il y en a on sent qu'ils ne vont pas être capables de se gérer, il faut les encadrer.* »

MPR2 : « *C'est très variable, il y a des gens qui sont très acteurs, et puis d'autres qui ne respectent pas les consignes, qui ne prennent pas le temps pour les étirements, et qui sont très passifs.* »

Mais l'implication est nécessaire pour envisager une amélioration.

6. Recours aux autres professionnels

a) <u>Kinésithérapeute</u>

Les médecins rééducateurs attendent des kinésithérapeutes :

-éducation (MPR4), éducation aux étirements du rachis, au déverrouillage (MPR2)

-effet antalgique-sédatif par techniques de massage, physiothérapie chaude (MPR4-MPR1)

-renforcement musculaire (MPR4)

Ils sont considérés comme essentiels dans la prise en charge des lombalgiques.

MPR3 : « *donc je pense qu'une kinésithérapie bien faite par un kinésithérapeute qui a envie de se donner du mal, ça marche bien* »

Les kinésithérapeutes sont ressentis comme des thérapeutes à part entière.

MPR3 : « *Alors je fais une ordonnance en expliquant le motif, la pathologie si je la*

connais, ce que j'attends, le but, et pour les moyens je les laisse se débrouiller. On peut dire que c'est normal parce que ce sont des thérapeutes à part entière, il y en a qui ont des techniques que d'autres n'ont pas. »

MPR2 : « *le kinésithérapeute ne va pas ressentir le patient comme moi vu qu'on a pas du tout la même relation. »*

b) Centre anti-douleur

Le centre anti-douleur ou les algologues sont cités par tous les médecins.

Leur rôle est uniquement d'améliorer l'antalgie en adaptant le traitement médicamenteux, sans s'occuper de poser un diagnostic.

Ils ont parfois un psychologue au sein de leur équipe qui pourra être sollicité pour rencontrer les lombalgiques. (MPR1-MPR3)

Mais faire appel à eux est parfois ressenti comme un échec. (MPR5)

c) Rhumatologue :

Ils envoient leurs patients chez le rhumatologue pour différentes indications :

-la réalisation d'infiltrations (MPR2-MPR4-MPR5)

-lorsqu'il s'agit de maladie rhumatismale ou d'arthrose (MPR2-MPR4-MPR5-MPR3)

MPR3 : *« Il y a aussi les rhumatologues, quand j'ai l'impression que la pathologie est plutôt rhumatismale, tout ce qui est spondylarthrite... ça ne fait pas parti de mon job.* »

d) Autres

Un médecin nous raconte faire parfois appel à un chirurgien pour avoir un avis.

MPR5 : « *Chirurgien : pour avoir un avis, par rapport aux images, si il y a quand même une indication, et surtout quand en parallèle il y a un échec au niveau de la thérapeutique* ».

Deux médecins disent prescrire des cures thermales à leur patients. (MPR1-MPR3)

Seul un médecin évoque l'importance de la relation avec le médecin du travail pour permettre une adaptation du poste de travail, faciliter la réinsertion. (MPR1) Mais, ils ont parfois des difficultés à mettre en place les adaptations nécessaires au sein des entreprises :

« *les employeurs ne suivent pas toujours les recommandations.* » (MPR1)

Les médecins exerçant en libéral évoquent aussi la possibilité d'adresser leurs patients à un centre de rééducation.

Un médecin rééducateur estime qu'il est rare de devoir faire appel à un psychologue dans les lombalgies chroniques (MPR1). Alors qu'un autre nous avoue que parfois un entretien avec le neuro-psychologue de leur centre est nécessaire « *pour casser l'évolution, éviter la somatisation excessive.* » (MPR5). Un troisième nous dit ne pas adresser ses patients à des psychologues par « *peur que ce ne soit pas pris en charge et que ça coute de l'argent.* » (MPR3)

e) <u>Réticences</u>

La plupart des médecins déclare n'avoir aucune réticence à travailler avec d'autres professionnels, quand la question est posée directement. (MPR1-MPR2-MPR4-MPR5).

Un médecin explique qu'il n'a aucune réticence à travailler avec les rhumatologues « *alors que l'inverse n'est pas vrai. Il y a beaucoup de rhumatologues qui n'aiment pas les techniques de manipulations manuelles (sans explications vraiment valables), ce qui correspond en fait plutôt à une ancienne guerre de spécialités.* » MPR3

De plus, on ressent un jugement parfois négatif de la prise en charge des lombalgiques par le médecin généraliste. (MPR5-MPR1)

MPR5 : « *Le médecin généraliste, qui est le 1er acteur dans la pathologie et dans l'environnement du patient, n'est pas forcément le mieux placé pour sortir certaines choses, et avoir quelqu'un qui soit complètement étranger et à la pathologie et au patient, ça peut être quelque chose de positif, par rapport à l'évolution ultérieure* »

Les rééducteurs ont une certaine réticence à travailler avec certains kinésithérapeutes, même s'ils n'en parlent pas quand on pose la question directement.

Mais, ce qui ressort lors des entretiens, c'est essentiellement un problème de qualité de la prise en charge de certains kinésithérapeutes.

MPR1 : « *Les kinésithérapeutes libéraux ne font quasiment que du travail passif, très rarement actifs, donc les patients ne sont pas capables de faire des exercices seuls. Mais c'est aussi variable selon les kinésithérapeutes.* »

MPR1 : « *Ceux qui prennent le mieux en charge, ce sont ceux qui ont fait une formation vraiment spécifique pour le dos, mais il n'y en a pas beaucoup* ».

MPR3 : « *Souvent la kinésithérapie est décriée à cause de kinésithérapeutes qui ne pensent qu'à faire de l'argent et qui ne s'intéressent pas aux patients et ne font pas de la vraie kinésithérapie.* »

MPR3 : « *Par contre quand ils me disent que ça ne va pas mieux, j'essaie d'abord de voir si la prise en charge a été correcte. Et malheureusement parfois on se rend compte que des kinésithérapeutes font de la machinothérapie, et n'utilisent pas leurs mains, et on comprend pourquoi il n'y a pas eu d'amélioration.* »

MPR3 : « *Si j'ai bien à souligner un point c'est le nombre de kinésithérapeutes qui manquent de sérieux, qui ont oublié qu'ils étaient masseurs, et qui ne pensent qu'à remplir les caisses.* »

MPR5 : « *Kinésithérapeute : je ne fais appel qu'à ceux que je connais personnellement et je les appelle pour leur expliquer exactement ce qu'il en est*. »

Quand les résultats sont insuffisants ou que le retour des patients sur les séances de kinésithérapie ne correspond pas à l'attente des médecins, certains n'hésitent pas conseiller à leurs patients de changer de kinésithérapeutes (MPR2-MPR3)

MPR2 : « *Pour les kinésithérapeutes, les patients vont chez celui de leur choix, par contre quand je les revois je leur demande ce qu'ils ont fait, si ça ne correspond pas à ma demande je leur dis de bien demander à leur kinésithérapeute de faire ce que j'ai prescrit, voire même un conseil de changer de kinésithérapeute quand celui ci ne prend pas le temps de montrer les étirements, les gestes de port de charge. »*

MPR3 : « *je dis juste aux patients que je ne veux pas qu'on les laisse sous une machine ½ heure et qu'on leur mette de la crème 2 minutes, parce que ça ne correspond pas à ce que je demande. Donc j'oriente un peu les gens vers la qualité du travail, en disant que si ça ne va pas ils peuvent changer d'endroit.* »

Un médecin a conscience du problème de la tarification d'une séance de kinésithérapie, qui pourrait être à l'origine de la prise en charge trop légère de certains kinésithérapeutes.

MPR5 : « *Il faudrait donc former des kinésithérapeutes dans une prise en charge un peu plus spécialisée des lombalgies chroniques, avec une tarification à revoir. Aujourd'hui, on ne peut pas demander à un kinésithérapeute de passer une ½ heure, à ¾ d'heure à s'occuper exclusivement d'un lombalgique chronique, au tarif d'une séance normale*. »

7. Communication interprofessionnelle

a) Informations attendues

Les informations attendues sont retrouvées chez tous les rééducateurs : les antécédents, les traitements en cours et les traitements déjà entrepris, les raisons de la consultation, les imageries réalisées et leurs résultats. (MPR1-MPR2-MPR3-MPR4-MPR5)

MPR5 : « *J'attends des autres professionnels qui m'adressent un patient, l'histoire de la maladie et pourquoi ils me le transmettent, connaître la logique dans la prise en charge.* » « *l'examen on va le faire nous même* »

b) Informations transmises

En retour, les rééducateurs disent envoyer un courrier soit systématiquement (MPR1-MPR2-MPR4), soit uniquement lorsqu'ils ont eu une lettre au départ (MPR3).

Ces courriers contiennent, en général, le compte rendu de l'examen clinique et des examens complémentaires, avec éventuellement le diagnostic posé et la prise en charge réalisée avec son résultat.

MPR2 : « *Mais c'est vrai qu'il est pas toujours évident pour les spécialistes libéraux, d'avoir le temps d'écrire un courrier, c'est l'avantage du travail en hôpital où une secrétaire peut taper les comptes-rendus. En cabinet, on ne peut pas en faire à chaque fois quand on n'a pas de secrétaire.* »

c) Informations échangées avec les kinésithérapeutes

Certains Médecins disent n'avoir aucun retour de la part des kinésithérapeutes (MPR2-MPR3), « *alors qu'on devrait en avoir systématiquement* » (MPR3)

Ils savent ce qui a été fait lors des séances uniquement quand ils revoient leurs patients. (MPR3)

Un médecin assure avoir des retours des kinésithérapeutes parce qu'il les connait, mais il reconnaît quand même que ça reste plutôt rare. (MPR4)

Par contre, il y a parfois des échanges téléphoniques entre les médecins et les kinésithérapeutes(MPR2-MPR5): « *pour expliquer au kinésithérapeute ce qui est attendu* » (MPR5), « *le contact par téléphone pour un patient génère un échange intéressant et constructif* » (MPR2)

d) Communication inter-professionnelle

Elle est jugée de façon différente selon les professionnels. Certains la trouvent réellement insuffisante et ce manque de communication peut même être à l'origine de problèmes.

MPR3 : « *Non, sur une journée de consultation, il y a une moitié qui ont des lettres utiles, à peu près correctes, et une autre moitié où les lettres sont inutiles, avec un manque de communication et tout à fait susceptible de créer des problèmes.* »

MPR3 : « *Donc on a obligé le parcours coordonné, mais je suis extrêmement critique là-dessus et les autres spécialistes, dans les autres domaines, pourront vous dire pareil, on est très fâché. On est dans un parcours coordonné qui fait semblant d'être coordonné, parce que ça ne s'appelle pas de la coordination. Les médecins généralistes font plate-forme d'orientation, mais ne transmettent pas les informations nécessaires aux autres professionnels, ça fait une perte de temps pour le patient, et ce n'est pas respecter le patient. Le parcours coordonné obligatoire n'a rien apporté, si ce n'est que des dépenses en plus, et rien de bien pour les patients, et rien de bien pour les spécialistes.* »

MPR3 : « *Et en général, je n'ai pas ces informations là. On va dire que dans 70% des cas je ne sais rien.* »

MPR3 : « *C'est souvent je vous adresse Mr, Mme X pour suivi, parfois même rhumatologique, alors que ce n'est pas mon domaine. C'est vraiment 'Débrouillez-vous!!* »

MPR5 : « *non, « je vous adresse....pour....qui présente une lombalgie chronique....merci de votre prise en charge ».* »

Un médecin considère la communication suffisante, car il communique facilement avec les autres professionnels par téléphone et il a de bons contacts avec les médecins avec lesquels il travaille.

MPR2 : « *Disons que moi j'ai le coup de fil facile, quand j'ai un EMG un peu spécial, j'appelle directement mon confrère. J'ai des bons contacts avec les généralistes du coin. Les confrères, à qui j'envoie mes patients, sont souvent des gens que je connais bien et de qui, je sais, j'aurai un bon retour. C'est souvent en réseau que ça fonctionne.* »

Le dernier médecin estime que la communication avec les médecins généralistes est convenable :

MPR4 : « *en général, j'ai ces informations.* » *« On peut toujours imaginer que ce soit mieux, mais franchement, j'ai pas de frustration dans ce domaine. »*

C) Analyse des entretiens des rhumatologues

1. Prise en charge diagnostique

L'interrogatoire et l'examen clinique apparaissent logiquement comme les 2 facteurs les plus importants pour pouvoir établir un diagnostic.(Rhum1 à 4)

Au niveau des examens complémentaires, pour 2 rhumatologues, les radiographies suffisent, soit pour « *montrer des choses intéressantes* » (Rhum2), soit « *en cas de doute sur une cause infectieuse ou tumorale* » (Rhum4), le scanner n'ayant pas d'indication dans cette pathologie, en absence de radiculalgie (Rhum2-Rhum4).

Pour les deux autres médecins (Rhum1-3), un bilan radiographique et scannographique est nécessaire pour « *peaufiner le diagnostic* » (Rhum1).

D'après deux rhumatologues, l'étape indispensable, avant d'envisager une thérapeutique, est la pose d'un diagnostic.(Rhum1-Rhum3)

Rhum3 : « *Je crois que bien qu'on utilise le vocable chronique, il est intéressant d'avoir un diagnostic étiologique.* » « *Ou bien on traite la douleur isolément sans tenir compte de son étiologie, ce qu'il me paraît toujours un petit peu scabreux, ou on essaie de savoir quelle est la cause de la douleur,* »

2. Prise en charge thérapeutique

Elle se compose de 2 grands axes principaux :

Tout d'abord, la thérapeutique médicamenteuse qui, pour l'antalgie se limite au paliers 1 et 2 :

Rhum3 : « *le niveau 3 dans ce qui est chronique, je ne suis pas très chaud parce qu'on se retrouve confronté à une escalade des doses, avec des résultats très médiocres.* »

Rhum1 : « *Souvent je diminue la thérapeutique qui est donné par le généraliste, j'enlève un peu les morphiniques.* »

L'utilisation d'anti-inflammatoire est jugée inadéquate. (Rhum1-Rhum 2).

Rhum2 : « *Peu d'antiinflammatoires, parce que l'état de chronicité témoigne d'un état de type froid, peu inflammatoire* »

Les avis sur les décontracturants musculaires divergent : pour un rhumatologue, il s'agit du « *petit plus que souvent on ne donne pas, ce qui est dommage.* » (Rhum1), pour un autre, « *on en donne tous, mais là encore, les preuves d'activité sont assez faibles* » (Rhum4)

et enfin, pour un troisième : « *des décontracturants qui n'ont aucun intérêt. Parce que les muscles sont contracturés à cause d'un vice statique, et puis le muscle compense. Le premier niveau c'est l'articulation, et ensuite c'est le muscle.* »

Le deuxième axe est une rééducation, un reconditionnement réalisé par des kinésithérapeutes libéraux. (Rhum1-Rhum2-Rhum3-Rhum4)

En ce qui concerne les infiltrations épidurales, elles n'ont pas leur place dans les lombalgies chroniques (Rhum2-Rhum3)

Les infiltrations des articulaires postérieures peuvent être proposées. Mais, pour un rhumatologue, elles sont parfois difficiles à réaliser :

Rhum3 : « *parce qu'il y en a deux par étage, et il y a deux ou trois étages qui peuvent être en souffrance, on ne sait pas où il faut mettre son aiguille, on ne va pas en faire 6 ou 8. Donc c'est un petit peu aléatoire, c'est un recours un peu difficile.* »

Alors que pour un autre rhumatologue (Rhum4), elles « *sont intéressantes, pour autant qu'on aura démontré par la clinique et la radiologie que la douleur est bien due à une arthrose interapophysaire postérieure, et pas des discopathies.* » Elles sont réalisées soit après palpation clinique, soit, sous radiographie ou scanner.

Deux rhumatologues disent prescrire des ceintures de soutien lombaire. (Rhum2-Rhum4).

Le traitement anti-arthrosique a été évoqué par un rhumatologue, mais ils « *n'ont jamais été testés et n'ont jamais fait la preuve d'une quelconque efficacité là dedans* » (Rhum4)

3. Moment d'intervention

Ils interviennent surtout en deuxième intention. Et c'est plus marqué depuis l'instauration du parcours coordonné :

Rhum4 : « *On fait appel à moi en seconde intention parce que c'est mon mode d'exercice. Je les vois en seconde intention, donc généralement, ils ont à peu près tout eu.* »

Rhum3 : « *C'est vrai que maintenant, avec le parcours de soin, ça a plutôt tendance à être en deuxième intention.* »

Ils jugent d'ailleurs cette intervention trop tardive :

Rhum2 : « *Trop tard, toujours trop tard! Quand il y a déjà eu beaucoup d'essais, de bricolages, je les vois très tardivement.* »

Rhum3 : « *En tant que rhumatologue? Alors je crois que poser un diagnostic est un préalable intéressant.* »

Rhum1 : « *oui et je vous dis que c'est dommage, parce qu'il est déjà enfermé dans sa maladie.* »

4. Éducation/conseils aux patients

C'est aussi un point important de la prise en charge pour tous le rhumatologues

Rhum1 : « *Je pense qu'il faut les éduquer à leurs problèmes, à leur douleur, et comment la prendre en charge*. »

Elle est réalisée par le médecin à son cabinet ou prescrite pour être effectuée par les kinésithérapeutes. (Rhum2-Rhum4)

Mais il est évident que quand les patients consultent les rhumatologues, ils ont souvent un parcours plus ou moins lourd qui fait qu'ils ont déjà eu ces conseils et cette éducation. (Rhum3)

5. Implication du patient

Le patient n'est pas souvent acteur de sa prise en charge. Mais l'implication est nécessaire pour permettre une amélioration.

Rhum1 : « *Il faut l'impliquer, souvent il ne veut pas, le dépressif ne s'implique pas, d'où l'échec à mon avis d'au moins 50%, d'où la surmédicalisation qui faite.* » « *j'essaie toujours de les autonomiser, ils n'aiment pas toujours, il y en a qu'on arrivera jamais à autonomiser, ils attendent tout de nous et surtout ne rien faire.* »

Rhum2 : « *Il est acteur, il faut qu'il soit acteur.* » « *C'est souvent là qu'il y a un problème, ils ont une volonté plus ou moins défaillante.* »

Rhum4 : « *Il n'en est pas acteur dans le sens où on l'entend maintenant dans l'éducation thérapeutique.* »

Un rhumatologue estime que le patient est obligatoirement impliqué, « *on ne fait jamais opérer quelqu'un de force, on n'envoie jamais en station thermale non plus, et on est pas là pour faire avaler des comprimés ni même pour surveiller qu'ils sont avalé.* » (Rhum3)

Rhum3 : « *De toute façon nous sommes là pour informer les personnes, leurs indiquer les différents moyens thérapeutiques à leur disposition, et à la limite, c'est toujours le choix du*

patient. » « *C'est toujours le choix du patient de choisir son mode thérapeutique* »

L'attente des patients est aussi variable. Certains cherchent des « *solutions miraculeuses* , ou des traitements passifs : « *en demandant de l'acuponcture, alors que ça n'a pas d'intérêt puisqu'il y a problème de fond, ou ils demandent des médicaments, mais là encore ce n'est pas là la solution.* » (Rhum2)

6. Recours aux autres professionnels

a) Kinésithérapeute

La kinésithérapie représente une part importante du traitement

Rhum1 : « *Il y a une kinésiophobie, quand on voit ça on a envie de leur dire de réapprendre à bouger intelligemment, donc là il faut que le kinésithérapeute forme au verrouillage du rachis si besoin est, etc...* »

Rhum2 : « *Ce sont des rééducations difficiles, surtout chez des gens qui n'ont plus de muscles ou qui sont dans des positions vicieuses à rééduquer.* »

Rhum3 : « *la kinésithérapie a sa place dans certain type de lombalgie, (...) on se retrouve devant des situations anatomiques qui font qu'on ne voit pas trop comment modifier cet état anatomique, d'où l'intervention de kinésithérapeutes.* »

Les rhumatologues la prescrivent avec différents objectifs :

- antalgie avec des massages et de la physiothérapie (Rhum1)

- éducation, apprentissage des méthodes de verrouillage lombaire et de la sangle abdominale, hygiène posturale (Rhum1-Rhum4), apprentissage de l'auto-rééducation.

Rhum1 : « *Ensuite je demande un apprentissage du verrouillage, la bascule pelvienne. Moi je leur montre déjà, le kinésithérapeute leur montre, comme ça le patient le voit plusieurs fois. On montre des mouvements faciles à faire chez eux*, »

Rhum4 : « *La kinésithérapie, de toute façon, est limitée dans le temps, par contre l'apprentissage d'une hygiène posturale, ou d'une autorééducation, il y a des gestes qu'ils peuvent faire eux-même de façon régulière pour tonifier les muscles abdominaux, et les muscles péri-vertébraux lombaires, sans pour autant aller chez le kinésithérapeute. Le kinésithérapeute, à ce moment là, a un rôle d'éducation en leur expliquant ce qu'ils doivent faire à domicile.* »

- rééducation, tonification, réentrainement à l'effort (Rhum3-Rhum2-Rhum4-Rhum1)

b) Médecins rééducateurs

Ils peuvent être sollicités pour la mise en place d'un corset (Rhum1) ou pour la réalisation de manipulations (Rhum2). Deux Médecin disent ne pas avoir recours aux médecins rééducateurs, car les manipulations n'ont pas leur place dans la prise en charge des lombalgies chroniques. (Rhum4-Rhum1)

Les médecins rééducateurs sont parfois assimilés aux centres de rééducation. (Rhum1-Rhum3)

c) Chirurgien

Un médecin dit faire appel aux chirurgiens, dans certaines indications :

Rhum3 : « *Pour les chirurgiens orthopédistes, la lombalgie n'est théoriquement pas une indication d'intervention sur la pathologie discale. Maintenant, la pathologie de l'arc postérieur l'est éventuellement, quand c'est compliqué d'un canal lombaire étroit. Les arthrodèses, ça dépend beaucoup des habitudes des chirurgiens, certains ayant un recours quasiment systématique, d'autres ne veulent pratiquement jamais en faire.* »

d) Cure thermale

Deux rhumatologues disent utiliser la crénothérapie. L'un juge que la cure thermale peut être un « *déclic pour bouger dans l'eau et que ça peut aider* » (Rhum1), l'autre argue des travaux de recherche ayant de bons résultats. (Rhum4)

e) Médecin du travail

On lui reconnaît plusieurs rôles : la prévention de la désinsertion socioprofessionnelle et l'adaptation du poste de travail.

Il a été cité par plusieurs Rhumatologues qui évoquent en particulier le manque de Médecin du travail et surtout le manque de communication avec eux. (Rhum1-Rhum3-Rhum4)

Rhum3 : « *la prise de contact avec le médecin du travail est sûrement quelque chose qui est insuffisamment faite actuellement.* »

Un médecin précise que « *c'est un point de faiblesse de notre système de soins.* » (Rhum4)

f) Centre anti-douleur

Il n'y a qu'un Rhumatologue qui dit avoir recours aux centres anti-douleur, quand il n'arrive plus à contrôler l'antalgie avec des médicaments de paliers 2 et 3. Les centres ont une équipe pluridisciplinaire avec, entre autre, un psychologue et un musicologue ; « *Il y a plein de choses qui font que le patient va accepter qu'on le voit différemment que quelqu'un qui a sur le scanner une petite hernie discale.* » Rhum1

Deux autres disent ne pas faire appel aux centres anti-douleur. Pour le premier, le CAD ne fait pas de diagnostic, alors que c'est un préalable indispensable à la prise en charge thérapeutique.

« *ils considèrent la douleur en tant que telle, sans se préoccuper de sa cause, donc dans des choses aiguës ou subaiguës c'est certainement très bien parce qu'on fait face à une situation bien particulière à un moment donné, dans du chronique, on ne sait pas trop où va s'arrêter le chronique, et quand vous démarrez un traitement, vous ne savez pas trop non plus quand vous allez les arrêter. Les gens qui sortent des centres anti-douleur, ils ont assez systématiquement, un morphinique, un antiépileptique, un antidépresseur. Le morphinique,on se retrouve quand même de temps en temps à une augmentation des doses. Quand vous avez une lombalgie chronique, elle sera toujours là dans 5 ans dans 10 ans, on peut le craindre. Au lieu de pouvoir arrêter les opiacés, on va les augmenter. Pour moi on se met dans des schémas thérapeutiques difficiles.* » (Rhum3)

Pour le second, le principal problème des lombalgiques se situe dans la limitation fonctionnelle, plus que dans la maîtrise de la douleur. (Rhum4)

g) Psychologues

Un rhumatologue dit vouloir faire appel à des psychologues, mais il y a un problème d'accessibilité et financier, les séances n'étant pas remboursées. Il fait donc parfois appel au centre anti-douleur qui a une équipe pluridisciplinaire avec un psychologue. (Rhum1)

Rhum1 : « *Pour moi on devrait être beaucoup plus formés sur le côté psychologique des lombalgies* »

Rhum1 : « *il faut chercher l'origine de la lombalgie chronique et pas dans l'imagerie, certainement plus du côté psychologique.* »

h) Réticences

Lorsque la question est posée directement, la plupart des rhumatologues déclarent ne

pas éprouver de réticences à travailler avec d'autres médecins : « *Pas par nature, pas vis à vis d'une profession en particulier, mais vis à vis d'individus avec lesquels j'ai des réticences pour travailler.* » (Rhum4)

Cependant, dans leur discours général, on ressent des réserves quant à la prise en charge par certains médecins généralistes et kinésithérapeutes.

Les critiques concernant les médecins généralistes portent :

-sur la pose du diagnostic :

Rhum1 : « *Je pense qu'il y a beaucoup de faux diagnostics, c'est à dire que beaucoup de généralistes font très rapidement un scanner, et trouvent une petite hernie discale, un petit truc, et hop on a trouvé la clé du diagnostic, et il y a une façon un peu biaisée de prendre en charge une pathologie qui n'existe pas vraiment.* » « *Une lombalgie qui dure plus de 3 mois dans le temps, sans amélioration, est plus que suspecte. C'est qu'il y a un problème, et bien souvent psychologique, un problème professionnel. C'est un SOS que le généraliste ne veut pas voir, que le spécialiste des fois ne veut pas voir non plus, et on enferme un peu plus le patient dans sa douleur, on aggrave le cas.* » « *on devrait informer beaucoup plus nos collègues généralistes, parce qu'ils ne nous les envoient pas tout de suite. Quand ils arrivent ici, ils sont déjà enfermés dans leur cocon de douleur, avec des traitements type morphine, etc. Et je pense qu'on crée des maladies, alors qu'on pourrait les stopper très rapidement.* »

« *(certains) médecins généralistes diabolisent les lombalgies* » Rhum1

Rhum2 : « *Le généraliste lâche le malade quand il ne sait plus quoi faire, et on a une position très gênante, parce qu'on a raconté au malade des tas de fables, qu'il y a de l'arthrose, alors que c'est normal par rapport à l'âge, et ça ne justifie pas les lombalgies.* » ;

Rhum4 : *les examens qui ont déjà été entrepris, le plus souvent il en a beaucoup et même trop*

-sur la thérapeutique médicamenteuse :

Rhum2 : « *des anti-inflammatoires qui n'ont pas lieu d'être puisque des simples antalgiques sont suffisants, car il n'y a plus d'inflammation. Ils donnent des décontracturants qui n'ont aucun intérêt.* » Rhum2 : « *Et au pire parfois des corticoïdes, on se demande ce que ça fait là* »

Rhum1 : « *Souvent je diminue la thérapeutique qui est donné par le généraliste, j'enlève un peu les morphiniques,* »

Pour les kinésithérapeutes , c'est surtout la qualité de la prise en charge qui est remise en cause :

Rhum1 : « *Je pense que les kinésithérapeutes ont perdu ce relationnel qu'ont les anciens kinésithérapeutes d'apprendre au patient à faire ci et ça, c'est dommage.* »

Rhum2 : « *c'est une rééducation qui devrait s'étaler sur des mois voire des années, ce qui n'est jamais fait.* » « *J'attends des kinésithérapeutes qu'ils fassent des soins personnalisés, ce qui, malheureusement, est rarement fait.* »

Rhum3 : « *Le problème des kinésithérapeutes c'est que 8 à 9 fois sur 10, quand les gens reviennent de leur séances, on s'aperçoit qu'ils ont eu de la physiothérapie, dans le meilleur des cas. Il est très difficile de trouver des kinésithérapeutes qui fassent de la kinésithérapie. Moi même quand je demande du travail du verrouillage lombaire, de la sangle abdominale, et bien c'est jamais fait.* » « *Oui, enfin j'espère qu'ils font ce que je demande, et évidemment que j'oriente mes patients vers ces kinésithérapeutes. Quand j'ai un retour des patients qui me disent qu'ils ont travaillé la musculature abdominale avec éventuellement des courbatures des abdominaux le lendemain, moi personnellement, ça me paraît plus intéressant. Et d'ailleurs, il y a plus de résultats chez ces personnes là.* »

Deux rhumatologues justifient cette insuffisance en évoquant le problème de rémunération des kinésithérapeutes :

Rhum1 : « *Ça prend du temps et ce n'est pas rémunéré, donc je pense que c'est pour ça qu'ils ne le font plus.* »

Rhum2 : « *Les kinésithérapeutes ont des honoraires tellement ridicules qu'ils sont obligés de prendre plusieurs patients en même temps, et ils ne prennent plus le temps avec chaque patient.* »

Lorsque les rhumatologues ont recours à un autre médecin, ils n'éprouvent aucune réticence dans la mesure où ils choisissent les professionnels à qui ils vont adresser leur patients.

7. Communication interprofessionnelle

a) Informations attendues

Les Rhumatologues attendent les antécédents médicaux, les traitements habituels en cours, les traitements déjà entrepris, les examens déjà réalisés.(Rhum1-Rhum2-Rhum3-Rhum4). Le détail de l'examen clinique n'est pas nécessaire : « *on le fait* » (Rhum1-Rhum3)

b) Informations transmises

Les rhumatologues disent renvoyer systématiquement un courrier qui comprend un compte rendu de l'examen clinique, l'interprétation de l'imagerie et les propositions thérapeutiques (Rhum1-Rhum2-Rhum3), un courrier qui « *reprend tous les éléments* » (Rhum4).

c) Informations échangées avec les kinésithérapeutes

Il n'y a aucun retour des kinésithérapeutes. Les seules indications que les médecins ont, viennent des patients lors des visites suivantes. (Rhum1à 4)

Rhum1 : « *Et même chez des kinésithérapeutes avec qui je travaille depuis plus de 20 ans. Pour d'autres problèmes plus aigus, je suis contactée, mais pour les lombalgies, non.* »

Rhum3 : « *Jamais, quasiment jamais. C'est à moi d'interroger les patients pour essayer de découvrir ce qui a été fait, ou ce qui n'a pas été fait.* »

d) Communication inter-professionnelle

La communication est jugée suffisante par plusieurs médecins, notamment depuis l'informatisation des cabinets de médecine générale. Rhum1-Rhum4

Rhum4 : « *Je trouve qu'elle s'est très fortement améliorée ces dernières années. C'est très exceptionnel d'avoir un médecin généraliste qui envoie un malade sans courrier, et j'ose espérer que c'est exceptionnel que le spécialiste ne réponde pas de façon précise et détaillée* ».

Un médecin, considère que le courrier du généraliste est accessoire : « *Vous avez la personne devant vous, il faut l'examiner, analyser l'imagerie, la lettre du médecin n'est pas forcément fondamentale.* » Rhum3

Un rhumatologue estime qu'il n'existe de communication qu'entre les médecins spécialistes et qu'avec les médecins généralistes et les kinésithérapeutes, elle est inexistante. (Rhum2)

Le rhumatologue, qui exerce en centre hospitalier, a une expérience de prise en charge multidisciplinaire pour une autre pathologie. Elle peut donc juger que la communication en ville est très insuffisante.

Rhum1 : « *A l'hôpital, on travaille sur des cas très précis en pluridisciplinaire, et c'est très enrichissant.(...) Mais c'est une structure hospitalière donc on peut le faire parce qu'on a*

tout autour. »

D) Analyse des entretiens des kinésithérapeutes

1. La prise en charge kinésithérapique

La prise en charge débute en général par le Bilan Diagnostic Kinésithérapeute (BDK). (Kiné1-2-3-4-5)

Il est précédé d'un interrogatoire qui va rechercher entre autre, l'environnement de travail, et les activités pratiquées (kiné4) et d'un bilan plus général qui concerne les sphères viscérales , digestives, gynécologique. On peut noter qu'il existe un lien fort entre les lombalgies et les sphères viscérales. (Kiné3-4-5)

Kiné 4 : « *mais il faut aborder un peu toutes les sphères digestive, gynécologique, ça peut nous donner une indication sur le pourquoi c'est chronique.* »

Kiné5 : « *essayer de relâcher un peu tout ce qui est du côté viscéral aussi, parce que je pense qu'il y a beaucoup de relation entre le côté digestif et le côté lombalgie chronique*, »

Kiné4 : « *Le problème des lombalgiques chroniques, c'est que souvent c'est lié à la sphère digestive, ou gynécologique, et le problème là dessus c'est que -c'est pas une critique par rapport au médecin généraliste, ou au spécialiste- on en tient, quasiment, jamais compte.* »

Kiné3 : « *Surtout qu'on se rend compte qu'il y a quand même pas mal de lombalgiques qui ont aussi des tensions viscérales, et ça en kinésithérapie on ne traite pas du tout*. »

Si une anomalie est identifiée, le patient peut être renvoyé chez son médecin traitant, ou chez un ostéopathe.

Seul un Kinésithérapeute ne réalise pas de BDK, lors de la première séance. Il le réalise tout au long de la rééducation.

Kiné5 : « *Pour être honnête, on le fait à long terme.* »

Après une évaluation du patient, un programme de soin est mis en place en fonction des résultats des tests. Pour la plupart des kinésithérapeutes, les séances s'organisent en plusieurs étapes.

Il y a d'abord la « *dominante antalgique* » (Kiné1) qui, dans un premier temps se base

sur la physiothérapie. « *On peut utiliser, et pas chez tout le monde, de l'électrothérapie endomorphinique, ou des appareils qui délivrent des ondes antiinflammatoires* » (Kiné3)

Kiné2: « *il va y avoir une partie passive de physiothérapie qui peut être chaleur, le fango infrarouge etc, une partie électrique de physiothérapie, ça peut être des courants interférentiels, des ultra-sons, des ondes courtes, en fonction de la symptomatologie du patient* »

Dans un second temps, on a « *le contact du massage* » (Kiné 6), complété « *d'étirements musculaires* ». (Kiné2-3-4-5-6)

Kiné6: « *Pour moi c'est systématique, parce que d'abord c'est une histoire de contact, et ensuite on sent des tensions, des choses mécaniques au niveau musculaire, articulaire, etc.* »

Ensuite, on retrouve « *une dominante qui sera orientée beaucoup plus sur le renforcement musculaire* » (kiné1) chez tous les kinésithérapeutes, sauf chez le kiné5 : « *au niveau renforcement, moi je ne suis pas trop renforcement des lombaires* ».

Pour tous les kinésithérapeutes, ce renforcement s'accompagne de « *gymnastique* » (kiné2), « *d'exercices en cabinet et éventuellement à la maison* » explique le kiné6 qui précise : « *j'ai également un logiciel qui propose différents types d'exercices, et c'est à moi de mettre les exercices qui conviennent à la personne. Je leur donne ça, ils aiment bien et ils peuvent essayer à la maison* ». L'apprentissage d'exercice à faire à domicile va permettre au patient de faire une auto-rééducation.

Kiné5: « *on essaie de développer des exercices et donner le plus possible au patient des clés pour que lui puisse s'adapter* »

Enfin, pour terminer les séances, ils abordent tous « *l'éducation posturale* » (Kiné2)

Kiné1: « *apprentissage du verrouillage lombo-sacré* »

Kiné3: « *surtout hygiène de vie et leur apprendre l'ergonomie. Souvent c'est ce qui leur manque.* »

Kiné4: « *il faut travailler sur toute la gestuelle […] il y a beaucoup de travail d'éducation* »

Kiné5: « *après la phase de rééducation, une phase de revalidation et, en fonction de l'âge, une phase de réathlétisation* »

Kiné5:« *parce que rééduquer ça veut dire redonner des bonnes habitudes, ça veut dire*

aussi relancer les gens sur un vélo (...) ça peut être chez des personnes de n'importe quel âge - j'ai des patients qui ont 20-25 ans qui ne sont plus montés sur un vélo parce que leur médecin leur a dit de ne plus faire de sport, et ils pensaient que c'était définitif. Une fois que la douleur est maitrisée, ils se sentent en sécurité, on fait attention à leur posture, on leur donne beaucoup d'éléments sur les techniques, comment on prépare un mouvement, et ça prend presque plus de temps que d'enlever les douleurs»

Deux kinésithérapeutes mentionnent le côté psychologique de la maladie, à aborder en même temps que la rééducation. « *je préfère les notions de conseils, d'ordre mécaniste, mais en mettant un peu de psy dedans […] vous avez en plus d'une lombalgie, une dépression nerveuse qui s'accompagne, et si c'est le cas, il faut aussi la soigner, sinon on n'arrive à rien du tout*» (Kiné6)

Kiné5: « *Et parfois on se rend compte qu'il y a aussi une composante psychologique, et il faut prendre le temps d'écoute, de remise en confiance* »

Un kinésithérapeute peut, en complément, proposer de la balnéothérapie uniquement « *si c'est précisé sur l'ordonnance* » (Kiné5).

2. Le nombre de séances

Lorsque le nombre de séances n'est pas précisé sur l'ordonnance de kinésithérapie, il revient aux kinésithérapeutes de l'établir.

Il est décidé au début de la prise en charge, après la réalisation du BDK. (Kiné 1-2-3-4-5-6)

Même s'il est parfois difficile de spécifier lors de la première séance le nombre de séance nécessaire.

Kiné6 : « *C'est une question ambiguë parce que normalement nous sommes censés faire une demande d'entente préalable, et dans cette demande on est obligé de mettre directement le nombre de séances. Alors que l'idéal c'est que ce soit fait plutôt en milieu, voire un peu plus tard. Ça serait plus logique dans la démarche.* »

Parfois les kinésithérapeutes déterminent un premier nombre puis le révisent après une évaluation intermédiaire. (Kiné2-3)

Il se situe souvent entre 10 et 15 et il est fixé en fonction de l'intensité de la douleur et

de l'impotence fonctionnelle, des résultats des tests physiques du BDK (Kiné 1-4-5-6) et parfois de la disponibilité des patients. (Kiné5)

Mais pour le moment il n'y a que peu de médecins qui ne prescrivent pas le nombre des séances. La façon de déterminer ce nombre est alors critiquée par les kinésithérapeutes.

Kiné5 : « E*n général, on a un nombre de séances sur l'ordonnance.* »

Kiné6 : « *Je dirais qu'ici actuellement on a 3, voire 4 médecins qui ne prescrivent pas quantitativement, ça fait quand même très peu.* »

Kiné6 : « *Ce qui m'étonne sur le nombre de prescripteurs, c'est la variation du nombre de séances prescrites pour une lombalgie chronique. Ça peut aller de 3 séances à 20-30 séances! Et je me demande ce qui justifie cet écart*. »

3. Place de l'éducation

Pour tous les kinésithérapeutes, l'éducation et les conseils tiennent une place importante.

Selon la plupart des professionnels, elle est abordée dès la première, puis lors de chaque séance.

Elle représente 10-15% à 90% de la prise en charge globale. Il va s'agir d'explications et d'exercices pour permettre une hygiène posturale, en tenant compte de la profession des patients.

Kiné5 : « *c'est pas le plus gros de la prise en charge, mais à chaque séance, à chaque mouvement du patient, on peut travailler les postures, il faut être vigilant aux gestes qu'il fait, à sa manière de marcher, à son attitude.* »

Kiné4 : « *20 à 25% à peu près […] je prends toujours le temps de montrer comment il faut porter, toute l'ergonomie qui va avec.* »

Kiné6 : « *Je dirais qu'en moyenne, par séance, il y a au moins 5 minutes consacrées à ça. Dans les 5 minutes ça va très vite, en parlant, en sachant que je leur demande toujours la fois suivante, qu'ils me disent ce qui n'a pas été, et donc on reprend, et dans ces cas là, ça peut être un peu plus long.* »

Kiné3 : « *Ça représente environ 10-15 % du temps passé avec le patient, en pratique.* »

Mais ces conseils ne répondent pas toujours aux attentes des patients :

Kiné3 : « *Parce que le problème en libéral, on se dit qu'on a ½ heure à une heure pour soigner le patient, si on passe trop de temps à expliquer, lui sera mécontent parce qu'il veut être avant tout soulagé.* »

4. Informations attendues

Les kinésithérapeutes souhaitent retrouver trois informations essentielles sur l'ordonnance. Le plus important est un diagnostic précis. (Kiné1-2-3-6)

Puis, on trouve les antécédents qui peuvent être en relation avec la lombalgie (kiné1-2-3-6) et l'imagerie avec leur compte rendu (Kiné3-4-5-6)

Les kinésithérapeutes ont rarement ces informations, les médecins ne parlant souvent que de « lombalgies chroniques »

Kiné6 : « *La première information, c'est un diagnostic précis. Je tique un petit peu parce que c'est une chose que l'on ne voit pas beaucoup.* »

Kiné3 : « *Le diagnostic, parce que c'est quand même le rôle du médecin.* »

Kiné6 : « *Quand on voit quelqu'un qui arrive avec une prescription qui ne signale que lombalgie chronique, sans examens complémentaires, type radio, scanner, IRM, sans diagnostic quel qu'il soit, même un examen de laboratoire, c'est très gênant.* »

Par contre, l'ordonnance contient parfois des prescriptions de kinésithérapie « type », surtout quand les médecins sont informatisés :

Kiné3 : « *Alors, parfois on a des ordonnances types, avec des choses un peu « bateau » mais qui ne correspondent pas vraiment au patient, c'est à dire qu'ils mettent tout le panel de techniques qu'il faut faire. Beaucoup de médecins sont sur ordinateur, alors s'ils rentrent, par exemple, 15 séances de lombalgies, le logiciel leur sort « abdominaux, proprioception.... » moi je ne trouve pas ça très sérieux parce qu'on ne peut pas savoir à l'avance ce qu'on va leur faire.* »

Deux kinésithérapeutes expliquent qu'ils vont faire eux-même un diagnostic (Kiné5-Kiné6). Pour l'un, il est important d'avoir le diagnostic du médecin pour pouvoir « *les confronter* » (Kiné6).

Alors que pour l'autre, le diagnostic n'est pas nécessaire, l'ordonnance n'est « *lue qu'en diagonale* » (Kiné6).

Un Kinésithérapeute dit plutôt attendre du médecin qu'il prépare ses patients à ce qui va être fait lors des séances :

Kiné5 : « *Plutôt un début d'orientation vers comment ça va se passer chez le kinésithérapeute, ce qu'il faut y ramener, des choses simples (...), mais parfois les gens arrivent sans être prêts à faire de la kiné, dans des tenues pas adaptées, pas prêts à faire le moindre exercice. Il faut préparer le patient à ce qu'il va voir à la fois en tant que massages et exercices. Parce que souvent les patients s'attendent uniquement à des massages, alors qu'il ne s'agit que d'une partie de la thérapie.* »

5. Informations transmises

La plupart des kinésithérapeutes avouent ne pas envoyer de courrier pour tous les patients, surtout quand le résultat est bon (kiné1-2-3-4-5), alors que c'est obligatoire quand l'ordonnance ne précise pas le nombre de séance. Plusieurs raisons sont évoquées :

-le manque de temps (kiné4)

-la peur d'encombrer les médecins de paperasse (kiné2-6)

-la spécialité du BDK, avec des tests souvent inconnus du médecin (kiné3)

-la prescription avec indication du nombre de séance (kiné6), il n'y a donc pas d'obligation, de transmettre les BDK.

Par contre, tous les kinésithérapeutes communiquent avec les médecins prescripteurs lorsque l'évolution n'est pas suffisante, soit par courrier, soit par téléphone. (Kiné 1-2-3-5).

De plus, ils gardent tous les bilans effectués, dans leurs dossiers, à la disposition des médecins.

6. Communication interprofessionnelle.

Elle est jugée insuffisante par plusieurs kinésithérapeutes, car ils ne n'ont pas toutes les informations relatives au dossier du patient.

Kiné3 : « *C'est vrai que ce qui est un peu dommage, c'est que vu qu'on est tous en libéral, au lieu d'être une équipe pluridisciplinaire, je trouve que le message entre chacun ne passe pas bien. On va avoir un patient qui va voir un médecin rééducateur, par exemple, va envoyer au médecin généraliste les conclusions et nous, finalement, on est en bout de chaîne,*

c'est nous qui traitons le patient physiquement et souvent on n'a pas toutes les informations d'office, on est obligé de les demander, c'est un peu dommage. »

Kiné5 : « *Ce qui serait intéressant ce serait d'avoir vraiment le temps de discuter vraiment avec les médecins et au lieu d'une ordonnance, avoir une correspondance mail, ou quelque chose comme ça de plus adapté, où sous couvert du secret médical, on puisse partager et déjà avoir l'avis du médecin sur le patient et sa manière de faire les choses. (...) Parce que ce qui est embêtant en libéral, c'est qu'on travaille chacun dans son coin, et on peut ramer avec un patient qui se plaint des autres professionnels qu'il a pu voir, et on ne sait pas ce qui peut être vrai, sans prendre parti.* » « *Parfois, les patients savent qu'il n'y a pas de communication entre médecin et kinésithérapeute, du coup ils en profitent pour nous manipuler, quand on en est conscient ça va, mais c'est pas toujours évident de savoir.* »

Kiné5 : « *Ce qui serait intéressant ce serait d'avoir un médecin au dessus, et de travailler en collaboration plus directe avec un médecin, ce qui est loin d'être le cas, et du coup il y a des mésententes, des frustrations.* »

7. Résultats de la kinésithérapie :

Même si aucune statistique n'est faite par les kinésithérapeutes, ils évaluent à plus de la moitié le nombre de patients améliorés à la fin des séances, soit avec une diminution de la douleur (voir même une disparition), soit une amélioration de la qualité de vie, par assouplissement musculaire, ou par apprentissage de compensation. (Kiné 1-2-5-6)

Kiné5 : *« Je trouve ça intéressant que mon patient ressorte en envisageant tout ce qu'il peut faire, et pas en pensant qu'il ne peut rien faire. »*

Par contre, ils ne peuvent juger de la durée de l'amélioration au long terme. Les patients changent parfois de kinésithérapeutes lors de récidive de la douleur.

Elle est surtout fonction de l'application des conseils et de la poursuite à domicile des exercices appris lors des séances.

Kiné1 : « *Mais à 3 ou 4 mois, si les personnes ne font pas les exercices, ne font pas attention, je suis beaucoup plus sceptique. Donc en sortant, ils peuvent récupérer, mais s'il n'y a pas d'auto-entretien, ils rechutent.* »

Les patients lombalgiques, reviennent parfois régulièrement afin de prévenir des rechutes :

Kiné6 : « *Alors moi je marche à la demande, c'est eux les chefs d'orchestre de leur pathologie.Souvent, dans 40% des cas, les gens font leur petite cure en début d'année, et puis*

6 mois après. Et dans ces cas là on ne fait pas beaucoup de séances, 8 à 10 séances maximum. Si on a d'affilé 20 séances alors là très souvent on est tranquille pour 2 ans, sauf accident. »

Kiné4 : « *S'il s'agit d'un chronique qu'on connait bien et qu'on suit depuis longtemps, je sais selon le type de problème qu'ils ont à ce moment, le nombre de séance qui devraient suffire. Ça dépend aussi souvent du patient, quand on le connait.* »

Kiné2 : « *ils font une cure, ils viennent faire une série par an chez le kinésithérapeute.* »

8. Motivation du patient

Elle est déterminante pour permettre l'amélioration du patient. Elle n'est pas toujours suffisante :

Kiné5 : « *Parce que c'est vrai que les gens souvent s'arrêtent au moment où ils n'ont plus mal, et ne vont plus chez le kinésithérapeute. Le nombre de séances va aussi dépendre de la motivation de la personne, parce que si elle s'investit pas, ça n'est pas intéressant.* »

Kiné6 : « *Si les gens veulent s'en sortir, ça passe par eux, nous on est là pour les guider.* »

Kiné1 : « *Parce qu'il y a beaucoup de gens à qui on demande de faire des exercices, et qui ne les font pas chez eux, donc si on les voit pas 3 fois par semaine, ça n'évolue pas.* »

9. Vision holistique du patient :

Quelques kinésithérapeutes évoquent la prise en charge du patient « *de façon globale* » : « *on est dans une formation de vision holistique , on essaie de voir un peu le global, moi j'ai fait aussi une formation de Sophrologie Caycedienne, donc on voit la globalité du patient, parce que soigner pour une lombalgie, il y a dix mille causes, il y a dix mille symptômes différents ce qui fait qu'une lombalgie ça reste très général.* » (Kiné5)

Kiné6 : « *une lombalgie est liée à quelque chose, à un problème ou une problématique du patient.* »

10. Ceintures de soutien lombaire

Enfin, un kinésithérapeute parle des ceintures de soutien lombaire et de l'effet néfaste

qu'elles ont sur la musculature abdominale

Kiné5 : « *Au niveau médical, moi ce qui m'énerve un petit peu c'est cette tendance à mettre des ceintures. Il vaut mieux mettre un strap rigide sur les lombaires, en cambré maximum, vous aurez autant de résultats, la personne sentira quand le strap tirera, avant que ça tire au niveau vertébral, et adaptera ses mouvements afin de limiter les tiraillements. C'est comme ça qu'ils apprennent à adopter les bonnes postures, c'est en sentant les moments où ils sollicitent leurs lombaires, au lieu de leur faire une liste de gestes à ne pas faire, ils comprennent par eux-mêmes, ils en prennent conscience. La sangle abdominale disparaît complètement avec une ceinture abdominale, et pour refaire les abdominaux avec des gens qui ont une lombalgie chronique, il n'y a que la technique d'aspiration diaphragmatique qui ne met pas dans des positions de hernie ou d'hyperpression au niveau des postérieurs. La ceinture va soulager temporairement, et les effets à longs termes sont plus difficiles à gérer.* »

E) Analyse de l'entretien avec le médecin thermal

1. La prise en charge en médecine thermale

La médecine thermale est une « *médecine de soin* » et non pas une médecine de diagnostic. Les patients sont adressés par leur médecin traitant « *et viennent, en principe, avec un diagnostic.* »

Il s'agit d'une médecine de soin qui se base sur l'utilisation de l'eau thermal.

Le patient est vu lors d'une première consultation, pour la réalisation d'un interrogatoire et d'un examen clinique, qui vont déterminer le programme de soin. « *Il n'y a pas de programme type, c'est vraiment en fonction des antécédents, de l'âge, des contre-indications éventuelles* »

Les soins comportent : les aérobains, l'hydroxeur, la piscine de mobilisation, les douches au jet, l'application de boue thermale et des massages sous eau par un kinésithérapeute.

2. Éducation / conseils donnés aux patients

Elle représente aussi un point important de la prise en charge. Le médecin thermal considère pouvoir jouer un rôle dans l'éducation et la délivrance des conseils car il a plus de temps

« la chance qu'on a par rapport au médecin de ville, c'est qu'on a un peu plus de temps.

On a pas de mérite, on a simplement plus de temps. »

« Les gens se confient d'avantage, sans doute, ou nous disent des choses qu'ils n'ont pas le temps de dire à leur médecin de famille. Je pense qu'on a un rôle de conseiller, au niveau des postures, de choses que tout le monde sait plus ou moins mais qu'on applique pas toujours. Il suffit de regarder les gens quand ils se déshabillent ou qu'ils se rhabillent, la manière de lacer leur chaussure, c'est tout à fait significatif. On leur apprend un petit peu les gestes basiques. »

3. Réticences

S'il n'a aucune réticence à travailler avec les autres professionnels, le médecin constate que quelques « *médecins ont beaucoup de réticences à travailler avec nous.(...) qui pensent que la médecine thermale, comme elle est si peu enseignée à la faculté, est « si ça fait pas de bien, en tout cas ça ne fait pas de mal. » Ce qui est un peu réducteur comme raisonnement ».*

En décrivant les massages réalisés au cours de la cure, le médecin décrie la prise en charge kinésithérapique réalisée en ville : « *Donc c'est complètement différents de ce que l'on pratique en ville, d'autant qu'en ville, il est bien difficile de trouver des kinésithérapeutes qui massent. En général, il vous met sous une lampe, et masse 3 minutes... Ici le massage dure 20 minutes, ce qui n'est quand même pas négligeable. »*

4. Communication interprofessionnelle

Les patients ne sont pas toujours adressés en cure thermale avec un courrier, alors que le médecin souhaiterait recevoir de ses confrères quelques informations nécessaires pour la prise en charge : « *c'est toujours intéressant d'avoir une lettre, ne serait-ce que pour avoir les pathologies (type diabète, problème cardiaque, etc), les antécédents, les traitements de certains patients. (…) pourquoi on nous l'adresse, parce que les gens ne savent pas toujours pourquoi ils viennent, ils disent qu'ils ont mal partout. De toute façon comme on fait un examen global, on passe rarement à côté de quelque chose(...) Et aussi les pathologies intercurrentes aussi, avec leur traitement (rarement connu par les patients) Ça nous limite dans le programme de soin, parce qu'il est évident qu'on ne va pas infliger des soins trop agressifs à des patients qui seraient déjà fragilisés. »*

En retour, une lettre contenant le traitement réalisé est envoyé au médecin traitant.

5. Résultats

Les examens réalisés au début de la prise en charge et à la fin de la cure permettent de vérifier s'il y a une récupération fonctionnelle (indice de Schöber).

Le médecin considère que la cure donne de bons résultats.

« *on a quand même quelques années de recul, et on voit les gens, notamment au niveau des critères, pas purement subjectifs, de savoir est-ce qu'ils ont moins mal ou pas, parce que c'est difficile à apprécier, l'échelle de la douleur, on sait très bien ce que ça vaut, mais je pense au niveau de la consommation médicamenteuse, pour les actifs au niveau des arrêts de travail, etc, on a des paramètres qui nous permettent de vérifier quasiment tous les jours qu'effectivement la médecine thermale entraîne des bénéfices, y compris au niveau santé publique, au niveau du cout, puisque les gens sont moins consommateurs. C'est une des seules thérapeutiques qui permette, indirectement, de faire faire une économie à l'assurance maladie.* »

6. Implication

Le médecin note que les patients viennent en consultations avec beaucoup d'examens complémentaires, et il l'explique par l'insistance des patients à réaliser ces examens.

« C'est pas la faute du médecin, parce que moi j'ai des patients qui change de rhumatologue parce que tel rhumatologue n'a pas voulu lui prescrire une IRM. C'est malheureusement dans la mentalité d'aujourd'hui, si vous faites pas, donc ça ne va pas. Alors on essaie aussi de leur expliquer que la radio n'est pas forcément nécessaire, qu'un scanner c'est pas anodin. Je pense qu'à discuter avec eux, on arrive des fois à les convaincre qu'avec un scanner, ils n'auront pas forcément moins mal. Je crois qu'il faut rééduquer un petit peu les patients, qui sont souvent un peu vindicatifs. Ils ont une gonalgie, c'est d'emblée une IRM, alors que je pense que la première des choses ça reste encore l'examen clinique. Avec un bon examen clinique, ça permet de cerner un peu les diagnostics et puis peut-être d'éviter de faire des examens redondants. Parce qu'ils font des IRM, et 6 mois après ils en refont une autre. C'est stupéfiant. »

« *Ce sont surtout les patients qui sont vindicatifs, et qui ne se privent pas pour critiquer leurs différents médecins.* »

V. Discussion

A) Discussion sur la méthode

Entreprendre une recherche sur des pratiques humaines pose plusieurs problèmes. Prélever de l'information peut se faire par observation, par questionnaire ou par entretien. Pour des raisons de faisabilité compte tenu des moyens dont nous disposions, mais également du contexte particulier des pratiques analysées, nous avons opté pour une collecte de données à l'aide d'entretiens semi-dirigés sollicitant un nombre restreint de professionnels de la santé.

1. Choix du sujet

Si les lombalgies ont été largement étudiées, c'est essentiellement la prise en charge thérapeutique (médicamenteuse, physique...) et l'efficacité des différents traitements que les publications qui été les plus souvent traitées (41, 42, 43, 44). L'approche mutidisciplinaire n'a été abordée que dans les études portant sur les écoles du dos ou dans des enquêtes rétrospectives sur la prise en charge initiale des lombalgiques (45, 46, 47,48).

A notre connaissance, la communication entre les professionnels qui sont amenés à prendre en charge les lombalgiques et les réticences qu'ils peuvent éprouver. n'ont donné lieu à aucune recherche spécifique. Il nous semblait donc pertinent d'explorer cette piste.

2. Choix de la méthode

Pour mener notre travail, il nous a semblé qu'une approche exploratoire s'imposait sous la forme d'entretiens semi directifs auprès des différents intervenants concernés par la lombalgie. Cette méthode exclut les traitements statistiques mais permet une collecte d'information plus orientée sur la qualité.

Les médecins se sont exprimés de manière libre et non orientée sur leur attitude en pratique quotidienne. Cela nous a permis de connaître en détails leur fonctionnement, leurs difficultés, leurs expériences vécues.

3. Sur l'échantillon

Le nombre de professionnels consultés est sans doute restreint, certains nous ont été conseillés et ainsi ne répondent pas au critère du choix aléatoire comme les autres, ce qui ne permet pas à nos résultats de prétendre à extrapolation. Toutefois l'analyse et les

regroupements d'informations nous laissent penser qu'ils témoignent d'une certaine représentativité des pratiques de terrain actuelles. Ce choix peut bien sûr constituer un biais, mais tous les professionnels sélectionnés répondaient aux exigences de la recherche.

4. Sur le recueil des données

a) L'intervieweur

Comme dans toute méthode qui s'appuie sur des entretiens, l'interaction interviewer-interviewé a sans aucun doute déterminante dans notre démarche. Notre inexpérience a forcément occasionné des biais et une perte d'information. Le dialogue et l'interprétation ont été dirigés à partir de nos propres opinions et sentiments, de notre position de chercheur.

b) L'interviewé

Il peut exister certains biais liés à l'interviewé qui diminuent la qualité de l'information recueillie. Il s'agit (49) :

- De la capacité ou non d'extraversion du médecin interrogé (associations d'idées, capacité de pensées, etc.). Pour certains des médecins interrogés, le manque de temps et de disponibilité a pu limiter la production d'un discours plus personnel.
- De la capacité à rester dans le sujet de la recherche (hors sujets). Ce biais a pu être limité par le caractère semi-dirigé de la méthode. Pourtant le fait d'interroger les médecins sur les difficultés de la prise en charge des lombalgiques, a induit chez certains des médecins des développements à distance du sujet. J'ai alors écarté de mon analyse ces passages.
- De la participation psychologique ou non des propos. Ainsi, certains des médecins interrogés ont eu du mal à parler de leur propre expérience, de leur propre ressenti. Ils en sont restés davantage à des généralités, ce qui a pu être une limite étant donné notre sujet.
- Des mécanismes de défenses que l'interrogé déploie (fuite, rationalisation, projection, identification, refoulement, renversement, oubli, etc.). Ce biais est plus difficile à identifier mais est sans aucun doute présent dans les entretiens.

Les interviewés n'ont pas eu la possibilité de relire leur interview et nous avons considéré leur parole comme définitive.

Toutefois, le regroupement des données a permis réduire les positions excessives.

5. Sur le traitement de l'information

C'est sans doute le moment le plus délicat du travail de recherche. Faire émerger des

paroles des praticiens les informations signifiantes dans le cadre de notre problématique exigeait une rigueur que nous avons visée en élaborant notre grille d'analyse. Néanmoins, les entretiens ne se laissent pas résumer aux enregistrements réalisés. Des intonations, des mimiques, des silences, tous porteurs de sens, n'ont pas trouvé place dans le recueil de données. Les impressions alors ressenties ont peut-être influencées inconsciemment l'exploitation de ces données brutes. Nous souhaitons dans ce cas être restés sinon dans l'exacte vérité au moins dans le respect de la pensée de nos interlocuteurs.

B) Discussion sur les résultats

1. Prise en charge des médecins généralistes

a) La prise en charge diagnostique des médecins généralistes.

1. Les pratiques rapportées par les médecins généralistes sont-elles en phase avec les recommandations?

Les données recueillies lors des entretiens ont été comparées à différentes recommandations : les recommandations nationales de l' ANAES : « Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique » (20), les recommandations européennes en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique de la COST B13 (50), les recommandations de bonnes pratiques de la Société Scientifique de Médecine Générale belge (51) et enfin, le guide de pratique sur le projet CLIP québécois (52).

- **Examen clinique et interrogatoire**

Tous les médecins s'accordent à dire qu'ils réalisent un interrogatoire et un examen clinique qui ont rarement été détaillés au cours des entretiens. L'objectif principal est d'éliminer une cause pathologie spécifique cause de la lombalgie. Il suivent en ce sens les différentes recommandations.

Peu de médecins parlent de facteurs environnementaux, alors qu'ils occupent une place importante dans la démarche diagnostique de l'ANAES : « la description du contexte professionnel et l'analyse des facteurs psychosociaux sont essentielles. » (20). La COST B13 parle pour ces notions de facteurs pronostiques . De la même façon, l'aspect psychologique des lombalgies chroniques n'est jamais mentionné par les médecins généralistes dans la démarche diagnostique, malgré la prépondérance de ce point dans les recommandations.

En ce qui concerne l'examen clinique, après avoir éliminé les causes symptomatiques, les recommandations ont des avis divergents. Pour la COST B13, le groupe d'experts ne peut pas recommander la palpation du rachis, les tests de mobilité segmentaire ou les tests de Lasègue pour le diagnostic de lombalgies communes chroniques (50). Alors que pour la SSMG, l'examen de la région lombaire permet de suivre l'évolution de l'effet du traitement avec l'inspection des déformations anatomiques et l'amplitude des mouvements (51). L'ANAES parle uniquement de l'examen ostéo-articulaire et neurologique pour évaluer la composante douloureuse et son retentissement sur l'activité physique et professionnelle, ainsi que d'une évaluation fonctionnelle (20).

On peut remarquer que les médecins généralistes sont sollicités par les patients à tous les stades de la pathologie. L'activité médicale va aussi concerner les lombalgies récidivantes. Leur prise en charge est particulière et nécessite alors de recenser le nombre de récurrence annuelle. L'examen clinique sera répété lors de chaque recrudescence, contrairement à la recherche de facteurs psychologiques et environnementaux. Cette classe de lombalgies est pour certains généralistes assimilée aux lombalgies chroniques, les réponses aux questions sont donc parfois centrées sur cette population.

- **Examens complémentaires**

Pour les examens complémentaires, tous les médecins réalisent une radiographie et suivent en ce sens les recommandations de l'ANAES qui préconisent une radiographie du rachis lombaire en première intention (20). A l'inverse, la COST B13, la SSMG et la CLIP considèrent qu'en l'absence de point d'appel, les examens complémentaires sont inutiles (50, 51, 52).

Le scanner et l'IRM sont prescrits systématiquement par certains médecins, alors que l'ANAES souligne que leur indication doit rester exceptionnelle en fonction du contexte clinique (20).

2. Regard extérieur sur la pratique des médecins généralistes

Pour les rhumatologues et les médecins réadaptateurs, il reste important de poser un diagnostic étiologique. Cependant, on sait que dans 50% des cas, aucun diagnostic lésionnel précis ne peut être porté (38). S'il existe nombre de recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique (20, 50, 51, 52) et plusieurs articles proposant différentes étiologies aux lombalgies (38, 53), il n'y a pour le moment aucun consensus d'experts sur les

mécanismes responsables des lombalgies chroniques.

Au niveau diagnostique, ces spécialistes reprochent aux médecins généralistes l'excès d'examens complémentaires qui entraine la pose d'un diagnostic erroné et qui « *enferme le patient* » dans « *une pathologie qui n'existe pas.* » (Rhum1)

« *Je pense qu'il y a beaucoup de faux diagnostics, c'est à dire que beaucoup de généralistes font très rapidement un scanner, et trouvent une petite hernie discale, un petit truc, et hop on a trouvé la clé du diagnostic, et il y a une façon un peu biaisée de prendre en charge une pathologie qui n'existe pas vraiment.* » (Rhum1)

« on a raconté au malade des tas de fables, qu'il y a de l'arthrose, alors que c'est normal par rapport à l'âge, et ça ne justifie pas les lombalgies ». (Rhum2)

De la même façon, pour la CLIP, lorsque des examens complémentaires sont effectués « leurs résultats doivent toujours être interprétés à la lumière des données cliniques. L'utilisation inutile de ces examens très sensibles va produire beaucoup de résultats faussement positifs créant chez le clinicien et son patient un effet d'étiquetage qui peut en soit contribuer à un moins bon pronostic. » (52)

On retrouve cette notion dans les « audits avec retour d'information-Lombalgies » réalisés par l'assurance maladie en 2000 : « L'inutilité de ces examens n'est pas seulement coûteuse pour l'assurance maladie : selon l'étude réalisée en 1994 par le Pr Valat, les techniques d'imagerie révèlent des signes de hernie discale chez 20 à 30% de sujets normaux, ne se plaignant d'aucune douleur. L'impact psychologique de la découverte d'une image peut, à terme, conduire le patient à une intervention chirurgicale inutile et inefficace. » (54)

On peut aussi noter un problème dans les informations transmises par le médecin généraliste à son patient. Plusieurs rhumatologues et médecins réadaptateurs nous expliquent que lorsque les patients viennent les voir, ils sont encore dans une démarche de guérison, et non pas d'amélioration de la symptomatologie.

Une explication nous est donnée par un médecin généraliste qui remarque que le patient n'accepte pas toujours le message délivré par les médecins généralistes et qui précise faire parfois appel à un rhumatologue *« pour expliquer à la personne qu'elle aura toujours mal au dos ».* Elle pense que *« quand il y a deux médecins qui le disent, peut-être que le patient l'acceptera mieux. »*

Une autre explication peut être que le médecin généraliste est trop « proche » de son patient, ce qui peut le conduire à un manque d'objectivité et de sincérité. Il n'arrive plus à dire, et peut-être même à voir, la réalité de la pathologie. « *Le médecin généraliste, qui est le 1er acteur dans la pathologie et dans l'environnement du patient, n'est pas forcément le mieux placé pour sortir certaines choses » (MPR5)*

La notion de maladie chronique est pourtant abordée par les médecins généralistes qui

devant un diagnostic clinique documenté disent expliquer à leur patient le caractère chronique et persistant de la douleur. Cependant, un médecin généraliste dit laisser parfois un espoir sur une amélioration ou même une guérison. On ne peut donc pas juger si c'est le médecin généraliste qui ne transmet pas le message, ou si c'est le patient qui ne veut pas l'accepter.

b) La prise en charge thérapeutique

1. Les pratiques rapportées par les médecins généralistes sont-elles en phase avec les recommandations?

- **Thérapeutique médicamenteuse**

Pour les médecins généralistes, le prise en charge thérapeutique repose essentiellement sur la composante antalgique et est basée sur un traitement médicamenteux antalgique. Les antalgiques de palier 1 et 2, utilisés par tous, sont préconisés par les différentes recommandations (20, 50, 51, 52).

Les antalgiques opioïdes forts sont quelques fois prescrits. Pour les recommandations, leur utilisation est à éviter ou à limiter à quelques jours. Ils ne doivent pas être consommés au long court, comme c'est parfois observé (20, 51).

Contrairement à ce que pensent certains rhumatologues et médecins réadaptateurs, les AINS, à visée antalgique, sont conseillés par toutes les recommandations (20, 50, 51, 52).

Les avis sur l'utilisation de décontracturants musculaires sont divergents auprès des médecins (considérés comme le « *petit plus* » par un rhumatologue, ils sont jugés inefficaces par deux autres). Les recommandations peuvent les conseiller en cure courte pour soulager la douleur, mais pas en première intention (20).

- **Rééducation par un kinésithérapeute**

Le premier recours à d'autres professionnels des médecins généralistes concerne les kinésithérapeutes. Car, si les médecins généralistes n'évoquent pas spontanément la rééducation comme un élément du traitement, ils font tout de même tous appel à des kinésithérapeutes lors de la prise en charge des lombalgiques, souvent en deuxième intention, après l'échec d'un traitement antalgique.

La rééducation et l'exercice physique sont des points dont l'importance est reconnue par toutes les recommandations.

La HAS dans la « Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription » de mai 2005, explique que la masso-kinésithérapie apparaît

comme un des éléments importants du traitement des patients lombalgiques, après la période aiguë. Mais l'analyse de la littérature ne permet pas de dégager de protocoles bien définis tant en ce qui concerne le qualitatif (contenu de la prescription), que le quantitatif (nombre et rythmicité des séances). Elle met quand même en avant certaines tendances et promeut les exercices thérapeutiques comme priorité du traitement (action physique et action psychologique sur le patient qui retrouve confiance en ses possibilités). Les experts considèrent que l'efficacité du traitement masso-kinésithérapique repose sur l'association de différentes méthodes. Le traitement de la douleur, comme le massage ou l'électrothérapie, ne doit pas représenter l'essentiel de la prise en charge et enfin, l'éducation et la formation du patient sont essentielles. La prise en charge débute par le Bilan-Diagnostic Kinésithérapique (BDK) (réalisé à partir de l'évaluation des déficiences et des incapacités fonctionnelles) qui fixe les objectifs principaux du traitement rééducatif. Le nombre de séances doit alors être établi (55).

On note que cette prise en charge kinésithérapique est très proche de celle réalisée par les kinésithérapeutes qui nous disent tous associer : traitement antalgique, rééducation, renforcement musculaire progressif et éducation. Même si la part attribuée à l'éducation varie entre les kinésithérapeutes, elle représente toujours un point important.

Seul un kinésithérapeute ne réalise pas de BDK, considérant cet examen trop subjectif : « *mais je ne pense pas que ce soit des tests qui soient vraiment fiables, puisque d'un kinésithérapeute à l'autre, les mesures changent énormément, les tests changent, l'interprétation change énormément, donc je trouve que ce n'est pas assez reproductible pour en tirer toutes les conclusions. C'est pas devant un bilan qu'on peut dire ce qu'il y a exactement.* » (kiné5)

Comme le soulignent certains kinésithérapeutes lors des entretiens, la HAS reconnaît que le nombre de séances est difficile à établir lors de la première séance de kinésithérapie. Dans ces conditions, les experts ont proposé une première série de 10 à 15 séances. Les séances ne doivent pas être trop rapprochées pour éviter une médicalisation excessive et pour laisser le temps au patient d'apprendre les exercices et gestes de prévention (55).

De plus, on peut noter, que les attentes des patients sont différentes de celles des médecins et kinésithérapeutes, en préférant les massages et la phase antalgique. Alors que pour les kinésithérapeutes, cette partie du traitement n'est décrite que comme une phase facilitant la relation entre le patient et son thérapeute. Ils suivent en ce sens les recommandations de la « Massokinésithérapie dans les lombalgies communes » et de la HAS (55, 56).

Les différentes recommandations soulignent que la prescription de courtes séries de

séances, dans les mois et les années qui suivent, peut être justifiée. Et c'est une notion que l'on retrouve chez la plupart des kinésithérapeutes. « *Souvent, les gens font leur petite cure en début d'année, et puis 6 mois après. Et dans ces cas là on ne fait pas beaucoup de séances, 8 à 10 séances maximum.* » (kiné6)

Quelques médecins ont une mauvaise image des kinésithérapeutes due à certains professionnels peu sérieux. Les médecins restent conscients que c'est lié à des individus plus qu'à la profession et ils n'hésitent pas à diriger leurs patients vers les kinésithérapeutes qu'ils savent compétents.

Comme le souligne Deramoudt, la qualité de la prise en charge réalisée par le masseur kinésithérapeute libéral est essentielle (57). Le médecin traitant doit donc orienter son patient vers un masseur kinésithérapeute avec lequel il entretient des relations professionnelles habituelles et qui propose une prise en charge répondant aux critères de qualité définis par la HAS (55).

Plusieurs spécialistes, rhumatologues et rééducateurs, évoquent un problème de tarification des séances de kinésithérapie, qui peut expliquer la prise en charge trop légère de certains kinésithérapeutes.

Un médecin rééducateur proposait d'améliorer la prise en charge kinésithérapique en ville en formant des kinésithérapeutes et en réévaluant la tarification des séances « *Il faudrait pouvoir avoir une étape intermédiaire entre rien et le centre, car le coût de la prise en charge des lombalgiques chroniques est très important. Il faudrait donc former des kinésithérapeutes dans une prise en charge un peu plus spécialisée des lombalgies chroniques, avec une tarification à revoir. Aujourd'hui, on ne peut pas demander à un kinésithérapeute de passer une ½ heure, à ¾ d'heure à s'occuper exclusivement d'un lombalgique chronique, au tarif d'une séance normale. Ça permettrait d'avoir un niveau intermédiaire entre ce qui est fait en ville et qui est bien souvent inefficace, et le centre de rééducation avec une équipe multidisciplinaire*. » (MPR5)

- **Des moyens thérapeutiques complémentaires « discutables ».**

Les ceintures de soutien lombaire sont prescrites par plusieurs médecins. Elles ne sont pas préconisées par l'ANAES en première intention (20). Un kinésithérapeute considère qu'elles sont néfastes pour la ceinture abdominale des patients parce qu'ils ont tendance à les porter en permanence. « *Il vaut mieux mettre un strap rigide sur les lombaires, en cambré maximum, vous aurez autant de résultats. »* kiné5

Seule l'ANAES évoque le thermalisme qui peut être recommandé, car il a un effet antalgique et contribue à restaurer la fonction. Ce sont des atouts reconnus par les médecins qui disent l'utiliser lors des entretiens (20).

- **Arrêt de travail**

La lombalgie chronique peut nécessiter un arrêt de travail qui, en absence d'amélioration clinique, va être prolonger de mois en mois.

Cependant, en cas de douleur chronique, un arrêt de travail va signer irrémédiablement le début d'un cercle vicieux, avec vraisemblablement à la clé un arrêt de travail définitif. Effectivement, un arrêt de travail de 6 mois mène à une probabilité de 50% de reprendre le travail un jour, alors qu'après une année entière d'arrêt maladie, seuls 25% des patients reprendront un jour une activité professionnelle, et après 2 ans, moins de 10% redeviendront actifs (58).

Il est donc important de maintenir autant que possible les lombalgiques chroniques au travail, et de limiter au plus les arrêts de travail.

Les facteurs qui risquent de retarder le retour au travail sont identifiés (59) :

- délivrer un arrêt de travail prolongé ;
- surmédicaliser le patient ne présentant pas de signes cliniques et radiologiques objectifs ;
- prescrire de nombreux médicaments pour une durée prolongée et de nombreuses séances de kinésithérapie ;
- ne pas prendre contact avec le lieu de travail.

Une étude française analysant le regard croisé médecin/patient sur la lombalgie et les arrêts de travail montre qu'il semble possible de proposer aux patients de partager la décision de reprise du travail malgré la douleur, non comme une sanction, mais comme un élément indispensable à la guérison, à condition de modifier radicalement leurs conditions de travail lorsque cela s'avère nécessaire (60).

2. Le recours aux autres professionnels est-il adapté?

- **Les rhumatologues**

En l'absence de points d'appel de lombalgie symptomatique, généralement, en cas de lombalgies chroniques, le médecin généraliste ne va solliciter le rhumatologue qu'après échec

de la prise en charge initiale, qui comporte traitement antalgique et rééducation par un kinésithérapeute. Les rhumatologues ont donc en consultation des patients qui ont eu des examens complémentaires plus ou moins nombreux, un diagnostic posé et un échec thérapeutique.

Nos entretiens objectivent différents motifs de recours : pour revoir la prise en charge initiale, compléter le bilan, vérifier le diagnostic, adapter la thérapeutique ou pour la réalisation d'infiltrations. Les infiltrations épidurales n'ont pas leur place dans le traitement pour les rhumatologues, alors que les infiltrations articulaires postérieures sont parfois réalisées.

Les recommandations à ce sujet ont des avis discordants : la SSMG et la COST B13 les déconseillent par manque de preuve d'efficacité (50, 51), l'ANAES et la CLIP peuvent préconiser les infiltrations épidurales pour un effet antalgique (pas en traitement de première intention), mais critiquent les infiltrations intra-articulaires postérieures par manque de preuve (20, 52).

Un médecin généraliste dit adresser parfois ses patients à un rhumatologue qui pourra confirmer le caractère permanent de la douleur, message pas toujours accepté quand il est délivré par le généraliste.

- **Les médecins rééducateurs**

Si leur rôle précis est méconnu des médecins généralistes, ils sont parfois sollicités pour des manipulations. Les manipulations sont réalisées par tous les médecins rééducateurs et un rhumatologue parle de contre-indication. Leur efficacité est jugée contradictoire, la SSMG et la CLIP ne les recommandent pas, alors que pour l'ANAES et la COST B13, elles peuvent être utilisées pour une antalgie à court terme (20, 50, 51, 52).

- **Les médecins du travail**

Le médecin du travail dispose de plusieurs moyens d'intervention (61) : avec un pouvoir de décision plus ou moins important suivant les mesures.

- Inaptitude au port de charges lourdes, qui relève de sa responsabilité exclusive
- Mi-temps thérapeutique, en accord avec l'employeur et l'Assurance maladie
- Changement d'unité de travail, en accord avec l'employeur
- Formation professionnelle ou réorientation professionnelle, en accord avec l'employeur et les structures de maintien dans l'emploi.

Pourtant, dans notre échantillon peu de médecins parlent de l'importance d'impliquer

le médecin du travail dans la prise en charge des lombalgiques chroniques quand ils sont en arrêt de travail prolongé. Ils évoquent un réel manque de communication.

- **Le centre anti-douleur**

Peu de médecins voient un intérêt à faire appel aux centres anti-douleur. Le plus souvent, c'est pour son aspect multidisciplinaire qu'il est sollicité. Comme son approche est uniquement thérapeutique à visée antalgique, son recours est souvent jugé inutile et vécu comme un constat d'échec.

- **Le centre de rééducation**

Les centres de rééducation sont abordés par la plupart des médecins, mais s'ils voudraient pouvoir leur adresser des patients, ils évoquent surtout un problème de délai et d'accessibilité. Les médecins exerçant aux seins de ces centres ont tout à fait conscience des délais et du manque de place dans les programmes de rééducation.

Leur utilité est reconnue, au niveau des professionnels et des recommandations, d'autant plus qu'ils possèdent des équipes multidisciplinaires, qui vont pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité.

« *La prise en charge en ville est obligatoirement vouée à l'échec du fait de l'approche multifactorielle des lombalgies chroniques, c'est à dire qu'il faut très souvent avoir recours à un psychologue, à une assistante sociale, à une équipe parallèle autre que le médecin traitant qui peut casser le cercle vicieux de la lombalgie chronique, souvent du à l'état d'esprit dans lequel est le lombalgique chronique. L'objectif étant d'obtenir une amélioration, un retour dans la vie professionnelle et familiale.* » dit un médecin exerçant dans un centre de rééducation.

La prise en charge multidisciplinaire diagnostique et thérapeutique est d'ailleurs jugée indispensable, dès que la durée de la douleur dépasse 12 semaines, par la « Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie », sans pouvoir en préciser le cadre institutionnel (ambulatoire ou avec hospitalisation) et la durée optimale (62).

Le médecin généraliste devrait pouvoir orienter son patient souffrant de lombalgie chronique vers un centre de médecine physique et de réadaptation dans 2 circonstances (57) :

- Soit en seconde intention : lorsqu'une prise en charge de qualité en secteur libéral n'a pas permis d'atteindre les objectifs que le masseur kinésithérapeute s'était fixés à partir de son bilan initial, après avoir pris l'avis de ce dernier.
- Soit en première intention :
  - lorsque le masseur kinésithérapeute libéral estime, sur les données de son bilan

initial – du fait par exemple de l'importance d'un syndrome de déconditionnement physique – qu'il ne dispose pas des moyens matériels nécessaires, ou du temps nécessaire à chaque séance, pour assurer une prise en charge de qualité ;

- lorsque qu'une prise en charge par le masseur kinésithérapeute libéral n'est pas réalisable du fait de la multiplicité ou la complexité des facteurs à l'origine de la lombalgie et que, par ailleurs, l'existence de facteurs physiques le justifie ;
- lorsque le médecin traitant n'a pas la possibilité, pour quelle que raison que ce soit, d'orienter son patient vers un masseur kinésithérapeute répondant aux critères de qualité de prise en charge définis par la HAS (55) et que par ailleurs il y a un retentissement professionnel (arrêt de travail) et/ou une multiplicité ou une complexité des facteurs à l'origine de la lombalgie.

Pour pouvoir être accepté dans un programme, le patient, en plus de critères physiques, doit être motivé et adhérer au programme qui sera proposé et qui nécessitera sa collaboration effective à des exercices actifs (62). Les concept clés de ces programmes sont l'acceptation de la douleur, la prise en charge du problème par le patient lui-même, la progression par contrat (63).

Pourtant, les médecins rééducateurs travaillant en centre, interrogés, estiment que le patient devrait déjà être dans une phase d'acceptation de la douleur et ne plus espérer sa disparition.

- **Les réseaux formels**

Les réseaux institutionnels ont été mis en place avec des objectifs précis : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge (…) tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

En France, il existe quelques actions régionales de réseau autour des lombalgies chroniques. Elles ont toutes été présentées lors du congrès de la SOFMER d'octobre 2007 qui avait organisé une session s'intitulant : « Réseaux de santé et organisation des soins pour la lombalgie » (64).

Le « Lombaction » est un réseau qui existe depuis 2006 dans les pays de la Loire et dont le but est de coordonner la prise en charge des lombalgiques chroniques, d'agir sur leur déconditionnement physique et psychique et de favoriser leur maintien au travail. Après une

consultation pluridisciplinaire, les patients sont inclus soit en restauration fonctionnelle en hospitalisation, soit en rééducation individuelle active auprès de kinésithérapeute libéraux du réseau. Le réseau coordonne tous les acteurs de leur prise en charge (médecins généralistes, médecins du travail, spécialistes, médecins conseil, kinésithérapeutes) (65).

Le « Renodos » (Réseau Nord Pas de Calais du dos) dont le but est d'évaluer les effets à court et long terme de la prise en charge pluridisciplinaire des lombalgiques chroniques et de montrer les apports bénéfiques d'une organisation en réseau pour le traitement de la lombalgie chronique (66).

Le « Réseau Lutter Contre la Douleur » (RLCD) mis en place à Paris, a développé une filière de soins dont l'objectif principal est le retour au travail et le maintien dans l'emploi des patients lombalgiques. Dans le cadre de cette structuration et coordination des soins, l'utilisation d'un dossier médical partagé informatisé du patient pris en charge par les différents acteurs du réseau a été mise en place (67).

Une étude qualitative sur les interactions professionnelles dans les réseaux de soins formels, réalisée en 2004, montre, à travers le regard des médecins sur ce type d'organisation formalisée, les craintes du travail médical en coordination institutionnalisée : la dérive financière avec les accusations de concurrence déloyale, les accusations de stratégie de carrière, les problèmes de reconnaissance généraliste/hospitalier et ses enjeux de hiérarchie, la dérive bureaucratique, la peur de devoir rendre des comptes et perdre le statut de libéral (d'être fonctionnarisé) et de ne plus être maître de ses décisions. D'un point de vue pratique, le mode de relation professionnelle dominant dans les réseaux formels étant la collaboration (nombreux échanges, réunions, élaborations communes) cela représente un investissement temps considérable, surtout pour les médecins généralistes, d'autant qu'un réseau ne concerne souvent qu'une seule pathologie. Cette forme de travail collective n'est pas « adaptée », selon les généralistes, à leur pratique quotidienne actuelle. Si un certain nombre d'acteurs s'intéressent à cette démarche, ils ne la considèrent adaptée qu'à des pathologies bien précises nécessitant une prise en charge complexe (68).

- **les réseaux informels**

Au cours des entretiens, quelques médecins ont dit travailler en réseaux avec d'autres médecins et kinésithérapeutes, et pas uniquement pour les lombalgies. Ces réseaux se sont établis suite à des habitudes de collaboration et par satisfaction des échanges et des résultats obtenus avec certains professionnels. Ils n'ont donc aucun problème de communication et de confiance quant aux compétences des différents intervenants. Mais ces actions sont individuelles, et rarement officialisées.

Une enquête téléphonique faite auprès d'un échantillon de 100 médecins généralistes représentatifs de la population nationale des Médecins Généralistes conclut qu'un médecin sur 5 déclare faire partie d'un réseau de soins (69).

c) Regard extérieur sur la prise en charge thérapeutique du lombalgique par le médecin généraliste

Au niveau thérapeutique, quelque soit le groupe professionnel concerné dans nos entretiens, la prise en charge est critiquée, tant sur le choix que sur la multitude des médicaments prescris, alors que les médecins de même spécialités entre-eux ont souvent des avis discordants (utilité des décontracturants musculaires, antalgiques opioïdes forts, AINS).

Plusieurs kinésithérapeutes notent que certains médecins inscrivent encore le nombre de séances sur les ordonnances, alors qu'ils ne sont plus tenus à le faire depuis la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes en 2000. Le nombre indiqué est aussi un point de critique car il ne semble pas fondé sur un bilan.

Les kinésithérapeutes décrient aussi le recours trop tardif de certains médecins généralistes qui diffèrent parfois la rééducation, ou qui pensent que la rééducation n'est pas un point essentiel de la prise en charge thérapeutique. La kinésithérapie est considéré comme un traitement de 2e intention « *parce que ça ne peut pas faire de mal* » (kiné5).

Une enquête portant sur les interactions professionnelles montre que le regard des médecins généralistes sur le travail du kinésithérapeute est dubitatif. Les kinésithérapeutes le ressentent et se plaignent de l'adressage des malades en second recours (en cas d'échec des traitements médicamenteux), ou à la demande des patients, ou encore « lorsqu'ils ne savent plus quoi faire ». Elle met en avant que les kinésithérapeutes se trouvent aussi dans un processus de reconnaissance identitaire à l'égard des médecins (68).

2. Comment optimiser la prise en charge du patient lombalgique chronique

a) Mettre le patient au centre du dispositif.

Nos entretiens et nos recherches bibliographiques suggèrent l'importance de faire évoluer le rapport que les patients entretiennent avec leur santé. Nos propositions ciblent 3 objectifs : écouter, éduquer, impliquer.

1. Écouter

Une pathologie s'inscrit dans l'histoire singulière d'un individu et les différents intervenants sont appelés à participer à cette histoire. On ne s'adresse pas à une pathologie mais à des personnes souffrant de douleurs lombaires

Si l'interrogatoire fait partie intégrante de la démarche diagnostique pour la plupart des médecins, il est surprenant que l'écoute du patient ne soit jamais évoquée par les médecins généralistes et rarement par les autres médecins de notre échantillon. La recherche de facteurs environnementaux restent prépondérants, par contre le versant psychologique est rarement abordé par les médecins généralistes.

C'est d'ailleurs ce que déplore un rhumatologue qui considère « *qu'en France, on est pas bien formé, pas sensibilisé sur ce plan-là et on passe souvent à coté.* » (Rhum1). L'aspect psychologique est, pour elle, le point le plus important de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgiques chroniques. « *Il faut chercher l'origine de la lombalgie chronique et pas dans l'imagerie, certainement plus du côté psychologique.* », « *le dépressif ne s'implique pas, d'où l'échec à mon avis d'au moins 50%, d'où la surmédicalisation qui est faite. »*

Un médecin rééducateur considére qu'être à l'écoute du patient lors de la prise en charge initiale détermine l'évolution des lombalgies chroniques. « *Je reste persuadé que ce qui fait la différence c'est la prise en charge les 3 premiers mois, et aussi de pouvoir être à l'écoute du patient.* » (MPR5)

Deux kinésithérapeutes de leur côté soulignent l'importance de l'écoute du patient ayant conscience que le coté psychologique du patient doit être associé à la rééducation, sous peine d'être vouée à l'échec. Les kinésithérapeutes doivent ainsi « *prendre en temps d'écoute, de remise en confiance.* » (kiné5)

Le médecin thermal note de la même façon : « *Du coup, ça leur fait du bien de venir en cure, puisqu'ils ont plus de temps pour discuter et comprendre. C'est ce que les médecins thermalistes essaient de faire, de prendre le temps qu'il faut.* » MTherm

L'ensemble de ces positions rejoint les études publiées ainsi que les recommandations que nous avons mentionnées : ainsi l'ANAES insiste sur la prépondérance de l'écoute en plus de l'interrogatoire et de l'évaluation de la composante anxieuse et/ou dépressive (20).

Toutefois, il est difficile de démontrer si c'est la douleur qui modifie le profil psychologique de la personne ou si le profil psychologique préexistant est un facteur de

survenue de lombalgie chronique. Les facteurs psychologiques semblent toutefois jouer un rôle plus important dans le pronostic de la lombalgie que dans son déclenchement (71).

La prise en compte de l'aspect psychologique aboutit parfois à une véritable psychothérapie et les quelques médecins qui veulent la mettre en œuvre passent par les centres anti-douleur ou les centres de rééducation et leurs équipes multidisciplinaires qui comportent souvent des consultations de psychologie. Les psychologues libéraux sont jugés difficilement abordables (problème financier et de compétence pour prendre en charge les lombalgiques chroniques).

Toutes les recommandations préconisent d'ailleurs la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui est efficace sur l'intensité de la douleur, sans préciser quel type de patient lombalgique chronique pourra en bénéficier, ni quelle variété de thérapie comportementale lui sera le plus appropriée. Les objectifs de la TCC sont de rendre le patient actif de son traitement et de transformer les comportements douloureux en comportements bien portants, grâce à un nouvel apprentissage (72).

Il va sans dire que la recherche de facteurs psychologiques est à aborder avec tact, car elle peut être ressentie, par les patients, comme une mise en doute de la réalité de leur souffrance (56).

D'ailleurs la formation à l'écoute du patient devra à terme figurer dans le cursus universitaire afin de ne pas reposer sur le seul empirisme.

2. Éduquer

La seconde étape consistera à "éduquer" le patient, lui donner les outils indispensables de compréhension de sa maladie. Lui permettre de comprendre c'est agir sur ses représentations initiales et l'amener ensuite à s'impliquer lucidement au cours de la thérapie.

Modifier ses représentations initiales est sans doute une étape-clé trop souvent négligée. Ainsi, la littérature nous rappelle que les croyances erronées du patient douloureux chronique sont des facteurs d'incapacité (70). Elles empêchent toute adhésion au traitement lorsqu'elles sont méconnues du praticien. Les patients présentent, entre autres :

- des croyances dysfonctionnelles : « si la douleur persiste c'est parce qu'une maladie grave évolue », « si la douleur augmentent lors de l'effort; c'est que l'activité physique ou le travail aggravent les lésions »
- des comportements de gestion réactionnels à la douleur et non pas anticipés ou préventifs
- une recherche de solutions passives (massage)

Le « catastrophisme » se définit comme un état de focalisation exclusive du patient sur les aspects aversifs et négatifs de l'expérience douloureuse. Cet état augmente la sensation douloureuse et empêche l'adaptation du patient à sa douleur (70).

Pour la SSMG, il incombe, avant tout, au médecin d'informer et de rassurer le patient sur la bénignité de son affection, une information et des conseils appropriés pouvant diminuer l'anxiété et améliorer la satisfaction du patient vis-à-vis de ses soins (51).

On peut noter de plus que l'implication du patient évolue au cours de sa pathologie: le diagnostic de maladie chronique implique la perte de l'état de bonne santé et un ré-aménagement du mode de vie du patient (74) : ce travail de deuil passe par les étapes bien connues du choc initial lors du diagnostic, de la dénégation, de la révolte, du marchandage (risque de manipulation vis-à-vis des soignants), de la tristesse (allant parfois jusqu'à la dépression) et finalement de l'acceptation, étape qui permet au patient de gérer sa maladie et de développer une relation de partenariat avec l'équipe soignante. Chacun de ces stades nécessite une approche particulière du patient, qui doit être partie prenante dans la prise en charge de son affection chronique (75).

Le passage par ces différentes phases de « deuil de la bonne santé » (74) va donc induire une variabilité des motifs d'implication.

Mais, une fois cette phase d'acceptation atteinte, l'implication peut alors être productive, participative et en faveur d'une amélioration clinique. Le patient prend alors conscience qu'il a un pouvoir d'agir sur l'évolution de son affection.

Il est dès lors fondamental que le médecin et le patient s'accordent sur des objectifs thérapeutiques communs, après une exploration attentive des attentes et des besoins du patient.

Waters, par exemple, propose d'identifier avec le patient les buts les plus importants de sa vie et de voir en quoi la maladie l'empêche de les atteindre (Goal-directed health care). Ainsi, les motivations du patient et ses aspirations deviennent des outils sur lesquels un travail est possible, afin de sortir le patient de l'impasse «tant que j'ai mal, je ne peux rien faire». Le thérapeute n'est plus celui qui donne la solution mais celui qui soutient, encourage, guide en vue de faire émerger des objectifs thérapeutiques réalistes et accompagner leur réalisation (76).

Le médecin sera parfois à amener à une remise en question comportementale. Pour quel type de vie faudra-t-il opter afin de vivre avec sa lombalgie de façon supportable ? Comment aménager son environnement domestique et professionnel, comment entretenir son corps, sa santé ?

A ce stade le médecin doit quitter son rôle de guérisseur pour celui de conseiller (58), afin de faciliter chez son patient l'acceptation du diagnostic de maladie chronique et de sa douleur.

Les praticiens questionnés n'ont pas manqué quant à eux d'observer ces différentes phases dans l'évolution du comportement du patient. Ainsi, au début, il cherche à comprendre l'origine de sa douleur (et obtenir une guérison) et il est demandeur de scanner et d'IRM, mettant parfois le médecin sous pression. « *Et le problème c'est que c'est le patient qui est demandeur d'un examen complémentaire, et il va insister, et vous allez refuser, et puis il ira chez le voisin qui lui fera le scanner,* »MPR5

MTherm *: « Alors c'est pas la faute du médecin, parce que moi j'ai des patients qui changent de rhumatologue parce que tel rhumatologue n'a pas voulu leur prescrire une IRM. C'est malheureusement dans la mentalité d'aujourd'hui, si vous faites pas, donc ça ne va pas. »*

Ce point est également repris dans l'audit de l'Assurance Maladie (54) : « Échapper aux exigences et aux pseudo-certitudes de certains patients est un exercice difficile. »

Cette exigence de guérison va même les conduire à rechercher des solutions externes, passives voir miraculeuses. « *ils arrivent en espérant être sauvés* » MPR1, « *ils attendent qu'on leur livre la guérison sur un plateau* » Rhum2

Cette insistance, face à un médecin parfois démuni suite à des échecs thérapeutiques, peut expliquer en retour l'abus d'examens complémentaires souvent critiqué.

Il apparaît donc important que chacun des intervenants dans sa compétence propre, informe, "éduque" le patient et donc que le langage tenu soit complémentaire et harmonisé.

3. Impliquer

Nous pouvons dès lors envisager inviter le patient à passer de "consommateur de santé" à "acteur" du processus de sa guérison, à l'associer à sa thérapie.

Tous les médecins et kinésithérapeutes interrogés ont conscience que l'éducation et la délivrance de conseils, éduquer à une gymnastique particulière, sont des points importants pour permettre l'amélioration de la symptomatologie et son maintien dans le temps.

Principalement, tous les kinésithérapeutes évoquent cette auto-rééducation et disent apprendre aux patients des exercices adaptés. La notion de contrat thérapeutique est même évoquée chez un kinésithérapeute. « *On essaie aussi de faire un contrat commun. De toute façon, on sait qu'ils sont chroniques, on sait qu'ils vont toujours avoir mal au dos. Alors*

quand ils arrivent ici, on leur dit que le contrat c'est ça, ça fait 3-4 ans qu'ils ont mal et il ne faut pas s'attendre à sortir d'ici en étant guéri. » kiné3

Un autre, sans parler réellement de contrat, va valoriser les aptitudes du patient : « *Je trouve ça intéressant que mon patient ressorte en envisageant tout ce qu'il peut faire, et pas en pensant qu'il ne peut rien faire.* » (kiné5)

La revue de littérature vient compléter les observations des intervenants consultés.

Ainsi, le groupe d'experts de la COST B13, recommande les interventions éducatives brèves dispensées par un kinésithérapeute et/ou un médecin et qui encouragent le retour à une activité normale pour diminuer l'absentéisme et le handicap associés aux lombalgies communes chroniques. L'accent devant être mis sur le fait de rassurer le patient et d'encourager la reprise des activités habituelles (50).

La HAS également insiste sur l'importance de l'éducation (conseils d'hygiène de vie, gestes et postures, port de charge, ergonomie, exercices d'entretien adaptés à chaque patient) (55).

Comme le souligne la recommandation « Massokinésithérapie dans les lombalgies communes » de et la HAS dans la « Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription », le programme initial doit être poursuivi par une auto-rééducation (55,56). L'amélioration de la condition physique, lors des séances de kinésithérapie, s'accompagne d'une diminution des douleurs et justifie de recommander la poursuite d'une auto-rééducation prolongée si possible remplacée par une activité sportive, plus facilement maintenue (51).

Une étude tunisienne a également confirmé que l'auto rééducation constitue un outil thérapeutique intéressant, peu coûteux et d'efficacité satisfaisante pour la prise en charge des lombalgies chroniques. Cependant, il nécessite une motivation des patients et un contrôle régulier afin de déceler le manque de motivation et de vérifier la qualité des exercices réalisé.(52).

La formation du patient est donc essentielle avec prescription d'un travail d'entretien à effectuer seul par le patient (55).

La SSMG par exemple propose, en plus du conseil de rester actif, de donner au patient quelques instructions concernant l'économie du rachis et la manutention (51) :

1. choisir des positions qui entraînent peu de douleur et changer souvent de position
2. éviter toute flexion antérieure du tronc, principalement si celle-ci est accompagnée d'une rotation

3. préférer la flexion des genoux et des hanches
4. éviter le port de lourdes charges et toujours porter le plus près possible du corps
5. éviter les longs trajets en voiture
6. expliquer comment se coucher et se relever du lit.

L'objectif au travers de cette étape va donc consister à amener le patient à se prendre en charge afin qu'il prolonge les traitements et prévienne la survenue des épisodes douloureux.

L'ensemble de ces objectifs écouter, éduquer et impliquer, matérialise notre objectif de mettre le patient au centre du processus. Il s'agit pour les médecins de s'investir dans le rapport au patient, l'un des kinésithérapeutes nous l'avons vu évoque même le concept de contrat. Et pour que ce contrat ait une efficacité dans ce problème de santé qui touche le patient dans sa globalité nous proposons de substituer aux pratiques isolées un fonctionnement multidisciplinaire.

b) Faire vivre la multidisciplinarité

Obtenir l'implication du patient ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur le système de soins. Les dysfonctionnements évoqués au cours des entretiens ne sont pas compatibles avec la démarche évoquée ci-dessus.

Nos observations soulignent la difficulté de communication entre les différents professionnels concernés et l'absence de réelle coordination multidisciplinaire.

Nos propositions visent à opposer au tableau controversé qui a émergé de nos entretiens, les pistes évoquées par les intervenants que nous développerons dans trois directions qui sont en interaction : coordination, communication et connaissance.

1. Coordination

Entre les différentes instances de prise en charge de sa pathologie, le patient éprouve parfois l'impression qu'il doit se répéter, qu'il existe des désaccords, qu'un manque de consensus est perceptible et ceci peut donc expliquer qu'il reste insatisfait. De là sa demande de confirmation auprès d'autres médecins, d'examens complémentaires, de médecine parallèle…

Rappelons que la complexité de la pathologie peut entraîner, chez certains médecins généralistes démunis face à des patients obstinés et suite à des échecs thérapeutiques, une

prise en charge hésitante tant au niveau diagnostique que thérapeutique. Cette incertitude peut décontenancer le patient et le rendre anxieux, voire sceptique quant à la qualité des soins. La confiance envers son thérapeute semble influencer l'évolution de la maladie. « *c'est sûr que c'est la façon dont c'est vendu au patient qui prédétermine et qui conditionne la suite. Si le patient sent qu'il est cadré, au niveau de la prise en charge, que le médecin généraliste maitrise et la pathologie et son évolution, généralement ça se passe mieux, pas forcément bien, mais mieux.* »

Une coordination de la prise en charge thérapeutique s'avère donc nécessaire et sans doute le médecin généraliste peut-il jouer ce rôle central de coordonnateur, ce qui n'en fait pas le seul décideur, mais celui qui organise, centralise avec l'accord de ses collègues. L'amélioration de ces réseaux informels ainsi créés pourrait être une alternative aux réseaux institutionnels. On peut également penser qu'une valorisation par la caisse primaire d'assurance maladie de ces parcours de soins adaptés pourrait permettre de faciliter le contact avec les autres spécialistes, sans imposer la lourdeur administrative des réseaux formels. Il pourrait s'agir d'un financement pour permettre une concertation multidisciplinaire quand un protocole ALD est mis en place.

2. Communication

Aucun système ne peut exister sans interaction entre ses éléments. La communication va donc être au cœur de l'offre de soin multidisciplinaire. Accepté et reconnu, l'existence d'un langage commun est le préalable à tout fonctionnement et les pratiques actuelles doivent sans doute évoluer. Au-delà des prescriptions, le suivi du patient peut exiger des traces sous forme de dossier. En ce domaine l'élaboration de celui-ci reste à établir pour qu'il remplisse sa fonction dynamique et ne soit pas reléguer à un statut administratif dont les organisations regorgent.

La nécessité de communiquer nous est confirmée : « *on devrait informer beaucoup plus nos collègues généralistes, parce qu'ils ne nous les envoient pas tout de suite. Quand ils arrivent ici, ils sont déjà enfermés dans leur cocon de douleur, avec des traitements type morphine, etc. Et je pense qu'on crée des maladies, alors qu'on pourrait les stopper très rapidement. » (Rhum1).*

Toutefois, il existe une différence de perception quant à la communication entre les médecins : elle est par exemple jugée suffisante par les médecins généralistes qui adressent leurs patients mais très insuffisante par les autres médecins. Si tous les médecins généralistes interrogés disent envoyer un courrier, tous ne transmettent pas les informations attendues par leurs correspondants.

Les rhumatologues et médecins réadaptateurs signalent qu'ils n'obtiennent que la moitié du temps des courriers réellement informatifs. Un médecin rééducateur a d'ailleurs insisté sur ce point. Elle a conservé quelques courriers qui allaient en ce sens. Ce défaut de renseignements l'inquiète, car elle a eu l'expérience du danger d'un manque d'information, qui aurait pu être fatal. « *J'ai prescrit un scanner chez un patient qui en avait déjà fait un 2 mois plus tôt et qui a fait un arrêt cardiaque suite à l'injection, heureusement que c'était le même radiologue qui la reçu et qui s'en est souvenu, et m'a rappelé tout de suite en disant que c'était une grave erreur, mais moi je n'en savais rien, ni le médecin, ni le patient ne me l'ont dit. Je comprends pas que le patient ne m'en ait pas parlé!!* » MPR3

Cette différence entre ce que disent les médecins généralistes et les rhumatologues et médecins réadaptateurs peut s'expliquer par le nombre réduit de médecins rencontré et par un biais dû à la méthode de cette enquête : les médecins généralistes ne vont pas forcément reconnaître que leur courrier n'est pas aussi complet qu'il le devrait. (mécanismes de défenses déployé par l'interrogé (48) : fuite, rationalisation, projection, identification, refoulement, renversement, oubli, etc.).

Un rééducateur explique que l'exercice libéral rend plus difficile l'envoi d'un courrier à chaque patient par manque de temps et de secrétariat.

De même, la communication entre médecins et kinésithérapeutes est considérée comme très insuffisante par les différents intervenants. Les kinésithérapeutes n'obtiennent aucune information des médecins, alors qu'ils souhaiteraient avoir l'histoire de la maladie, avec les différents examens réalisés, les avis demandés, les antécédents utiles (Pace maker, etc.) et surtout un diagnostic On peut noter que les médecins ignorent les attentes des kinésithérapeutes concernant les informations souhaitées. Certains évoquent le manque de formation et d'information sur ce sujet.

Mais les médecins font remarquer qu'ils n'ont pas non plus d'information en retour, alors qu'ils souhaiteraient en recevoir.

Le manque de temps des kinésithérapeutes pour réaliser ces comptes rendus systématiquement peut en partie expliquer cette absence. Une autre explication est la peur pour les kinésithérapeutes d'encombrer les dossiers des médecins avec des bilans dont ces derniers ne connaissent pas les spécificités.

Le réseau « Lombalgie Bretagne » avait pour but d'améliorer la collaboration en secteur libéral entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes en formant conjointement ces deux catégories sur l'interprétation du BDK. Les résultats de ce suivi montrent que la mise en place du BDK associé à cette formation permet d'atteindre l'objectif recherché (79).

Même si la communication interprofessionnelle, relative aux courriers échangés, est discutable, la plupart des intervenants s'accorde à dire, qu'en cas de difficulté, une conversation téléphonique peut avoir lieu afin d'échanger des informations sur l'état du patient.

On remarque de plus, une différence de langage entre les différents professionnels et si les rhumatologues et les médecins réadaptateurs mettent en avant l'importance du diagnostic étiologique, il n'existe aucun consensus sur ce sujet. La mise en place d'une recherche scientifique pour clarifier les mécanismes à l'origine des lombalgies chroniques avec sa diffusion permettrait une amélioration des connaissances de chacun et pourrait servir de base pour une communication interprofessionnelle.

Mais la communication peut également reposer tout simplement sur les rapports directs entre intervenants comme dans certains réseaux informels. A l'heure où les moyens de communication sont aussi omniprésents et sophistiqués, il serait paradoxal de rester dans un cloisonnement disciplinaire et de s'en plaindre!

3. Connaissance

Les réponses font apparaître qu'en même temps les professionnels admettent l'efficacité d'une connaissance réciproque des intervenants et reconnaître être ignorant de l'offre de soin existante localement. L'isolement qui s'en suit est sans aucun doute préjudiciable à la qualité des soins.

Par leur formation et leur parcours universitaire, les médecins généralistes sont souvent dans l'ignorance du travail de leurs collaborateurs potentiels. Ainsi, ils ne connaissent pratiquement rien du travail des kinésithérapeutes et ils sont peu au courant de la démarche des rhumatologues et médecins réadaptateurs.

Certes, cette ignorance peut être imputable aux médecins le plus souvent, mais elle s'est aussi installée par le jeu des rapports qui s'explique parfois par des enjeux de pouvoir. Les procès en incompétence relevés en témoignent.

Pour offrir au patient le bénéfice de la multidisciplinarité, il faut évoluer de cette ignorance vers une reconnaissance mutuelle, une confiance partagée. Les domaines de compétence seront ainsi reconnus et exploités et les attentes formalisées de part et d'autre.

- **Connaissance du rôle des médecins rééducateurs**

Les médecins généralistes et rhumatologues avouent méconnaitre le rôle des médecins rééducateurs. « *Qu'est ce qu'ils apportent? Je sais pas je me suis toujours posé la question!* » (MG2)

Ils font appel à leurs services uniquement pour des manipulations, alors que leur efficacité est jugée contradictoire par les recommandations. Ils sont assimilés à des kinésithérapeutes ou aux centres de rééducation. C'est une notion que l'on peut retrouver dans le courrier que les médecins généralistes envoient aux médecins rééducateurs, qui comportent parfois des demandes d'avis rhumatologique ou de rééducation sans aucune autre information.

Ils peuvent apporter un avis extérieur sur le patient et la prise en charge initiale. « *Et là c'est différent, parce que la personne connait pas, on peut tout de suite mettre un halte là, confirmer la validation de l'indication d'examens complémentaires.* » (MPR5)

- **Connaissance du rôle des rhumatologues**

Leur rôle est mieux connu des autres professionnels. Les médecins généralistes adressent les patients aux rhumatologues pour avoir un avis spécialisé et la réalisation d'infiltrations, malgré l'absence de recommandations. Il en est de même pour les médecins rééducateurs qui font appel à eux pour des infiltrations et en cas de pathologie inflammatoire.

Les rhumatologues confirment que leur fonction est de poser un diagnostic, d'adapter la thérapeutique, tout en apportant un avis extérieur. Ils peuvent aussi délivrer un message au patient, afin de l'aider à accepter sa maladie chronique.

- **"Confusion" dans la perception du rôle des médecins rééducateurs et des rhumatologues**

En dehors des gestes techniques qui ont peu leur place dans la prise en charge des lombalgiques chroniques, le rôle des deux groupes de médecins est difficile à différencier à la suite de mon enquête. Il est surtout basé sur la pose d'un diagnostic et l'apport d'un avis extérieur sur la pathologie, le médecin généraliste étant parfois comme jugé trop impliqué auprès du patient. De plus, ils sont parfois là pour repositionner le dialogue et le message concernant les objectifs de la rééducation. La différence principale semble porter sur l'aspect fonctionnel de la prise en charge que peut apporter le médecin rééducateur de par sa formation.

Par contre, on peut sentir une rivalité entre les médecins rééducateurs et les rhumatologues. « *Il y a beaucoup de rhumatologues qui n'aiment pas les techniques de manipulations manuelles (sans explications vraiment valables), mais qui correspond en fait plutôt à une ancienne guerre de spécialités.* » MPR3

- **Connaissance du rôle des kinésithérapeutes**

Si les points pour lesquels les kinésithérapeutes sont sollicités sont connus, les techniques de réalisation sont peu connues. Un médecin généraliste évoque un manque de formation, qui induit des difficultés lors de la rédaction des prescriptions. Les kinésithérapeutes sont trop peu reconnus comme des thérapeutes à part entière possédant un savoir propre qui leur permet de poser des diagnostics fonctionnels et choisir la thérapeutique la plus appropriée.

Les kinésithérapeutes sont pourtant formés pour poser des diagnostics avec les BDK. Ils sont qualifiés pour décider de la prise en charge rééducative et du nombre de séances.

Au niveau de la rédaction de l'ordonnance, les kinésithérapeutes remarquent que les médecins ont parfois un manque de connaissance sur les techniques de kinésithérapie, surtout quand les prescriptions sont standardisées et non adaptées aux patients.

Plusieurs kinésithérapeutes notent que certains médecins notent encore le nombre de séances sur les ordonnances, alors qu'ils ne sont plus obligés de le faire depuis la réforme de la nomenclature générale des actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes en 2000. Le nombre indiqué est aussi un point de critique car il ne semble pas fondé sur un bilan.

Une enquête portant sur les interactions professionnelles montre que le regard des médecins généralistes sur le travail du kinésithérapeute est dubitatif. Les kinésithérapeutes le ressentent et se plaignent de l'adressage des malades en second recours (en cas d'échec des traitements médicamenteux), ou à la demande des patients, ou encore « lorsqu'ils ne savent plus quoi faire ». Elle met en avant que les kinésithérapeutes se trouvent aussi dans un processus de reconnaissance identitaire à l'égard des médecins (68).

- **Les médecins généralistes**

Si les pratiques isolées doivent évoluer vers des pratiques multidisciplinaires, il semble que les médecins généralistes doivent en accepter les contraintes. Les reproches à leur endroit se recoupent.

Ainsi, une étude portant sur les interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels met ainsi en avant qu'actuellement un certain nombre de médecins généralistes ne ressent pas le besoin de travailler en « collaboration ». Ils se contentent de passer le témoin quand ils ne peuvent plus faire autrement (68).

Une autre critique faite aux médecins généralistes concerne le moment où ils sollicitent les spécialistes. Ceux-ci considèrent tous intervenir trop tard dans la pathologie, quand il y a déjà eu beaucoup d'essais thérapeutiques et un discours inadapté (patient en attente de guérison, « faux diagnostic »). Les médecins généralistes ont recours aux

spécialistes soit en seconde intention, soit quand ils ont « *épuisé tout ce qu'ils pouvaient faire* ». (MG5).

Il semble important de définir le rôle de chaque professionnel dans la prise en charge des lombalgies chroniques, sa zone de compétence et ses limites, et le moment optimal d'intervention.

S'il veut jouer le rôle de coordonnateur d'un fonctionnement multidisciplinaire, on attend donc du médecin généraliste qu'il s'investisse au préalable dans la rencontre des partenaires et autres ressources locales : qui fait quoi, où se trouve-t-il et comment puis-je communiquer avec lui de façon efficace, qu'attend-il de moi?

VI. Conclusion

Parvenus au terme de notre travail, rappelons son objectif : optimiser la prise en charge des lombalgiques chroniques par le médecin généraliste en utilisant les ressources multidisciplinaires. Notre questionnement initial intégrait la prise en compte du patient au centre de cette prise en charge et se proposait de partir de la réalité des interrelations entre les différents professionnels impliqués autour de ce patient lombalgique.

La contextualisation du problème de la lombalgie a fait apparaître que malgré le nombre de recherches, il n'existait pas de véritable consensus: ni au niveau des définitions, ni au niveau des recommandations qui sont suivies ou non, ni au niveau de la terminologie des différentes catégories professionnelles concernées. Il s'en suit que le parcours du patient peut être très différent suivant le médecin qui le prend en charge.

Il ne s'agissait pas pour nous de pointer les incohérences dans les pratiques constatées, de remettre en cause les praticiens, mais de comprendre à partir de chaque position les mécanismes qui conduisaient à ce constat., et de rechercher les points de rencontre possibles, les dénominateurs communs afin de proposer des pistes d'amélioration.

La méthode des entretiens semi dirigés nous a permis de collecter des données intéressantes, non seulement dans les paroles confiées mais également dans les attitudes, mimiques, silences. Les entretiens auraient sans doute été corrigés par les interviewés, mais la dureté de leur propos parfois, avait toute sa place dans l'éclairage de la réalité. Notre conviction intime est que, s'ils forçaient le trait, il y avait lieu de rechercher nos propositions à ces endroits-là.

Ainsi les problèmes de coordination, de communication, de reconnaissance ont émergé ici ou là et des propositions pour un meilleur fonctionnement ont été avancées par tous les intervenants. Les recoupements que nous avons pu ainsi opérer entre les pratiques réelles, l'expérience des professionnels et nos recherches dans la littérature existante nous ont confortés dans notre approche du problème: mettre le patient au centre du dispositif pouvait être le projet mobilisateur.

Nos propositions se sont développées autour des principaux axes de cet objectif:

- Écouter le patient et non plus seulement sa pathologie, prendre en compte que la dimension psychologique a toute sa place et est parfois déterminante,
- L'éduquer le former afin qu'il participe de façon responsable à la prise en charge de sa lombalgie non seulement au moment des soins mais également dans sa vie personnelle et professionnelle,
- Impliquer le patient en l'associant à sa thérapie à chacune des étapes qu'il traverse,

Pour atteindre un tel objectif les pratiques ne peuvent rester isolées et doivent évoluer vers un mode de fonctionnement multidisciplinaire. Le médecin généraliste est donc appelé à coordonner l'offre de soin et le parcours du patient, à installer une communication véritable qui intègre un langage commun, des codes reconnus, et enfin à encourager la reconnaissance de chacun des intervenants en précisant les domaines de compétence, les attentes, les modes de fonctionnement. Les échanges peuvent se matérialiser autour d'un carnet, d'un dossier qui conserverait une certaine souplesse afin qu'il ne rejoigne pas sur l'étagère des occasions manquées, les questionnaires et autres enquêtes décontextualisées des pratiques de terrain.

Certes certains réseaux de type informel existent bien, mais reposent sur la seule volonté de quelques praticiens. La charge de travail des médecins étant parfois importante, mettre en œuvre cette démarche de fonctionnement ne pourra faire l'impasse sur la réévaluation de la pratique médicale en valorisant les fonctionnements en réseau. Les caisses d'assurance maladie ne peuvent rester indifférentes à ces démarches car le bilan non seulement en termes économiques serait sans aucun doute intéressant, mais en qualité de soin en faveur du patient. Tendre vers le concept d'excellence est ce qui fait la grandeur de l'engagement des professionnels de santé.

Nous ne pouvons clore ce travail sans évoquer des réflexions essentielles. D'une part la recherche scientifique fondamentale doit à la fois clarifier l'étiologie des lombalgies, proposer des classifications opérationnelles, pour favoriser la diffusion de l'information et des protocoles de prise en charge, mais d'autre part la formation initiale des personnels doit prendre en compte non seulement les recommandations établies, mais intégrer le travail en équipe multidisciplinaire dans tout le cursus de formation.

VII. Bibliographie

1. ANDERSSON GBJ. The epidemiology of spinal disorders, In: Frymoyer JW, ed. The adult spine: principles and practice, 2nd ed. Philadelphia: Lippincort-Raven, 1997: 93-141.

2. INSERM. Expertise collective. Rachialgies en milieu professionnel : quelles voies de prévention ? Ed. Inserm, Paris: 1995.

3. J. GOURMELEN, J.-F. CHASTANG, A. OZGULER, J.-L. LANOË, J.-F. RAVAUD, A. LECLERC. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. Ann Réadaptation Méd Phys 2007;50 : 633–639

4. LECLERC A, CHASTANG JF, REGNARD I, RAVAUD JF. Lombalgie invalidante et situation sociale, résultats issus de l'Enquête HID (Handicaps, Incapacités, Dépendance). BEH 2007;2-3:15–7.

5. HILLMAN M,WRIGHT A, RAJARATNAM G,TENNANT A, CHAMBERLAIN MA. Prevalence of low back pain in the community : implications for service provision in Bradford, UK. J Epidemiol Community Health 1996 50: 347-352

6. BOURGEOIS P. La lombalgie chronique. Épidémiologie de la lombalgie. Ed Institut UPSA de la douleur. Paris: 2001; 7-15.

7. Direction générale de la santé. Dossiers lombalgies 2003 http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/61lombalgie.pdf

8. ANDERSSON GBJ, Epidemiological features of chronic low-back pain, Lancet :1999,354,581-585.

9. Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris: Inserm; 2000

10. VAN TULDER MW, KOES BW, BOUTER LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. Pain. 1995; 62(2):233-40.

11. WILLIAMS DA, FEUERSTEIN M, DURBIN D, PEZZULLO J. HEALTH care and indemnity costs across the natural history of disability in occupational low back pain. Spine. 1998; 23:2329-36.

12. LAFUMA A, FAGNANI F, VAUTRAVERS P. Management and cost of care for low back pain in primary care settings in France. Rev Rhum [Engl Ed.] 1998; 65(2):119-25.

13. HAUMESSER D, BECKER P, GROSSO-LEBON B, WEILL G. Aspects médicaux, sociaux et économiques de la prise en charge des lombalgies chroniques. Revue médicale de l'assurance maladie. 2004, vol. 35, no°1, pp. 27-36

14. WEBSTER BS, SNOOK SH. The cost of compensable low back pain. J Occup Med 1990;32:13-5.

15. DARIOLI R. Les lombalgies chroniques : l'enjeu assécurologique. Rev Med Suisse Romande 1995; 115:943-5.

16. PAOLAGGI JB. Les lombalgies : analyse critique de l'état actuel des connaissances. Bull l'Acad Nation médecine 1996 ; 180 (5) : 1033-52

17. MERSKEY H, BOGDUK N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Seattle: IASP Press, 1994:180-1

18. DUQUESNOY B, DEFONTAINE MC, GRARDEL B, MAIGNE JY, THEVENON A, VIGNON E. Définition de la lombalgie chronique. Rev Rhum [Éd Fr] 1994;61 (4bis), 9S-10S

19. DUQUESNOY B. Classification des lombalgies communes. Rev Rhum [Éd Fr] 2001;68,145-9.

20. ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Décembre 2000

21. PHELIP X. Lombalgies : orientation diagnostique. Rev Prat 1994 ; 44

22. SPITZER W.-O, ABENHAÏM L, DUPUIS M. Scientifc Approach to the Assessment and management of Activity-related Spinal Disorders. Spine 1987;12:S1-S59.

23. KOES B-W, VAN TULDER M-W, OSTELO R, WADDEL G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care : an international comparison. Spine 2001;26:2504-13.

24. WADDEL G., BURTON A.-K. - Occupational health guidelines for the management of low back pain at work - evidence review. London : Faculty of Occupational Medicine, 2000.

25. COSTE J, DELECOEUILLERIE G, COHEN DE LARA A, LE PARC J-M, PAOLAGGI J-B. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain : an inception cohort study in primary care practice. Brit med J 1994;308:577-80.

26. CROFT P.-R., MACFARLANE G.-J., PAPAGEORGIOU A.-C., THOMAS E., SILMAN A.-J. - Outcome of low back pain in general practice : a prospective study. Brit med J 1998;316:1356-9.

27. VON KORFF M, SAUNDERS K. The Course of Back Pain in Primary Care. Spine 1996;21:2833-9.

28. HESTBAEK L, LEBOEUF-YDE C, MANNICHE C. Low back pain : what is the long term course ? A review of studies of general patient populations. Eur Spine J 2003;12:149-65.

29. PENGEL LH, HERBERT RD, MAHER CG, REFSHAUGE M. Acute low back

pain : systematic review of its prognosis. Brit med J 203;327:323-5.

30. VALAT JP. Quelles est l'évolution à moyen terme des lombalgies communes? Semaine de Rhumatolgie. Aix les Bains. Congrés 2004

31. Les lombalgies INRS 2009.

32. DUQUESNOY B, DEFONTAINE MC, GRARDEL B. Définition de la lombalgie chronique Rev Rhum [Ed Fr] 1994 ; 61 (4bis) : 9S-10S

33. MORAND C. Revue des recommandations des « guides de pratique » dans les cas de douleur musculosquelettique persistante. Le Médecin du Québec (2008) vol 43, 11:49-55

34. MAYER T, SMITH S, KEELEY J, et al. Quantification of lumbar function: II. Sagittal plane trunk strength in chronic low back pain patients. Spine 1985;10:765–72.

35. Groupe Interdisciplinaire de Lutte contre les Lombalgies (GILL) http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/rhumato/GILL/gill12.html

36. DE GOUMÖENS P. , SCHIZAS C.; SO A. ; Approche de la lombalgie chronique en 2006 : remonter à la source. Revue médicale suisse. 2006, vol 2; 65 : 1268-1274

38. POIRAUDEAU S, LEFEVRE COLAU MM, FAYAD F, RANNOU F, REVEL M. Lombalgies. EMC-Rhumatologie Orthopédie 1 (2004) 295–319

39. L. EULLER-ZIEGLER, G. ZIEGLER. Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique. Rev Rhum [Ed Fr] 2001 ; 68 : 126-30

40. GAUTHIER .B.Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données. PRESSES DE L'UNIVERSITE DU QUEBEC, QUEBEC, 2003

41. ROZENBERG S. Le traitement médicamenteux de la lombalgie commune. Rev Rhum Ed Fr 2001; 68:150–3.

42. 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;25:1S–33S.

43. HENCHOZ Y, KAI-LIK SOB A. Exercice et lombalgies communes : revue de la littérature. Rev Rhum [Ed Fr] 2008 ; 75 : 790–799

44. ARNAU JM, VALLANO A, LOPEZ A, PELLISÉ F, DELGADO MJ, PRAT N. A critical review of guidelines for low back pain treatment. Eur Spine J 2006;15(5):543–53.

45. HENROTIN Y, VANDERTHOMMEN M, FAUCONNIER C. Définition, critères de qualité et évaluation d'un programme de type école du dos. Recommandations de la Société belge des écoles du dos (SBED) Rev Rhum [Ed Fr] 2001 ; 68 : 185-91

46. STUCKI RG, WALDBURGER M. Approche multidisciplinaire de la lombalgie commune subaiguë et chronique : expérience Suisse romande. Rev Rhum [Ed Fr] 2001 ; 68 : 178-84

47. DUPLAN B, GUILLET JM. Approches multidisciplinaires de la douleur lombaire : l'expérience française. Du conditionnement à l'effort à l'approche psychosomatique. Rev Rhum [Ed Fr] 2001 ; 68 : 170-4

48. BOUTON C, ROCHE G, ROQUELAURE Y. Parcours de soins primaires des lombalgiques chroniques avant prise en charge multidisciplinaire en restauration fonctionnelle : étude rétrospective de 72 patients. Annales de réadaptation et de médecine physique 51 (2008) 650–662

49. CHEW-GRAHAM C, MAY C, PERRY M, Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. Family Practice 2002; 19:285-289.

50. HENROTIN Y, ROZENBERG S, BALAGU F, LECLERC A, ROUXO E, CEDRASCHI C. Recommandations européennes (COST B 13) en matière de prévention et de prise en charge de la lombalgie non spécifique. Revue du Rhum [Ed Fr] 2006 ; 73 : S35-S52

51. SSMG. Recommandations de bonne pratique Les lombalgies communes. Février 2001

52. Guide de pratique sur le projet CLIP (Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne). Module 1 : L'évaluation du patient lombalgique. Module 2 : L'approche thérapeutique du patient lombalgique. Module 3 : Prise en charge de la lombalgie avec incapacité persistante.

53. T. VON WALDBURG ET P. VAN ELEGEM. Les étiologies de la lombalgie. Rev Med Brux 2003 ; A210-4

54. Lombalgies. La kinésithérapie et l'imagerie médicale souvent utilisées en excès. In: Assurance-maladie, des soins de qualité pour tous. Faits marquants:15 études. 2000. p. 37-43.

55. HAS : Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription, mai 2005

56. REVEL M, NYS A. Massokinésithérapie dans les lombalgies communes. Ann Réadaptation Méd Phys, 1997; 40:1-19

57. DERAMOUDT B, HOUÉDAKOR J. Lombalgie : quand avoir recours à un centre de médecine physique et de réadaptation? Médecine (2008) : 209-12

58. BALDWIN NG. Lumbar disc disease: the natural history. Neurosurg Focus 2002;13:1–4.

59. Lombalgies et travail : pour une stratégie consensuelle, Congrés Paris 2002; Bilan des programmes de réhabilitation, NORDIN M.

60. NICOT A, NICOT P. Lombalgie chronique et arrêt de travail : regards croisés patients/médecins. Médecine. Volume 2, Numéro 4, 180-2

61. CHARLOT J., Évaluation des méthodologies de reprise de travail des salariés

lombalgiques chroniques, Rev Rhum [Ed Fr] 2001 ; 68 : 166-9

62. DUQUESNOY B, DUPLAN B, AVOUAC B,LEGRAND E. Recommandations de la Section rachis de la Société française de rhumatologie sur l'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire. Rev Rhum [Ed. Fr] 2001 ; 68 : 192-4

63. POIRAUDEAU S, RANNOU F, REVEL M. Intérêts du réentraînement à l'effort dans la lombalgie : le concept de restauration fonctionnelle. Annales de réadaptation et de médecine physique 2007 ; 50 : 419–424

64. SOFMER, Congrès de Médecine Physique et de Réadaptation, 2007 : Mise en place d'un outil commun d'évaluation des patients lombalgiques en secteur Libéral, DERAMOUDT B.

65. KERGRESSE M, ROCHE-LEBOUCHER G, FRANÇOIS A. Réseau de prise en charge de la lombalgie chronique. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2010; 30 :1-7

66.GAGNON S. Evaluation et approche multicentrique de la prise en charge pluridisciplinaire du patient lombalgique chronique, à travers l'expérience du Réseau Nord-Pas de Calais du Dos (RENODOS). Thèse de doctorat Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives Activités Physiques Adaptées. Université de Lille 2, 2008.

67. J-B. FASSIER, E. SOYEUX, F. LAROCHE. Lombalgie et travail : l'expérience du réseau lutter contre la douleur – Paris.

68. SARRADON-ECK A., VÉGA A., FAURE M. et al. Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. Laboratoire d'Ecologie Humaine et d'Anthropologie (Aix-Marseille U3) 2004.

69. BENSIGNOR M, BECHIER J.E. Enquête sur la douleur et sa prise en charge : les réseaux. Observatoire de la douleur n°8, novembre 2000, p 25-36

70. LAROCHE F. La lombalgie chronique. La Douleur, des recommandations à la pratique, n°2, juin 2006, p1-4

71. VLAEYEN JW, KOLE-SNIJDERS AM, BOEREN RG, VAN EEK H. Fear of movement–(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavorial perform ance. Pain 1995;62(3):363–72.

72. LAROCHE F. Cognition, croyances, émotions, comportements et douleur chronique : approche cognitivo-comportementale. La Douleur, des recommandations à la pratique, n°4, avril 2007, p1-4

73. RUEFF-CACITTI K, STEINER AS, SACROUG T, BOVIER PA. Lombalgie et médecin généraliste : des soins de premier et de dernier recours. Revue médicale suisse 2007,vol.3,n°126 : 2152-6 (article)]

74. CDRMG. Médecins et patients face aux maladies chroniques, Bibliomed 2002; 280

75. BOUNITON M. Le malade chronique : un défi pour le MG ? La Revue de la Médecine Générale 2004; 214 : 302-4

76. WATERS D, SIERPINA VS. Goal-directed health care and the chronic pain patient : A new vision of the healing encounter. Pain Physician 2006;9:353-60.

77. DUPEYRON A, FOUGEROUX M. Lombalgie et kinésithérapie. la Douleur, des recommandations à la pratique, n°3, décembre 2006, p1-4

78. BEN SALAH FRIH Z, FENDRI Y, BAHRI I, JELLAD A, BOUZGARROU I, BOUZAIDA O *et al*. Impact sur la douleur d'un programme d'auto-rééducation chez les lombalgiques chroniques. Annales de réadaptation et de médecine physique (2006) 49 : 567–8

79. Association Réseau Lombalgie Bretagne. Ille-et-Vilaine.

- **Annexes**

  - **Annexe 1 : Guide d'entretien**
  - **Annexe 2 : Verbatim**
  - **Annexe 3 : Unités d'analyse**

A) Annexe 1 : guides d'entretien

MG, Rhumatologues, MPR :

1.
-Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques (LC)?
-Comment s'organise cette prise en charge (PEC)?
[-A quel moment de la pathologie fait-on appel à vous?] → MPR-Rhumatologues

-Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
-Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?

2.
-Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
-Pour quelles indications et à quel moment dans votre PEC faites-vous appel à un autre professionnel?
-Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?
-Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?

3.
-Quelles informations transmettez-vous aux autres professionnels à qui vous adressez des patients?
[-Quelles informations attendez-vous des médecins qui adressent des patients? Quelles informations recevez-vous?]
-Quelles informations en attendez-vous en retour?
-Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?

Kinésithérapeute

-Comment organisez-vous la PEC des LC?
-A quel moment décidez-vous du nombre de séance?et sur quels critères?
-A quel moment abordez-vous la question d'éducation/apprentissage des mesures de protection lombaire? Quel temps y consacrez-vous?
-Quelles informations souhaitez-vous qu'on vous transmette sur l'ordonnance pour la PEC des LC?
-Quelles informations transmettez-vous au professionnel qui vous adresse les patients?

B) Annexe 2 : Verbatim

1. Entretiens des médecins généralistes

MG1 : DU en mésothérapie ; 16 sept 2009, activité semi-rurale ; homme, 31 ans diplôme en 2008 à Nancy

1.-**AB :** Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MG1 : Les moyens diagnostiques : d'abord un bon interrogatoire : savoir depuis quand a débuté la lombalgie, caractériser la lombalgie : niveau de douleur, raideurs, d'autres signes, des neuropathies... puis définir la douleur : mécanique ou inflammatoire. A priori pour les lombalgies chroniques, la douleur est plutôt mécanique. Si inflammatoires (crises) repérer le moment où survient la douleur, si elle survient après un effort (comme un port de charge) ou si elle survient spontanément et notamment la nuit.
Puis, l'examen clinique suit: inspection palpation: palpation des différents processus épineux et espace intervertébral pour situer la zone précise de douleur; évaluer la raideur, avec l'indice de Schroeber, si la percussion déclenche des neuropathies.
Enfin, les examens complémentaires avec une Radio, c'est la base même si souvent un peu décevant parce qu'on ne voit pas grand chose. On peut éventuellement retrouver de l'arthrose. Ça permet d'orienter le diagnostic.
Un bilan biologique à minima reste indispensable notamment si on est dans des poussées aiguës (même dans les cas chroniques il y a toujours des phases plus douloureuses que d'autres, des phases d'exacerbation) On peut repérer les signes inflammatoires et quelques marqueurs rhumatologiques, on ne sait jamais.
Retour sur l'interrogatoire : Sexe, Profession (physique ou pas?) qui permettent d'orienter le diagnostic et aussi pour la thérapeutique si on peut intervenir sur des facteurs environnementaux pour améliorer les choses.
Au niveau thérapeutique, je vois 2 catégories : d'un coté les traitements antalgiques, pas tellement médicamenteux, les mesures de protection lombaire; d'un autre coté trouver le facteur favorisant les lombalgies, savoir si on peut éventuellement trouver une solution pour y remédier
AB : Prise en charge global lombalgie de plus de 3 mois dans quel ordre? (interro + exam clinique) quel délai pour radio? D'abord soulagement ensuite recherche cause?
MG1 : Au niveau examens complémentaires : radio et examens biologiques de base même si c'est chronique.
Après au niveau purement thérapeutique, au tout début (1ere consultation) , je fais tout seul, antalgiques (médoc) et environnement, s'il est possible d'améliorer des choses.
Si 2eme visite parce que ça ne pas mieux (pas de satisfaction), élargissement des méthodes thérapeutiques
AB : et vous proposez la mésothérapie à quel moment?
MG1 : Tout de suite car pour moi, ça fait parti des mesures antalgiques de 1ere intention. Il y a 2 protocoles spécifiques pour les lombalgies:
Pour les cas plus aigus ou en phase d'exacerbation de la douleur lors de lombalgies chroniques : c'est un traitement précis qui dure quelques semaines avec 3 séances
Pour les cas purement chroniques : même si le patient est quasiment asymptomatique, en traitement d'entretien, soit seul soit avec des médicaments.
-**AB :** Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge? Est ce que vous prenez du temps pour dire qu'il y a des postures à éviter, adopter une hygiène dorsale...
MG1 : C'est important, j'essaie, mais c'est pas évident de prendre le temps dans une consultation de 15 min pour discuter de ça. Il faudrait plus en parler, mais ça représente que peu de temps dans la consultation.
-AB : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MG1 : C'est sûr qu'une consultation c'est un échange, qui permet une mise en place d'un projet commun, donc quand on a du répondant en face, on a envie de s'investir un peu plus. Par contre, si ça survient en fin de consultation avec un patient qui dit qu'il a mal au dos et qu'on ne peut rien y faire, je lui propose de le revoir exclusivement pour ce problème, à ce moment c'est lui qui choisit s'il veut s'investir, en revenant consulter ou pas. Le patient qui en a marre qui veut vraiment en finir avec ça, on peut aller beaucoup plus loin dans la prise en charge.
AB : Devant une lombalgie persistante, êtes vous amené à parler au patient de douleur "chronique"?
MG1 : Quand ça dépasse 3 à 6 mois, c'est chronique, pour moi, il y a une fragilité au niveau du dos, une sensibilité au niveau des vertèbres. Je leur dis, si on arrive à soulager, que c'est susceptible qu'il y ait des recrudescences à tout moment. Notamment si les premiers traitements ne marchent pas très bien, et que ça commence à trainer, je leur dis que ça va être difficile.
Je maintiens toujours un petit espoir, je dis qu'on va essayer de soulager le plus possible, pour s'approcher du zéro douleur, mais qu'il y aura toujours des recrudescences.

2.-**AB :** Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MG1 : Moi avant tout, l'échec du traitement de 1ere intention (antalgiques : mésothérapie +/- médicaments). Le recours devient de la 2eme intention.
-**AB :** Pour quelles indications et à quel moment dans votre PEC faites-vous appel à un autre professionnel?
MG1 : Ça va dépendre des résultats des examens complémentaires
Les kinésithérapeutes en 2eme intention quand les traitements antalgiques n'ont pas fonctionné, quand le douleur persiste mais reste tolérable.
Les Rhumatologues sont plutôt en 3eme intention, sur une douleur vraiment violente.

Médecin du sport, médecin physique et médecin du thermalisme peuvent aussi être des recours pour moi.
-**AB :** Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?
MG1 : Les kinésithérapeutes possèdent des technologies qui permettent de soulager (ultrasons...), aident le renforcement musculaire et ils se chargent de l'éducation des patient pour une bonne hygiène du dos (la demande précisée sur l'ordonnance). Je considère qu'ils sont mieux formés pour donner ce type de conseils.
Les rhumatologues peuvent vérifier si le premier bilan est complet, si on passe pas à coté de qqch et s'il s'agit d'une douleur plus violente, ils disposent de mesures thérapeutiques plus invasives comme des infiltrations.
AB: Est ce que le médecin physique apporte autre chose que le rhumato?
MG1 : le rhumato ça sera pour des crises inflammatoires plus fréquentes, des douleurs plus violentes, quand j'ai l'impression qu'il y a qqch de sous-jacent de plus grave.
Maintenant si on voit qu'il s'agit plus de problèmes environnementaux, des problèmes posturaux dus à la profession, j'orienterai plus vers un médecin physique.
-**AB :** Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MG1 : Déjà, l'amélioration des symptômes du patient, forcement qu'il y ait un retour (qui est généralement bien fait), la proposition d'une autre prise en charge ou pour compléter le bilan
Pas de réticences particulières, même si il s'agit d'un choix du patient (acupuncture, ostéopathie)

3. -**AB :** Quelles informations transmettez-vous aux autres professionnels à qui vous adressez des patients?
MG1 : J'essaye de caractériser au mieux les symptômes chroniques, si la douleur est mécanique ou inflammatoire. Si je réfère à un kinésithérapeute, j'aime bien mettre des objectifs sur l'ordonnance. Je le vois plus à but antalgique, éducatif. Voir si on peut essayer d'améliorer certains symptômes.
Pour les autres je transmets mes suspicions des symptômes et de la pathologie, ainsi que les examens et les essais thérapeutiques avec leurs résultats.
-**AB :** Quelles informations en attendez-vous en retour?
MG1 : Pour les kinésithérapeutes : quel protocole, quel objectif peut être atteint?
Si c'est un autre médecin: la confirmation du diagnostic ou s'il y a un autre diagnostic, si d'autres mesures thérapeutiques peuvent être envisagées.
-**AB :** Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MG1 : Quand j'adresse à un confrère, j'ai, quasi systématiquement, une lettre de retour.
C'est vrai que le kinésithérapeute par contre c'est plus difficile : rare compte rendu de ce qu'il a fait, et dans quel domaine il envisage de progresser avec le patient, généralement c'est le patient qui rapporte ce qu'il fait avec le kinésithérapeute. La communication avec le kinésithérapeute serait le point à améliorer.
AB : Et par rapport au travail ?
MG1 : En tant que généraliste, on est un peu impuissant. C'est vrai que s'il y a un lien, avec un patient qui a un travail physique, qui est plus susceptible d'entraîner des lombalgies, c'est difficile de lui dire de se ménager au travail. C'est pas évident. Je demande quand même toujours s'ils ont pas un médecin du travail au sein de l'entreprise, éventuellement pour voir s'il n'y a pas une possibilité d'adaptation. Maintenant, quand c'est des travailleurs indépendants, c'est sûr que c'est pas facile. Bon j'essaie de savoir quels sont leurs gestes habituels et voir si on peut améliorer l'ergonomie au travail, mais bon c'est pas toujours facile. Je peux être amener à reconduire un arrêt de travail sur plusieurs moi.

MG2 : Activité Urbaine, 18 septembre2009 ; homme, 46 ans diplôme en 1992 à Nancy

1. -**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MG2 : Pour le diagnostic : examen clinique, radio, traitement antalgique niveau 1 à 3 en sachant que c'est surtout des niveaux 1 et 2 et parfois 3.
Au niveau thérapeutique, on a aussi les ceintures de soutien lombaire qui donnent de bons résultats avec antalgiques niveau 1. Si la douleur est très aiguë éventuellement un AINS, et souvent un myorelaxant (le soir au coucher).
Après si on parle de lombalgies chroniques, théoriquement on a pas recours aux AINS par voie générale. J'oscille entre palier 1 et 2 en antalgiques.
-**AB** : Comment s'organise cette PEC?
MG2 : Déjà voir le nombre de récurrence dans l'année, la fréquence, ce qui est facilité par l'outil informatique.
Cliniquement je vois tout de suite si j'ai une lombalgie associée à une lombo-sciatique, si il y a des signes d'impulsivité.
L'examen clinique dirige le recours aux examens complémentaires radiologiques ou biologiques si on est en face d'une lombalgie symptomatique.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
MG2 : Honnêtement zéro parce que je m'aperçois, avec l'expérience, qu'on a beau répéter les choses, c'est toujours les mêmes personnes qui reviennent avec les mêmes lombalgies à qui on a déjà expliqué ce qu'il fallait faire et ce qu'il ne fallait pas faire, avec des prescriptions de kinésithérapie, des conseils d'hygiène lombaire, le verrouillage lombaire, les techniques d'économie rachidienne... Très, très peu de gens mettent en pratique.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MG2 : Le patient est impliqué uniquement tant qu'il a mal, parce que dès qu'il n'a plus mal il n'est plus impliqué. C'est mon ressenti. On en discute avec le patient, mais il va le mettre en œuvre quelques temps jusqu'au moment où il a plus mal et il ne suit plus.
AB : devant des lombalgies persistantes, vous abordez la notion de douleur chronique?
MG2 : J'aborde facilement la notion de douleur chronique devant des douleurs persistantes, pour permettre au patient de

savoir ce qu'il en ait.

2.-**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MG2 : Une lombalgie qui reste douloureuse malgré un traitement médical bien conduit.
-**AB** : Pour quelles indications et à quel moment dans votre PEC faites-vous appel à un autre professionnel?
MG2 : En dehors du kiné,
Rhumatologues (80%)
Centre anti-douleur (20%)
-**AB** : Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?
MG2 : CAD dans des paliers 2 à 3 et que l'antalgie est totalement inefficaces
Rhumatologue : pour les infiltrations, à la limite pour un ajustage thérapeutique
Kinésithérapeute : lever la contracture musculaire qui est inhérente à tous ces patients quasiment, et leur apprendre, autant que faire se peut, des techniques d'économie rachidienne, le verrouillage lombaire.
Les médecins ré éducateurs : bien sûr mais ces gens là sont difficilement atteignables, il y a un centre pas très loin d'ici, mais pour y rentrer il faut des mois et des mois. Un bon kinésithérapeute vaut largement un médecin ré éducateur. Qu'est ce qu'ils apportent? Je sais pas je me suis toujours posé la question!
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MG2 : Si j'ai correctement fait les choses, s'ils ont des éléments thérapeutiques que je n'ai pas, s'ils ont des avis différents du mien. Avoir un avis plus spécialisé que le mien, c'est ce que j'attends en premier.
Je n'ai aucune réticence.

3.-**AB** : Quelles informations transmettez-vous aux autres professionnels à qui vous adressez des patients?
MG2 : La symptomatologie exacte, depuis quand ça dure, ce qui a déjà été fait et ce que je veux qu'il fasse.
-**AB** : Quelles informations en attendez-vous en retour?
MG2 : J'attends pas d'information en retour, je vois quand je revois le patient s'il va mieux, c'est ce qui compte.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MG2 : A Thionville, on a la chance d'avoir une bonne communication avec les différentes spécialités. Je suis en contact avec 2-3 kinésithérapeutes à qui je fais confiance, qui me contactent en cas de problèmes. Je sais que l'ordonnance sera respectée.
AB : Et par rapport au travail?
MG2 : Tout dépend de l'activité professionnelle du patient, s'il est relativement sédentaire, on peut le laisser au travail, soit ils ont un travail de force plus important et on programme un arret de travail. Mais la tendance actuelle, c'est de les laisser en activité.
Je peux être amené a contacter le médecin du travail, pour certains patients quand il s'agit de lombalgies chroniques récidivantes. Je n'ai jamais été contacté par le médecin conseil dans le cadre des lombalgies chroniques.

MG3 : 4 octobre ; Activité semi-rurale, homme, 59 ans diplôme en 1979 à Nancy

1.-**AB** :Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MG3 : Diagnostic clinique, soit la lombalgie est très forte d'emblée un scanner, si moins violante je demande une radio et encore tout dépend du contexte (traumatisme ou autre), de l'âge..
Comme traitement, l'association classique antiinflammatoire plus décontracturant. Sauf qu'il faut éliminer les contre-indications avec l'état de l'estomac, les associations médicamenteuses et du coup, c'est surtout la gamme antiinflammatoire qu'on élimine.
Pour les chroniques? Je fais un scanner avant la barre des 3 mois de douleur.
Éventuellement je demande un avis chez un manipulateur.
En général, je les envoie 50% chez les rhumatologues, 50% chez les manipulateurs
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
MG3 : Non, généralement je les envoie chez un kinésithérapeute qui est plus spécialisé dans l'apprentissage des manœuvres à effectuer par le sujet, avec les verrouillages matinaux, donc plutôt chez un kinésithérapeute qui est orienté là dessus, parce qu'ils ne le font pas tous.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MG3 : Les patients ne se sentent pas souvent impliqués (2/3).

2.-**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MG3 : L'intensité du blocage et de la douleur en premier lieu et en second lieu la durée de la douleur et l'inefficacité du premier traitement.
-**AB** : Pour quelles indications et à quel moment dans votre PEC faites-vous appel à un autre professionnel? Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?
MG3 : J'attends que le kinésithérapeute apprenne surtout au patient les mouvements de rééducation qu'il doit effectuer tous les jours.
Les rhumatologues pour des infiltrations dans les cas qui trainent.
Les médecins rééducateurs: plutôt dans les cas aigus, quand on pense qu'on a à faire à une banale entorse au niveau du rachis, on pense que le manipulateur va régler ça très rapidement
Jamais à des psy.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à

travailler avec les autres professionnels?
MG3 : On attend du spécialiste plus de compétences. Mais sinon, je n'ai aucune réticence.

3.-**AB** : Quelles informations transmettez-vous aux autres professionnels à qui vous adressez des patients?
MG3 : Une lettre qui contient tous les traitements, les comptes rendus des examens effectués.
-**AB** : Quelles informations en attendez-vous en retour?
MG3 : Un courrier reçu systématiquement, très rarement des retours des kinésithérapeutes (1 fois sur 10)
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MG3 : Entre professionnels médecins oui, mais avec les kinésithérapeutes moins.
-**AB** : Est ce que vous savez s'ils font se que vous demandez?
MG3 : Non, on fait confiance, parce que pas trop bien formé.
On a rarement des kinésithérapeutes qui apprennent les mouvements, j'essaie d'orienter vers ces kinésithérapeutes, plutôt que ceux qui se contentent de faire des massages, et manipulations.

MG4 : 6 octobre 2009, Activité semi-rurale ; homme, âge 50 ans diplômé en 1989 à Nancy

1.-**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MG4 : Diagnostic : l'examen clinique, l'interrogatoire, les antécédents.
Si ce n'est pas quelque chose de trop grave, je commence par un traitement antalgique. Après selon la sévérité du tableau initial, je continue par, d'abord des radiologies et après, éventuellement, un scanner, surtout si tableau avec sciatique ou en cas de problèmes neuropathiques (moteurs, hyposensiblité) ou hyperalgiques.
En fonction des résultats, soit j'adresse directement à un spécialiste, soit j'entreprends moi-même un traitement antalgique avec antiinflammatoires et antalgiques de tous les paliers. Ça peut aller jusqu'à la morphine et éventuellement du lyrica dans les douleurs neuropathiques.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
MG4 : C'est abordé dès la première consultation et en fonction de la réponse du patient, j'approfondis directement, ou alors j'essaie de le réintroduire lors d'une autre consultation. Je revois les patients assez rapidement pour adapter le traitement antalgique si celui-ci n'est pas efficace. Pour les conseils, je vois en fonction de ce que les patients font comme sport, comme activité physique, s'il faut renforcer. Je peux leur montrer quelques exercices moi même, et les adresser vers un kinésithérapeute pour leur montrer des exercices de rééducation et de renfort de la sangle abdominale.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MG4 : Souvent quand le patient est au début de la pathologie, il est plus impliqué qu'à la fin. En général chez moi, ils sont souvent acteurs dans la prise en charge.
-**AB** : Abordez-vous la notion de douleur chronique ?
MG4 : La notion de douleur chronique et persistante est abordée si j'ai des arguments cliniques type une arthrose rachidienne documentée, voir un canal lombaire plus ou moins rétréci, voir des éléments palpables qui peuvent me faire dire : attention monsieur, vous allez souffrir comme ça pendant votre vie. Je l'aborde moi même en consultation, je n'attends pas du spécialiste qu'il l'annonce au patient.

2. -**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MG4 : Si l'antalgie n'est pas suffisante et si les examens complémentaires montrent des résultats qui nécessitent d'autres intervenants.
- **AB** : Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?
MG4 : Le rhumatologue : si traitement antalgique n'est plus suffisant. Avec des examens complémentaires, le rhumatologue pourra lui-même le traiter, ou alors le référer à un chirurgien en fonction notamment de ce qui sera vu au scanner (hernie discale, protusion...) Il peut aussi faire des infiltrations ou une nucléolyse sous scanner. Parfois juste une adaptation de la prise en charge médicamenteuse, avec éventuellement une adaptation par la mise en place d'un port de lombostat.
Le médecin ré-éducateur comme le kinésithérapeute pour la rééducation.
Les kinésithérapeutes : sur Yutz, il y a quelques bons kinésithérapeutes qui ont de bons résultats sur les lombalgies chroniques et qui donnent d'ailleurs des cours à l'école de kinésithérapie. Ils font une prise en charge du patient au niveau de la rééducation et de l'éducation.
J'adresse mes patients aux kinésithérapeutes en fonction de la géographie, sauf s'il y a des brebis galleuses au niveau des kinésithérapeutes, là je ne l'envoie pas au plus proche, mais au plus proche et plus « compétant », sauf si le patient veut absolument travailler avec un autre kinésithérapeute. Mais sur Yutz, il n'y a pas de problèmes de compétence avec les kinésithérapeutes.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MG4 : Une prise en charge beaucoup plus spécialisée, qu'ils effectuent ce que je leur demande.
Je n'ai aucune réticence à travailler d'autres professionnels.
Éventuellement, des réticences lorsque j'adresse un patient chez un médecin et que je ne le revois plus par la suite. Mais c'est de plus en plus rare et j'évite de travailler avec ce type de médecin.

3. -**AB** : Quelles informations transmettez-vous aux autres professionnels à qui vous adressez des patients?
MG4 : Une lettre polie avec tout ce qu'il a eu au niveau interrogatoire, antécédents, examen clinique, examens complémentaires, traitements déjà entrepris.
-**AB** : Quelles informations en attendez-vous en retour?

MG4 : Un courrier avec tout ce qui a été fait (la prise en charge), soit des conseils pour une autre prise en charge. S'il y a un besoin de séances supplémentaires.
Je n'ai aucun souci, j'ai toujours des retours de tous ces patients, aussi bien avec les médecins qu'avec les kinésithérapeutes.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MG4 : Oui, par discussion directe par téléphone avec les kinésithérapeutes, pour adapter les exercices à proposer. Je sais qu'avec les kinésithérapeutes, ce que j'ai demandé sera fait, et en général, c'est même plus.
AB : Et par rapport au travail ?
MG4 : Ça dépend des cas, c'est en fonction de la pénibilité du travail et de l'intensité de la lombalgie. Ça m'arrive de contacter le médecin du travail quand c'est un pb qui récidive ou qui est chronique et que c'est le travail qui est la cause du mal, je donne un coup de téléphone au médecin du travail.

MG5 : Activité urbaine , 26 novembre 2009 ; femme, 47 ans

1. -**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MG5 : Diagnostiques: déjà l'examen clinique, les antécédents, le contexte, l'âge, la profession.
En général, on a une radio qui nous permet de voir l'arthrose, les discopathies, etc, qui sont plus ou moins anciennes, mais ça n'a pas d'importance. Il peut y avoir des antécédents de chirurgie, cure de hernie discale. Pour des lombalgies simples, je ne vais pas au scanner ou à l'IRM.
AB : Thérapeutique?
MG5 : Quand c'est chronique, souvent kinésithérapie, rééducation, école du dos. Ça va aussi dépendre de l'âge du patient.
AB : Vous arrivez facilement à les adresser à l'école du dos?
MG5 : Alors école du dos, je demande aux kinésithérapeutes de prendre en charge la rééducation, avec les conseils positionnels, etc. Après, je ne sais pas s'ils le font.
AB : Et au niveau antalgie?
MG5 : Oui, généralement je mets sous antalgiques, à la demande ou en période un peu plus aiguë.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
MG5 : J'en parle et je compte sur le kinésithérapeute pour compléter ce que je dis. J'ai des petites fiches conseils que je commente en les remettant aux patients, après je ne sais pas ce qu'il en fait. Oui en général, j'aime bien que le kinésithérapeute fasse lui aussi le conseil d'un point de vue plus pratique, moi c'est plus le coté théorique.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MG5 : Je dirais que ça dépend, en général il est demandeur d'un soulagement. Ils ont quelques fois du mal à comprendre qu'ils auront toujours mal au dos, et qu'il faut vivre avec. Eux sont parfois demandeurs d'examens complémentaires, de solutions radicales. Et puis il y en a qui comprennent qu'ils auront mal au dos jusqu'à la fin de leurs jours et qu'il faut vivre avec.

2. -**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MG5 : La kinésithérapie, ça dépend. Il y a des patients qui ne veulent pas aller chez le kinésithérapeute, ils trouvent que ça ne sert à rien, donc dans ces cas là, ce n'est pas la peine d'insister. C'est que généralement, ils ont déjà fait des séances qui n'ont pas été très bénéfiques.
Le rhumatologue, quand vraiment les gens insistent, ou quand je me dis qu'il y a peut-être autre chose à faire.
Éventuellement l'ostéopathe, ça je ne le maîtrise encore pas trop bien, les gens y vont souvent spontanément, ou alors nous demandent, du coup, je commence à avoir des correspondants ostéopathes, plutôt médecins, je préfère quand même, quelques fois kinésithérapeutes, mais je ne sais pas trop ce qu'ils font.
Les médecins rééducateurs, plus rarement, c'est vrai que je n'y pense pas trop. Et puis il n'y en a pas énormément en libéral.
-**AB** : Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?
MG5 : Le rhumatologue : un autre regard, une étiologie, éventuellement une autre idée thérapeutique, mais aussi parfois juste pour expliquer à la personne qu'elle aura toujours mal au dos, quand il y a deux médecins qui le disent, peut-être que le patient l'acceptera mieux.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MG5 : J'attends qu'ils m'aident à soulager le patient.
AB : En général, vous les adressez pour une prise en charge complète ou juste pour avoir un avis?
MG5 : Pour une prise en charge, oui. Quand moi j'ai épuisé tout ce que je pouvais faire, je passe la main.
AB : Réticences?
MG5 : Non je ne pense pas. Je dirais juste les ostéopathes dans la mesure où je ne sais pas trop ce qu'ils font. Les médecins rééducateurs, j'ai aussi un peu de mal à les positionner, par rapport aux kinésithérapeutes. Pour moi un médecin rééducateur va transférer chez un kinésithérapeute, avec ses conseils un petit peu orientés.

3. -**AB** : Quelles informations transmettez-vous aux autres professionnels à qui vous adressez des patients?
MG5 : Les renseignements d'ordre général sur tout l'ensemble du patient pas spécialement orientés vers son problème de lombalgie. Les données de l'examen clinique, la durée des symptômes, l'évolution dans le temps, les facteurs favorisants.
AB : Aux kinésithérapeutes, vous leur mettez quoi au niveau de l'ordonnance?
MG5 : Je mets massage et rééducation avec école du dos pour lombalgies chroniques, ou pour arthrose lombaire. Je ne mets pas le nombre de séances.
-**AB** : Quelles informations en attendez-vous en retour?
MG5 : Je reçois très peu de bilans des kinésithérapeutes, alors qu'ils sont censés le faire. Il y en a un dans le quartier qui le fait, mais de toute façon il est illisible (je lui ai dit d'ailleurs, il m'a répondu qu'il était alsacien, qu'il faisait ça selon ses règles

donc il continue à m'envoyer ses trucs, qui ne me servent pas à grand chose).
Les rhumatologues m'envoient des courriers, parfois ils font des radios.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MG5 : Avec les kinésithérapeutes, je dirais pas trop. Dans le quartier il y a un kinésithérapeute qui dit à ses lombalgiques chroniques qu'il faut refaire des séances tous les ans, et je me suis rendue compte qu'il était très demandeur de prescription, pas uniquement pour les lombalgiques. Il fallait toujours rajouter des séances. Alors j'ai demandé des bilans en contre partie.
Les autres médecins, dans le mesure où on leur a envoyé le patient, ils nous renvoient un courrier.
Les ostéopathes aussi, enfin celui avec qui je commence à travailler.
AB : Vous faites appel au centre antidouleur?
MG5 : Pour les lombalgies simples, c'est rare. Ça m'est arrivé pour un patient, mais qui n'avait pas uniquement des lombalgies, mais aussi des lombo-sciatalgies.
AB : Et par rapport au travail ?
MG5 : Je leur dis qu'ils doivent apprendre à utiliser leur rachis correctement en fonction de leur travail, je les oriente vers un kinésithérapeute pour qu'ils fassent la rééducation, l'école du dos et je leur propose quelques fois de changer de travail si c'est vraiment des lombalgies chroniques, invalidantes qui justifient des arrêts de travail, avec une chronicisation de la douleur.
Pour les médecins du travail, je peux être amener à les contacter, mais c'est pas très fréquent.

MG6 : 28 novembre 2009, Activité urbaine ; femme, 45 ans diplôme en 1994 à Nancy

1.-**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MG6 : Pour le diagnostic, un examen clinique, l'interrogatoire, les antécédents.
Les examens radiologiques, pas en première intention, sauf si indication lors de l'examen clinique.
Et pour la thérapeutique, surtout des antalgiques.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
MG6 : J'accorde une grande place pour les conseils et l'éducation. Je l'aborde moi-même en consultation, je montre aux patients quelques mouvements.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MG6 : C'est très variable d'un patient à un autre.

2.-**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MG6 : J'adresse facilement les lombalgiques à d'autres professionnels : kinésithérapeutes, rhumatologues, médecins ré-éducateurs (comme par ex : Dr Lustig)
C'est souvent un appel à l'aide pour améliorer l'antalgie, (car il y a un échappement thérapeutique à mon niveau) par, entre autres, des manipulations, des infiltrations.
-**AB** : Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?
MG6 : Les kinésithérapeutes peuvent réaliser des manipulations et la rééducation. Mais je suis moyennement satisfaite des résultats.

-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MG6 : Un retour d'information.
Soit un avis sur une thérapeutique, une adaptation du traitement, soit une prise en charge globale du patient parce qu'il n'y a eu aucun changement à mon niveau.
Aucune réticence à travailler avec d'autres professionnels.
AB : Et les psychologues?
MG6 : Il m'arrive d'adresser à des psychologues, dans des cas bien particuliers quand déjà je suis sure que le patient va adhérer à un soutien psychologique.

3.-**AB** : Quelles informations transmettez-vous aux autres professionnels à qui vous adressez des patients?
MG6 : Pour les kinésithérapeutes, je ne sais pas trop quoi noter sur l'ordonnance car souvent par manque de temps les kinésithérapeutes font ce qu'ils veulent (lampe...) sans vraiment tenir compte de l'ordonnance et cela même lorsque c'est un rhumatologue qui note précisément ce qu'il veut sur l'ordonnance.
-**AB** : Quelles informations en attendez-vous en retour?
MG6 : Avec les kinésithérapeutes, il n'y a aucun retour, uniquement un retour via le patient qui explique ce qui a été fait.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MG6 : Suffisante en général, sauf pour les kinésithérapeutes.
Pour les Rhumatologues, il y a souvent un courrier mais pas à chaque fois non plus.

2. Entretiens des Médecins réadaptateurs

MPR1 : Jeudi 16 octobre ; femme, 52 ans diplôme en 1985 à Nancy ; exercice hospitalier

1.**MPR1** : La prise en charge des lombalgiques de façon protocolaire n'est plus vraiment pratiquée.
Sur Thionville, c'était **l'**ADAPT Thionis qui les prenait, ça ne les intéressait plus, donc ils n'en prennent pratiquement plus. Ce

qui fait que nous on en a eu de plus en plus. Alors on a toujours pris en kinésithérapie classique, et on a quand même la chance d'avoir un secteur balnéo, la physio, donc on associait la kinésithérapie classique avec la prise en charge posturale etc, mais on avait jamais protocolisé ça. Et depuis un an ou deux ans, on croulait sous les demandes de prise en charge de lombalgiques, alors on s'est dit que ce serait bien d'élaborer un protocole, de reconditionnement lombaire, un ré entrainement à l'effort. On a eu beaucoup de chance car l'année dernière on a eu une kinésithérapeute qui était allée dans un centre de ré entrainement à l'époque et avait travaillé pendant quelques mois dessus. On a commencé à lancer cette activité, elle devait passer le relai à un autre kinésithérapeute.
Il prend 3 après midi par semaine des groupes de 4 à 5 personnes, avec 2 séances en individuel et une séance collective. Pour une prise en charge individuelle, et en même temps une éducation collective, comment fonctionne le dos, les mouvements à faire. Mais ça s'adresse à un certain type de patient, qui souffrent de lombalgies chroniques et qui ne savent plus utiliser leur dos. Les gens qui se prennent bien en charge et qui n'ont pas trop d'épisodes douloureux, sont moins concernés.
On met aussi parfois en place des lombostats, dans le lumbago aigu, à porter 3 à 4 semaines pour vraiment mettre au repos les muscles. C'est quelque chose qui ne rentre pas toujours dans le cas de la lombalgie chronique, uniquement en cas d'épisodes aigus.
-**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MPR1 : On intervient souvent en bout de course, et rarement suite à un médecin généraliste. Les patients sont souvent envoyés par le rhumatologue.
Le généraliste gère quand même la majorité des lombalgies, si échec thérapeutique, il adresse au rhumatologue, qui lui intervient plus avec des infiltrations, etc. Du coup nous les avons en dernier recours. Donc on a des gens qui ont déjà une histoire assez lourde, des gens poly opérés, des gens qui ont eu une hernie discale, qui ont énormément de traitements, des lasers, des infiltrations, etc. Moi ce qui me frappe beaucoup, des gens qui arrivent en espérant qu'ils vont être sauvés, alors nous on leur explique que ça fait des années qu'ils ont mal, et qu'on arrivera pas à leur ôter complètement leur douleur, mais qu'on leur apprendra à vivre avec. On a du mal à leur faire comprendre que la douleur on ne peut plus la diminuer.
Anecdote femme de ménage avec dos algique dès qu'on y touche, pas compatible avec métier.
Souvent lié à une angoisse psychique, angoisse du travail, angoisse de se faire mal.
On travaille avec la consultation de la douleur, mais eux ne travaillent pas avec nous. C'est jamais la douleur qui nous les envoie, et on a jamais de demande de travail en coordination. Ils mettent en place tout ce qui antalgique, ils ont une prise en charge psychologique qui est quasi systématique, mais on a l'impression que quelque fois ils ne vont pas chercher la cause, même si on ne peut pas toujours en trouver. Alors que nous on aime bien savoir d'où vient la douleur, est ce que c'est le métier, le stress, plurifactoriel? Quelle est l'origine? Pourquoi ça a évolué en lombalgie chronique?
Anecdote de la prof de sport.(a appris les exos et ne revient plus car gere elle meme)
Il y a certains patients avec lesquels on arrive pas à résoudre le problème. Avec les douleurs très importantes, on commence quand même par tenter de gérer la douleur, à base de physio (chaleur, ondes courtes, décontracturant) et puis la balnéo. Parce que c'est vrai que les massages tout le monde ne les supporte pas, et parfois ça réveille des douleurs. Mais parfois échec complet.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MPR1 : Souvent quand ils arrivent chez nous, on a l'impression qu'ils n'ont pas été impliqués, ils ne savent pas les traitements qu'ils ont déjà eu, etc.
C'est assez variable, il y en a on sent qu'ils ne vont pas être capables de se gérer, il faut les encadrer.
Les kinésithérapeutes libéraux ne font quasiment que du travail passif, très rarement actifs, donc les patients, sont pas capables de faire des exercices seuls. Mais c'est aussi variable selon les kinésithérapeutes.
Ceux qui prennent le mieux en charge ce sont ceux qui ont fait une formation vraiment spécifique pour le dos, mais il n'y en a pas beaucoup. On a l'impression que les gens ne se prennent pas en charge.
Le généraliste a souvent du mal à savoir ce qu'il doit demander au kinésithérapeute.
En médecine on apprend le corps statique, pas tellement le corps qui bouge.
Il faut convaincre le patient de l'intérêt de la rééducation, parce qu'ils pensent que suite à une opération pour une hernie discale, c'est fini, ils n'auront plus mal. Alors qu'en fait ils ont un dos plus fragiles, ils devront d'autant faire plus attention, et on a du mal à la 1ere consultation à l'expliquer aux gens. Les gens ne supportent de devoir supporter une douleur.
Anecdote de la vieille dame qui avait peur d'avoir une fracture alors que arthrose... « mal comme tout le monde »

2. -**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MPR1 : Consultation antidouleur. Après toute la panoplie anti inflammatoire, décontracturant... on passe le relais. Et certains patients ont besoin d'un suivi psychologique, mais ça reste rare.
Parfois même si la douleur n'est pas partie avec l'apprentissage et l'éducation, ils retrouvent une vie qui se normalise un petit peu. Mais parfois il y a des gens pour qui on y arrive pas.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MPR1 : Il serait plus intéressant de faire de la prévention. Et rien en France ne permet cela.
Les arrêts de travail suite à des lombalgies, dans l'hôpital est assez important. On voulait faire une évaluation des besoins matériels type lits élévateurs, aide au transfert des malades, ou une formation du personnel pour manipuler les patients sans se faire mal. On a jamais pu le faire, car la direction nous a mis des bâtons dans les roues, de peur que tous les services leur demandent des lits à hauteur variable, des aides au transfert, et que donc ça va leur couter trop cher en investissement. Alors nous on leur a demandé combien leur coutait les arrêts de travail, et ils ont été incapables de répondre et de faire une relation entre les arrêts de travail dans un hôpital et la cause de ces arrêts de travail. C'est à dire ce dire s'il y a un moyen de réduire les sollicitations physique des employés, ils peuvent réduire le nombre d'accidents du travail. On avait des kinésithérapeutes qui auraient pu faire un tour dans les services, pour faire une formation sur la manutention au personnel, et on a jamais pu le

faire. On arriverait à réduire les lombalgies si on pouvait faire une formation des personnes dans leur métier, pour prévenir ces risques de lombalgies.
Quand un patient a une lombalgie depuis déjà 2-3 mois, il faudrait déjà une prise en charge par un bon kinésithérapeute de ville, soit par une école du dos (pas forcément), et au moins leur apprendre à se servir de leur dos, et savoir le prendre en charge sur le plan médical, sur le plan positionnel. Quand on les a au bout de 2 ans, on a des gens qui ont des dos raides, et il est beaucoup plus dur de les remettre en état.
AB: Quel délai avez-vous pour une Consultation?
MPR1 : Pour un RDV j'ai 1 à 2 mois de délai. On croule sous les demandes de prise en charge de reconditionnements lombaires. Le kinésithérapeute fait 3 après midi par semaine sur à peu près 2 mois de temps, par 4 ou 5 personnes.
Il y a un problème de moyen, demande pour être reconnu en éducation thérapeutique pour obtenir des crédits, mais pour le moment on a aucun crédit.

3. **AB** : Quelles informations vous attendez des médecins généralistes qui vous envoient les patients?
MPR1 : Déjà leur histoire, les traitements qu'ils ont déjà eu, quel type de douleur, la gêne, épisodique, ressenti de la douleur....
Pas tellement reçu d'information, mais souvent rhumatologue qui nous envoient les patients.
Ils ont souvent tous IRM ou scanner, ou les deux par contre, rarement des radios!
On a aussi souvent des scolioses, soit adolescente qui provoquent une lombalgie, mais parfois sans rapport.
Le traitement en cours, et parfois les patients peuvent faire un mélange parmi tous les traitements qu'ils ont.
AB : Vous transmettez quelles informations en retour?
MPR1 : En retour : j'envoie systématiquement une lettre, pour dire ce que j'ai modifié au niveau traitement. On s'aide aussi beaucoup d'appareillage c'est à dire de lombostats.
Prise en charge particulière pour les lombalgies chroniques de la personne âgée dans le cadre d'un tassement lombaire, soit dans le cadre de grosses scoliose, avec des lombalgies intensives, qui n'ont jamais été suivi ou traité, là on se sert beaucoup de l'appareillage par corset et ça peut vraiment le soulager.
Pour les lombalgiques plus jeunes, soit lombostat en période aiguë et relais avec des ceintures lombaires, soit uniquement une ceinture lombaire à porter dans les activités sollicitantes. Effet proprioceptif important qui met le dos dans une meilleure position.
On essaie de donner le programme de la prise en charge, si il regagne la voie générale... Mais pas toujours détaillé.
Réticences? Pas trop.
On envoie parfois en cure thermale. En grande majorité, on arrive à améliorer, mais il y a des cas où on ne peut rien faire, et qui perdent leur travail.
On travaille beaucoup avec les médecins du travail pour inciter à l'adaptation du travail, pour faciliter une réinsertion, et les médecins du travail jouent bien le jeu, mais les employeurs ne suivent pas toujours les recommandations.

MPR2 : le 19 octobre 2009 ; femme 48 ans diplôme en 1996 à Nancy - exercice mixte

1.**AB** : vous voyez beaucoup de lombalgies chroniques?
MPR2 : Oui. Dans ma spécialité j'ai fait de la mésothérapie et de l'électromyographie. Donc déjà on m'envoie des lombalgies quand on veut des EMG lors de suspicion de hernie discale, et on me les envoie aussi pour de la mésothérapie quand ils ont le dos coincé (pas de manipulation). Pour les manipulations je les envoie chez mon collègue. Donc les lombalgies chroniques représentent 50% de ma patientelle.
-**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MPR2 : Diagnostic : examen clinique, EMG, scanner, IRM (imagerie standard)...
Thérapeutiques : les anti-inflammatoire, éventuellement une thérapie courte avec corticoïdes, éventuellement la mésothérapie, éventuellement je les envoie faire des infiltrations, que ce soit de l'arthrose ou une hernie discale.
En phase vraiment aiguë je ne fais pas faire de la kinésithérapie tout de suite, j'attends au moins 10-15 jours, que les choses soient moins aiguës sinon ils ne supportent pas. Après je mets en route la kinésithérapie parallèlement à la mésothérapie.
Éventuellement on peut aussi les envoyer se faire manipuler, quand c'est un problème de dérangement intervertébral mineur.
Quand avec tout ça ça ne va pas mieux ou que je vois qu'il y a une grosse raideur au niveau de la charnière thoraco-lombaire, lombaire, ou lombo-sacrée, je leur fais faire de la kinésithérapie. Par contre, il est bon de les envoyer en centre de rééducation où on associe kinésithérapie, balnéo, ergo, relaxation, surtout dans les cas de lombalgies chroniques. Quand on est en face d'une lombalgie aiguë, souvent un traitement médical simple suffit, associé à de la mésothérapie, éventuellement à de la kinésithérapie libérale, des infiltrations. Chez les lombalgiques chroniques, c'est plus difficile.
AB : A quel moment on vous les adresse les patients, à quel moment de la pathologie vous intervenez?
MPR2 : A tout moment! On me les adresse en début de lombo-sciatalgie par exemple, ou on me les adresse aussi pour faire un diagnostic EMG, quand c'est par exemple une névralgie cervico-brachiale, ou suspicion d'une hernie discale, ou un canal lombaire étroit, qu'on veut un diagnostic en plus de l'imagerie, qui des fois ne montre pas tout. L'imagerie on la fait couché, alors que les gens on mal surtout quand ils sont assis ou debout, donc avec l'EMG on a un autre regard.
A tout moment que ce soit au début, que ce soit au bout de 3 mois parce que la lombalgie ne passe pas, ou parce qu'il commence à y avoir des irradiations, ou des déficits sensitifs ou moteurs.
AB : Et même après une évolution de plus de 6 mois un an, après une chirurgie?
MPR2 : Oui, après chirurgie, des fois le généraliste ne sait plus quoi faire, alors il demande l'avis du spécialiste.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
MPR2 : Une place importante et en même temps des fois on a des impératifs difficiles, du style le patient qui est maçon, on aura beau lui donner tous les conseils qu'il veut, il est maçon, donc il va porter ses sacs de ciment, il va prendre des parpaings,

donc dans ces cas là c'est difficile.
Quand il s'agit d'un problème pas directement lié au métier, ce que je fais, je prescris de la kinésithérapie et je note sur l'ordonnance, éducation aux étirements du rachis, au déverrouillage matinal et aux postures, parce que souvent les kinésithérapeutes ont plus le temps, en voyant les patients ½ heure, une heure, c'est à eux de leur montrer les bons gestes, parce qu'ici, en 20 minutes de consultation, c'est difficile. Parfois quand il y a des muscles particulièrement contracturés, je leur montre quelques petits exercices à faire, sans se faire mal, style une contracture du moyen fessier, qui est très fréquente en lombalgie L5, il y a des petits gestes qui peuvent soulager, mais en parallèle je prescris de la kinésithérapie.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MPR2 : C'est très variable, il y a des gens qui sont très acteurs, et puis d'autres qui ne respectent pas les consignes, qui ne prennent pas le temps pour les étirements, et qui sont très passifs.

2. -**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MPR2 : Pour les manipulations; Pour tout ce qui est imagerie; Quand il y a un problème d'arthrose, rhumatismal, je les envoie chez un rhumatologue ; En centre de rééducation ; Aux algologues parce qu'on a parfois des lombalgies qui rentrent dans le cadre d'une fibromyalgie, par exemple.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MPR2 : Qu'ils me donnent leur avis, éventuellement une orientation thérapeutique quand je suis passée à coté de quelque chose. Quand je suspecte une fibromyalgie, j'attends que l'algologue confirme ou infirme mon diagnostic. Pour le rhumatologue, j'attends de savoir s'il y a une maladie rhumatismale derrière.
Aucune réticence, très bons contacts.
Pour les kinésithérapeutes, les patients vont chez celui de leur choix, par contre quand je les revois je leur demande ce qu'ils ont fait, si ça ne correspond pas à ma demande je leur dis de bien demander à leur kinésithérapeute de faire ce que j'ai prescrit, voire même un conseil de changer de kinésithérapeute quand celui ci ne prend pas le temps de montrer les étirements, les gestes de port de charge. Déontologiquement, on ne peut pas conseiller un kinésithérapeute.
3. **AB** : Quelles informations vous attendez des médecins généralistes qui vous envoient les patients?
MPR2 : les antécédents, les traitements, la raison pour laquelle on me l'adresse, leur imagerie, si on me les adresse pour un EMG.
AB : Vous transmettez quelles informations en retour?
MPR2 : je fais un courrier. Si je fais un EMG, je fais le compte-rendu dans la foulée, le patient repart avec son compte-rendu. Si c'est un patient que je vois pour des séances de mésothérapie ou de kinésithérapie, à la fin du traitement, je refais un compte-rendu, où j'explique ce que j'ai fait, les résultats. Si on me l'envoie pour avis, alors j'écris les traitements que je mettrais en place, ce que j'en pense.
-**AB** : Quelles informations en attendez-vous en retour?
MPR2 : De la part des kinésithérapeutes, j'ai très rarement de bilan en retour, alors que ça devrait être le cas. Par contre certains me contactent par téléphone pour discuter d'une patiente, et génère un échange intéressant et constructif, le kinésithérapeute ne va pas ressentir le patient comme moi vu qu'on a pas du tout la même relation.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MPR2 : Disons que moi j'ai le coup de fil facile, quand j'ai un EMG un peu spécial, j'appelle directement mon confrère. J'ai des bons contacts avec les généralistes du coin. Les confrères, à qui j'envoie mes patients, sont souvent des gens que je connais bien et de qui, je sais, j'aurai un bon retour. C'est souvent en réseau que ça fonctionne. Mais c'est vrai qu'il est pas toujours évident pour les spécialistes libéraux, d'avoir le temps d'écrire un courrier, c'est l'avantage du travail en hôpital où une secrétaire peut taper les comptes-rendus. En cabinet, on ne peut pas en faire à chaque fois quand on n'a pas de secrétaire.

MPR3 : 21 octobre 2009 ; femme, 52 ans, diplôme en 1984 à Nancy - exercice libéral

1. -**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MPR3 : Diagnostic : Radio, scanner, scintigraphie, IRM.
Thérapeutique : Beaucoup de manipulations, complétées par au moins un traitement antalgique, voire anti-inflammatoire sur une courte période de 3 à 4 jours, et puis dans certains cas accompagnées de la kinésithérapie, massage, beaucoup d'étirements, de techniques particulières type reprogrammation posturale mézière. Après tout dépend de la lombalgie, on ne soigne pas de la même manière une hernie discale calcifié qu'un patient arthrosique, et aussi le contexte de la pathologie, on ne peut pas faire de généralité.
-**AB** : Comment s'organise cette PEC?
MPR3 : Moi, quand on m'adresse un patient, j'essaie de faire un diagnostic de savoir pourquoi il a mal, ce n'est pas facile, parce que c'est souvent, multi-origine, ça peut être musculaire, articulaire postérieur, discal par insuffisance, hernie, etc... ça peut aussi être des douleurs projetées de problèmes digestifs, ça peut être aussi psychologique. Donc c'est un peu un fourre tout, il faut réussir à orienter au mieux le diagnostic. Et après on peut envisager un traitement. S'il s'agit plutôt un problème articulaire postérieur, que je retrouve un blocage, je vais essayer de faire une technique manipulative, si c'est plutôt un problème d'insuffisance discale, je vais le mettre sous anti-inflammatoire, lombostat etc... si c'est plutôt herniaire je vais l'orienter vers une infiltration, comme pour une protrusion très importante. Et puis je prescris énormément de kinésithérapie, comme je suis médecin rééducateur de base, donc je pense qu'une kinésithérapie bien faite par un kinésithérapeute qui a envie de se donner du mal, ça marche bien. Souvent la kinésithérapie est décriée à cause de kinésithérapeutes qui ne pensent qu'à faire de l'argent et qui ne s'intéressent pas aux patients et ne font pas de la vraie kinésithérapie.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
MPR3 : J'attends ça du kinésithérapeute, moi je peux leur donner des conseils, mais je ne suis pas ergonomes, ni

ergothérapeute, je ne connais pas leur position de travail. C'est sur que s'il était possible d'avoir des ergothérapeutes dans le libéral, et malheureusement ça n'existe pas, on pourrait faire des études de postes qui serait intéressantes pour faire des aménagements de poste, et qui soulageraient déjà pas mal de lombalgies.
La lombalgie chronique, contrairement à ce qu'on pourrait croire, c'est les professionnels les plus sédentaires qui en souffrent. Les gens qui ont une activité physique régulière par leur travail, sont souvent indemnes, ou moins touchés. Par exemple, la catégorie que je ne vois presque jamais, c'est les déménageurs, alors qu'on pourrait penser qu'ils sont plus agressés que les autres, et qu'ils devraient avoir mal, or ce n'est pas le cas. Par contre des gens qui travaillent dans des bureaux j'en vois énormément. La sédentarité, on ne peut pas lutter contre, alors il serait intéressant de faire des études pour savoir pourquoi les gens assis ont mal. Est-ce que c'est la sédentarité qui est responsable, est-ce que c'est la position au travail? On devrait peut-être imposer des petites poses dans une journée, en allant marcher, en allant balayer la cave... Les gens qui font plein de choses différentes, n'ont pas trop mal, comme dans un supermarché, les filles qui ne font que la caisse, ont mal au dos, celles qui font la caisse, le ménage, le rangement dans les étagères, n'ont pas mal, parce qu'elles font de tout. La sédentarité entraîne des lombalgies chroniques qui n'ont pas de diagnostics précis, pas de hernie, pas d'arthrose... ça entraîne des diagnostics 'fumeux'...
AB : Vous en voyez combien?
MPR3 : énormément, la moitié des mes consultations, au moins 15 par jour.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
MPR3 : Là c'est variable, il y a des gens qui se prennent en charge, qui veulent être acteur de leur guérison, et puis il y a les passifs qui attendent qu'on leur livre la guérison sur un plateau.
AB : A quel moment de la pathologie vous êtes sollicité?
MPR3 : Dans les lombalgies chroniques j'arrive toujours en dernier, les gens en général ont déjà eu un scanner, une IRM, des radiologies plusieurs fois, des traitements anti-inflammatoire, non stéroïdiens, stéroïdiens... Quand ils ont déjà fait le tour des médecins, souvent ils ont déjà vu un chirurgien qui leur a dit que ce n'était pas opérable. J'arrive vraiment en bout de course, sauf, quand les gens me connaissent, qu'ils ont déjà eu à faire à moi, ils reviennent me voir en début, on repasse dans les lombalgies aiguës.

2. -**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
MPR3 : Ça m'arrive de faire appel à la consultation de la douleur, en sachant qu'ils ne font pas de diagnostic, mais uniquement un traitement, un traitement médicamenteux la plupart du temps.
Je travaille aussi avec les cures thermales, je prescris souvent des cures. Je pense que ça marche assez bien.
Il y a aussi les rhumatologues, quand j'ai l'impression que la pathologie est plutôt rhumatismale, tout ce qui est spondylarthrite... ça ne fait pas parti de mon job.
Je pousse énormément mes patients vers l'activité, gymnastique, piscine, aquagym... en essayant de trouver quelque chose qui convienne à leur morphotype, à leur préférence, à leur vie, à leur temps, les femmes qui ont des enfants, qui travaillent, elles ont moins de temps que les gens retraités.
Je travaille avec des neurologues, des psychiatres, des psychologues à l'hôpital.
J'envoie pas les lombalgiques chez les psychologues parce que j'ai toujours peur que ce ne soit pas pris en charge et que ça leur coute de l'argent, psychiatres, ça m'arrive, mais c'est difficile parce que les gens disent qu'ils ne sont pas fous, et qu'ils ont réellement mal dans le dos, mais c'est souvent par l'intermédiaire du centre de la douleur, parce qu'ils ont une équipe de psychologues qui les voient lorsque j'envoie mes patients là-bas.
A Metz, il y a le centre de la douleur à l'hôpital Ste Blandine et il y a l'hôpital Bon-Secours qui a mis en place il n'y a pas très longtemps une consultation de la douleur.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MPR3 : En principe j'adresse les patients à des professionnels que je connais en général. Quand je veux qu'ils évitent un kinésithérapeute j'explique pourquoi.
Moi je n'ai pas de réticences à travailler avec des rhumatologues, mais l'inverse n'est pas vrai. Il y a beaucoup de rhumatologues qui n'aiment pas les techniques de manipulations manuelles (sans explications vraiment valables), mais qui correspond en fait plutôt à une ancienne guerre de spécialités.

3. **AB** : quelles informations vous attendez des médecins qui vous adressent des patients?
MPR3 : des vraies informations, c'est à dire au moins les antécédents précis du patient, les examens complémentaires, leurs résultats pour pas renouveler, et souvent les patients ne savent pas ce qu'ils ont eu comme examen. Dans les antécédents, il y a les traitements en cours et pas uniquement en rapport avec la lombalgie, par exemple si le patient est sous anticoagulants (le patient ne le sait pas toujours) si je prescris des infiltrations...
Je mène après mon interrogatoire, j'ai pas besoin qu'on me dise qu'il a mal quand il fait certains mouvements. Je ne veux juste pas faire d'impair, ni de doublet. (exemple d'un scanner chez un patient qui en avait déjà fait un 2 mois plus tôt et qui a fait un arrêt cardiaque suite à l'injection, heureusement que c'était le même radiologue qui la reçu et qui s'en est souvenu, et m'a rappelé tout de suite en disant que c'était une grave erreur, mais moi je n'en savais rien, ni le médecin, ni le patient ne me l'ont dit. Je comprends pas que le patient ne m'en ait pas parlé!!)
Et en général, je n'ai pas ces informations là. On va dire que dans 70% des cas je ne sais rien. (anecdotes des lettres à 17:53 → 19:45) C'est souvent je vous adresse Mr, Mme X pour suivi, parfois même rhumatologique, alors que ce n'est pas mon domaine. C'est vraiment 'Débrouillez-vous!!'
AB : Quelles informations transmettez vous en retour aux médecins qui vous ont adressé un patient?
MPR3 : Si je n'ai pas eu de courrier au départ, je n'en fais pas en retour non plus.
Quand on m'a écrit, je réponds. Je dis ce que j'ai trouvé comme diagnostic, ce que j'ai fait, et comment va le patient. Je ne réponds pas après la 1ere consultation, si c'est un traitement manuel, je réponds quand j'ai fini mon traitement, si c'est une

orientation vers quelqu'un d'autre, je réponds tout de suite.
-**AB** : Quelles informations transmettez-vous aux autres professionnels à qui vous adressez des patients?
MPR3 : Prescription kiné? Quand je me suis installée il y a pas mal d'années je pensais que d'orienter le traitement c'était bien, mais je me suis assez vite rendue compte que ça ne servait à rien, parce que les kinésithérapeutes font ce qu'ils veulent. Alors je fais une ordonnance en expliquant le motif, la pathologie si je la connais, ce que j'attends, le but, et pour les moyens je les laisse se débrouiller. On peut dire que c'est normal parce que ce sont des thérapeutes à part entière, il y en a qui ont des techniques que d'autres n'ont pas. Je dis juste aux patients que je ne veux pas qu'on les laisse sous une machine ½ heure et qu'on leur mette de la crème 2 minutes, parce que ça ne correspond pas à ce que je demande. Donc j'oriente un peu les gens vers la qualité du travail, en disant que si ça ne va pas ils peuvent changer d'endroit, et je laisse le kinésithérapeute libre à partir du moment où il a un diagnostic.
-**AB** : Quelles informations en attendez-vous en retour?
MPR3 : J'ai le retour des patients quand je les revois, je leur demande comment ça s'est passé. Quand ils me répondent qu'ils n'ont plus mal, soit ils ont de la chance et leur corps a guéri tout seul, soit la kinésithérapie a été efficace. Par contre quand ils me disent que ça ne va pas mieux, j'essaie d'abord de voir si la prise en charge a été correcte. Et malheureusement parfois on se rend compte que des kinésithérapeutes font des la machinothérapie, et n'utilisent pas leurs mains, et on comprend pourquoi il n'y a pas eu d'amélioration.
On a très rarement des lettres des kinésithérapeutes alors qu'on devrait en avoir une systématiquement. Temps en temps j'ai un coup de fil d'un kinésithérapeute qui me donne des nouvelles d'un patient, mais la plupart du temps rien. Quand je vois que ça se passe mal, je conseille aux patients de changer de kinésithérapeute. Et je prends note de ce kinésithérapeute, je le raye de la liste. Parfois dans les villages, les gens n'ont pas le choix, on les préviens que ce n'est pas le mieux, mais bon que c'est quand même nécessaire. J'essaie moi d'orienter vers des personnes précises, en demandant à ce que le kinésithérapeute X prenne en charge le patient et pas l'autre, ou le cabinet voisin. Si j'ai bien à souligner un point c'est le nombre de kinésithérapeutes qui manquent de sérieux, qui ont oublié qu'ils étaient masseurs, et qui ne pensent qu'à remplir les caisses.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MPR3 : Non, sur une journée de consultation, il y a une moitié qui ont des lettres utiles, à peu près correctes, et une autre moitié où les lettres sont inutiles, avec un manque de communication et tout à fait susceptible de créer des problèmes. Donc on a obligé le parcours coordonné, mais je suis extrêmement critique là-dessus et les autres spécialistes, dans les autres domaines, pourront vous dire pareil, on est très fâché. On est dans un parcours coordonné qui fait semblant d'être coordonné, parce que ça ne s'appelle pas de la coordination. Les médecins généralistes font plate-forme d'orientation, mais ne transmettent pas les informations nécessaires aux autres professionnels, ça fait une perte de temps pour le patient, et ce n'est pas respecter le patient. Le parcours coordonné obligatoire n'a rien apporté, si ce n'est que des dépenses en plus, et rien de bien pour les patients, et rien de bien pour les spécialistes. Ce qu'il serait plus efficace c'est un suivi grâce à la carte vitale, sur laquelle pourrait figurer les traitements en cours, les examens qui ont été fait, qu'au moins quand on voit un patient on puisse savoir s'il a des problèmes cardiaques, vasculaires lorsqu'on voit qu'il est sous anticoagulants et éviter les erreurs médicales.
(elle fait les infiltrations articulaires elle même mais pas pour le dos, car sous contrôle scanner)

MPR4 : 23 octobre 2009 ; homme, 57 ans ; diplôme en 1980 à Nancy - exercice libéral

1. -**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MPR4 : Moyens diagnostiques : la radio standard. Dans les lombalgies c'est essentiellement la radio, il n'y a pas besoin de scanner ou d'IRM.
Moyens thérapeutiques: il s'agit d'un traitement symptomatique, c'est à dire des antiinflammatoires, décontracturants, antalgiques. Ensuite en fonction des données morphologiques, des données dégénératives à la radio, une prise en charge kinésithérapique. Si on a des éléments qui peuvent orienter vers un dérangement intervertébral, on proposera des techniques manipulatives, ostéopathiques. Si c'est plutôt inflammatoire et que ça résiste au traitement symptomatique, on propose une infiltration. Ensuite au niveau des aides techniques, on peut utiliser une ceinture de soutien lombaire, pas de façon systématique.
AB : Pour les infiltrations?
MPR4 : Je les fais au cabinet.
AB : A quel moment vous intervenez dans la prise en charge d'un lombalgique chronique? On vous adresse le patient à quel stade?
MPR4 : En général, ils ont déjà fait un parcours préliminaire, ils sont souvent en situation d'échec, ça tourne en rond et on ne sait plus trop quoi faire.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
MPR4 : En théorie, ça devrait prendre une place quand même assez importante, en pratique, on se rend compte quand même que ça s'épuise assez vite. C'est pas si facile que ça à respecter.
AB : C'est vous qui le faites, ou vous demandez au kinésithérapeute de le faire?
MPR4 : Ce sera plutôt fait en consultation.
AB : Quand vous voyez, le patient, il se sent impliqué dans la prise en charge?
MPR4 : Oui. Après s'ils sont acteurs, ça va dépendre de la clientèle. Pour moi il faut que le patient s'implique, sinon ça se termine assez vite.
2. -**AB** : Pour quelles indications et à quel moment dans votre PEC faites-vous appel à un autre professionnel?
MPR4 : Oui, il m'arrive de faire appel à un autre professionnel, mais pour des gestes techniques spécifiques. Si j'ai besoin d'une infiltration radioguidée, ou sous contrôle scanner, là je fais appel à quelqu'un d'autre.
Sinon pour les auxiliaires médicaux, type kinésithérapeutes.
-**AB** : Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?

MPR4 : Il y a 2 aspects dans la prise en charge par un kinésithérapeute. Il y a un aspect sédatif, par les techniques de massage, de physiothérapie chaude, électrothérapie... tous ces adjuvants. Et puis après il y a l'éducation posturale, avec un renforcement musculaire.
Je fais une ordonnance directive.
-AB : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MPR4 : Aucune réticence.

3. **-AB :** Quelles informations en attendez-vous en retour?
MPR4 : J'ai des retours des kinésithérapeutes, parce que je les connais bien. Ils me font des compte-rendus, des bilans, c'est pas systématique, mais ça existe. Cela reste plutôt rare.
AB : Quelles informations vous attendez des médecins qui vous adressent des patients?
MPR4 : Surtout le contexte médical, qu'on ne fasse pas d'impairs avec d'autres pathologies. Il s'agit d'une lettre d'introduction.
AB : Vous les avez en général?
MPR4 : Oui.
AB : Vous transmettez quoi vous comme informations?
MPR4 : Alors moi je fais une lettre, avec un compte rendu de ma consultation, des décisions qui sont prises, des gestes qui sont effectués éventuellement.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
MPR4 : On peut toujours imaginer que ce soit mieux, mais franchement, j'ai pas de frustration dans ce domaine.
AB : Rien à ajouter par rapport aux lombalgies chroniques?
MPR4 : Alors si, il y a un chapitre, c'est la prise en charge de la douleur par les services de consultation de la douleur. Moi, je trouve que les prescriptions qui sont faites par ces services là sont souvent excessives, parce qu'on va utiliser des médications qui finalement déconnectent les patients de la vie active, alors que nous, en médecine physique, en réadaptation, on essaie de les maintenir le plus possible dans une vie socioprofessionnelle active. Et là, quand on attaque aux morphiniques... -pause téléphone-
J'ai un petit peu de mal avec les algologues. Et même sur Metz, on a un médecin rééducateur qui s'occupe des consultations de la douleur, et je trouve qu'ils les emmènent dans des traitements qui sont trop lourds.
AB : Les lombalgies chroniques ça représente quel pourcentage de vos consultations?
MPR4 : Alors le rachis, représente une consultation sur deux, et dans ces cas là, les lombalgies chroniques représentent aussi un sur deux. Donc on arrive à 25 % de mes consultations.

MPR5 : 3 novembre 2009, Médecin généraliste à orientation rééducative; Médecin salarié ; homme 52 ans, diplômée en 1987 à Nancy - exercice hospitalier

1. -**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
MPR5 : On a une particularité c'est de mettre en place une prise en charge du type RFR (Reconditionnement Fonctionnel du Rachis) et donc c'était un parti qui avait été pris il y a quelques années par l'équipe qui était en place. Qui tenait compte d'une approche en fait qui était multidisciplinaire, médicale, fonctionnelle (kinésithérapie), gymnastique, ergothérapie, pour réapprendre un petit peu les gestes bien faits, et éviter les compensations qu'on a quand les gestes sont mal fait, psychologues, neuropsy et assistante sociale. Cela permettait une prise en charge globale. Après, la réponse elle est souvent multiple. Quelque fois c'est pas la bonne réponse, mais souvent parce que ce n'est pas le bon angle d'attaque non plus.
Alors chronique ça veut dire plus de 3 mois, quand on a fait l'accréditation, j'avais fait un bilan sur un an de prise en charge simplement pour savoir si on pouvait déterminer des critères de bons pronostics, ou des critères de mauvais pronostics. Les critères de bons pronostics ça rejoignaient un petit peu les choses, donc c'était surtout des critères de mauvais qui deviennent des bons par défaut, pour le reste. Et les critères de mauvais pronostics c'est notamment la notion d'accident du travail, la notion d'age aussi. Et surtout de la prise en charge ici, on a remarqué que tous les cas qui étaient passés par un centre antidouleur avant de venir ici, ça a été des échecs.
La difficulté après c'est d'arriver à mettre un diagnostic, le problème c'est que souvent les gens arrivent avec un diagnostic de lombalgie chronique, on ne fait pas la part de ce qui peut être une problématique propre discale, ou une problématique autre en tout cas. Il ne s'agit pas d'un diagnostic médical en tant que tel, on décrit un symptôme, avec une durée de l'évolution de la pathologie. Et moi je reste persuadé que ce qui fait la différence c'est la prise en charge les 3 premiers mois, et aussi de pouvoir être à l'écoute du patient.
On se rend compte qu'on peut avoir un problème discal qui provoque un lumbago réflexe, dans quel cas il faut du repos et laisser les choses se mettre en place avant de solliciter, ça c'est dans l'aigu. Il faut savoir aussi ne pas se précipiter sur un examen complémentaire, savoir quoi demander et quand. C'est de faire des examens cliniques qui soient assez rigoureux, après avoir éliminer les critères d'urgence (queue de cheval, sciatique paralysante), on a le temps de voir venir, même en terme d'imagerie. Maintenant donc c'est sur que c'est la façon dont c'est vendu au patient qui prédétermine et qui conditionne la suite. Si le patient sent qu'il est cadré, au niveau de la prise en charge, que le médecin généraliste maitrise et la pathologie et son évolution, généralement ça se passe mieux, pas forcément bien, mais mieux. Alors ça veut dire, en terme de réflexion, mettre en place très vite des réseaux, où le médecin généraliste peut prendre très vite l'avis de quelqu'un et partager une prise en charge, parce que ce n'est pas simple. Le médecin généraliste, qui le 1er acteur dans la pathologie et dans l'environnement du patient, n'est pas forcément le mieux placé pour sortir certaines choses, et avoir quelqu'un qui soit complètement étranger et à la pathologie et au patient, ça peut être quelque chose de positif, par rapport à l'évolution ultérieure.
J'avais mis en place un questionnaire relativement exhaustif sur des lombalgiques à partir d'un temps zéro pendant 6 mois à

un an. Tous les lombalgiques qui nous étaient adressés, étaient invités à y répondre. Le questionnaire faisait 7-8 pages, il y avait tout : les antécédents médicaux, familiaux, psychologiques, les examens demandés, les traitements pris... Tout ça pour essayer de pouvoir avoir une vue d'ensemble des populations qui sont adressées parce que parfois un échec ça peut être simplement ne pas avoir placé le bon thérapeute au bon moment. Ca peut être au départ un neuropsy pour casser l'évolution, éviter la somatisation excessive, ça peut être dès le départ un traitement fonctionnel un peu plus poussé. Et le problème c'est que aujourd'hui une des grosses difficultés, qui en fait une pathologie ennuyeuse, on veut toujours établir des nouveaux protocoles de prise en charge. Le problème c'est qu'on veut faire rentrer le patient dans un protocole déterminé, et on essaie pas d'adapter un différent protocole à l'état du patient. Il y a eu longtemps la mode cocooning (on ne fait rien) ensuite il y a eu la méthode suédoise (non il faut les faire bosser) ce qui fait qu'aujourd'hui les lombalgiques on les fait rentrer dans le protocole suédois, on s'est aperçu qu'il ne faut pas les laisser au lit, il faut bosser tout de suite, et pourtant il y a des gens qui sont mieux couchés sans rien faire, et il y a des gens qui sont mieux en marchant. Il faut d'abord écouter le patient essayer de comprendre ce qu'il se passe.
AB : On vous l'adresse à quel moment?
MPR5 : C'est très variable, nous on préfèrerait pas trop longtemps après le début de la symptomatologie, et avec quelque part un diagnostic et un discours qui soit déjà mis en place. Et le problème c'est qu'on a parfois des patients qui arrivent en complet bout de course, on a tout essayé. On les prend, pas toujours, parce que ça permet de mettre en place un discours qui soit cohérent et rationnel par rapport à leur parcours médical,on sait très bien que de toute façon ils n'iront pas mieux au bout des 5 semaines. Après il y a des pathologies discales, qui ne sont pas de nature chirurgicale, qui mettront plus de 3 mois pour pouvoir s'éteindre ou se normaliser. Celles là il est évident que si on les sollicite ou si on les sollicite trop tôt le corps va se blinder et on aura un lumbago réflexe. Là aussi c'est pas le moment de les intégrer. Et c'est pas parce que ça fait plus de 3 mois que ça évolue que ça évolue sur une mauvaise pente.
Il y a des temps d'évolution d'image IRM, qui nous permettent de visualiser un signal osseux, soit il est normal, c'est qu'il n'y a pas de processus inflammatoire, soit c'est une image qui fait qu'on est dans un contexte encore inflammatoire, dans un problème de discopathie avec une réaction inflammatoire loco-régionale, qu'on voit qu'au niveau vertébral, les plateaux vertébraux sus et sous-jacents, sont aussi dans un contexte inflammatoire. Et là on sait que on est dans une pathologie forcément évolutive et qu'il ne faut pas trop solliciter si ça fait mal. Et ce temps de Modic 2 il peut durer de 3 mois jusqu'à un an ½ – 2 ans. Quand on est pas sur, le problème c'est comme dans tous les traitements, on aura un traitement qui marchera très bien, c'est celui qui sera adapté. Si on fait pas de diagnostic de certitude, on va taper à coté. Le problème majeur dans la prise en charge du lombalgique chronique c'est d'abord le démembrement de la pathologie, de savoir à quoi on a à faire, et à qui on a à faire. Pourquoi est ce que le patient souffre? Prendre en charge une pathologie lombaire, c'est ridicule, par contre prendre en charge une douleur lombaire qui est en rapport avec une pathologie discale qui est aujourd'hui évolutive ou qui est aujourd'hui éteinte, on peut établir un arbre décisionnel. S'il y a une pathologie discale qui est encore évolutive, même s'il n'y a pas de répercutions radiculaires, que l'on voit que localement c'est encore blindé, que le ligament intervertébral commun est encore en souffrance, que le disque est potentiellement instable, vous allez solliciter, travailler dessus, le disque va pousser le ligament, qui va se blinder, et on va avoir le lumbago réflexe, qui là n'est pas préjudiciable, il est salutaire, protecteur, contre la protrusion et la vraie hernie. Il faut qu'on apprenne à démembrer la pathologie.
Diagnostic? Prendre du temps pour l'interrogatoire. Éventuellement voir les antécédents, avant de partir sur les examens et la conclusion de l'examen, il faut d'abord voir ce qu'il s'est passé, comment ça s'est passé, comment ça s'est mis en place. Ce qui a été fait, ce qui a été dit, ce qui n'a pas été, l'histoire de la maladie depuis le début, pour essayer de comprendre d'une part ce que fait le patient devant nous et d'autre part, où il en est dans ses démarches. S'ils sont en attente de suppression de la douleur, on leur explique que ce n'est pas possible.

2. -**AB** : Que peuvent apporter les autres professionnels (Kiné, Rhumatologues, MPR, MG) aux Lombalgiques Chroniques?
MPR5 : Rhumatologue pour une infiltration radioguidée, ou dans le cadre d'une pathologie inflammatoire, comme une spondylarthrite, ou autre.
Centre antidouleur : on fait appel à eux, mais ça reste assez rare car c'est considéré comme un échec au niveau de leur prise en charge. C'est plus souvent le centre antidouleur qui fait appel à nous pour faire le point sur les lombalgies chroniques.
Chirurgien : pour avoir un avis, par rapport aux images, si il y a quand même une indication, et surtout quand en parallèle il y a un échec au niveau de la thérapeutique.
Kinésithérapeute : je ne fais appel qu'à ceux que je connais personnellement et je les appelle pour leur expliquer exactement ce qu'il en est.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
MPR5 : Aucune réticence à travailler avec les autres professionnels,

3. AB : quelles informations vous attendez des médecins qui vous adressent des patients?
MPR5 : J'attends des autres professionnels qui m'adressent un patient, l'histoire de la maladie et pourquoi ils me le transmettent, connaître la logique dans la prise en charge.
Peut-être de coordonner l'intervention, qui peut être le but ou le rôle d'un réseau lombalgique. Maintenant, il faut quelqu'un démarre l'affaire.
AB : est-ce que vous avez ça en général comme informations, ou pas?
MPR5 : non, « je vous adresse....pour....qui présente une lombalgie chronique....merci de votre prise en charge »
AB : infos transmises en retour?
MPR5 : L'ensemble de la problématique, à savoir pourquoi on le prend en charge, quelles sont les indications qui ont confirmer la prise en charge ici, le déroulement de la prise en charge, les conclusions des différents secteurs d'intervention, que ce soit en terme de kinésithérapie, donc de résultats propres, en terme de gym par rapport au travail d'endurance, au travail musculaire, de force, en terme d'ergo, par rapport aux possibilités dans la vie professionnelle, parce qu'on peut faire

des mises en situation professionnelle, ou alors en terme d'adaptation à une vie tout court, hors professionnelle. Et puis les conclusions de la prise en charge neuropsychologique si elle est importante et déterminante dans la problématique.
AB : Donc vous ne trouvez pas que la communication interprofessionnelle est suffisante?
MPR5 : On peut l'optimiser encore. En même temps c'est un vaste domaine, la lombalgie, je vais parler en mon nom propre, en cabinet, c'est pas quelque chose de facile. On ne maitrise pas au début le pourquoi du comment, on a bien envie d'apporter une réponse surtout aux patients qu'on connait, on est alors tendu à faire des examens rapides, et parfois trop rapides. Parce qu'une fois qu'on a fait un scanner, ou une IRM, en semi-urgence par rapport à une lombalgie aiguë parce que patient veut savoir ce qui se passe, et que vous voyez qu'il y a une protrusion, et après dire au patient que ce n'est pas grave qu'il va y avoir une évolution sur plusieurs mois, voir un an, mais qu'il n'y a pas vraiment d'indication chirurgicale pour le moment, pour la lombalgie égale image, une hernie. Et on en revient à ce qu'il se passait avant le scanner, on partait des examens cliniques, en terme d'examens ensuite, on faisait des saco-radiculo-graphies, qu'on fait moins maintenant, mais pour certaines indications elles sont encore valables, ce qui fait qu'on se basait surtout sur la clinique pour adresser au chirurgien. Tout d'un coup, les scanners sont arrivés, on a peut-être beaucoup moins examiné aussi, lombalgie, imagerie, protrusion, souffrance discale, chirurgien. Et puis au bout d'un certain nombre d'années on s'est rendu compte qu'il y avait aussi beaucoup d'échecs chirurgicaux, et en fait c'est pas parce que l'opération était mal faite, c'est parce que l'indication était mal posée. Et je pense qu'on en est encore un petit peu là aujourd'hui dans la prise en charge de lombalgie chronique, c'est de savoir qu'est ce qui fait mal. Une fois qu'on aura compris qu'est ce qui fait mal on pourra adapter une prise en charge qui soit rationnelle. Mais ça justifie d'un gros travail qui vous dépasse et vous et moi là dessus. Mais il va falloir qu'on s'oriente dans ce sens là, sortir des modes « moi, je ... » Essayer de comprendre ce qu'il se passe, et ensuite avec des réseaux, essayer rapidement, si on sent qu'on ne maitrise pas le sujet, demander des avis d'autres professionnels. Et là c'est différent, parce que la personne connait pas, on peut tout de suite mettre un halte là, confirmer la validation de l'indication d'examens complémentaires. Et le problème c'est que c'est le patient qui est demandeur d'un examen complémentaire, et il va insister, et vous allez refuser, et puis il ira chez le voisin qui lui fera le scanner, où on verra la protrusion, et il se dira que vous avez pas fait correctement votre travail. Alors que sa lombalgie n'est pas forcément en rapport avec sa protrusion discale. Il peut simplement avoir une charnière thoraco-lombaire, avec des points de crête, avec une lombalgie basse. On sait qu'un tiers des lombalgies aiguë sont d'origine thoraco-lombaire. Donc là le traitement c'est un traitement manuel, un traitement fonctionnel, on sait que les anti-inflammatoires marchent moins bien là-dessus, donc on fait surtout de la manipulation, il faut libérer la charnière thoraco-lombaire. Ce qu'il faut savoir aussi si la lombalgie est un symptôme qui accompagne autre chose, malheureusement quand on fait des bilans radiographiques, on n'a pas le bassin en charge, souvent on ne monte pas au-dessus de la colonne lombaire, et il peut y avoir une scoliose sus-jacente, il peut y avoir un tas de choses. La lombalgie c'est un diagnostic clinique, de symptômes, mais pas du tout en rapport avec une pathologie quelconque. Il peut y avoir une lombalgie mécanique avec une scoliose et quelques fois quand on a des radiologies 'timbre poste' qu'on a aujourd'hui, qui ne sont pas exploitables.
Avoir une approche multidisciplinaire, et plus rapide. Et ça va devoir passer par une mise en place de réseaux.
Avec autour de chaque généraliste un spécialiste qui serait son référant, qui pourrait l'aider et le guider dans sa prise en charge, surtout pour les lombalgies chroniques, quand, après un mois de traitement, le généraliste se pose quand même des questions. Il pourrait alors soit directement le transmettre à son spécialiste 'référant', soit simplement avoir un contact téléphonique pour parler du cas, et voir si il faut continuer dans la même voie, ou s'il faut changer.
La prise en charge en ville est obligatoirement vouée à l'échec du fait de l'approche multifactorielle des lombalgies chroniques, c'est à dire qu'il faut très souvent avoir recours à un psychologue, à une assistante sociale, à une équipe parallèle autre que le médecin traitant qui peut casser le cercle vicieux de la lombalgie chronique, souvent du à l'état d'esprit dans lequel est le lombalgique chronique. L'objectif étant d'obtenir une amélioration, un retour dans la vie professionnelle et familiale.

Il faudrait pouvoir avoir une étape intermédiaire entre rien et le centre, car le coût de la prise en charge des lombalgiques chroniques est très important. Il faudrait donc former des kinésithérapeutes dans une prise en charge un peu plus spécialisée des lombalgies chroniques, avec une tarification à revoir. Aujourd'hui, on ne peut pas demander à un kinésithérapeute de passer une ½ heure, à ¾ d'heure à s'occuper exclusivement d'un lombalgique chronique, au tarif d'une séance normale. Il faut surtout voir avec les kinésithérapeutes qui peuvent proposer de la balnéo. Ça permettrait d'avoir un niveau intermédiaire entre ce qui est fait en ville et qui est bien souvent inefficace, et le centre de rééducation avec une équipe multidisciplinaire.
Équipe multidisciplinaire = des médecins rééducateurs, des kinésithérapeutes, des psycho-neurologues, des assistantes sociales, un ergothérapeute.
Prise en charge de rééducation = sur 5 semaines, 5 jours pas semaine, avec 4 à 5 heures par jour de rééducation (rééducation, balnéo, ergo, entretiens psychologiques)

AB : Quels sont les délais d'attente pour avoir un RDV?
MPR5 : Beaucoup trop. Au mieux quelques semaines, sinon quelques mois. Il faut augmenter le nombre de médecins.
AB : Quel pourcentage pour les lombalgies chroniques?
MPR5 : 10% à peu près pour avoir un groupe de 5-6 personnes par 5 semaines.
AB : En externat, en internat?
MPR5 : Très généralement c'est en hôpital de jour, quand la distance par rapport au foyer est trop importante, on peut les garder ici, en hospitalisation complète, du lundi matin au vendredi fin de journée

3. Entretiens des rhumatologues

Rhum1 : 21octobre ; Femme, 58 ans, diplômée en 1979 à Nancy ; Exercice mixte

1. -**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
Rhum1 : Le premier moyen diagnostique c'est l'interrogatoire du patient, savoir de quand datent ses lombalgies, la chronicité, ce qu'il a déjà eu comme traitement, la relation avec un facteur déclenchant. Ensuite il y a l'examen clinique, à priori il n'y a pas de radiculalgie, on est dans les lombalgies pures, donc ce sont des lombalgies au long cours. Le contexte, les autres maladies qui peuvent intervenir autour. Ensuite, bien sûr on a le bilan radiographique et le bilan scannographique, pour peaufiner le diagnostic, voir à quel niveau il peut y avoir un problème qui peut éventuellement expliquer la douleur (lyse isthmique)
Je pense qu'il y a beaucoup de faux diagnostics, c'est à dire que beaucoup de généralistes font très rapidement un scanner, et trouvent une petite hernie discale, un petit truc, et hop on a trouvé la clé du diagnostic, et il y a une façon un peu biaisée de prendre en charge une pathologie qui n'existe pas vraiment. Je pense très sincèrement que 60% des lombalgies chroniques sont un appel à l'aide du patient. Une lombalgie qui dure plus de 3 mois dans le temps, sans amélioration, est plus que suspecte. C'est qu'il y a un problème, et bien souvent psychologique, un problème professionnel. C'est un SOS que le généraliste ne veut pas voir, que le spécialiste des fois ne veut pas voir non plus, et on enferme un peu plus le patient dans sa douleur, on aggrave le cas.
Pour moi on devrait être beaucoup plus formés sur le côté psychologique des lombalgies, on devrait informer beaucoup plus nos collègues généralistes, parce qu'ils ne nous les envoient pas tout de suite. Quand ils arrivent ici, ils sont déjà enfermés dans leur cocon de douleur, avec des traitements type morphine, etc. Et je pense qu'on crée des maladies, alors qu'on pourrait les stopper très rapidement. Alors je suis vraiment très ouverte sur les médecins rééducateurs, sur les kinésithérapeutes, pour essayer d'aider le patient à passer un cap, je pense qu'on manque de psychologues, qu'on manque en médecine du travail de personnel adapté pour prendre en charge les patients dans ce domaine aussi.
C'est un peu ma vision des lombalgies chroniques.
AB : et la thérapeutique?
Rhum1 : Souvent je diminue la thérapeutique qui est donné par le généraliste, j'enlève un peu les morphiniques, j'essaie de revoir la prise en charge. On a un très bon centre d'algologie à Thionville, et moi j'en use et en abuse, dès que je vois que ça ne va pas, qu'on est monté trop haut dans les morphiniques, qu'on a pas su trouver, je passe la main très volontiers à mes collègues, il y a une psychologue, il y a de la musicologie... Il y a plein de choses qui font que le patient va accepter qu'on le voit différemment que quelqu'un qui a sur le scanner une petite hernie discale. Il faut recasser ce schéma et c'est très dur. Je me fais aider de mes collègues algologues. Je pense que le généraliste oublie toujours le décontracturant musculaire, c'est le petit plus que souvent on ne donne pas, ce qui est dommage.
Bon je ne donne pas d'antiinflammatoires dans cette pathologie. Je pense qu'on peut beaucoup plus jouer avec les décontracturants musculaires.
-**AB** : Donc en général vous voyez le patient quand il est déjà à un stade assez évolué?
Rhum1 : oui et je vous dis que c'est dommage, parce qu'il est déjà enfermé dans sa maladie.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
Rhum1 : Oui je suis très ouverte sur l'éducation thérapeutique, on est en train de mettre en route dans le domaine des rhumatismes inflammatoires, de l'ostéoporose. Je pense que ce sera fondamental pour les lombalgies. Je pense qu'il faut les éduquer à leurs problèmes, à leur douleur, et comment la prendre en charge. Leur dire que plutôt que de ne pas bouger, il faut bouger, ils font tout l'inverse de ce qu'il faut faire, je pense qu'on a un retard terrible dans ce domaine, on a confondu lombago aigu avec lombalgie, on a confondu beaucoup de chose, on a confondu sciatique avec lombalgie, enfin il y a eu un espèce d'amalgame qui fait que maintenant on a pris un retard, le patient pense qu'il ne doit pas bouger. Il y a une kinésiophobie, quand on voit ça on a envie de leur dire de réapprendre à bouger intelligemment, donc là il faut que le kinésithérapeute forme au verrouillage du rachis si besoin est, etc... Et je pense que, dans toutes entreprises où les employés sont à risque de lombalgies, comme les mouvements répétitifs, les travailleurs actifs, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui peuvent causer ces problèmes, il devrait y avoir des kinésithérapeutes qui forment les patients aux bons mouvements, et qu'ils contrôlent régulièrement la bonne réalisation des mouvements, je pense que ce serait fondamental.
- **AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
Rhum1 : Il faut l'impliquer, souvent il ne veut pas, le dépressif ne s'implique pas, d'où l'échec à mon avis d'au moins 50%, d'où la surmédicalisation qui est faite. Le patient lombalgique arrive à terminer aux urgences, avec des urgentistes qui vont refaire un scanner, un IRM et on est reparti! Il ne sait plus où il en est, il est complètement perdu, et il s'enferme dans une maladie qui est ridicule, qui n'existe pas. C'est souvent un appel à l'aide, par exemple une personne âgée qui ne parle que de ses lombalgies, c'est qu'il y a un problème de solitude. Faudrait qu'on réapprenne à les prendre en charge, il faudrait qu'il y ait plus de psychologues accessibles et remboursés, parce que le gros problème est financier.
Il y a des vrais lombalgiques quand même mais plus de 3 mois j'y crois guère.

2. -**AB** : Pour quelles indications et à quel moment dans votre PEC faites-vous appel à un autre professionnel?
Rhum1 : Les kinésithérapeutes : d'abord pour l'antalgie. Je pense qu'il faut commencer par l'antalgie, les gens aiment bien être massés, il y a un relationnel particulier dans le massage, la physiothérapie jumelée... Ensuite je demande un apprentissage du verrouillage, la bascule pelvienne. Moi je leur montre déjà, le kinésithérapeute leur montre, comme ça le patient le voit plusieurs fois. On montre des mouvements faciles à faire chez eux, j'essaie toujours de les autonomiser, ils n'aiment pas toujours, il y en a qu'on arrivera jamais à autonomiser, ils attendent tout de nous et surtout ne rien faire.
A Amnéville, on a la chance d'avoir une cure thermale, alors parfois je les y envoie, et ça peut être un déclic pour le bien-être dans l'eau, et le bien-être de bouger dans l'eau. Je m'en sers beaucoup, très beaucoup. La crénothérapie pour moi est quelque chose qui est bien, qui aide.
Rarement à un médecin rééducateur pour les lombalgies chroniques. Parce que moi je prends en charge, par contre kinésithérapeutes, algologues, ou si vraiment il y a un antélysthésis ou éventuellement pour un corset, mais c'est quand même rare que sur les lombalgies chroniques.

AB : : Satisfaite par la prise en charge des kinésithérapeutes?
Rhum1 : Non un gros problème avec les kinésithérapeutes de ville. Bon maintenant on a tous les chiropracties et autres, si c'est bien fait, pas bien fait, à quoi ça sert. Je suis critique, je suis la génération qui est très critique là dessus. Bon quand on a quelques patients qui se font manipuler, et qu'ils vont mieux, je dis tant mieux, mais pour moi c'est beaucoup de psychologique et de relationnel qui est passé sous cette forme là.
Je pense que les kinésithérapeutes ont perdu ce relationnel qu'ont les anciens kinésithérapeutes d'apprendre au patient à faire ci et ça, c'est dommage. Ça prend du temps et ce n'est pas rémunéré, donc je pense que c'est pour ça qu'ils ne le font plus. C'est là que j'aimerai avoir accès à des rééducateurs. On a des bons centres de rééducation, on a l'ADAPT, qui a beaucoup de machines, un bon plateau technique. C'est dommage parce qu'on a pas souvent accès pour ce type de patients à ce type de plateau technique, qui est pris par les hémiplégiques, par les prothèses, etc... On comprend qu'il y ait des priorités. Moi j'ai toujours trouvé que c'était dommage. Ce qu'on avait autrefois qu'on appelait les écoles du dos, et qui maintenant vont s'appeler l'éducation thérapeutique des lombalgiques, devraient être beaucoup plus ouverte, et plus accessible. Je suis vraiment ouverte pour cette rééducation thérapeutique.
AB : éprouvez-vous des réticences à travailler avec les autres professionnels?
Rhum1 : Non, sauf quand la lombalgie est vraiment diabolisée par un médecin généraliste. Il faut chercher l'origine de la lombalgie chronique et pas dans l'imagerie, certainement plus du côté psychologique. Et en France, on est pas bien formé, pas sensibilisé sur ce plan là, et on passe souvent à côté.

3. **AB** : quelles informations attendez-vous des professionnels qui vous adressent des patients?
Rhum1 : Une lettre dans laquelle il n'y a pas seulement le nom et la date de naissance, mais surtout quels médicaments on a prescrit au patient, car les patients ne savent plus nous donner le nom de leur médicament, c'est trop complexe avec les génériques, les antécédents, ils savent nous les dire, on les interroge aussi, l'examen clinique on le fait. Les médecins généralistes qui sont informatisés nous procurent tout de suite un listing des médicaments et c'est très pratique.
AB : quelles informations vous retransmettez aux médecins qui vous ont adressé des patients?
Rhum1 : Je fais un courrier à la 1ere consultation, un courrier diagnostique, et puis ensuite un courrier de suivi, à 3 mois, ou quand je revois le patient. Les lombalgiques chroniques je les vois au début tous les 3 mois et ensuite au bout de 6 mois souvent je les perds de vue, ça va mieux, où ils ont pu se faire aider sur le plan psychologique.
-**AB** :Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
Rhum1 : les kinésithérapeutes : pas de nouvelles. Alors là, on a jamais de retour, les seuls retours c'est pour des amplitudes d'épaule, pour les problèmes d'épaule, mais jamais pour des lombalgies. Et même chez des kinésithérapeutes avec qui je travaille depuis plus de 20 ans. Pour d'autres problèmes plus aigus, je suis contactée, mais pour les lombalgies, non. Les lombalgiques sont comme des bruits de fond, on les soigne de manière très stéréotypée, on les oublie. Je pense qu'en France on a énormément de retard dans ce domaine, encore plus depuis l'arrivée des morphiniques, qui ont un peu endormi une pathologie, qui n'est pas très passionnante, ni valorisante.
Non, on ne communique pas assez, c'est évident. A l'hôpital, on travaille sur des cas très précis en pluridisciplinaire, et c'est très enrichissant. Moi je fais partie, depuis plus de 20 ans, d'une commission sur le pied diabétique, on a tous les mois une réunion avec des dermatologues, diabètologues, chirurgiens, on apprend 4 fois plus vite et on résout les problèmes vraiment en profondeur. Mais c'est une structure hospitalière donc on peut le faire parce qu'on a tout autour. Maintenant, on a mis en route une éducation thérapeutique du rhumatisme inflammatoire et on ne sait pas comment on a pu s'en passer avant. On avance très très lentement dans certains domaines en France parce qu'il y a beaucoup à faire.

Rhum2 , le 22 octobre 2009 ; Homme, 65 ans, diplômée en 1974 à Nancy ; Exercice libéral

1. -**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
Rhum2 : Moyens diagnostiques : le plus important c'est l'interrogatoire, qui apporte beaucoup, ensuite l'examen clinique, pour bien spécifier le type de lombalgie, je palpe les inter-apophysaires postérieurs, je recherche une névralgie des membres inférieurs, mais en principe il n'y en a pas. L'examen du malade, l'adiposité, la statique du rachis, la musculature, souvent qui est très insuffisante, etc. Ensuite la radiologie et en principe pas le scanner, qui n'a pas d'indications dans ce cas là. La radiologie peut montrer des choses intéressantes.
AB : Niveau thérapeutique?
Rhum2 : Comme il s'agit de lombalgies chroniques, je ne fais pas d'infiltrations, car plutôt réservées au cas aigus. Peu d'antiinflammatoires, parce que l'état de chronicité témoigne d'un état de type froid, peu inflammatoire. La seule solution c'est le recours aux antalgiques, et puis souvent de reconstituer la statique du bassin, en antéversant le bassin, en fortifiant un petit peu la musculature abdominale quand c'est possible. Il s'agit donc surtout du reconditionnement physique du malade, qui devrait améliorer les lombalgies.
On peut aussi leur proposer le port intermittent d'une ceinture de soutien lombaire, pour bloquer un petit peu le dos, et permettre une meilleure contention externe, à utiliser quand ils sentent qu'ils sont enraidis, par exemple le matin, ils la portent 2, 3 jours et après ils peuvent l'enlever.
AB : A quel moment de la pathologie, on fait appel à vous?
Rhum2 : Trop tard, toujours trop tard! Quand il y a déjà eu beaucoup d'essais, de bricolages, je les vois très tardivement.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
Rhum2 : J'ai quelques feuilles qui expliquent les précautions. Les gens me demandent un diagnostic, et en sortant je leur explique qu'ils n'ont plus assez de muscles, qu'ils ont une position défavorable de la colonne, etc. et qu'il va falloir faire un traitement assez prolongé. Les conseils d'éducation ça vient après, chez le kinésithérapeute, une fois qu'ils ont à peu près un état possible.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?

Rhum2 : Il est acteur, il faut qu'il soit acteur. C'est souvent là qu'il y a un problème, ils ont une volonté plus ou moins défaillante, et ils viennent ici pour chercher une solution miraculeuse, en demandant de l'acuponcture, alors que ça n'a pas d'intérêt puisqu'il y a problème de fond, ou ils demandent des médicaments, mais là encore ce n'est pas là la solution. Il faut remettre tout ça en état.

2. -**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel?
Rhum2 : Je leur fais faire de la kinésithérapie. J'attends des kinésithérapeutes qu'ils fassent des soins personnalisés, ce qui, malheureusement, est rarement fait. Histoire de femme en hyperlordose (4:40)
AB : Au niveau de l'ordonnance vous notez quelque chose de précis pour les kinésithérapeutes?
Rhum2 : Oui. Rééducation de la statique lombaire, apprentissage de la rétroversion du bassin, musculation abdominale, tonification des fessiers et des quadriceps, parce qu'il faut suivre en dessous. Avant la tonification, il y a souvent la nécessité d'étirer, par exemple les ischio-jambiers, car quand les gens sont en antéversion du bassin, ils ont souvent une rétraction des ischio-jambiers énorme. Il faut aussi relâcher le dos. Il n'est pas nécessaire de re-muscler le dos, c'est souvent que de la contracture. Donc des exercices en cyphose.
Les kinésithérapeutes ont des honoraires tellement ridicules qu'ils sont obligés de prendre plusieurs patients en même temps, et ils ne prennent plus le temps avec chaque patient. Ce sont des rééducations difficiles, surtout chez des gens qui n'ont plus de muscles ou qui sont dans des positions vicieuses à rééduquer. Souvent ce sont des gens âgés, qui sont lordosés depuis longtemps, et qui ont des muscles pas possibles, donc c'est une rééducation qui devrait s'étaler sur des mois voire des années, ce qui n'est jamais fait.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
Rhum2 : Non pas de réticences. Quand j'ai un problème en médecine interne, j'ai un correspondant à Metz, quand j'ai un problème de manipulation (bien que j'ai le diplôme de manipulation, j'en fais pas assez) j'envoie chez le Dr Lustig.

3. **AB** : Vous attendez quoi comme informations d'un confrère qui vous adresse un patient?
Rhum2 : En général ils ne m'en donnent aucune, parfois juste « mal au dos »! Il serait intéressant d'avoir les antécédents médicaux, savoir si le malade est diabétique, etc. Au niveau des traitements de toutes façons, c'est toujours pareil : des antiinflammatoires qui n'ont pas lieu d'être puisque des simples antalgiques sont suffisants, car il n'y a plus d'inflammation. Ils donnent des décontracturants qui n'ont aucun intérêt. Parce que les muscles sont contracturés à cause d'un vice statique, et puis le muscle compense. Le premier niveau c'est l'articulation, et ensuite c'est le muscle. Et au pire parfois des corticoïdes, on se demande ce que ça fait là.
AB : Qu'est ce que vous transmettez vous comme informations en retour?
Rhum2 : Moi, je fais un courrier avec tout ce que j'ai mis en place. « Je commence par l'examen clinique m'a montré un vice statique lombaire, la pression montre des douleurs nettement localisées, la radiographie confirme la présence d'une discarthrose …..
Il convient donc de ménager son rachis, et d'entreprendre une rééducation non seulement de la statique, mais aussi musculaire, de contention, et la ceinture.... »
Qu'est qui fait là dessus? Par grand chose.
Lecture d'une lettre: 9:40 + explication de sa thèse sur la rééducation suite aux chirurgies sciatiques.
-**AB** : Quelles informations en attendez-vous en retour?
Rhum2 : Je n'ai pas de retour des kinésithérapeutes.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
Rhum2 : Oui, quand le Dr Lustig voit quelqu'un, il me renvoie un courrier. Entre spécialistes, oui. Autrement, il n'y en a pas. Le généraliste lâche le malade quand il ne sait plus quoi faire, et on a une position très gênante, parce qu'on a raconté au malade des tas de fables, qu'il y a de l'arthrose, alors que c'est normal par rapport à l'âge, et ça ne justifie pas les lombalgies.

Rhum3 : 3 novembre ; Homme 53 ans diplôme en 1984 à Nancy ; Exercice libéral

1. -**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
Rhum3 : Je crois que bien qu'on utilise le vocable chronique, il est intéressant d'avoir un diagnostic étiologique. Ou bien on traite la douleur isolément sans tenir compte de son étiologie, ce qui me paraît toujours un petit peu scabreux, ou on essaie de savoir quelle est la cause de la douleur, et après ça on va retrouver des douleurs qui vont être assez fréquemment soit d'origine discale, soit lié à l'arc postérieur, et indépendamment de la douleur qu'on pourra prendre en charge par des traitements médicamenteux, le reste, on va quand même déboucher sur des choses un petit peu différentes, parce qu'on va avoir des tableaux cliniques qui peuvent être assez différents. Une douleur discale, on peut effectivement la prendre en charge avec des traitements médicamenteux, on peut aller au maximum jusqu'à des prises en charge opératoires, bien que les indications soient un petit peu difficiles chez nos confrères orthopédistes, mais théoriquement on peut trouver là dessus des indications d'arthrodèse, ça se fait de temps en temps, avec parfois des bons résultats. Sinon, on a bien entendu la kinésithérapie, la rééducation. Nous avons quasiment une école du dos à l'ADAPT à Thionville, qui peut aider les personnes aussi. Après ça, on va avoir des problèmes d'adaptation du poste de travail pour les gens qui travaillent. Voilà, différentes choses que l'on peut faire. Si on est confronté à des douleurs d'arc postérieur, très habituellement, ça serait bien de parvenir à ce que les gens perdent du poids et se refassent une sangle abdominale, ce qui est souvent d'ailleurs un objectif très théorique. Après ça la gestion de la douleur, antalgiques de palier 1, c'est à dire paracétamol, floctafénine de niveau 2, le tramadol et la codéine, éventuellement les opiacés avec la lamaline, puis le niveau 3 dans ce qui est chronique, je ne suis pas très chaud parce qu'on se retrouve confronté à une escalade des doses, avec des résultats très médiocres.
Après la lombalgie chronique, vous avez parfois une lésion qui explique clairement pourquoi les gens sont lombalgiques, un

disque abimé, un spondylolysthésis avec une arthrose postérieure, parfois on ne trouve pas grand chose, et là on change complètement de contexte, c'est pour ça que je vous dis qu'il faut d'abord faire un diagnostic. Le terme chronique signifie classiquement plus de 3 mois, maintenant, c'est quoi chronique, est-ce que c'est intermittent, est-ce que c'est continu? J'ai un petit peu de mal à donner un schéma universel, j'agis vraiment au coup par coup.
AB : A quel moment de la prise en charge êtes-vous sollicité?
Rhum3 : Ça dépend. Déjà je vois parfois des gens le début, alors est-ce que c'est un début qui va devenir chronique ou pas, c'est difficile à déterminer. C'est vrai que maintenant, avec le parcours de soin, ça a plutôt tendance à être en deuxième intention, mais pas toujours, ça peut être de gens qui viennent malgré tout directement pour prendre en charge une lombalgie, ça peut être des gens qui parlent d'une lombalgie parce qu'ils ont mal ailleurs. Ça dépend, il y a des gens qui, comme je pratique de la manipulation vertébrale, viennent directement pour ça, bien que les cas chroniques ne soient pas la meilleure indication.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
Rhum3 : Les conseils, en général, les gens les connaissent. L'éducation, je dirais que si ça consiste à expliquer qu'il faut éviter le port de charges lourdes, plier les genoux, souvent les gens le savent. C'est vrai que pour les lombalgies chroniques, on est quand même globalement et généralement démuni.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
Rhum3 : De toute façon nous sommes là pour informer les personnes, leurs indiquer les différents moyens thérapeutiques à leur disposition, et à la limite, c'est toujours le choix du patient de choisir son mode thérapeutique, on ne fait jamais opérer quelqu'un de force, on n'envoie jamais en station thermale non plus, et on est pas là pour faire avaler des comprimés ni même pour surveiller qu'ils sont avalés, parce qu'on peut se poser beaucoup de questions là-dessus aussi.
AB : Et à quel moment de la pathologie vous pensez que vous seriez le plus efficace?
Rhum3 : En tant que rhumatologue? Alors je crois que poser un diagnostic est un préalable intéressant.

2. -**AB** : Quels éléments vous font recourir à un autre professionnel? Est-ce qu'il vous arrive de recourir à d'autres professionnels?
Rhum3 : A des rééducateurs, la kinésithérapie a sa place dans certain type de lombalgie, on a envie de dire d'avantage dans la phase subaiguë, parce que à chaud on ne peut pas faire grand chose, dans la lombalgie chronique, j'avoue que c'est souvent un petit peu désespérant, parce que tout a été tenté et on se retrouve devant des situations anatomiques qui font qu'on ne voit pas trop comment modifier cet état anatomique, d'où l'intervention de kinésithérapeutes.
Les infiltrations épidurales n'ont normalement pas leur place dans la lombalgie chronique. Les infiltrations des articulaires postérieurs c'est très difficiles parce qu'il y en a deux par étage, et il y a deux ou trois étages qui peuvent être en souffrance, on ne sait pas où il faut mettre son aiguille, on ne va pas en faire 6 ou 8. Donc c'est un petit peu aléatoire, c'est un recours un peu difficile. Pour les chirurgiens orthopédistes, la lombalgie n'est théoriquement pas une indication d'intervention sur la pathologie discale. Maintenant, la pathologie de l'arc postérieur l'est éventuellement, quand c'est compliqué d'un canal lombaire étroit. Les arthrodèses, ça dépend beaucoup des habitudes des chirurgiens, certains ayant un recours quasiment systématique, d'autres ne veulent pratiquement jamais en faire. Entre les deux, on a un peu de mal à trouver un juste chemin, c'est vrai qu'il y a des personnes chez qui j'aurai souhaité que ce soit fait, et les chirurgiens avec qui je travaille n'y étaient pas favorables. A côté de ça, il y a des chirurgiens qui vont faire une arthrodèse très facilement, pour une simple hernie discale.
AB : Vous envoyez parfois des patients au centre antidouleur?
Rhum3 : Non, comme je vous disais, pour moi il faut commencer par faire un diagnostic, et pour ce que je ressens des centres antidouleur, ils considèrent la douleur en tant que telle, sans se préoccuper de sa cause, donc dans des choses aiguës ou subaiguës c'est certainement très bien parce qu'on fait face à une situation bien particulière à un moment donné, dans du chronique, on ne sait pas trop où va s'arrêter le chronique, et quand vous démarrez un traitement, vous ne savez pas trop non plus quand vous allez les arrêter. Les gens qui sortent des centres antidouleur, ils ont assez systématiquement, un morphinique, un antiépileptique, un antidépresseur. Le morphinique,on se retrouve quand même de temps en temps à une augmentation des doses. Quand vous avez une lombalgie chronique, elle sera toujours là dans 5 ans dans 10 ans, on peut le craindre. Au lieu de pouvoir arrêter les opiacés, on va les augmenter. Pour moi on se met dans des schémas thérapeutiques difficiles.
-**AB** : Qu'attendez-vous des autres professionnels lorsque vous leurs adressez un patient? Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
Rhum3 : Ça dépend avec qui, avec ceux avec qui je travaille non. Pour ce qui est du centre antidouleur, je suis perplexe lorsque ça concerne les lombalgies chroniques, parce que les médicaments qu'ils vont utiliser, souvent on les a déjà utilisés! Mais ils sont efficaces dans d'autres pathologies, comme pour les épidurites
Le problème des kinésithérapeutes c'est que 8 à 9 fois sur 10, quand les gens reviennent de leur séances, on s'aperçoit qu'ils ont eu de la physiothérapie, dans le meilleur des cas. Il est très difficiles de trouver des kinésithérapeutes qui fassent de la kinésithérapie. Moi même quand je demande du travail du verrouillage lombaire, de la sangle abdominale, et bien c'est jamais fait.
AB : Vous connaissez des kinésithérapeutes qui fout ce que vous demandez? Vous envoyez préférentiellement vos patients vers ces kinésithérapeutes?
Rhum3 : Oui, enfin j'espère qu'ils font ce que je demande, et évidemment que j'oriente mes patients vers ces kinésithérapeutes. Quand j'ai un retour des patients qui me disent qu'ils ont travaillé la musculature abdominale avec éventuellement des courbatures des abdominaux le lendemain, moi personnellement, ça me paraît plus intéressant. Et d'ailleurs, il y a plus de résultats chez ces personnes là.
AB : Vous avez des retours des kinésithérapeutes? Sur ce qui est fait?
Rhum3 : Jamais, quasiment jamais. C'est à moi d'interroger les patients pour essayer de découvrir ce qui a été fait, ou ce qui n'a pas été fait.

3. **AB** : Quelles informations vous attendez des médecins généralistes qui vous envoient les patients?
Rhum3 : Déjà ça serait sympa qu'on ait les traitements déjà prescrits, parce qu'on est souvent confronté à des problèmes d'interactions médicamenteuses, voire même d'incompatibilité. Alors vous me direz que si on est pris en tant que consultant, on n'a pas à prescrire, mais les gens sont quand même très demandeur, et devoir leur expliquer qu'il faut retourner voir leur médecin traitant qui pourra leur prescrire quelque chose, même dans du chronique, ça passe parfois moyennement bien. Sinon l'examen, on va le refaire nous, la lecture des clichés des imageries en coupe, on va la reprendre nous même.
AB : Vous préconisez quoi comme examen d'imagerie pour les lombalgies chroniques? RX, scanner, IRM...?
Rhum3 : Ça dépend de ce que l'on cherche. Je préfèrerais spontanément plutôt le scanner. Si on parle que de lombalgie sans radiculalgie, le scanner est pas mal. Maintenant l'IRM est réputé pour donner des images dites de Mobic, dont on est censé tirer des conclusions. J'avoue que ça me paraît un petit peu tiré par les cheveux.
AB : Vous transmettez quelles informations en retour?
Rhum3 : Compte-rendu de l'examen clinique, d'interprétation d'imagerie, et proposition thérapeutique.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
Rhum3 : Vous avez la personne devant vous, il faut l'examiner, analyser l'imagerie, la lettre du médecin n'est pas forcément fondamentale.

Rhum4 : 23 novembre ; Homme, 60 ans, diplôme en 1977 à Nancy - Exercice libéral

1. -**AB** : Quel pourcentage de votre activité représentent les lombalgiques chroniques?
Rhum4 : Je n'ai pas fait de statistiques. J'ai un mode de recrutement un peu particulier, je fais surtout de l'électromyographie, et je n'ai pratiquement que de l'accès indirect, je n'ai pas de malades qui viennent me voir directement. Donc de ce fait je dois laisser de coté pas mal de lombalgiques chroniques, parce que c'est quand même une affection extrêmement fréquente. Alors je dirais peut-être 10 ou 15% de mes consultations. Mais c'est probablement sous évalué par ce biais.

-**AB** : Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
Rhum4 : Alors au niveau diagnostique, justement l'EMG dont je viens de parler n'a aucun intérêt, c'est pour ça que j'ai un biais de recrutement. Le diagnostic, c'est avant tout clinique. Ensuite s'il n'y a pas de radiculalgie, le scanner n'a pas d'intérêt. Les radiographies standards peuvent être utiles pour être sûr en cas de doute sur une éventuelle cause infectieuse, tumorale. Autrement la clinique se suffit généralement à elle-même. Le problème c'est plutôt la prise en charge et la prévention de la désinsertion socio-professionnelle. Vous m'avez parlé du médecin généraliste, du rhumatologue... mais pas du médecin du travail. Et c'est probablement un point de faiblesse de notre système de soin, actuellement, en ce qui concerne la prise en charge d'un lombalgique chronique, c'est qu'on ne se parle pas avec le médecin du travail, ou rarement. Il est rare que le médecin généraliste, ou le rhumatologue prenne l'initiative de prendre contact avec le médecin du travail, pour voir comment on pourrait faire pour le remettre au travail dans un poste adapté, s'il y en a un, ne pas l'emmener dans une situation, où ça va se terminer par un licenciement pour inaptitude parce qu'on a dit qu'il pouvait pas soulever ne serait-ce que 5 kg, et dans l'entreprise il n'y a pas de poste, donc il est licencié. Donc ça, la prise de contact avec le médecin du travail est sûrement quelque chose qui est insuffisamment faite actuellement. Alors moi ça m'arrive de temps en temps de prendre contact avec le médecin du travail pour les raisons que je viens de citer. Ce qui n'est pas toujours évident, le malade, la plupart du temps, ne sait pas qui est son médecin du travail, donc il n'est pas facile à trouver. Donc ça serait bien de formaliser ça, enfin de travailler en réseau, entre le généraliste, le rhumatologue et le médecin du travail.
-**AB** : Comment s'organise cette PEC, au niveau thérapeutique?
Rhum4 : Ça dépend de ce qu'il doit faire de son rachis, le lombalgique chronique. Ce n'est pas la même chose chez un pépé qui n'a pas grand chose à faire et chez quelqu'un qui est en pleine activité. De toute façon, il aura en première intention des antalgiques, des soins de kinésithérapie.
Les traitements de fond de l'arthrose lombaire, n'ont jamais été testés et n'ont jamais fait la preuve d'une quelconque efficacité là dedans (puisque j'avais testé d'ailleurs). On voit énormément de prescription de produit genre Structum, Biasclédine, Art 50 dans l'arthrose lombaire, or aucun travail n'a jamais montré que ça avait une quelconque utilité, alors qu'on a des travaux qui montrent que ça a une utilité dans l'arthrose périphérique des membres. Il y a là une dépense qui pourrait, aisément, être évitée, mais c'est pas le sujet de votre thèse. Mais une meilleure information sur le champs d'activité des antiarthrosiques serait utile.
Les myorelaxants, on en donne tous, mais là encore, les preuves d'activité sont assez faibles.
Donc la rééducation est quelque chose d'important, et la rééducation elle-même va dépendre du contexte. Est-ce que l'on cherche un réentraînement à l'effort, pour quelqu'un qui a un travail physique, ou est-ce qu'on cherche simplement une kinésithérapie antalgique, chez la personne d'un certain âge qui se plaint de lombalgie chronique. Donc ça aussi ce sont des éléments qu'il faudra donner au kinésithérapeute, pour l'orienter un peu.
Le thermalisme a quelques travaux montrant une efficacité dans la lombalgie chronique, donc c'est une solution qu'on peut utiliser plutôt dans le second cas, une personne d'un certain âge, plutôt qu'une personne en pleine activité puisque ça va lui imposer 3 semaines d'arrêt, qui, à priori, seront pris sur ses congés, parce que les conditions dans lesquelles on prend en charge le thermalisme en maladie sont assez restrictives, si les textes étaient bien appliqués, il n'y a pratiquement personne qui pourrait en bénéficier, puisqu'il faut que soit le thermalisme soit une urgence, ne pouvant pas attendre les dates normales de congés, soit que le thermalisme soit un traitement indispensable au maintient de l'activité du patient, c'est à dire qu'on a essayé tout le reste et tout a échoué, donc il ne reste plus que le thermalisme. Donc ça ne fait pas beaucoup de monde par rapport à ceux qui en bénéficient en fait.
Les infiltrations articulaires postérieures sont intéressantes, pour autant qu'on aura démontré par la clinique et la radiologie que la douleur est bien due à une arthrose interapophysaire postérieure, et pas des discopathies. Actuellement, on fait ça en première intention cliniquement, repérage clinique, si c'est pas une grosse arthrose, si on sent quand même où il faut piquer.

Sinon il faut faire ça sous radio ou sous scanner. Les radiologues préfèrent faire ça sous scanner actuellement, pour des raisons que je ne connais pas et qui ne sont peut-être pas strictement scientifiques.
-**AB** : A quel moment de la pathologie on fait appel à vous?
Rhum4 : On fait appel à moi en seconde intention parce que c'est mon mode d'exercice, mais je pense que beaucoup de rhumatologues voient pas mal de lombalgiques chroniques en première intention, qui viennent de leur propre initiative. Moi, évidemment j'ai des modalités d'exercice un peu particulières qui font que ces gens là je ne les vois pas. Je les vois en seconde intention, donc généralement, ils ont à peu près tout eu. Et on est dans le cadre de ce que je vous disais tout à l'heure, d'une infiltration, éventuellement sous scanner, ou quelque chose comme ça.
-**AB** : Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
Rhum4 : C'est tout à fait important. Je l'aborde moi-même. Je leur explique les gestes à ne pas faire. Pour beaucoup quand même, on délègue ça au kinésithérapeute, qui va leur apprendre une hygiène posturale. La kinésithérapie, de toute façon, est limitée dans le temps, par contre l'apprentissage d'une hygiène posturale, ou d'une autorééducation, il y a des gestes qu'ils peuvent faire eux-même de façon régulière pour tonifier les muscles abdominaux, et les muscles périvertébraux lombaires, sans pour autant aller chez le kinésithérapeute. Le kinésithérapeute, à ce moment là, a un rôle d'éducation en leur expliquant ce qu'ils doivent faire à domicile. Ça je ne le fais pas. Par contre je leur explique comment prendre quelque chose sans se faire mal au dos, en étant proche de la charge, en pliant les genoux...
Et enfin il y a le port d'une ceinture de soutient lombaire, ça peut être intéressant. De façon intermittente, quand ils sont exposés à des travaux de soulèvement de façon non constante par exemple dans le bricolage, ou le jardinage. Quand c'est leur poste de travail qui nécessite de façon constantes des efforts de soulèvement, on essaie de faire alterner le port d'une ceinture de soutient lombaire pendant le travail et puis de la kinésithérapie ou de l'autorééducation en dehors de ça, des fois ça apporte quelque chose, mais parfois c'est aussi encombrant, quand on travaille en plein soleil, sur un chantier, le port de la ceinture de soutient lombaire, c'est pas évident.
-**AB** : Comment le patient est-il impliqué dans cette PEC?
Rhum4 : Il n'en est pas acteur dans le sens où on l'entend maintenant dans l'éducation thérapeutique. Ça serait le rôle de l'école du dos (il y a beaucoup de gens qui s'appelle école du dos un peu partout en France, mais je crois que c'est très hétérogène) d'avoir une action d'éducation thérapeutique, de façon à ce que le patient devienne acteur de son problème. Je crois que notre action, de ce point de vue là, à tous les niveaux de la chaîne, chez le généraliste, chez le spécialiste, chez le kinésithérapeute, reste superficielle, il n'y a pas vraiment d'éducation thérapeutique du lombalgique, actuellement.

2. -**AB** : Avez vous recours à d'autres professionnels?
Rhum4 : Dans la lombalgie chronique, pas tellement. Dans la lombalgie aiguë, oui, comme je ne fais pas de manipulation vertébrale, j'envoie chez des gens qui la font. Dans la lombalgie chronique, la manipulation vertébrale n'a pas sa place, je vous ai dit éventuellement des infiltrations sous scanner, donc là je fais appel à un autre professionnel, évidemment.
-**AB** : Au centre antidouleur...?
Rhum4 : Ça arrive, c'est rare parce que la lombalgie chronique n'est quand même pas de façon habituelle quelque chose qu'on n'arrive pas à maîtriser, avec un traitement antalgique classique, le problème est plutôt dans la chronicité, dans la limitation fonctionnelle, que dans la douleur. C'est quand même rare qu'on arrive pas à maîtriser la douleur de façon suffisante.
Donc en général, j'adresse uniquement au kinésithérapeute.
AB : Quelles réticences éprouvez-vous à travailler avec les autres professionnels?
Rhum4 : Pas par nature, pas vis à vis d'une profession en particulier, mais vis à vis d'individus avec lesquels j'ai des réticences pour travailler.

3. -**AB** : Quelles informations vous attendez des professionnels qui vous adressent des patients?
Rhum4 : J'attends les antécédents, est-ce qu'il y a des craintes à avoir sur la bénignité du problème, est-ce qu'il n'y a pas eu un vieux cancer ou une tuberculose dans l'enfance. Et puis les traitements qui ont déjà été entrepris, qu'on refasse pas plusieurs fois la même chose, les examens qui ont déjà été entrepris, le plus souvent il en a beaucoup et même trop, mais encore faut-il le savoir pour pas redemander la même chose, voilà, c'est très classique, c'est pas spécifique à la lombalgie finalement.
-**AB** : Vous les avez ces informations?
Rhum4 : Moi je suis quand même, assez satisfait des médecins généralistes, qui m'envoient des malades. Mais peut-être les ai-je sélectionné, parce que je crois qu'on se sélectionne mutuellement quand même. Non seulement les généralistes sélectionnent les spécialistes chez lesquels ils envoient les malades, mais la réciproque est vraie, parce que quand on vous envoie un malade, que c'est n'importe quoi, qu'il n'y a rien dans la lettre, je crois que ça transparait plus ou moins dans la réponse et qu'on ne vous en envoie plus.
Mais moi je suis très satisfait des médecins généralistes avec lesquels je travaille et qui très majoritairement font des courriers largement suffisants. Et on voit de plus en plus de courrier informatisé où tous les antécédents sont là, et c'est un vrai progrès.
-**AB** : Vous transmettez quelles informations en retour?
Rhum4 : D'une façon systématique dans mon courrier je reprends tous les éléments. Alors c'est peut-être lassant pour le médecin généraliste qui me l'a envoyé de retrouver dans mon courrier tous les antécédents qu'il m'a déjà donnés. Mais c'est une façon intellectuelle de fonctionner qui fait que j'ai besoin d'avoir présent à l'esprit tous les éléments, donc je les dicte. « M X a tels antécédents, l'examen clinique a donné ceci, les examens complémentaires je les redécris même si ce n'est pas moi qui les ai demandé, et ensuite je donne un avis diagnostic et thérapeutique. »
-**AB** : Retour des professionnels à qui vous faites appel, ici les kinésithérapeutes?
Rhum4 : Alors relativement peu. Il y a un acte spécifique qui a été créé en faveur des kinésithérapeutes, pour ça. On prescrit sans donner le nombre de séances, ce que j'ai immédiatement fait dès que cette disposition réglementaire est sortie parce qu'effectivement le kinésithérapeute est un professionnel qui a sa compétence et lui dire le nombre de séances qu'il faut,

finalement il en sait autant que nous sur le sujet. Donc je prescris en disant, voilà ce que je veux comme soin, voilà quel est l'objectif, et puis je ne mets pas le nombre de séances moyennant quoi il est, en principe, tenu de m'envoyer un courrier, et ça c'est vrai que le retour est rare.
-**AB** : Et vous souhaiteriez avoir un retour?
Rhum4 : Oui, quand même, on aime bien savoir ce qu'ils ont fait et pourquoi.
-**AB** : Trouvez-vous la communication inter-professionnelle suffisante?
Rhum4 : Je trouve qu'elle s'est très fortement améliorée ces dernières années. C'est très exceptionnel d'avoir un médecin généraliste qui envoie un malade sans courrier, et j'ose espérer que c'est exceptionnel que le spécialiste ne réponde pas de façon précise et détaillée.

4. Entretiens des kinésithérapeutes

Kiné1 ; Exercice semi-rural ; 9 novembre 2009, homme ; formation ostéopathe

-**AB** : Comment vous organisez la prise en charge des lombalgiques chroniques?
Kiné1 : D'abord on fait un bilan, ensuite un plan de travail. Pour les lombalgiques chroniques, il y a plusieurs parties. Dans le traitement, il y a plusieurs dominantes. La première dominante, ça sera une dominante antalgique, et après ce sera une dominante qui sera orientée beaucoup plus sur le renforcement musculaire, et apprentissage du verrouillage lombo-sacré. Dans un premier temps, il y aura beaucoup plus de temps qui va être consacré sur le traitement de la douleur proprement dite. Après il faut être conscient que sur des lombalgies chroniques il faut faire un verrouillage lombaire, et il faut surtout que la personne continue à faire des exercices. Donc on insiste beaucoup plus à la fin sur ces points.

-**AB** : Quelles informations souhaitez-vous qu'on vous transmette sur l'ordonnance pour la PEC des LC?
Kiné1 : Un diagnostic précis. Et surtout quand il y a d'autres pathologies associées. Personnellement je fais beaucoup de techniques de réflexes, et massages réflexes de Dicke, on sait que quand il y a des pathologies inflammatoires importantes, il ne faut pas faire cette technique. On arrive souvent à deviner, en posant des questions et en fonction de ce que les gens prennent comme traitement, mais parfois, je ne suis pas au courant.

-**AB** : A quel moment décidez-vous du nombre de séance?et sur quels critères?
Kiné1 : On décide de ça au début, tout de suite en fonction du bilan. Les critères : douleur, tous les tests qu'on fait, s'il y a un enraidissement qui est important... Enfin c'est vraiment les conclusions du bilan.
Généralement, on part toujours sur 10 séances, environ.
-**AB** : A quel moment abordez-vous la question d'éducation/apprentissage des mesures de protection lombaire? Quel temps y consacrez-vous?
Kiné1 : L'idéal c'est de commencer à la 5ème séance le verrouillage lombaire. On y consacre environ la moitié du temps sur une séance de rééducation.

-**AB** : Quelles informations transmettez-vous au professionnel qui vous adresse les patients?
Kiné1 : Au médecin traitant. Il y a deux possibilités, soit on les appelle, toujours quand il n'y a pas de résultats, quand le résultat est bon, il y a une lettre que le patient remet à son médecin quand il le revoit, pour qu'il soit au courant de ce qui a été fait, mais ce n'est pas systématique, parce qu'on travaille souvent avec les mêmes médecins, qui souvent savent ce que l'on fait.

-**AB** : Au niveau des lombalgiques chroniques, vous avez quel pourcentage d'amélioration?
Kiné1 : Il ne faut pas rêver. Amélioration après les séances, 3 mois, 6 mois?
-**AB** : Déjà après les séances?
Kiné1 : Dans les ¾ des cas ça marche.
Mais à 3 ou 4 mois, si les personnes ne font pas les exercices, ne font pas attention, je suis beaucoup plus sceptique. Donc en sortant, ils peuvent récupérer, mais s'il n'y a pas d'auto-entretien, ils rechutent.

Kiné2 : 10 novembre, Exercice rural ; Homme ; formation ostéopathe, micro-kinésithérapie

-**AB** : Comment organisez vous la prise en charge des lombalgiques chroniques?
Kiné2 : Alors classiquement, un lombalgique qui vient avec une prescription médicale, il y a toujours une petite partie administrative, et sur le plan soin, il y a un bilan initial qui est réalisé avec un support informatique qui permet de comparer. Et ensuite tout va dépendre du patient, de ses antécédents, de la gravité, est-ce que c'est une lombalgie chronique du à de l'arthrose, est-ce que c'est musculaire, est-ce qu'il y a une autre maladie en dessous. Partant de là, il va y avoir un mélange au niveau du traitement, il va y avoir une partie passive de physiothérapie qui peut être chaleur, le fango infrarouge etc, une partie électrique de physiothérapie, ça peut être des courants interférentiels, des ultra-sons, des ondes courtes, en fonction de la symptomatologie du patient. Et une partie, prise de conscience, gymnastique, de correction ou d'étirements musculaires, d'éducation posturale, et voir des exercices qu'il faut poursuivre à la maison, avec une progression.

-**AB** : A quel moment décidez-vous du nombre de séance?et sur quels critères?
Kiné2 : Tout de suite, au début. C'est à dire que lors de la prescription, je pars sur une base de 10-12 séances, maximum 15. Et en fonction de l'évolution, ou j'arrête avant, ou je continue, et s'il faut prolonger, je demande l'avis du médecin traitant,

parce que nous pouvons aller jusqu'à 29-30 séances, annuelles, sans demander la prolongation. Au delà, il faut faire une demande préalable, et là c'est bien d'avoir l'avis du médecin.

-**AB** : Quelles informations souhaitez-vous qu'on vous transmette sur l'ordonnance pour la PEC des LC?
Kiné2 : Ce qui est important c'est le diagnostic, les antécédents importants qui peuvent être en relation avec la lombalgie et c'est bien d'avoir un support radio, IRM, scanner, s'il y a eu.
-**AB** : Et vous l'avez en général?
Kiné2 : 8 fois sur 10, oui.

-**AB** : A quel moment abordez-vous la question d'éducation/apprentissage des mesures de protection lombaire? Quel temps y consacrez-vous?
Kiné2 : Un tiers. Une séance de rééducation, pour les passer en lombalgie, je les garde ¾ d'heure, et je passe 20 minutes avec eux. Pendant la partie physiothérapie non, mais après, il y a toujours massage, soit des étirements, et ensuite c'est toute cette gymnastique, qui ensembles prennent 20 minutes.

-**AB** : Quelles informations transmettez-vous au professionnel qui vous adresse les patients?
Kiné2 : Rien. À partir du moment où le patient a un nette amélioration (dans la majorité des cas), je ne renvois pas chez le médecin. Administrativement, nous sommes censés faire un bilan initial et un bilan final et transmettre une copie. Dans la pratique, je ne le fais pas, je fais mes bilans qui sont dans l'ordinateur, que je peux tenir à la disponibilité des médecins, mais j'ai plus l'impression que j'embête ou j'encombre les médecins si je rajoute de la paperasse.
Par contre, si avec le patient ça n'évolue pas forcément bien, ou pas assez, là il s'agit plus d'un entretien par téléphone et verbalement j'explique mes procédures, et la non amélioration, et on voit s'il faut continuer, s'il faut faire des examens complémentaires, s'il faut le transmettre à un spécialiste.

-**AB** : Vous avez quel pourcentage d'amélioration à peu près?
Kiné2 : Globalement, même si je ne tiens pas de statistiques, je dirais bien 2/3 des patients qui repartent qui sont améliorés. Après, je ne fais pas une évaluation sur une échelle de la douleur, c'est verbal **.** Après on a les mesures d'amplitude qui sont améliorées.

-**AB** : Vous revoyez des chroniques que vous avez déjà vu une première fois, qui reviennent?
Kiné2 : Oui, qui reviennent une deuxième fois, dans l'année, ou l'année d'après, ou ils font une cure, ils viennent une série par an chez le kinésithérapeute.

Kiné3 : 19 novembre, Activité semi-rurale, Homme ; formation ostéopathe en cours

-**AB** : Comment s'organise la PEC lorsqu'un médecin vous adresse un patient LC?
Kiné3 : Déjà depuis peu d'années, on est obligé de faire un bilan diagnostic kiné (BDK). Donc je reprends tout le dossier, si le patient vient avec son dossier, ce qui n'est pas toujours le cas. Après je fais un bilan général, et je mets en place un traitement. Je fais ça de mon coté, ça dépend du dossier, si j'ai des radios, si j'ai beaucoup d'éléments.
Au niveau traitement, tout dépend de ce qu'il ressort du BDK, en général, quand c'est des lombalgies chroniques, je passe directement la phase inflammatoire aiguë, j'évite de faire ce qu'ils ont déjà fait très souvent, puisqu'avant d'être chroniques, ils étaient aigus. Donc nous on est plutôt axé sur des étirements, plutôt un traitement de fond, renforcement musculaire, et puis surtout hygiène de vie, et leur apprendre l'ergonomie. Souvent c'est ce qui leur manque.
On essaie aussi de faire un contrat commun. De toute façon, on sait qu'ils sont chroniques, on sait qu'ils vont toujours avoir mal au dos. Alors quand ils arrivent ici, on leur dit que le contrat c'est ça, ça fait 3-4 ans qu'ils ont mal et il ne faut pas s'attendre à sortir d'ici en étant guéri. Parce qu'il y a beaucoup de gens à qui on demande de faire des exercices, et qui ne les font pas chez eux, donc si on les voit pas 3 fois par semaine, ça n'évolue pas.

-**AB** : Quelles informations souhaitez-vous qu'on vous transmette sur l'ordonnance pour la PEC des LC?
Kiné3 : Le diagnostic, parce que c'est quand même le rôle du médecin. Alors, parfois on a des ordonnances types, avec des choses un peu « bateau » mais qui ne correspondent pas vraiment au patient, c'est à dire qu'ils mettent tout le panel de techniques qu'il faut faire. Beaucoup de médecins sont sur ordinateur, alors s'ils rentrent, par exemple, 15 séances de lombalgies, le logiciel leur sort « abdominaux, proprioception.... » moi je ne trouve pas ça très sérieux parce qu'on ne peut pas savoir à l'avance ce qu'on va leur faire.
Moi, ce que j'attends surtout ce sont les contre-indications, parce qu'eux ils ont quand même tout le dossier, et ça on ne les a pas toujours. Ainsi que la région à traiter.

-**AB** : A quel moment décidez-vous du nombre de séance?et sur quels critères?
Kiné3 : Au moment du BDK, on évalue à peu près, puis normalement il y a un BDK intermédiaire, où on peut redemander à la caisse des séances. Sauf si le médecin a préalablement quantifier le nombre de séances, on doit s'en tenir à l'ordonnance.

-**AB** : A quel moment abordez-vous la question d'éducation/apprentissage des mesures de protection lombaire? Quel temps y consacrez-vous?
Kiné3 : Déjà pendant le premier bilan, on peut évaluer ce qu'ils sont capables de faire. Parce qu'ils ont tous l'impression de savoir faire des choses, parce qu'on leur a déjà montré, mais souvent il faut remontrer, c'est un traitement de fond. On se rend compte qu'en fonction de leur douleur, ils ont pas toujours les bons gestes. Donc normalement l'éducation doit revenir à toutes les séances. Après ce n'est pas toujours possible, si on prend ½ heure pour faire des étirements, on a pas toujours le

temps d'aborder le sujet. Mais c'est quelque chose qui est hyper important.
Ça représente environ 10-15 % du temps passé avec le patient, en pratique. Parce que le problème en libéral, on se dit qu'on a ½ heure à une heure pour soigner le patient, si on passe trop de temps à expliquer, lui sera mécontent parce qu'il veut être avant tout soulagé. Ça va plutôt se dérouler en fin de séance, sur quelques minutes, pour remontrer certains exercices, comment porter des charges... J'essaie toujours de rappeler par quelques phrases les gestes à éviter et ceux à faire.

-**AB** : Quelles informations transmettez-vous au professionnel qui vous adresse les patients?
Kiné3 : Alors normalement, le bilan on était censé l'envoyer à chaque prise en charge, il y a 2 ans. Ensuite, on nous a dit qu'il fallait qu'on le garde, et pouvoir le fournir quand on nous le demande.
Je travaille avec pas mal de médecins, mais je les ai quand même souvent au téléphone. Quand il y a un problème, je vais les appeler. Parce qu'au début, je l'envoyais à chaque fois et eux me disaient qu'ils avaient déjà pas mal de courrier, et avec les bilans, ça fait beaucoup. Bon, c'est vrai que dans les BDK, il y a certains tests que l'ont fait en kinésithérapie que les généralistes ne connaissent pas forcément, donc ça ne leur parlait pas trop.
Du coup maintenant je fais des bilans pour moi, et je fais plutôt une lettre qui explique l'évolution, le traitement mis en place, si j'ai besoin de séances supplémentaires. Finalement ,j'envoie surtout un courrier quand je n'avance pas.

-**AB** : Par rapport à votre formation en ostéopathie, ça vous appris d'autres choses sur les lombalgies chroniques?
Kiné3 : Oui, en fait, moi je traite quasiment mes lombalgiques que avec des techniques d'ostéopathie.

-**AB** : Qu'est ce que ça apporte?
Kiné3 : En fait, un lombalgiques chroniques a souvent déjà vu plusieurs kinésithérapeutes, et donc ils ont déjà fait de la kinésithérapie classique, étirements... Si ça ça a déjà été fait, je vais plutôt m'orienter vers une médecine manipulative, sinon je commence quand même par des étirements.
Disons que l'avantage en ostéopathie, c'est qu'on va quand même redonner du mouvement et de l'adaptation aux étages supérieurs et inférieurs, et ça aide quand même bien. Et ça en kinésithérapie, on aborde pas trop les thérapies manuelles. L'ostéopathie ça aide quand même beaucoup. Surtout qu'on se rend compte qu'il y a quand même pas mal de lombalgiques qui ont aussi des tensions viscérales, et ça en kinésithérapie on ne traite pas du tout.

-**AB** : Une Conclusion?
Kiné3 : C'est vrai que ce qui est un peu dommage, c'est que vu qu'on est tous en libéral, au lieu d'être une équipe pluridisciplinaire, je trouve que le message entre chacun ne passe pas bien.
On va avoir un patient qui va voir un médecin rééducateur, par exemple, va envoyer au médecin généraliste les conclusions et nous, finalement, on est en bout de chaîne, c'est nous qui traitons le patient physiquement et souvent on n'a pas toutes les informations d'office, on est obligé de les demander, c'est un peu dommage. On a parfois l'impression que tout va vers le médecin généraliste, ce qui est normal, mais quand le médecin généraliste envoie vers le kinésithérapeute, il devrait envoyer aussi toutes les lettres du rhumatologue, et on a rarement tout ça. Parfois les patients arrivent avec des radios, mais on n'a pas de compte rendu. Tous les lombalgiques chroniques ne se ressemblent pas, alors nous avec notre bilan clinique qui vaut ce qu'il vaut, on est quand même parfois limité, il nous manque des informations. C'est aussi de la faute des kinésithérapeutes, parce les kinésithérapeutes pendant très longtemps, jusqu'à l'arrivée du BDK, on n'a pas eu l'habitude d'écrire ce qu'on faisait. Les kinésithérapeutes ont beaucoup de boulot dans ce domaine, parce qu'ils ont beaucoup de mal à décrire leurs techniques, et du coup le dialogue est difficile par écrit.

Kiné4 : 19 novembre, Exercice semi-rural, femme

-**AB** : Comment organisez vous la prise en charge des lombalgiques chroniques (plus de 3 mois)?
Kiné4 : Alors si c'est la première fois que je vois le patient, on fait d'abord le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK). Il va y avoir une anamnèse qui va prendre plus de temps chez un chronique que chez un aigu. Chez les chroniques, on va devoir savoir quel type d'activités il fait, s'il faut du sport, s'il a mal... Après, on sort un peu de la kinésithérapie, mais il faut aborder un peu toutes les sphères digestive, gynécologique, ça peut nous donner une indication sur le pourquoi c'est chronique. Et ça peut nous aider à orienter peut-être plus vers un ostéopathe, moi je suis uniquement kinésithérapeute, j'ai pas trop de notion d'ostéopathie, surtout sur le viscéral. Par contre, on a appris à diagnostiquer un problème viscéral, gynécologique, qui serait à l'origine du problème de lombalgie et qui nous permet de réorienter soit en repassant par le médecin traitant, soit en transmettant directement à un ostéopathe.
Au niveau de l'anamnèse, il faut savoir dans quel environnement il travaille, depuis quand il a mal, les circonstances d'apparition, le type de douleur. Et ensuite le BDK, précis, pour évaluer la prise en charge. Si c'est un patient chronique qu'on a l'habitude de voir, le bilan va prendre beaucoup moins de temps, au niveau de l'anamnèse. Par contre le BDK on va le refaire quasi systématiquement, même parfois d'une séance à l'autre. Par exemple quand on a fait une manipulation, qu'on le revoit deux jours après, on vérifie que ça a tenu, si la douleur est encore là... On corrige au fur et à mesure.

-**AB** : Donc les séances s'organisent comment?
Kiné4 : Une fois qu'on a fait le BDK, on met en place les moyens traitements qui vont avec les problèmes qu'on a levés. Pour les lombalgies chroniques, il y a une partie manuelle tout le temps, qui va surtout être étirements, massages décontracturants, postures, exercices de renforcement. Parce que c'est un problème qui dure depuis longtemps, une manipulation ou deux ne suffisent pas. Ensuite on peut utiliser, et pas chez tout le monde, de l'électrothérapie endomorphinique, ou des appareils qui délivrent des ondes antiinflammatoires, qu'on utilisera moins chez quelqu'un qui a un problème aigu. En chronique, il faut travailler sur toute la gestuelle, tout l'apprentissage surtout si c'est quelqu'un qui manutentionne beaucoup, porte beaucoup, il y a beaucoup de travail d'éducation.

-**AB** : Ce travail d'éducation prend quel pourcentage de la PEC?
Kiné4 : 20 à 25% à peu près. On a 30% de travail manuel, 30% où on fait travailler le patient, donc déjà quand on montre des postures, des étirements à faire à la maison, c'est déjà un travail d'éducation sur la gestuelle. Ensuite s'il nous dit qu'il est magasinier, je prends toujours le temps de montrer comment il faut porter, toute l'ergonomie qui va avec. Et quand on utilise des appareils on prend aussi 20%.

-**AB** : A quel moment décidez-vous du nombre de séance?et sur quels critères?
Kiné4 : A quel moment? A partir de la deuxième séance. A la première séance, on fait le BDK, donc on ne peut pas d'emblée envisager le nombre, on commence vraiment le traitement à la deuxième séance, et à partir de la deuxième, troisième séance on peut savoir à peu près combien de séances il va y avoir. Après chez un chronique, si c'est la première fois qu'on le voit, on le sait pas forcément tout de suite, on imagine quand on voit que ça fait plus de trois mois, on ne sait pas trop comment va évoluer la prise en charge. S'il s'agit d'un chronique qu'on connait bien et qu'on suit depuis longtemps, je sais selon le type de problème qu'ils ont à ce moment, le nombre de séance qui devraient suffire. Ça dépend aussi souvent du patient, quand on le connait.
Les critères vont être : l'intensité de la douleur, l'intensité de l'impotence fonctionnelle, et les résultats des tests qu'on va avoir, s'il y a des gros blocages articulaires et musculaire, ça va prendre plus de temps que si c'est que du musculaire ou que de l'articulaire.

-**AB** : Quelles informations souhaitez-vous qu'on vous transmette sur l'ordonnance pour la PEC des LC?
Kiné4 : Généralement dans les lombalgies chroniques, il y a des radios qui sont faites, il nous les faut, avec les comptes-rendus, et puis tous les examens complémentaires qui ont été faits, scanner etc...
AB : Quelles informations transmettez-vous au professionnel qui vous adresse les patients?
Kiné4 : On essaie le plus souvent de faire des courriers qu'on envoie au médecin généraliste ou au rhumatologue, enfin à celui qui nous l'a adressé. On ne le fait pas systématiquement, par faute de temps des fois... On le fait en fait surtout quand ça pose problème, quand on ne trouve pas la solution, qu'on bloque, quand ça se passe bien, on n'en fait pas.
Dans le courrier, on met le BDK qu'on a fait, le traitement qu'on a mis en place, l'évolution qu'il y a eu, s'il y en a eu, et qu'elle soit bonne ou mauvaise. Ensuite, on demande au médecin les recommandations, s'il décide de faire un autre examen, qu'on soit tenu informé.

AB : Conclusions?
Kiné4 : Le problème des lombalgiques chroniques, c'est que souvent c'est lié à la sphère digestive, ou gynécologique, et le problème là dessus c'est que -c'est pas une critique par rapport au médecin généraliste, ou au spécialiste- on en tient, quasiment, jamais compte. On a souvent une radio qui a été faite, donc on a arthrose, discopathie ou autre, mais on ne parle jamais de la sphère viscéral, et le problème c'est que si c'est un kinésithérapeute qui est ostéopathe, il pourra traiter, si c'est un kinésithérapeute qui fait déjà le diagnostic, et qui envisage la possibilité que le problème soit viscéral, il peut transférer mais si c'est un kinésithérapeute « classique » qui fait le boulot qui lui est demandé, là le patient il est paumé, et l'examen radio ne montrera rien. Ça pourra être un diagnostic différentiel après, mais j'ai plus de problèmes là dessus.

Kiné5 : 5 janvier 2010, Activité urbaine; homme

-**AB** : Comment s'organise la PEC des lombalgiques chroniques?
Kiné5 : Alors ici, nous, souvent, on a des gens qui viennent après un gros traitement médicamenteux, ou quelque chose comme ça. On travaille en individuel, on essaie de s'adapter à la personne, parce que la lombalgie c'est souvent un gros paquet, et on arrive à des gens qui ont peut-être les mêmes symptômes mais pas du tout la même cause, ou pathologie. Donc, nous ici, j'ai un collègue qui travaille en ostéopathie, un collègue qui fait de la microkiné, alors on essaie d'avoir un abord plutôt pluridisciplinaire ici. Chacun a ses patients, mais selon l'évolution, on n'hésite pas à proposer une séance d'ostéo, ou de microkiné en fonction de ce qu'on ressent de la personne, si c'est plutôt du côté émotionnel, ou du côté ostéopathique. Après au niveau personnel, moi je travaille beaucoup sur la prise de conscience de la respiration diaphragmatique, essayer de relâcher un peu tout ce qui est du côté viscéral aussi, parce que je pense qu'il y a beaucoup de relation entre le côté digestif et le côté lombalgie chronique, surtout après beaucoup de médicaments, ou des choses comme ça qui touchent beaucoup l'estomac. Donc on essaie de prendre le plus globalement possible. Après, au niveau renforcement, moi je ne suis pas trop renforcement des lombaires, j'aime beaucoup faire des étirements, dans la mesure du possible, méthode de chaine musculaire, Méziere. Comme travailler les abdominaux en hypopressif, technique par aspiration diaphragmatique...
En fait on essaie de développer des exercices et donner le plus possible au patient des clés pour que lui puisse s'adapter. Après, il le fait, il le fait pas, c'est son problème, en tous les cas, essayer de responsabiliser le patient le plus possible sur ces exercices, sur son problème et essayer de trouver les solutions qui lui conviennent le mieux, et après il faut pas se leurrer, c'est en fonction de la motivation du patient.
-**AB** : Vous avez une piscine ici?
Kiné5 : Oui on peut faire de la balnéothérapie, mais ça dépend de la prescription médicale. On ne peut pas faire de balnéothérapie s'il n'y a pas de prescription.
-**AB** : Ça commence toujours par le DBK?
Kiné5 : Pour être honnête, on le fait à long terme. Souvent je regarde au niveau osseux comment les gens sont placés, voir s'il y a un décalage, si ça vient d'une sacro-illiaque bloquée, ou d'une lombaire, en fonction de l'âge aussi, en fonction de la morphologie du patient aussi, on essaie de voir à peu près ce qui est le plus adapté comme soin, mais oui on fait des tests d'amplitude, mais je ne pense pas que ce soit des tests qui soient vraiment fiables, puisque d'un kinésithérapeute à l'autre, les mesures changent énormément, les tests changent, l'interprétation change énormément, donc je trouve que ce n'est pas assez

reproductible pour en tirer toutes les conclusions. C'est pas devant un bilan qu'on peut dire ce qu'il y a exactement.

-**AB** : Quelles informations souhaitez-vous qu'on vous transmette sur l'ordonnance pour la PEC des LC?
Kiné5 : On vient tous de Belgique ici. On nous a appris à faire des bilans, des diagnostics. Ici, on ne fait pas de diagnostics, mais, pour être honnête, l'ordonnance médicale, on la lit en diagonale parce que souvent, on est dans une formation de vision holistique, on essaie de voir un peu le global, moi j'ai fait aussi une formation de Sophrologie Caycedienne, donc on voit la globalité du patient, parce que soigner pour une lombalgie, il y a dix mille causes, il y a dix mille symptômes différents ce qui fait qu'une lombalgie ça reste très général. Donc, je n'attends rien de spécial sur l'ordonnance, simplement rappeler au patient de prendre leurs examens avec. Plutôt un début d'orientation vers comment ça va se passer chez le kinésithérapeute, ce qu'il faut y ramener, des choses simples, qui peuvent paraître bêtes, mais parfois les gens arrivent sans être prêts à faire de la kiné, dans des tenues pas adaptées, pas prêts à faire le moindre exercice. Il faut préparer le patient à
ce qu'il va voir à la fois en tant que massages et exercices. Parce que souvent les patients s'attendent uniquement à des massages, alors qu'il ne s'agit que d'une partie de la thérapie.
Ce qui serait intéressant ce serait d'avoir vraiment le temps de discuter vraiment avec les médecins et au lieu d'une ordonnance, avoir une correspondance mail, ou quelque chose comme ça de plus adapté, où sous couvert du secret médical, on puisse partager et déjà avoir l'avis du médecin sur le patient et sa manière de faire les choses. (7:25) Pour nous c'est plus indicateur de savoir d'une les pathologies qu'il y a derrière, type hernie... et de deux, savoir comment est le patient, de ne pas s'étonner par rapport à un comportement. Parce que ce qui est embêtant en libéral, c'est qu'on travaille chacun dans son coin, et on peut ramer avec un patient qui se plaint des autres professionnels qu'il a pu voir, et on ne sait pas ce qui peut être vrai, sans prendre parti. Parfois, les patients savent qu'il n'y a pas de communication entre médecin et kinésithérapeute, du coup ils en profitent pour nous manipuler, quand on en est conscient ça va, mais c'est pas toujours évident de savoir. Après ce qui serait agréable, c'est de comprendre qu'on fait non seulement du travail curatif, mais aussi du travail préventif. Et ça c'est vrai que parfois quand on voit certains médecins, et je ne dis pas tous, mais certains médecins envoient après maintes et maintes thérapies qui n'ont pas marchés, et qu'ils nous les envoient en disant que ça ne peut pas faire de mal quand même, et on intervient en dernier recours, alors que pour nous plus c'est frais, plus c'est intéressant au niveau avancée. Après on a d'autres recours. Dans le médical on va tout suite chercher dans l'artillerie lourde et après on va chercher dans les médecines douces. Du coup, nous on a plus d'issue, vu que tout a été tenté. C'est le côté un peu frustrant du travail.

-**AB** : A quel moment décidez-vous du nombre de séance?et sur quels critères?
Kiné5 : En général, on a un nombre de séances sur l'ordonnance. Ça va dépendre du critère aigu ou chronique mais aussi du critère disponibilité de la personne, si on peut la voir souvent ou pas. Je préfère mettre 10 à 15 séances, même si c'est un peu trop, pour pouvoir avoir après la phase de rééducation, une phase de revalidation et, en fonction de l'âge, une phase de réathlétisation. Parce que c'est vrai que les gens souvent s'arrêtent au moment où ils n'ont plus mal, et ne vont plus chez le kinésithérapeute. Alors que c'est là que ça devient intéressant, parce que rééduquer ça veut dire redonner des bonnes habitudes, ça veut dire aussi relancer les gens sur un vélo, ça a l'air bête comme ça, mais ça peut être chez des personnes de n'importe quel âge - j'ai des patients qui ont 20-25 ans qui ne sont plus montés sur un vélo parce que leur médecin leur a dit de ne plus faire de sport, et ils pensaient que c'était définitif. Une fois que la douleur est maitrisée, ils se sentent en sécurité, on fait attention à leur posture, on leur donne beaucoup d'éléments sur les techniques, comment on prépare un mouvement, et ça prend presque plus de temps que d'enlever les douleurs. Je trouve ça intéressant que mon patient ressorte en envisageant tout ce qu'il peut faire, et pas en pensant qu'il ne peut rien faire. Le nombre de séances va aussi dépendre de la motivation de la personne, parce que si elle s'investit pas, ça n'est pas intéressant. Et parfois on se rend compte qu'il y a aussi une composante psychologique, et il faut prendre le temps d'écoute, de remise en confiance.

-**AB** : A quel moment abordez-vous la question d'éducation/apprentissage des mesures de protection lombaire? Quel temps y consacrez-vous?
Kiné5 : 90%, c'est pas le plus gros de la prise en charge, mais à chaque séance, à chaque mouvement du patient, on peut travailler les postures, il faut être vigilant aux gestes qu'il fait, à sa manière de marcher, à son attitude. Après, il s'agit d'une sensibilité personnelle, il faut faire comprendre au patient que ce qu'il a l'impression de cacher aux autres, ça se voit vraiment, et c'est plus à lui qu'il le cache, que ce soit dans la posture ou autre. Je ne peux pas parler en généralité pour les kinésithérapeutes, c'est vraiment selon la sensibilité, mais pour la posture c'est important.

-**AB** : Quelles informations transmettez-vous au professionnel qui vous adresse les patients?
Kiné5 : De moins en moins, parce que souvent on n'a pas le temps de faire des papiers écrits, ou on passe un coup de téléphone en fonction des médecins. Mais, honnêtement, parfois je dis aux patients ce qu'ils avaient et peut-être qu'ils l'ont mal retransmis au médecin mais du coup j'ai perdu des patients pour leur avoir dit des choses. Et certains médecins n'apprécient pas que je fasse un diagnostic, ils pensent que je fais leur boulot, et il peut aussi m'arriver de me tromper, alors je fais vraiment attention maintenant à ce que je dis aux patients. Et il faut vivre avec son temps, 90 % des patients regardent sur internet ce qu'ils ont, et même ceux qui ont 60 ans. Ils jouent très bien les naïfs, et ensuite racontent ce qu'ils veulent au médecin. Donc tant que l'information n'est pas directe entre le kinésithérapeute et le médecin, il faut faire attention à ce qui est dit. Mais avec la cadence qu'il y a pour un médecin et pour un kinésithérapeute, on a pas trop le temps de se tenir informer.
Parce que finalement on vit dans un monde de croyance. Nous on croit que les médecins ils ont tous tendance à réagir, mais on fait des généralités parce qu'on est vachement isolé les uns des autres, ce qui est vraiment regrettable. Ce qui serait intéressant ce serait d'avoir un médecin au dessus, et de travailler en collaboration plus directe avec un médecin, ce qui est loin d'être le cas, et du coup il y a des mésententes, des frustrations.

-**AB** : Quel est votre pourcentage d'amélioration au niveau des LC?

Kiné5 : 50 %. Soit ça va mieux, soit ça va pas mieux. Même plus. Du fait qu'on motive les patients pour faire la revalidation, la réathlétisation, et qu'on travaille aussi sur le côté ostéopathique, fréquemment on voit des choses, on libère des choses au niveau articulaire et au niveau digestif, on joue aussi sur le côté émotionnel, on essaie d'être dans l'écoute.
-**AB** : C'est du long terme?
Kiné5 : C'est difficile à dire parce que les patients, quand ils ne reviennent plus, c'est soit parce qu'ils ont changé de kinésithérapeute parce qu'ils n'ont pas de bons résultats, mais ils ne vont pas nous le dire, soit parce qu'ils n'ont plus mal. Entre la théorie et la réalité c'est vraiment navrant de voir le résultat. On peut pas vraiment savoir, sur le bilan ça va mieux, mais après sur le long terme, on peut pas prévoir. On a des patients qui ne feront pas d'efforts, mais certains sont vraiment motivés, mais retombent malgré tout dans leurs travers. Alors statistiquement, c'est impossible de quantifier l'amélioration. Au niveau médical, moi ce qui m'énerve un petit peu c'est cette tendance à mettre des ceintures. Il vaut mieux mettre un strap rigide sur les lombaires, en cambré maximum, vous aurez autant de résultats, la personne sentira quand le strap tirera, avant que ça tire au niveau vertébral, et adaptera ses mouvements afin de limiter les tiraillements. C'est comme ça qu'ils apprennent à adopter les bonnes postures, c'est en sentant les moments où ils sollicitent leurs lombaires, au lieu de leur faire une liste de gestes à ne pas faire, ils comprennent par eux-mêmes, ils en prennent conscience. La sangle abdominale disparaît complètement avec une ceinture abdominale, et pour refaire les abdominaux avec des gens qui ont une lombalgie chronique, il n'y a que la technique d'aspiration diaphragmatique qui ne met pas dans des positions de hernie ou d'hyperpression au niveau des postérieurs. La ceinture va soulager temporairement, et les effets à longs termes sont plus difficiles à gérer. Quand on a des gens qui sont motivés, c'est agréable d'avoir 100% de réussite.
-**AB** : 100% de réussite signifie une disparition totale de la douleur, ou acceptation de la douleur dans la vie quotidienne?
Kiné5 : Pour moi il n'y a pas vraiment de différences, une fois qu'on accepte la douleur, on ne la sent plus. Et souvent ils adaptent leur gestuelle quotidienne, et sentent de moins en moins la douleur. Généralement quand ils partent, ils disent qu'ils n'ont plus mal. Mais c'est sûr qu'on ne peut pas complètement faire disparaître la douleur. S'ils reviennent c'est souvent qu'ils sentent que ça va revenir, à cause de mouvements qu'ils ont fait. Et là on peut agir en préventif.

Kiné6 : 9 janvier 2010, activité urbaine, homme.

-**AB** : Comment s'organise la PEC des LC?
Kiné6 : La première chose c'est que les gens prennent rendez-vous avec une prescription, il me faut une prescription, c'est ce qu'il y a de plus classique. À partir du moment où on est dans un cadre conventionnel, c'est systématiquement une prescription. Depuis, sauf erreur ma part, 2000, nous sommes à même de choisir le quantitatif et le qualitatif. Sachant que, réglementairement parlant, si le médecin marque une technique particulière, nous sommes dans l'obligation de l'effectuer. Le quantitatif, c'est moins sûr, on peut éventuellement, nous, demander plus.
Quand les gens arrivent, en dehors du problème administratif, la première chose qui se passe c'est qu'on fait un bilan. Un bilan succinct, qui est un bilan antalgique. On a ce qu'on appelle des BDK, et moi j'utilise les BDK classiques sur le logiciel, avec un enregistreur, qui me permet de prendre et d'analyser la chose. Personnellement, je suis très attentif à ce que les gens me racontent, non pas dans le contenu mais dans le contenant, dans la forme de ce qu'ils me racontent. Parce que, parfois, très souvent d'ailleurs, une lombalgie est liée à quelque chose, à un problème ou une problématique du patient. Donc, moi, je lie toujours l'aspect psy et moteur, et moteur et psy. Parce que parfois on est à même de voir que la lombalgie, c'est pas le dos qui les embête, c'est plutôt les hanches, voire un autre endroit du corps. Et ça c'est important de le savoir. Il y a autre chose aussi qui est important, c'est qu'il y a des gens qui sont tout le temps fixés dans le passé, d'autres tout le temps dans le présent et ils oublient le futur. Donc à partir de ce moment là, vous avez en plus d'une lombalgie, une dépression nerveuse qui s'accompagne, et si c'est le cas, il faut aussi la soigner, sinon on n'arrive à rien du tout.
Donc un premier bilan avec les 2 aspects, et ensuite, classiquement il y a un autre contact, qui est le contact du massage. Pour moi c'est systématique, parce que d'abord c'est une histoire de contact, et ensuite on sent des tensions, des choses mécaniques au niveau musculaire, articulaire, etc. Je dirais qu'il y a 4 cas de figures. Il y a le massage qui est important, il y a tout ce qui est physiothérapie, la troisième chose c'est des exercices, en cabinet et éventuellement à la maison, et puis à la maison, moi je préfère les notions de conseils, d'ordre mécaniste, mais en mettant un peu de psy dedans. Alors moi par exemple, j'ai également un logiciel qui propose différents types d'exercices, et c'est à moi de mettre les exercices qui conviennent à la personne. Je leur donne ça, ils aiment bien et ils peuvent essayer à la maison. Si les gens veulent s'en sortir, ça passe par eux, nous on est là pour les guider. Je suis aussi attentif à d'autres choses, parce que même si dans notre profession on a pas des spécialités, j'ai une qualification pour faire de la rééducation vestibulaire, et souvent on retrouve des notions de vertiges, etc. Moi j'ai un appareil particulier qui me permet d'analyser ça.

-AB : L'éducation et les conseils sont abordés tout de suite?
Kiné6 : C'est progressif.
-AB : Et sa représente quelle part de la PEC?
Kiné6 : Je dirais qu'en moyenne, par séance, il y a au moins 5 minutes consacrées à ça. Dans les 5 minutes ça va très vite, en parlant, en sachant que je leur demande toujours la fois suivante, qu'ils me disent ce qui n'a pas été, et donc on reprend, et dans ces cas là, ça peut être un peu plus long.

-AB : A quel moment décidez-vous du nombre de séance?et sur quels critères?
Kiné6 : C'est une question ambiguë parce que normalement nous sommes censés faire une demande d'entente préalable, et dans cette demande on est obligé de mettre directement le nombre de séances. Alors que l'idéal c'est que ce soit fait plutôt en milieu, voire un peu plus tard. Ça serait plus logique dans la démarche. Et actuellement on n'a pas cette démarche. Je dirais que sur Thionville et alentours, actuellement on a 3, voire 4 médecins qui ne prescrivent pas quantitativement, ça fait quand même très peu.
-AB : Quand vous décidez, quels sont les critères?

Kiné6 : L'amélioration de la douleur, parce que c'est ce qui gêne le plus les gens. S'ils n'arrivent pas à faire un mouvement, en général, ils trouvent une compensation.
Je pars sur environ 10-15 séances, après je fais toujours un arrêt de 2 à 3 semaines, et puis ensuite il faut revoir le problème en repassant par le médecin traitant.

-**AB** : Quelles informations souhaitez-vous qu'on vous transmette sur l'ordonnance pour la PEC des LC?
Kiné6 : La première information, c'est un diagnostic précis. Je tique un petit peu parce que c'est une chose que l'on ne voit pas beaucoup. On a plutôt tendance à lire « séances de rééducation, ou de kinésithérapie, pour lombalgie. » Pour moi ça ne signifie rien, à part éventuellement une localisation géographique vaste. Alors que ce qui m'intéresserait beaucoup plus ce serait d'avoir un diagnostic précis, ligamentaire, musculaire. Ce n'est pas une obligation parce que moi je suis capable de le faire, mais au moins on confronte deux diagnostics différentiels, ce qui permet d'agir différemment. Quand on voit quelqu'un qui arrive avec une prescription qui ne signale que lombalgie chronique, sans examens complémentaires, type radio, scanner, IRM, sans diagnostic quel qu'il soit, même un examen de laboratoire, c'est très gênant. Je possède un appareil qui permet de faire tout ça. J'ai ce qu'on appelle un physioscan, qui est un appareil qui scanne le corps, mais sur la notion fréquentielle, les fréquences des cellules, c'est à dire qu'on sait maintenant que chaque tissu a une fréquence différentes, ou réagit par différentes fréquences. Et donc l'appareil mesure ça, et c'est assez intéressant. C'est un appareil pour tout le monde : kinésithérapeute, médecin, naturopathe, etc.
Donc moi ce qui m'intéresse c'est le diagnostic en premier, le traitement, pas obligatoire, sauf si c'est quelque chose de précis. Par contre les antécédents, ça serait intéressant, mais on les a quasiment jamais, au maximum 1 fois sur 100. Parce que parfois il peut y avoir des incidences sur les traitements qu'on met en place. Par exemple, on préfère savoir que le patient a des problèmes cardiaques avant d'utiliser des ondes courtes, même si on les utilise au niveau lombaire. Mais, on a pas ces informations.

-**AB** : Quelles informations transmettez-vous au professionnel qui vous adresse les patients?
Kiné6 : Par principe je ne renvoie pas de courrier, si ce n'est pas demandé. Pour une simple raison, là je suis un peu plus strict au niveau réglementaire, c'est que s'ils veulent un bilan, il est là, moi je l'ai, je le sors il n'y a pas de souci, mais il faut que ce soit demandé. Sinon, nous on est censé ne pas être payés, c'est un problème économique. Le bilan, si vous voulez, c'est très récent, et c'est un tout petit peu ambigu. Parce que si le médecin ne demande pas le bilan, il n'y a pas de raison que je lui envoie. Par contre dans le cas où il y a une prescription sans quantitatif, le kinésithérapeute doit faire le BDK et renvoyer le BDK. Mais pour le moment le nombre de médecin qui ne note pas le quantitatif est très restreint.
Ce qui m'étonne sur le nombre de prescripteurs, c'est la variation du nombre de séances prescrites pour une lombalgie chronique. Ça peut aller de 3 séances à 20-30 séances! Et je me demande ce qui justifie cet écart.
Mais c'est une question qui me semble intéressante, parce qu'avec ces bilans, on devrait pouvoir avoir des critères plus précis, plus marquants pour évoluer.

AB : Conclusions?
Kiné6 : Il existe aussi, et j'y avais participé, mais pour l'instant j'ai arrêté, une école du dos. Ça pourrait être quelque chose de plus intéressant pour un suivi.
C'est l'association de tous les praticiens de Thionville et environ des agglomérations, pour faire un office de la santé, c'est à dire pour demander des renseignements, et dans ce cadre là, vous avez toutes les associations médicales ou paramédicales qui peuvent intégrer le système. Et donc là, il y a quelque chose de beaucoup plus intéressant, ce serait de faire une démarche préventive. Ça serait à développer.
Sinon ce que j'attends au niveau des prescriptions c'est cette notion antécédents. Il y a des notions que nous n'avons pas au point de vue formation, médicaments, etc. À force on sait ce que sont les antiinflammatoires, les antalgiques, mais on ne connait pas les effets secondaires de ces médicaments. Parfois ça serait bien en fonction du traitement qu'on nous rende attentif à certaines choses, par exemple le risque d'éruption cutanée, etc. ça serait intéressant.
-**AB** : Vous avez quelle amélioration suite au traitement de LC?
Kiné6 : J'ai surtout une diminution de la douleur, disparition, je me méfis, parce que lorsque c'est chronique, on risque de revoir le problème un ou deux mois plus tard.
Sur la qualité de vie, ça peut se présenter de deux manières. Soit plus souple, un assouplissement au niveau musculaire, mais au niveau qualité de vie ça peut être aussi des compensations, adapter les mouvements et adopter les bons gestes, il faut les rendre attentifs à ça. Et pas uniquement dans les lombalgies chroniques.
-**AB** : Vous avez des lombalgiques qui reviennent vous voir?
Kiné6 : Alors moi je marche à la demande, c'est eux les chefs d'orchestre de leur pathologie.
Souvent, dans 40% des cas, les gens font leur petite cure en début d'année, et puis 6 mois après. Et dans ces cas là on ne fait pas beaucoup de séances, 8 à 10 séances maximum. Si on a d'affilé 20 séances alors là très souvent on est tranquille pour 2 ans, sauf accident.

5. Entretien du médecin thermal

Médecin thermal, novembre 2009

1.**-AB :** Quels sont les moyens diagnostiques et thérapeutiques dont vous disposez pour comprendre et soulager les Lombalgiques Chroniques?
Mtherm : Alors déjà la médecine thermale ce n'est pas une médecine de diagnostics, c'est une médecine de soin. Les patients sont adressés par leur médecin traitant, et donc ils viennent, en principe, avec un diagnostic (lombalgie chronique,

coxarthrose, lombarthrose...)
Alors nous c'est une médecine de soin qui se base sur l'utilisation de l'eau thermale à des fins thérapeutiques. Notre médicament à nous, c'est l'eau, qu'on utilise soit sous forme de bain, soit sous forme de boue, etc.
-**AB :** Comment s'organise cette PEC?
Mtherm : Les gens sont vus à l'occasion d'un premier rendez-vous, donc pour les gens qui viennent de loin, il se déroule le premier jour de cure. Comme on a un thermalisme de proximité, la plupart du temps, pour à peu près 70% de la patientèle, les gens viennent de la région, donc on les voit une huitaine de jours auparavant.
Il y a donc un interrogatoire, un examen clinique, et puis en fonction de l'examen fonctionnel et notamment rhumatologique, on détermine un programme de soin. Il n'y a pas de programme type, c'est vraiment en fonction des antécédents, de l'âge, des contre-indications éventuelles.
Alors il y a tout ce qui est balnéothérapie, donc sous forme de bain. Il y a les aérobains, qui sont des bains bouillonnants, bains à bulles simplement, qui ont une visée de relaxation et de détente musculaire, c'est aussi un soin général, parce que les gens qui ont mal, ne sont souvent pas trop détendus, donc un aérobain c'est l'équivalent du jacuzzi, donc ça les met dans de meilleurs conditions. L'hydroxeur, c'est une baignoire un peu particulière, c'est une baignoire où l'eau qui est sous pression vous masse. L'eau arrive avec des buses de massages, donc ça permet de faire un massage notamment au niveau des lombaires. Ensuite, il y a la piscine de mobilisation, donc en fait c'est une kiné-balnéothérapie, ça dure 20 minutes. C'est un programme qui est standard, on a pas une piscine pour les gens qui ont une gonarthrose ou une coxarthrose, c'est un soin général, qui nous apporte surtout une bonne récupération fonctionnelle. On peut le vérifier puisqu'on fait un examen initial, et en fin de cure, on revoit les patients, et on voit qu'il y a une bonne récupération fonctionnelle, notamment au niveau des cervicathroses avec raideur. Pour les lombaires, il y a la distance main sol, l'indice de schöber qu'on mesure et qu'on remesure en fin de cure, ça permet de voir le gain éventuel sur le plan fonctionnel.
L'application de boue thermale, surtout pour un effet antalgique et antiinflammatoire. C'est une boue qui est chaude, qui fait plus de 50°C, et qu'on applique directement sur la peau. Ce ne sont pas de cataplasmes, on applique directement, notamment au niveau lombaire. Et le schéma d'application est fonction de l'examen initial. Les gens arrivent rarement avec une seule pathologie, ils ont bien souvent des polyarthralgies associées aux lombalgies et à des cervicalgies éventuelles.
Autrement, il y a la possibilité de faire des massages par kinésithérapeute. Ce sont des massages un peu particuliers, ce sont des massages sous eau. C'est à dire que le patient est allongé, on ouvre les rampes d'eau et le kinésithérapeute masse sous l'eau thermale. Donc c'est complètement différents de ce que l'on pratique en ville, d'autant qu'en ville, il est bien difficile de trouver des kinésithérapeutes qui massent. En général, il vous met sous une lampe, et masse 3 minutes... Ici le massage dure 20 minutes, ce qui n'est quand même pas négligeable. Autre soin, il y a les douches au jet, donc ça ça se pratique par une auxiliaire thermale. On fait un balayage à pression donnée, pas trop forte parce que si c'est trop fort, ça va donner des contractures musculaires, ce qui n'est pas l'effet recherché. C'est un jet paravertébral, on part du haut des fesses on remonte le long de la colonne, on tourne autour des épaules et on redescend, et ensuite on fait des gestes plus ciblés au niveau articulaire, en fonction des pathologies. Douches locales, ce sont des petites cabines individuelles avec des petites douchettes d'eau thermale, qui ont surtout un effet positif pour ce qui est cervical et épaules (pathologies hautes)
Donc ça c'est l'essentiel de ce qu'on peut proposer pour les patients qui viennent dans l'option rhumatologie, puisqu'on traite aussi les voies respiratoires ici.
-**AB :** A quel moment vous intervenez en général?
Mtherm : Pour les lombalgies chroniques, ce sont des douleurs permanentes, on a aussi des pathologies mécaniques d'origine discale qui sont un peu indifférenciées des lombalgies chroniques. Il y a les lombalgies inflammatoires, dans les rhumatismes inflammatoires... Dans le cadre des lombalgies, on a des gens qui ont bénéficié d'une cure de hernie discale, d'une arthrodèse, de gestes multiples voire de prothèse discale (pas très fréquent), comme des gens qui ont des lombalgies chroniques qui sont « gérables » dans le temps, avec parfois des paroxysmes. Il est vrai que si quelqu'un venait en phase très inflammatoire, ça pourrait être une contre-indication pour faire la cure dans l'immédiat, il vaut mieux attendre. Comme pour les patients qui présentent une pathologie du type polyarthrite rhumatoïde, on nous a appris à l'école qu'il ne fallait pas faire de cure thermale et surtout pas de chaleur dans ces poussées là, c'est tout à fait vrai. Maintenant, il n'en est pas moins vrai que en inter critique, la cure thermale a tout son sens.
-**AB :** Quelle place tient les conseils/ l'éducation dans cette prise en charge?
Mtherm : Je pense que la chance qu'on a par rapport au médecin de ville, c'est qu'on a un peu plus de temps. On a pas de mérite, on a simplement plus de temps. Les gens se confient d'avantage, sans doute, ou nous disent des choses qu'ils n'ont pas le temps de dire à leur médecin de famille. Je pense qu'on a un rôle de conseiller, au niveau des postures, de choses que tout le monde sait plus ou moins mais qu'on applique pas toujours. Il suffit de regarder les gens quand ils se déshabillent ou qu'ils se rhabillent, la manière de lacer leur chaussure, c'est tout à fait significatif. On leur apprend un petit peu les gestes basiques.

2.-**AB :** En tant que médecin surtout thérapeutique, il vous arrive de faire appel à un autre professionnel?
Mtherm : Bien évidemment, ça peut arriver dans le cadre de l'examen général, parce qu'il n'est pas rare qu'on mette en évidence une arythmie, qui était passée inaperçue, des problèmes de dysthyroïdie aussi, qui sont pas toujours perçus. C'est pas une critique par rapport à nos confrères, mais je pense qu'on a effectivement un peu plus de temps. Et puis, il y a des signes parfois évocateurs, comme le caractère de la douleur, par exemple si c'est une douleur qui est mécanique, ou une douleur qui a un rythme inflammatoire, quelqu'un qui nous rapporterait une douleur avec un rythme inflammatoire, on serait tenté de chercher une pathologie qui ne serait pas banalement de l'arthrose. Chercher notamment une spondylarthrite ankylosante etc...
Dans ces cas là, on essaie d'être le plus déontologique possible, on se met en rapport avec le médecin traitant, pour lui suggérer.
-**AB :** Est ce que vous éprouvez des réticences à travailler avec certains professionnels?
Mtherm : Non, absolument pas. Il y a des médecins qui ont beaucoup de réticences à travailler avec nous. Il y a des médecins ou rhumatologues qui sont de grands prescripteurs et il y en a qui sont très peu prescripteurs, qui pensent que la

médecine thermale, comme elle est si peu enseignée à la faculté, est « si ça fait pas de bien, en tout cas ça ne fait pas de mal. » Ce qui est un peu réducteur comme raisonnement, je pense, pour bien apprécier, il faut être dans ce milieu là, et avoir le recul. La station a ouvert en juillet 1986, donc on a quand même quelques années de recul, et on voit les gens, notamment au niveau des critères, pas purement subjectifs, de savoir est-ce qu'ils ont moins mal ou pas, parce que c'est difficile à apprécier, l'échelle de la douleur, on sait très bien ce que ça vaut, mais je pense au niveau de la consommation médicamenteuse, pour les actifs au niveau des arrêts de travail, etc, on a des paramètres qui nous permettent de vérifier quasiment tous les jours qu'effectivement la médecine thermale entraîne des bénéfices, y compris au niveau santé publique, au niveau du cout, puisque les gens sont moins consommateurs. C'est une des seules thérapeutiques qui permette, indirectement, de faire faire une économie à l'assurance maladie

3.-**AB :** Quand on vous envoie un patient, on vous l'adresse avec une lettre?
Mtherm : Hélas, pas toujours. C'est vrai que c'est toujours intéressant d'avoir une lettre, ne serait-ce que pour avoir les pathologies (type diabète, problème cardiaque, etc), les antécédents, les traitements de certains patients.
Nous on fait aussi un compte rendu de facture, qui vaut ce qu'il vaut aussi, on rentre pas toujours dans tous les détails, mais bon je pense que la déontologie l'implique.
-**AB :** Vous souhaiteriez avoir quoi dans le courrier?
Mtherm : Déjà pourquoi on nous l'adresse, parce que les gens ne savent pas toujours pourquoi ils viennent, ils disent qu'ils ont mal partout. De toute façon comme on fait un examen global, on passe rarement à côté de quelque chose, c'est sur. Et aussi les pathologies intercurrentes aussi, avec leur traitement (rarement connu par les patients) Ça nous limite dans le programme de soin, parce qu'il est évident qu'on ne va pas infliger des soins trop agressifs à des patients qui seraient déjà fragilisés.
-**AB :** Au niveau examens complémentaires, les gens viennent avec leurs résultats, images?
Mtherm : Le plus souvent, oui. D'ailleurs on leur suggère, sur la feuille de rendez-vous, de venir avec éventuellement une lettre du médecin traitant, leur traitement habituel, et leurs documents radiographiques qui ne soient pas trop anciens. En général, ils viennent toujours avec plutôt plus de radios que moins.
-**AB :** Quelles informations transmettez-vous?
Mtherm : J'ai varié dans mes courriers, ça fait plus de 20 ans que je travaille ici. Au départ, je détaillais, mais maintenant, je pense que les médecins n'ont pas forcément le temps de lire tout ça. Donc c'est plus s'il y a un problème qu'on se met en rapport avec eux, mais autrement c'est une lettre où on les remercie de nous avoir adresser tel patient pour telle pathologie, on donne le traitement qu'on a proposé et les éventuels incidents de parcours. La surveillance tensionnelle s'il y a eu des problèmes de ce côté là, le poids et qu'on souhaite qu'ils en tirent le maximum de bénéfice.
-**AB :** Quelles sont les démarches pour adresser un patient à la cure?
Mtherm : Pour adresser un patient à la cure, il faut faire une demande d'entente préalable, alors ce n'est plus qu'une formalité administrative, qui est directement adressée à la sécurité sociale, au médecin conseil. Mais même le médecin conseil n'a plus de regard là dessus, puisque à partir du moment où un médecin généraliste ou spécialiste fait une demande de cure, ça vaut accord de cure, le médecin conseil ne peut plus refuser, ça fait environ 4-5 ans que c'est comme ça.
Certains médecins nous font des lettres très détaillées, ce qui est bien, puisque nous on a le temps de les lire, ce n'est pas un problème. Et certains nous font des courriers très sommaires, voire pas de courrier du tout.
-**AB :** Au niveau des résultats avec les patients, vous avez des patients qui refont régulièrement des cures?
Mtherm : C'est une question difficile. Parce que la cure ce n'est pas vital. Sur certaines pathologies, ça permet de retarder l'opération. Mais ça n'est pas pour toutes les pathologies, et pour tous les patients. On essaie de faire 3 cures, 3 ans de suite, ça c'est pour optimiser le résultat, parce qu'on sait que c'est avec 3 ans qu'on a le meilleur des résultats. Et ensuite, si tout va bien, si ça permet de réduire la symptomatologie douloureuse, la prise d'antiinflammatoire, on fait des pauses thérapeutiques, la quatrième année et puis on va les revoir 1 an sur 2 par exemple. Et ça c'est un peu du cas par cas. Je le dis à mes patients, à la dernière consultation, je leur dis s'il serait souhaitable de continuer, et de voir avec leur médecin traitant, puisque c'est à lui de juger. Nous, on ne peut que conseiller.
-**AB :** Autre chose à ajouter sur la PEC les lombalgies chroniques?
Mtherm : La lombalgie en général, c'est une pathologie très fréquente. Qui n'a pas eu, n'a pas ou n'aura pas mal au dos un jour? Moi je suis toujours stupéfait de voir le nombre d'examens complémentaires auxquels sont soumis les patients. Alors c'est pas la faute du médecin, parce que moi j'ai des patients qui change de rhumatologue parce que tel rhumatologue n'a pas voulu lui prescrire une IRM. C'est malheureusement dans la mentalité d'aujourd'hui, si vous faites pas, donc ça ne va pas. Alors on essaie aussi de leur expliquer que la radio n'est pas forcément nécessaire, qu'un scanner c'est pas anodin. Je pense qu'à discuter avec eux, on arrive des fois à les convaincre qu'avec un scanner, ils n'auront pas forcément moins mal. Je crois qu'il faut rééduquer un petit peu les patients, qui sont souvent un peu vindicatifs. Ils ont une gonalgie, c'est d'emblée une IRM, alors que je pense que la première des choses ça reste encore l'examen clinique. Avec un bon examen clinique, ça permet de cerner un peu les diagnostics et puis peut-être d'éviter de faire des examens redondants. Parce qu'ils font des IRM, et 6 mois après ils en refont une autre. C'est stupéfiant.
Alors est-ce qu'ils sont bien pris en charge ou pas? Ce qui n'est pas bien c'est le nomadisme, les gens qui changent comme ça de médecin, ou de rhumatologue, parce qu'il n'a pas voulu faire telle infiltration. Non, je pense qu'ils sont bien pris en charge.

Je ne veux pas dire de mal de mes confrères, même si parfois je remarque des dysfonctionnements ou des prises en charge pas tout à fait logiques. Je préfère garder ça pour moi, ce qui n'est pas forcément le cas de tous les médecins.
C'est surtout les patients qui sont vindicatifs, et qui ne se privent pas pour critiquer leurs différents médecins. Ce qu'il faut, c'est prendre le temps de vraiment bien leur expliquer, et le problème aujourd'hui c'est qu'on a plus de temps pour ça. Du coup, ça leur fait du bien de venir en cure, puisqu'ils ont plus de temps pour discuter et comprendre. C'est ce que les médecins thermalistes essaient de faire, de prendre le temps qu'il faut.

C) Annexe 2 : Unités d'analyse

1. Unités d'analyse médecins généralistes

1, moyens diagnostics :
examen clinique :
MG1 : d'abord un bon interrogatoire :
MG1 : Puis, l'examen clinique suit: inspection palpation:
+MG2 : Pour le diagnostic : examen clinique, radio,
MG4 : Diagnostic : l'examen clinique, l'interrogatoire, les antécédents.
MG6 : Pour le diagnostic, un examen clinique, l'interrogatoire, les antécédents.
MG3 : Diagnostique clinique,
MG5 : Diagnostiques: déjà l'examen clinique, les antécédents, le contexte, l'âge, la profession.
MG1 : Sexe, Profession (physique ou pas?) qui permettent d'orienter le diagnostic et aussi pour la thérapeutique si on peut intervenir sur des facteurs environnementaux

examens complémentaires
+MG1 : les examens complémentaires avec une Radio, c'est la base même si souvent un peu décevant parce qu'on ne voit pas grand chose. On peut éventuellement retrouver de l'arthrose.
MG4 : Après, selon la sévérité du tableau initial, je continue par, d'abord des radiologies et après, éventuellement, un scanner, surtout si tableau avec sciatique ou en cas de problèmes neuropathiques
MG3 : soit la lombalgie est très forte d'emblée un scanner, si moins violant je demande une radio
MG3 : Je fais un scanner avant la barre des 3 mois de douleur.
MG5 : En général on a une radio qui nous permet de voir l'arthrose, les discopathies
MG5 : Pour des lombalgies simples, je ne vais pas au scanner ou à l'IRM.
MG6 : Les examens radiologiques pas en 1ere intention, sauf si indication lors de l'examen clinique.
+MG1 : Ça permet d'orienter le diagnostic.
+MG1 : Un bilan biologique à minima
MG2 : L'examen clinique dirige le recours aux examens complémentaires radiologiques ou biologiques si on est en face d'une lombalgie symptomatique.

Douleur chronique
MG1 : Quand ça dépasse 3 à 6 mois, c'est chronique, pour moi, il y a une fragilité au niveau du dos, une sensibilité au niveau des vertèbres. Je leur dis, si on arrive à soulager, que c'est susceptible qu'il y ait des recrudescences à tout moment. Notamment si les premiers traitements ne marchent pas très bien, et que ça commence à trainer, je leur dis que ça va être difficile.
Je maintiens toujours un petit espoir, je dis qu'on va essayer de soulager le plus possible, pour s'approcher du zéro douleur, mais qu'il y aura toujours des recrudescences.
MG2 : J'aborde facilement la notion de douleur chronique devant des douleurs persistantes, pour permettre au patient de savoir ce qu'il en ait.
MG4 : La notion de douleur chronique et persistante est abordée si j'ai des arguments cliniques type une arthrose rachidienne documentée, voir un canal lombaire plus ou moins rétréci, voir des éléments palpables. Je l'aborde moi même en consultation, je n'attends pas du spécialiste qu'il l'annonce au patient.
MG5 : Le rhumatologue, parfois juste pour expliquer à la personne qu'elle aura toujours mal au dos, quand il y a deux médecins qui le disent, peut-être que le patient l'acceptera mieux

2, thérapeutique
+MG1 : d'un coté les traitements antalgiques,
MG2 : traitement antalgique niveau 1 à 3 en sachant que c'est surtout des niveaux 1 et 2 et parfois 3.
MG2 : Si la douleur est très aiguë éventuellement un AINS, et souvent un myorelaxant
MG4 : Si ce n'est pas quelque chose de trop grave, je commence par un traitement antalgique.
MG4 : traitement antalgique avec Anti-Inflammatoire et antalgiques de tous les paliers. Ça peut aller jusqu'à la morphine et éventuellement du lyrica dans les douleurs neuropathiques.
MG6 : surtout des antalgiques.
MG3 : l'association classique antiinflammatoire + décontracturant.
+MG2 : Au niveau thérapeutique, on a aussi les ceintures de soutien lombaire qui donnent de bon résultat avec antalgique niveau 1.
+MG1 : les mesures de protection lombaire;
facteurs environnementaux
MG1 : si on peut intervenir sur des facteurs environnementaux pour améliorer les choses.
MG1 : d'un autre coté trouver le facteur favorisant les lombalgies, savoir si on peut éventuellement trouver une solution pour y remédier
mésothérapie
MG1 : Tout de suite car pour moi, ça fait parti des mesures antalgiques de 1ere intention.

MG1 : Si 2eme visite parce que ça ne va pas mieux (pas de satisfaction), élargissement des méthodes thérapeutiques
-MG 5 : En fonction des résultats, soit j'adresse directement à un spécialiste, soit j'entreprends moi-même un traitement antalgique

3,éducation
+MG1 : C'est important, j'essaie, mais c'est pas évident de prendre le temps dans une consultation de 15 min pour discuter de ça.
MG2 : Honnêtement zéro parce que je m'aperçois, avec l'expérience, qu'on a beau répéter les choses, c'est toujours les mêmes personnes qui reviennent avec les mêmes lombalgies à qui on a déjà expliqué ce qu'il fallait faire et ce qu'il ne fallait pas faire, avec des prescriptions de kinésithérapie, des conseils d'hygiène lombaire, le verrouillage lombaire, les techniques d'économie rachidienne... Très, très peu de gens mettent en pratique.
MG4 : C'est abordé dès la 1ere consultation et en fonction de la réponse du patient j'approfondis directement, ou alors j'essaie de le réintroduire lors d'une autre consultation.
MG4 : Je peux leur montrer quelques exercices moi même,
MG6 : J'accorde une grande place pour les conseils et l'éducation. Je l'aborde moi-même en consultation, je montre aux patients quelques mouvements.
MG5 : J'ai des petites fiches conseils que je commente en les remettant aux patients, après je ne sais pas ce qu'il en fait.
MG5 : J'en parle
+MG3 : Non, généralement je les envoie chez un kinésithérapeute qui est plus spécialisé dans l'apprentissage des manœuvres à effectuer par le sujet, avec les verrouillages matinaux, donc plutôt chez un kinésithérapeute qui est orienté là dessus, parce qu'ils ne le font pas tous.
MG5 : et je compte sur le kinésithérapeute pour compléter ce que je dis.
MG1 : ils se chargent de l'éducation des patients pour une bonne hygiène du dos (la demande précisée sur l'ordonnance).
MG4 : et les adresser vers un kinésithérapeute pour pour leur montrer des exercices de rééducation et de renfort de la sangle abdominale.

4,motivation
+MG1 : C'est sûr qu'une consultation c'est un échange, qui permet une mise en place d'un projet commun, donc quand on a du répondant en face, on a envie de s'investir un peu plus.
MG1 : Par contre, si ça survient en fin de consultation avec un patient qui dit qu'il a mal au dos et qu'on ne peut rien y faire, je lui propose de le revoir exclusivement pour ce problème, à ce moment c'est lui qui choisit s'il veut s'investir, en revenant consulter ou pas.
MG1 : Le patient qui en a marre qui veut vraiment en finir avec ça, on peut aller beaucoup plus loin dans la prise en charge.
+MG2 : Le patient est impliqué uniquement tant qu'il a mal, parce que dès qu'il n'a plus mal il n'est plus impliqué.
MG6 : C'est très variable d'un patient à un autre
MG3 : Les patients ne se sentent pas souvent impliqués (2/3)
MG4 : Souvent quand le patient est au début de la pathologie, il est plus impliqué qu'à la fin. En général chez moi, ils sont souvent acteurs dans la prise en charge.
MG5 : Eux sont parfois demandeurs d'examens complémentaires, de solutions radicales.
MG5 : Je dirais que ça dépend, en général il est demandeur d'un soulagement.

+MG5 : Ils ont quelques fois du mal à comprendre qu'ils auront toujours mal au dos, et qu'il faut vivre avec.
MG5 : Et puis il y en a qui comprennent qu'ils auront mal au dos jusqu'à la fin de leur jour et qu'il faut vivre avec.

+MG2 : Déjà voir le nombre de récurrence dans l'année, la fréquence, ce qui est facilité par l'outil informatique.

5, motif de recours
+MG1 : Moi avant tout, l'échec du traitement de 1ere intention
MG2 : Une lombalgie qui reste douloureuse malgré un traitement médical bien conduit.
MG3 : en second lieu la durée de la douleur et l'inefficacité du 1er traitement.
MG6 : C'est souvent un appel à l'aide pour améliorer l'antalgie,
MG4 : Le rhumatologue : si traitement antalgique n'est plus suffisant.
+MG5 : quand je me dis qu'il y a peut-être autre chose à faire.
+MG3 : L'intensité du blocage et de la douleur en premier lieu
MG1 : Les Rhumatologues sont plutôt en 3eme intention, sur une douleur vraiment violente.
+MG4 : Si l'antalgie n'est pas suffisante et si les examens complémentaires montrent des résultats qui nécessitent d'autres intervenants.
MG1 : Ça va dépendre des résultats des examens complémentaires
+MG5 : Le rhumatologue, quand vraiment les gens insistent,

6. Rôle du kinésithérapeute
MG1 : Les kinésithérapeutes en 2eme intention quand les traitements antalgiques n'ont pas fonctionné, quand le douleur persiste mais reste tolérable.
-MG1 : Les kinésithérapeutes possèdent des technologies qui permettent de soulager (ultrasons...), MG1 : aident le renforcement musculaire
MG1 : ils se chargent de l'éducation des patient pour une bonne hygiène du dos (la demande précisée sur l'ordonnance).

MG2 : leur apprendre autant que faire se peut, des techniques d'économie rachidienne, le verrouillage lombaire.
MG2 : Le kinésithérapeute : lever la contracture musculaire
MG1 : Je considère qu'ils sont mieux formés pour donner ce type de conseils.
MG6 : Les Kinésithérapeutes peuvent réaliser des manipulations et la rééducation.
MG3 : J'attends que le kinésithérapeute apprenne surtout au patient les mouvements de rééducation qu'il doit effectuer tous les jours.
MG4 : Ici, il y a quelques bons kinésithérapeutes qui ont de bons résultats sur les lombalgies chroniques et qui donnent d'ailleurs des cours à l'école de kinésithérapie. Ils font une prise en charge du patient au niveau de la rééducation et de l'éducation.

7. Rôles des rhumatologues
+MG1: Les Rhumatologues peuvent vérifier si 1er bilan est complet, si on passe pas à coté de qqch
MG1: quand j'ai l'impression qu'il y a qqch de sous-jacent de plus grave.
MG5 : Le rhumatologue : un autre regard, une étiologie,
+MG5 : éventuellement une autre idée thérapeutique
MG2 : à la limite pour un ajustage thérapeutique
MG4 : Parfois juste une adaptation de la prise en charge médicamenteuse, avec éventuellement une adaptation par la mise en place d'un port de lombostat.
+MG2 : Rhumatologue : pour les infiltrations,
MG1: ils disposent de mesures thérapeutiques plus invasives comme des infiltrations.
MG3 : Les Rhumatologues pour des infiltrations dans les cas qui trainent.
MG4 : Avec des examens complémentaires, le rhumatologue pourra lui-même le traiter, ou alors le référer à un chirurgien en fonction notamment de ce qui sera vu au scanner (hernie discale, protusion...) Il peut aussi faire des infiltrations ou une nucléolyse sous scanner.
+MG5 : mais aussi parfois juste pour expliquer à la personne qu'elle aura toujours mal au dos, quand il y a deux médecins qui le disent, peut-être que le patient l'acceptera mieux.

8. médecin rééducateur
+MG1: si on voit qu'il s'agit plus de problèmes environnementaux, des problèmes posturaux dus à la profession, j'orienterai plus vers un médecin physique.
MG3 : Médecins rééducateurs: plutôt dans les cas aigus, quand on pense qu'on a à faire à une banale entorse au niveau du rachis, on pense que le manipulateur va régler ça très rapidement
+MG4 : Le médecin ré-éducateur comme le kinésithérapeute pour la rééducation.
MG2 : Un bon kinésithérapeute vaut largement un médecin ré éducateur.
MG5 : Les médecins rééducateurs, j'ai aussi un peu de mal à les positionner, par rapport aux kinésithérapeutes. Pour moi un médecin rééducateur va transférer chez un kinésithérapeute, avec ses conseils un petit peu orientés.
+MG2 : Les médecins ré éducateurs : bien sûr mais ces gens là sont difficilement atteignables
MG2 : Qu'est ce qu'ils apportent? Je sais pas je me suis toujours posé la question!
MG5 : Les médecins rééducateurs, plus rarement, c'est vrai que je n'y pense pas trop.

8b. centre anti douleur
MG2 : CAD dans des paliers 2 à 3 et que l'antalgie est totalement inefficaces
MG5 : Pour les lombalgies simples, c'est rare.

9. Attentes
MG1: l'amélioration des symptômes du patient,
MG2 : Avoir un avis plus spécialisé que le mien, c'est ce que j'attends en premier.
MG6 : C'est souvent un appel à l'aide pour améliorer l'antalgie,
MG6 : Soit un avis sur une thérapeutique, une adaptation du traitement, soit une prise en charge globale du patient parce qu'il n'y a eu aucun changement à mon niveau.
MG3 : On attend du spécialiste plus de compétences
MG4 : Une prise en charge beaucoup plus spécialisée, qu'ils effectuent ce que je leur demande.
MG5 : Pour une prise en charge, oui. Quand moi j'ai épuisé tout ce que je pouvais faire, je passe la main.
MG5 : J'attends qu'ils m'aident à soulager le patient.
MG1 : la confirmation du diagnostic ou s'il y a un autre diagnostic

10. réticences
MG1: Pas de réticences particulières, même si il s'agit d'un choix du patient (acupuncture, ostéopathie)
MG2 : Je n'ai aucune réticence.
MG3 : je n'ai aucune réticence.
MG4 : Je n'ai aucune réticence à travailler d'autres professionnels. Éventuellement, des réticences lorsque j'adresse un patient chez un médecin et que je ne le revois plus par la suite. Mais c'est de plus en plus rare et j'évite de travailler avec ce type de médecin.
MG5 : Non je ne pense pas.
MG5 : Je dirais juste les ostéopathes dans la mesure où je ne sais pas trop ce qu'ils font.
Réticences kinésithérapeute
MG4 : J'adresse mes patient aux kinésithérapeutes en fonction de la géographie, sauf s'il y a des brebis galleuse au niveau des

kinésithérapeutes, là je ne l'envoie pas au plus proche, mais au plus proche et plus « compétant », sauf si le patient veut absolument travailler avec un autre kinésithérapeute.
MG6 : Mais je suis moyennement satisfaite des résultats.
MG5 : Il y a des patients qui ne veulent pas aller chez le kinésithérapeute, ils trouvent que ça ne sert à rien, donc dans ces cas là, ce n'est pas la peine d'insister. C'est que généralement, ils ont déjà fait des séances qui n'ont pas été très bénéfiques.
MG3 : Non, on fait confiance, parce que pas trop bien formé. Rarement les kinésithérapeutes qui apprennent les mouvements, j'essaie d'orienter vers ces kinésithérapeutes, plutôt que ceux qui se contentent de faire des massages, et manipulations.

11. information transmises
-MG1: j'aime bien mettre des objectifs sur l'ordonnance. (kiné)
MG6 : Pour les kinésithérapeutes, je ne sais pas trop quoi noter sur l'ordonnance car souvent par manque de temps les kinésithérapeutes font ce qu'ils veulent (lampe...) sans vraiment tenir compte de l'ordonnance et cela même lorsque c'est un rhumatologue qui note précisément ce qu'il veut sur l'ordonnance.
MG3 : Non, on fait confiance, parce que pas trop bien formé.
MG5 : Je mets massage et rééducation avec école du dos pour lombalgies chroniques, ou pour arthrose lombaire. Je ne mets pas le nombre de séances.
MG1: J'essaye de caractériser au mieux les symptômes chroniques,

MG1 : je transmets mes suspicions des symptômes et de la pathologie, ainsi que les examens et les essais thérapeutiques avec leurs résultats.
MG2 : La symptomatologie exacte, depuis quand ça dure, ce qui a déjà été fait et ce que je veux qu'il fasse.
MG3 : Une lettre qui contient tous les traitements, les comptes rendus des examens effectués
MG4 : Une lettre polie avec tout ce qu'il a eu au niveau interrogatoire, antécédents, examen clinique, examens complémentaires, traitements déjà entrepris.
MG5 : Les renseignements d'ordre général sur tout l'ensemble du patient pas spécialement orientés vers son problème de lombalgie. Les données de l'examen clinique, la durée des symptômes, l'évolution dans le temps, les facteurs favorisants.

12,Lettre retour
MG1 : la confirmation du diagnostic ou s'il y a un autre diagnostic, si d'autres mesures thérapeutiques peuvent être envisagées.
MG2 : Si j'ai correctement fait les choses, s'ils ont des éléments thérapeutiques que je n'ai pas, s'ils ont des avis différents du mien
MG4 : Un courrier avec tout ce qui a été fait (la prise en charge), soit des conseils pour une autre prise en charge. S'il y a un besoin de séances supplémentaires.
MG5 : Les rhumatologues m'envoient des courriers, parfois ils font des radios.
MG2 : J'attends pas d'information en retour, je vois quand je revois le patient s'il va mieux, c'est ce qui compte.
Retour kinésithérapeute
MG1 : généralement c'est le patient qui rapporte ce qu'il fait avec le kinésithérapeute.
MG6 : Avec les kinésithérapeutes, il n'y a aucun retour, uniquement un retour via le patient qui explique ce qui a été fait.
MG3 : très rarement des retours des kinésithérapeutes (1 fois sur 10)
MG5 : Je reçois très peu de bilans des kinésithérapeutes,
13. Communication
MG1 : j'ai, quasi systématiquement, une lettre de retour.
MG6 : Pour les Rhumatologues, il y a souvent un courrier mais pas à chaque fois non plus.
MG3 : Un courrier reçu systématiquement,
MG5 : Les autres médecins, dans le mesure où on leur a envoyé le patient, ils nous renvoient un courrier. Les ostéopathes aussi, enfin celui avec qui je commence à travailler.

MG6 : Suffisante en général, sauf pour les kinésithérapeutes
MG3 : Entre professionnel médecin oui, mais avec les kinésithérapeutes moins
MG4 : Je n'ai aucun souci, j'ai toujours des retours de tous ces patients, aussi bien avec les médecins qu'avec les kinésithérapeutes.
MG1 : La communication avec le kinésithérapeute serait le point à améliorer.
MG5 : Avec les kinésithérapeutes, je dirais pas trop.

MG2 : on a la chance d'avoir une bonne communication avec les différentes spécialités. Je suis en contact avec 2-3 kinésithérapeutes à qui je fais confiance, qui me contactent en cas de problèmes. Je sais que l'ordonnance sera respectée.

14. Travail et lombalgies
MG5 : je leur propose quelques fois de changer de travail si c'est vraiment des lombalgies chroniques, invalidantes qui justifient des arrêts de travail, avec une chronicisation de la douleur.
Pour les médecins du travail, je peux être amener à les contacter, mais c'est pas très fréquent.
MG4 : c'est en fonction de la pénibilité du travail et de l'intensité de la lombalgie. Ça m'arrive de contacter le médecin du travail quand c'est un pb qui récidive ou qui est chronique et que c'est le travail qui est la cause du mal, je donne un coup de téléphone au médecin du travail.
MG2 : Je peux être amené a contacter le médecin du travail, pour certains patients quand il s'agit de lombalgies chroniques récidivantes.

MG1 : En tant que généraliste, on est un peu impuissant. C'est vrai que s'il y a un lien, avec un patient qui a un travail physique, qui est plus susceptible d'entraîner des lombalgies, c'est difficile de lui dire de se ménager au travail. C'est pas évident. Je demande quand même toujours s'ils ont pas un médecin du travail au sein de l'entreprise, éventuellement pour voir s'il n'y a pas une possibilité d'adaptation. Maintenant, quand c'est des travailleurs indépendants, c'est sûr que c'est pas facile. Bon j'essaie de savoir quels sont leurs gestes habituels et voir si on peut améliorer l'ergonomie au travail. Je peux être amener à reconduire un arrêt de travail sur plusieurs moi.

2. Unités d'analyse médecins réadaptateurs

1. Diagnostic
+clinique
MPR2 : Diagnostic : examen clinique,
MPR3 : Je mène après mon interrogatoire,
MPR5 : Prendre du temps pour l'interrogatoire. Éventuellement voir les antécédents, avant de partir sur les examens et la conclusion de l'examen, il faut d'abord voir ce qu'il s'est passé, comment ça s'est passé, comment ça s'est mis en place. Ce qui a été fait, ce qui a été dit, ce qui n'a pas été, l'histoire de la maladie depuis le début, pour essayer de comprendre d'une part ce que fait le patient devant nous et d'autre part, où il en est dans ses démarches
MPR5 : C'est de faire des examens cliniques qui soient assez rigoureux, après avoir éliminer les critères d'urgence (queue de cheval, sciatique paralysante), on a le temps de voir venir, même en terme d'imagerie.
+examen complémentaire
MPR2 : EMG, scanner, IRM (imagerie standard)...
MPR3 : Diagnostic : Radio, scanner, scintigraphie, IRM.
MPR4 : Moyens diagnostiques : la radio standard. Dans les lombalgies c'est essentiellement la radio, il n'y a pas besoin de scanner ou d'IRM.
MPR5 : Il faut savoir aussi ne pas se précipiter sur un examen complémentaire, savoir quoi demander et quand.
MPR5 : Il y a des temps d'évolution d'image IRM,
MPR1 : Ils ont souvent tous IRM ou scanner, ou les deux par contre, rarement des radios!
EMG :
MPR2 : L'imagerie on la fait couché, alors que les gens on mal surtout quand ils sont assis ou debout, donc avec l'EMG on a un autre regard

2. Thérapeutique
-manipulation
MPR3 : Thérapeutique : Beaucoup de manipulations, complétées par au moins un traitement antalgique, voire anti-inflammatoire sur une courte période de 3 à 4 jours, et puis dans certains cas accompagnées de la kinésithérapie, massage, beaucoup d'étirements, de techniques particulières type reprogrammation posturale mézière.
MPR3 : S'il s'agit plutôt un problème articulaire postérieur, que je retrouve un blocage, je vais essayer de faire une technique manipulative, si c'est plutôt un problème d'insuffisance discale, je vais le mettre sous anti-inflammatoire, lombostat etc.
MPR4 : Si on a des éléments qui peuvent orienter vers un dérangement intervertébral, on proposera des techniques manipulatives, ostéopathiques.
-medicamenteux
MPR2 : Thérapeutiques : les anti-inflammatoire, éventuellement une thérapie courte avec corticoïdes, éventuellement la mésothérapie,
MPR4 : Moyens thérapeutiques: il s'agit d'un traitement symptomatique, c'est à dire des antiinflammatoires, décontracturants, antalgiques.
-kinésithérapie
MPR2 : Après je mets en route la kinésithérapie parallèlement à la mésothérapie.
MPR2 : Quand avec tout ça ça ne va pas mieux ou que je vois qu'il y a une grosse raideur au niveau de la charnière thoraco-lombaire, lombaire, ou lombo-sacrée, je leur fais faire de la kinésithérapie.
MPR3 : Et puis je prescris énormément de kinésithérapie,
MPR3 : donc je pense qu'une kinésithérapie bien faite par un kinésithérapeute qui a envie de se donner du mal, ça marche bien
MPR4 : Ensuite en fonction des données morphologiques, des données dégénératives à la radio, une prise en charge kinésithérapique.
MPR1 : Avec les douleurs très importantes, on commence quand même par tenter de gérer la douleur, à base de physio (chaleur, ondes courtes, décontracturant) et puis la balnéo. Parce que c'est vrai que les massages tout le monde ne les supporte pas, et parfois ça réveille des douleurs. Mais parfois échec complet.
-infiltration :
MPR4 : Si c'est plutôt inflammatoire et que ça résiste au traitement symptomatique, on propose une infiltration.
-ceinture lombaire :
MPR4 : Ensuite au niveau des aides techniques, on peut utiliser une ceinture de soutien lombaire, pas de façon systématique.
3. Pose de diagnostic
MPR3 : j'essaie de faire un diagnostic de savoir pourquoi il a mal, ce n'est pas facile, parce que c'est souvent, multi-origine, ça peut être musculaire, articulaire postérieur, discal par insuffisance, hernie, etc... ça peut aussi être des douleurs projetées de problèmes digestifs, ça peut être aussi psychologique.
MPR5 : La difficulté après c'est d'arriver à mettre un diagnostic, le problème c'est que souvent les gens arrivent avec un

diagnostic de lombalgie chronique, on ne fait pas la part de ce qui peut être une problématique propre discale, ou une problématique autre en tout cas.
MPR5 : Il ne s'agit pas d'un diagnostic médical en tant que tel, on décrit un symptôme, avec une durée de l'évolution de la pathologie.
MPR3 : Donc c'est un peu un fourre tout, il faut réussir à orienter au mieux le diagnostic.
MPR5 : Si on fait pas de diagnostic de certitude, on va taper à coté.
MPR5 : Le problème majeur dans la prise en charge du lombalgique chronique c'est d'abord le démembrement de la pathologie, de savoir à quoi on a à faire, et à qui on a à faire.
MPR1 : Alors que nous on aime bien savoir d'où vient la douleur, est ce que c'est le métier, le stress, plurifactoriel? Quelle est l'origine? Pourquoi ça a évolué en lombalgie chronique?
MPR5 : Une fois qu'on aura compris qu'est ce qui fait mal on pourra adapter une prise en charge qui soit rationnelle.
MPR5 : La lombalgie c'est un diagnostic clinique, de symptômes, mais pas du tout en rapport avec une pathologie quelconque.

4. Moment d'intervention
MPR1 : On intervient souvent en bout de course, et rarement suite à un médecin généraliste. Les patients sont souvent envoyés par le rhumatologue.
MPR1 : Du coup nous les avons en dernier recours. Donc on a des gens qui ont déjà une histoire assez lourde, des gens poly opérés, des gens qui ont eu une hernie discale, qui ont énormément de traitements, des lasers, des infiltrations, etc.
MPR1 : Quand on les a au bout de 2 ans, on a des gens qui ont des dos raides, et il est beaucoup plus dur de les remettre en état
MPR2 : A tout moment! On me les adresse en début de lombo-sciatalgie par exemple, ou on me les adresse aussi pour faire un diagnostic EMG,
MPR2 : A tout moment que ce soit au début, que ce soit au bout de 3 mois parce que la lombalgie ne passe pas,
MPR2 : Oui, après chirurgie, des fois le généraliste ne sait plus quoi faire, alors il demande l'avis du spécialiste.
MPR3 : Dans les lombalgies chroniques j'arrive toujours en dernier, les gens en général ont déjà eu un scanner, une IRM, des radiologies plusieurs fois, des traitements anti-inflammatoire, non stéroïdiens, stéroïdiens... Quand ils ont déjà fait le tour des médecins, souvent ils ont déjà vu un chirurgien qui leur a dit que ce n'était pas opérable. J'arrive vraiment en bout de course, sauf, quand les gens me connaissent, qu'ils ont déjà eu à faire à moi, ils reviennent me voir en début, on repasse dans les lombalgies aiguës.
MPR4 : En général, ils ont déjà fait un parcours préliminaire, ils sont souvent en situation d'échec, ça tourne en rond et on ne sait plus trop quoi faire.
MPR5 : C'est très variable, nous on préfèrerait pas trop longtemps après le début de la symptomatologie, et avec quelque part un diagnostic et un discours qui soit déjà mis en place. Et le problème c'est qu'on a parfois des patients qui arrivent en complet bout de course, on a tout essayé.

5. Éducation :
MPR2 : Une place importante et en même temps des fois on a des impératifs difficiles, du style le patient qui est maçon, on aura beau lui donner tous les conseils qu'il veut, il est maçon, donc il va porter ses sacs de ciment, il va prendre des parpaings, donc dans ces cas là c'est difficile.
MPR2 : Parfois quand il y a des muscles particulièrement contracturés, je leur montre quelques petits exercices à faire, sans se faire mal, style une contracture du moyen fessier, qui est très fréquente en lombalgie L5, il y a des petits gestes qui peuvent soulager, mais en parallèle je prescris de la kinésithérapie.
MPR3 : J'attends ça du kinésithérapeute, moi je peux leur donner des conseils, mais je ne suis pas ergonomes, ni ergothérapeute, je ne connais pas leur position de travail. C'est sur que s'il était possible d'avoir des ergothérapeutes dans le libéral, et malheureusement ça n'existe pas, on pourrait faire des études de postes qui serait intéressantes pour faire des aménagements de poste, et qui soulageraient déjà pas mal de lombalgies.
MPR4 : En théorie, ça devrait prendre une place quand même assez importante, en pratique, on se rend compte quand même que ça s'épuise assez vite. C'est pas si facile que ça à respecter.
MPR4 : Ce sera plutôt fait en consultation.

6. Implication :
MPR1 : Souvent quand ils arrivent chez nous, on a l'impression qu'ils n'ont pas été impliqués, ils ne savent pas les traitements qu'ils ont déjà eu, etc.
MPR1 : C'est assez variable, il y en a on sent qu'ils ne vont pas être capables de se gérer, il faut les encadrer.
MPR1 : On a l'impression que les gens ne se prennent pas en charge.
MPR2 : C'est très variable, il y a des gens qui sont très acteurs, et puis d'autres qui ne respectent pas les consignes, qui ne prennent pas le temps pour les étirements, et qui sont très passifs.
MPR3 : Là c'est variable, il y a des gens qui se prennent en charge, qui veulent être acteur de leur guérison, et puis il y a les passifs qui attendent qu'on leur livre la guérison sur un plateau.
MPR4 : ça va dépendre de la clientèle. Pour moi il faut que le patient s'implique, sinon ça se termine assez vite.

7. Kinésithérapeute :
MPR1 : C'est assez variable, il y en a, on sent qu'ils ne vont pas être capables de se gérer, il faut les encadrer.
MPR1 : Les kinésithérapeutes libéraux ne font quasiment que du travail passif, très rarement actifs, donc les patients, sont pas capables de faire des exercices seuls. Mais c'est aussi variable selon les kinésithérapeutes.
MPR1 : Ceux qui prennent le mieux en charge ce sont ceux qui ont fait une formation vraiment spécifique pour le dos, mais il

n'y en a pas beaucoup.
MPR1 : Le généraliste a souvent du mal à savoir ce qu'il doit demander au kinésithérapeute.
MPR1 : Quand un patient a une lombalgie depuis déjà 2-3 mois, il faudrait déjà une prise en charge par un bon kinésithérapeute de ville, soit par une école du dos (pas forcément), et au moins leur apprendre à se servir de leur dos, et savoir le prendre en charge sur le plan médical, sur le plan positionnel.
MPR2 : Quand il s'agit d'un problème pas directement lié au métier, ce que je fais, je prescris de la kinésithérapie et je note sur l'ordonnance, éducation aux étirements du rachis, au déverrouillage matinal et aux postures, parce que souvent les kinésithérapeutes ont plus le temps, en voyant les patients ½ heure, une heure, c'est à eux de leur montrer les bons gestes, parce qu'ici, en 20 minutes de consultation, c'est difficile.
MPR2 : Pour les kinésithérapeutes, les patients vont chez celui de leur choix, par contre quand je les revois je leur demande ce qu'ils ont fait, si ça ne correspond pas à ma demande je leur dis de bien demander à leur kinésithérapeute de faire ce que j'ai prescrit, voire même un conseil de changer de kinésithérapeute quand celui ci ne prend pas le temps de montrer les étirements, les gestes de port de charge. Déontologiquement, on ne peut pas conseiller un kinésithérapeute.
MPR3 : Souvent la kinésithérapie est décriée à cause de kinésithérapeutes qui ne pensent qu'à faire de l'argent et qui ne s'intéressent pas aux patients et ne font pas de la vraie kinésithérapie.
MPR2 : De la part des kinésithérapeutes, j'ai très rarement de bilan en retour, alors que ça devrait être le cas.
MPR2 : Par contre certains me contactent par téléphone pour discuter d'une patiente, et génère un échange intéressant et constructif, le kinésithérapeute ne va pas ressentir le patient comme moi vu qu'on a pas du tout la même relation.
+Réticences
MPR3 : Quand je veux qu'ils évitent un kinésithérapeute j'explique pourquoi.
MPR3 : Prescription kiné? Quand je me suis installée il y a pas mal d'années je pensais que d'orienter le traitement c'était bien, mais je me suis assez vite rendue compte que ça ne servait à rien, parce que les kinésithérapeutes font ce qu'ils veulent. Alors je fais une ordonnance en expliquant le motif, la pathologie si je la connais, ce que j'attends, le but, et pour les moyens je les laisse se débrouiller. On peut dire que c'est normal parce que ce sont des thérapeutes à part entière, il y en a qui ont des techniques que d'autres n'ont pas. Je dis juste aux patients que je ne veux pas qu'on les laisse sous une machine ½ heure et qu'on leur mette de la crème 2 minutes, parce que ça ne correspond pas à ce que je demande. Donc j'oriente un peu les gens vers la qualité du travail, en disant que si ça ne va pas ils peuvent changer d'endroit, et je laisse le kinésithérapeute libre à partir du moment où il a un diagnostic.
MPR3 : J'ai le retour des patients quand je les revois
MPR3 : Quand ils me répondent qu'ils n'ont plus mal, soit ils ont de la chance et leur corps a guéri tout seul, soit la kinésithérapie a été efficace.
MPR3 : Par contre quand ils me disent que ça ne va pas mieux, j'essaie d'abord de voir si la prise en charge a été correcte. Et malheureusement parfois on se rend compte que des kinésithérapeutes font de la machinothérapie, et n'utilisent pas leurs mains, et on comprend pourquoi il n'y a pas eu d'amélioration.
MPR3 : On a très rarement des lettres des kinésithérapeutes alors qu'on devrait en avoir une systématiquement.
MPR3 : Temps en temps j'ai un coup de fil d'un kinésithérapeute qui me donne des nouvelles d'un patient, mais la plupart du temps rien.
MPR3 : Quand je vois que ça se passe mal, je conseille aux patients de changer de kinésithérapeute. Et je prends note de ce kinésithérapeute,
MPR3 : Si j'ai bien à souligner un point c'est le nombre de kinésithérapeutes qui manquent de sérieux, qui ont oublié qu'ils étaient masseurs, et qui ne pensent qu'à remplir les caisses.
MPR4 : Il y a 2 aspects dans la prise en charge par un kinésithérapeute. Il y a un aspect sédatif, par les techniques de massage, de physiothérapie chaude, électrothérapie... tous ces adjuvants. Et puis après il y a l'éducation posturale, avec un renforcement musculaire.
MPR4 : J'ai des retours des kinésithérapeutes, parce que je les connais bien. Ils me font des compte-rendus, des bilans, c'est pas systématique, mais ça existe. Cela reste plutôt rare.
MPR5 : Kinésithérapeute : je ne fais appel qu'à ceux que je connais personnellement et je les appelle pour leur expliquer exactement ce qu'il en est.
MPR5 : Il faudrait donc former des kinésithérapeutes dans une prise en charge un peu plus spécialisée des lombalgies chroniques, avec une tarification à revoir. Aujourd'hui, on ne peut pas demander à un kinésithérapeute de passer une ½ heure, à ¾ d'heure à s'occuper exclusivement d'un lombalgique chronique, au tarif d'une séance normale.

8. Centre Anti-Douleur :
MPR1 : On travaille avec la consultation de la douleur, mais eux ne travaillent pas avec nous. C'est jamais la douleur qui nous les envoie, et on a jamais de demande de travail en coordination. Ils mettent en place tout ce qui antalgique, ils ont une prise en charge psychologique qui est quasi systématique, mais on a l'impression que quelque fois ils ne vont pas chercher la cause, même si on ne peut pas toujours en trouver.
MPR1 : Consultation antidouleur. Après toute la panoplie anti inflammatoire, décontracturant... on passe le relais.
MPR3 : Ça m'arrive de faire appel à la consultation de la douleur, en sachant qu'ils ne font pas de diagnostic, mais uniquement un traitement, un traitement médicamenteux la plupart du temps.
MPR4 : C'est la prise en charge de la douleur par les services de consultation de la douleur. Moi, je trouve que les prescriptions qui sont faites par ces services là sont souvent excessives, parce qu'on va utiliser des médications qui finalement déconnectent les patients de la vie active, alors que nous, en médecine physique, en réadaptation, on essaie de les maintenir le plus possible dans une vie socioprofessionnelle active.
MPR5 : Et surtout de la prise en charge ici, on a remarqué que tous les cas qui étaient passés par un centre antidouleur avant de venir ici, ça a été des échecs.
MPR5 : Centre antidouleur : on fait appel à eux, mais ça reste assez rare car c'est considéré comme un échec au niveau de

leur prise en charge. C'est plus souvent le centre antidouleur qui fait appel à nous pour faire le point sur les lombalgies chroniques.
Algologue :
MPR2 : Aux algologues, parce qu'on a parfois des lombalgies qui rentrent dans le cadre d'une fibromyalgie, par exemple.
MPR4 : J'ai un petit peu de mal avec les algologues.
MPR4 : je trouve qu'ils les emmènent dans des traitements qui sont trop lourds.
MPR3 : J'envoie pas les lombalgiques chez les psychologues parce que j'ai toujours peur que ce ne soit pas pris en charge et que ça leur coute de l'argent, psychiatres, ça m'arrive, mais c'est difficile parce que les gens disent qu'ils ne sont pas fous, et qu'ils ont réellement mal dans le dos, mais c'est souvent par l'intermédiaire du centre de la douleur, parce qu'ils ont une équipe de psychologues qui les voient lorsque j'envoie mes patients là-bas.

9. Rhumatologue :
MPR2 : éventuellement je les envoie faire des infiltrations, que ce soit de l'arthrose ou une hernie discale.
MPR2 : Quand il y a un problème d'arthrose, rhumatismal, je les envoie chez un rhumatologue
MPR2 : Qu'ils me donnent leur avis, éventuellement une orientation thérapeutique quand je suis passée à coté de quelque chose. Pour le rhumatologue, j'attends de savoir s'il y a une maladie rhumatismale derrière.
MPR3 : Il y a aussi les rhumatologues, quand j'ai l'impression que la pathologie est plutôt rhumatismale, tout ce qui est spondylarthrite... ça ne fait pas parti de mon job.
MPR3 : Moi je n'ai pas de réticences à travailler avec des rhumatologues, mais l'inverse n'est pas vrai. Il y a beaucoup de rhumatologues qui n'aiment pas les techniques de manipulations manuelles (sans explications vraiment valables), mais qui correspond en fait plutôt à une ancienne guerre de spécialités.
MPR4 : Oui, il m'arrive de faire appel à un autre professionnel, mais pour des gestes techniques spécifiques. Si j'ai besoin d'une infiltration radioguidée, ou sous contrôle scanner, là je fais appel à quelqu'un d'autre.
MPR5 : Rhumatologue pour une infiltration radioguidée, ou dans le cadre d'une pathologie inflammatoire, comme une spondylarthrite, ou autre.

10. Cure thermale :
MPR1 : On envoie parfois en cure thermale.
MPR3 : Je travaille aussi avec les cures thermales, je prescris souvent des cures. Je pense que ça marche assez bien.
11. Chirurgiens
MPR5 : Chirurgien : pour avoir un avis, par rapport aux images, si il y a quand même une indication, et surtout quand en parallèle il y a un échec au niveau de la thérapeutique.
MPR5 : Tout d'un coup, les scanners sont arrivés, on a peut-être beaucoup moins examiné aussi, lombalgie, imagerie, protrusion, souffrance discale, chirurgien. Et puis au bout d'un certain nombre d'années on s'est rendu compte qu'il y avait aussi beaucoup d'échecs chirurgicaux, et en fait c'est pas parce que l'opération était mal faite, c'est parce que l'indication était mal posée.

12. Médecin du travail :
MPR1 : On travaille beaucoup avec les médecins du travail pour inciter à l'adaptation du travail, pour faciliter une réinsertion, et les médecins du travail jouent bien le jeu, mais les employeurs ne suivent pas toujours les recommandations.

13.Autres professionnels
Manipulateur
MPR2 : Pour les manipulations je les envoie chez mon collègue.
Centre de rééducation
MPR2 : Par contre, il est bon de les envoyer en centre de rééducation où on associe kinésithérapie, balnéo, ergo, relaxation, surtout dans les cas de lombalgies chroniques
Psychologue :
MPR1 : Et certains patients ont besoin d'un suivi psychologique, mais ça reste rare.
MPR5 : Ça peut être au départ un neuropsy pour casser l'évolution, éviter la somatisation excessive, ça peut être dès le départ un traitement fonctionnel un peu plus poussé.

14. Réticences :
MPR2 : Aucune réticence, très bons contacts
MPR1 : Réticences? Pas trop.
MPR4 : Aucune réticence.
MPR3 : En principe j'adresse les patients à des professionnels que je connais en général. Quand je veux qu'ils évitent un kinésithérapeute j'explique pourquoi.
Moi je n'ai pas de réticences à travailler avec des rhumatologues, mais l'inverse n'est pas vrai. Il y a beaucoup de rhumatologues qui n'aiment pas les techniques de manipulations manuelles (sans explications vraiment valables), mais qui correspond en fait plutôt à une ancienne guerre de spécialités.
MPR5 : Aucune réticence à travailler avec les autres professionnels,

15. Informations attendues
MPR 1 : Déjà leur histoire, les traitements qu'ils ont déjà eu, quel type de douleur, la gêne, épisodique, ressenti de la douleur....Le traitement en cours, et parfois les patients peuvent faire un mélange parmi tous les traitements qu'ils ont.
MPR2 : les antécédents, les traitements, la raison pour laquelle on me l'adresse, leur imagerie, si on me les adresse pour un

EMG.
MPR3 : des vraies informations, c'est à dire au moins les antécédents précis du patient, les examens complémentaires, leurs résultats pour pas renouveler, et souvent les patients ne savent pas ce qu'ils ont eu comme examen. Dans les antécédents, il y a les traitements en cours et pas uniquement en rapport avec la lombalgie, par exemple si le patient est sous anticoagulants (le patient ne le sait pas toujours) si je prescris des infiltrations...Je mène après mon interrogatoire, j'ai pas besoin qu'on me dise qu'il a mal quand il fait certains mouvements. Je ne veux juste pas faire d'impair, ni de doublet.
MPR4 : Surtout le contexte médical, qu'on ne fasse pas d'impairs avec d'autres pathologies. Il s'agit d'une lettre d'introduction.
MPR5 : J'attends des autres professionnels qui m'adressent un patient, l'histoire de la maladie et pourquoi ils me le transmettent, connaître la logique dans la prise en charge.

16. Retour :
MPR 1 : En retour : j'envoie systématiquement une lettre, pour dire ce que j'ai modifié au niveau traitement.
MPR1 : On essaie de donner le programme de la prise en charge, si il regagne la voie générale... Mais pas toujours détaillé.
MPR2 : je fais un courrier. Si je fais un EMG, je fais le compte-rendu dans la foulée, le patient repart avec son compte-rendu. Si c'est un patient que je vois pour des séances de mésothérapie ou de kinésithérapie, à la fin du traitement, je refais un compte-rendu, où j'explique ce que j'ai fait, les résultats. Si on me l'envoie pour avis, alors j'écris les traitements que je mettrais en place, ce que j'en pense.
MPR3 : Si je n'ai pas eu de courrier au départ, je n'en fais pas en retour non plus.
Quand on m'a écrit, je réponds. Je dis ce que j'ai trouvé comme diagnostic, ce que j'ai fait, et comment va le patient. Je ne réponds pas après la 1ere consultation, si c'est un traitement manuel, je réponds quand j'ai fini mon traitement, si c'est une orientation vers quelqu'un d'autre, je réponds tout de suite.
MPR4 : Alors moi je fais une lettre, avec un compte rendu de ma consultation, des décisions qui sont prises, des gestes qui sont effectués éventuellement.
MPR5 : L'ensemble de la problématique, à savoir pourquoi on le prend en charge, quelles sont les indications qui ont confirmer la prise en charge ici, le déroulement de la prise en charge, les conclusions des différents secteurs d'intervention, que ce soit en terme de kinésithérapie,(...) en terme d'ergothérapie, par rapport aux possibilités dans la vie professionnelle, parce qu'on peut faire des mises en situation professionnelle, ou alors en terme d'adaptation à une vie tout court. Et puis les conclusions de la prise en charge neuro-psychologique si elle est importante et déterminante dans la problématique.

17. Communication
+MPR3 : Et en général, je n'ai pas ces informations là. On va dire que dans 70% des cas je ne sais rien.
MPR3 : C'est souvent je vous adresse Mr, Mme X pour suivi, parfois même rhumatologique, alors que ce n'est pas mon domaine. C'est vraiment 'Débrouillez-vous!!'
MPR3 : Non, sur une journée de consultation, il y a une moitié qui ont des lettres utiles, à peu près correctes, et une autre moitié où les lettres sont inutiles, avec un manque de communication et tout à fait susceptible de créer des problèmes.
MPR3 : Donc on a obligé le parcours coordonné, mais je suis extrêmement critique là-dessus et les autres spécialistes, dans les autres domaines, pourront vous dire pareil, on est très fâché. On est dans un parcours coordonné qui fait semblant d'être coordonné, parce que ça ne s'appelle pas de la coordination. Les médecins généralistes font plate-forme d'orientation, mais ne transmettent pas les informations nécessaires aux autres professionnels, ça fait une perte de temps pour le patient, et ce n'est pas respecter le patient. Le parcours coordonné obligatoire n'a rien apporté, si ce n'est que des dépenses en plus, et rien de bien pour les patients, et rien de bien pour les spécialistes. Ce qu'il serait plus efficace c'est un suivi grâce à la carte vitale, sur laquelle pourrait figurer les traitements en cours, les examens qui ont été fait, qu'au moins quand on voit un patient on puisse savoir s'il a des problèmes cardiaques, vasculaires lorsqu'on voit qu'il est sous anticoagulants et éviter les erreurs médicales.
MPR5 : non, « je vous adresse....pour....qui présente une lombalgie chronique....merci de votre prise en charge »
MPR5 : On peut l'optimiser encore.
MPR2 : Mais c'est vrai qu'il est pas toujours évident pour les spécialistes libéraux, d'avoir le temps d'écrire un courrier,
+MPR4 : en général, j'ai ces informations.
MPR4 : On peut toujours imaginer que ce soit mieux, mais franchement, j'ai pas de frustration dans ce domaine.
MPR2 : Disons que moi j'ai le coup de fil facile, quand j'ai un EMG un peu spécial, j'appelle directement mon confrère. J'ai des bons contacts avec les généralistes du coin. Les confrères, à qui j'envoie mes patients, sont souvent des gens que je connais bien et de qui, je sais, j'aurai un bon retour. C'est souvent en réseau que ça fonctionne.
MPR3 : Ce qui serait plus efficace c'est un suivi grâce à la carte vitale, sur laquelle pourrait figurer les traitements en cours, les examens qui ont été fait, qu'au moins quand on voit un patient on puisse savoir s'il a des problèmes cardiaques, vasculaires lorsqu'on voit qu'il est sous anticoagulants et éviter les erreurs médicales.

18. Autre :
MPR3 : La sédentarité entraîne des lombalgies chroniques qui n'ont pas de diagnostics précis, pas de hernie, pas d'arthrose... ça entraîne des diagnostics 'fumeux'...
MPR5 : Et moi je reste persuadé que ce qui fait la différence c'est la prise en charge les 3 premiers mois, et aussi de pouvoir être à l'écoute du patient.
-Pathologie ennuyeuse, évolution
MPR5 : Et le problème c'est que aujourd'hui une des grosses difficultés, qui en fait une pathologie ennuyeuse, on veut toujours établir des nouveaux protocoles de prise en charge. Le problème c'est qu'on veut faire rentrer le patient dans un protocole déterminé, et on essaie pas d'adapter un différent protocole à l'état du patient. Il y a eu longtemps la mode cocooning (on ne fait rien) ensuite il y a eu la méthode suédoise (non il faut les faire bosser) ce qui fait qu'aujourd'hui les lombalgiques on les fait rentrer dans le protocole suédois, on s'est aperçu qu'il ne faut pas les laisser au lit, il faut bosser tout

de suite, et pourtant il y a des gens qui sont mieux couchés sans rien faire, et il y a des gens qui sont mieux en marchant. Il faut d'abord écouter le patient essayer de comprendre ce qu'il se passe.

-Réseau :

MPR2 : Les confrères, à qui j'envoie mes patients, sont souvent des gens que je connais bien et de qui, je sais, j'aurai un bon retour. C'est souvent en réseau que ça fonctionne.

MPR5 : Avoir une approche multidisciplinaire, et plus rapide. Et ça va devoir passer par une mise en place de réseaux. Avec autour de chaque généraliste un spécialiste qui serait son référant, qui pourrait l'aider et le guider dans sa prise en charge, surtout pour les lombalgies chroniques, quand, après un mois de traitement, le généraliste se pose quand même des questions. Il pourrait alors soit directement le transmettre à son spécialiste 'référant', soit simplement avoir un contact téléphonique pour parler du cas, et voir si il faut continuer dans la même voie, ou s'il faut changer.

MPR5 : parce que parfois un échec ça peut être simplement ne pas avoir placé le bon thérapeute au bon moment.

MPR5 : Il faudrait pouvoir avoir une étape intermédiaire entre rien et le centre, car le coût de la prise en charge des lombalgiques chroniques est très important. Il faudrait donc former des kinésithérapeutes dans une prise en charge un peu plus spécialisée des lombalgies chroniques, avec une tarification à revoir. Aujourd'hui, on ne peut pas demander à un kinésithérapeute de passer une ½ heure, à ¾ d'heure à s'occuper exclusivement d'un lombalgique chronique, au tarif d'une séance normale. Il faut surtout voir avec les kinésithérapeutes qui peuvent proposer de la balnéo. Ça permettrait d'avoir un niveau intermédiaire entre ce qui est fait en ville et qui est bien souvent inefficace, et le centre de rééducation avec une équipe multidisciplinaire.

MPR5 : La prise en charge en ville est obligatoirement vouée à l'échec du fait de l'approche multifactorielle des lombalgies chroniques, c'est à dire qu'il faut très souvent avoir recours à un psychologue, à une assistante sociale, à une équipe parallèle autre que le médecin traitant qui peut casser le cercle vicieux de la lombalgie chronique, souvent du à l'état d'esprit dans lequel est le lombalgique chronique. L'objectif étant d'obtenir une amélioration, un retour dans la vie professionnelle et familiale.

MPR5 : Alors ça veut dire, en terme de réflexion, mettre en place très vite des réseaux, où le médecin généraliste peut prendre très vite l'avis de quelqu'un et partager une prise en charge, parce que ce n'est pas simple.

MPR5 : Mais il va falloir qu'on s'oriente dans ce sens là, sortir des modes « moi, je ... » Essayer de comprendre ce qu'il se passe, et ensuite avec des réseaux, essayer rapidement, si on sent qu'on ne maitrise pas le sujet, demander des avis d'autres professionnels. Et là c'est différent, parce que la personne connait pas, on peut tout de suite mettre un halte là, confirmer la validation de l'indication d'examens complémentaires. Et le problème c'est que c'est le patient qui est demandeur d'un examen complémentaire, et il va insister, et vous allez refuser, et puis il ira chez le voisin qui lui fera le scanner, où on verra la protrusion, et il se dira que vous avez pas fait correctement votre travail.

-Médecin généraliste :

MPR5 : Maintenant donc c'est sur que c'est la façon dont c'est vendu au patient qui prédétermine et qui conditionne la suite. Si le patient sent qu'il est cadré, au niveau de la prise en charge, que le médecin généraliste maitrise et la pathologie et son évolution, généralement ça se passe mieux, pas forcément bien, mais mieux.

MPR5 : Le médecin généraliste, qui le 1er acteur dans la pathologie et dans l'environnement du patient, n'est pas forcément le mieux placé pour sortir certaines choses, et avoir quelqu'un qui soit complètement étranger et à la pathologie et au patient, ça peut être quelque chose de positif, par rapport à l'évolution ultérieur

MPR1 : Le généraliste gère quand même la majorité des lombalgies, si échec thérapeutique, il adresse au rhumatologue, qui lui intervient plus avec des infiltrations, etc.

-Douleur :

MPR1 : Moi ce qui me frappe beaucoup, des gens qui arrivent en espérant qu'ils vont être sauvés, alors nous on leur explique que ça fait des années qu'ils ont mal, et qu'on arrivera pas à leur ôter complètement leur douleur, mais qu'on leur apprendra à vivre avec. On a du mal à leur faire comprendre que la douleur on ne peut plus la diminuer.

MPR1 : Souvent lié à une angoisse psychique, angoisse du travail, angoisse de se faire mal.

MPR1 : Il y a certains patients avec lesquels on arrive pas à résoudre le problème.

MPR5 : On ne maitrise pas au début le pourquoi du comment, on a bien envie d'apporter une réponse surtout aux patients qu'on connait, on est alors tendu à faire des examens rapides, et parfois trop rapides. Parce qu'une fois qu'on a fait un scanner, ou une IRM, en semi-urgence par rapport à une lombalgie aiguë parce que patient veut savoir ce qui se passe, et que vous voyez qu'il y a une protrusion, et après dire au patient que ce n'est pas grave qu'il va y avoir une évolution sur plusieurs mois, voir un an, mais qu'il n'y a pas vraiment d'indication chirurgicale pour le moment, pour la lombalgie : douleur égale image, une hernie.

MPR1 : Alors qu'en fait ils ont un dos plus fragiles, ils devront d'autant faire plus attention, et on a du mal à la 1ere consultation à l'expliquer aux gens. (apres chir)

MPR1 : Les gens ne supportent de devoir supporter une douleur.

MPR5 : S'ils sont en attente de suppression de la douleur, on leur explique que ce n'est pas possible.

MPR1 : Parfois même si la douleur n'est pas partie avec l'apprentissage et l'éducation, ils retrouvent une vie qui se normalise un petit peu. Mais parfois il y a des gens pour qui on n'y arrive pas.

-Rééducation/ intérêt

MPR1 : En médecine on apprend le corps statique, pas tellement le corps qui bouge.

MPR1 : Il faut convaincre le patient de l'intérêt de la rééducation, parce qu'ils pensent que suite à une opération pour une hernie discale, c'est fini, ils n'auront plus mal.

3. Unités d'analyse rhumatologues

1.diagnostic

a. interrogatoire
+Rhum2 : Le plus important c'est l'interrogatoire, qui apporte beaucoup,
Rhum1 : l'interrogatoire du patient, savoir de quand datent ses lombalgies, la chronicité, ce qu'il a déjà eu comme traitement,
+Rhum1 : la relation avec un facteur déclenchant.
b. examen clinique
+Rhum2 : l'examen clinique, pour bien spécifier le type de lombalgie
Rhum1 : il y a l'examen clinique.
Rhum4 : c'est avant tout clinique.
Rhum3 : Sinon l'examen, on va le refaire nous,
c. examens complémentaires
+Rhum2 : Ensuite la radiologie. La radiologie peut montrer des choses intéressantes.
Rhum2 : et en principe pas le scanner, qui n'a pas d'indications dans ce cas là.
Rhum1 : le bilan radiographique et le bilan scannographique, pour peaufiner le diagnostic,
Rhum4 : s'il n'y a pas de radiculalgie, le scanner n'a pas d'intérêt.
Rhum4 : Les radiographies standards peuvent être utiles pour être sûr en cas de doute sur une éventuelle cause infectieuse, tumorale.
Rhum4 : Autrement la clinique se suffit généralement à elle-même.
Rhum3 : Je préfèrerais spontanément plutôt le scanner. Si on parle que de lombalgie sans radiculalgie, le scanner est pas mal. Maintenant l'IRM est réputé pour donner des images dites de Mobic, dont on est censé tirer des conclusions.
+Rhum3 : Je crois que bien qu'on utilise le vocable chronique, il est intéressant d'avoir un diagnostic étiologique.
Rhum3 : Ou bien on traite la douleur isolément sans tenir compte de son étiologie, ce qui me paraît toujours un petit peu scabreux, ou on essaie de savoir quelle est la cause de la douleur,

2.thérapeutique
a. médicament
+Rhum2 : Peu d'antiinflammatoires, parce que l'état de chronicité témoigne d'un état de type froid, peu inflammatoire.
Rhum1 : Bon je ne donne pas d'antiinflammatoires dans cette pathologie.
+Rhum2 : La seule solution c'est le recours aux antalgiques
Rhum3 : la gestion de la douleur, antalgiques de palier 1, c'est à dire paracétamol, floctafénine de niveau 2, le tramadol et la codéine, éventuellement les opiacés avec la lamaline, puis le niveau 3 dans ce qui est chronique, je ne suis pas très chaud parce qu'on se retrouve confronté à une escalade des doses, avec des résultats très médiocres.
Rhum1 : Souvent je diminue la thérapeutique qui est donné par le généraliste, j'enlève un peu les morphiniques, j'essaie de revoir la prise en charge.
Rhum3 : Le morphinique,on se retrouve quand même de temps en temps à une augmentation des doses. Quand vous avez une lombalgie chronique, elle sera toujours là dans 5 ans dans 10 ans, on peut le craindre. Au lieu de pouvoir arrêter les opiacés, on va les augmenter. Pour moi on se met dans des schémas thérapeutiques difficiles.
Rhum4 : il aura en première intention des antalgiques, des soins de kinésithérapie.
+Rhum1 : Je pense que le généraliste oublie toujours le décontracturant musculaire, c'est le petit plus que souvent on ne donne pas, ce qui est dommage.
Rhum4 : Les myorelaxants, on en donne tous, mais là encore, les preuves d'activité sont assez faibles.
Rhum2 : Ils donnent des décontracturants qui n'ont aucun intérêt. Parce que les muscles sont contracturés à cause d'un vice statique, et puis le muscle compense. Le premier niveau c'est l'articulation, et ensuite c'est le muscle.
b. Rééducation/kinésithérapie
+Rhum4 : Donc la rééducation est quelque chose d'important, et la rééducation elle-même va dépendre du contexte. Est-ce que l'on cherche un réentraînement à l'effort, pour quelqu'un qui a un travail physique, ou est-ce qu'on cherche simplement une kinésithérapie antalgique, chez la personne d'un certain âge qui se plaint de lombalgie chronique. Donc ça aussi ce sont des éléments qu'il faudra donner au kinésithérapeute, pour l'orienter un peu.
Rhum3 : Sinon, on a bien entendu la kinésithérapie, la rééducation.
Rhum2 : reconstituer la statique du bassin, en antéversant le bassin, en fortifiant un petit peu la musculature abdominale.
Rhum2 : Il s'agit donc surtout du reconditionnement physique du malade, qui devrait améliorer les lombalgies.
Rhum2 : Ce sont des rééducations difficiles, surtout chez des gens qui n'ont plus de muscles ou qui sont dans des positions vicieuses à rééduquer. Souvent ce sont des gens âgés, qui sont lordosés depuis longtemps, et qui ont des muscles pas possibles, donc c'est une rééducation qui devrait s'étaler sur des mois voire des années, ce qui n'est jamais fait.
c. infiltration
+Rhum2 : je ne fais pas d'infiltrations, car plutôt réservées au cas aigus.
Rhum3 : Les infiltrations épidurales n'ont normalement pas leur place dans la lombalgie chronique. Les infiltrations des articulaires postérieurs c'est très difficiles parce qu'il y en a deux par étage, et il y a deux ou trois étages qui peuvent être en souffrance, on ne sait pas où il faut mettre son aiguille, on ne va pas en faire 6 ou 8. Donc c'est un petit peu aléatoire, c'est un recours un peu difficile.
Rhum4 : Les infiltrations articulaires postérieures sont intéressantes, pour autant qu'on aura démontré par la clinique et la radiologie que la douleur est bien due à une arthrose interapophysaire postérieure, et pas des discopathies. Actuellement, on fait ça en première intention cliniquement, repérage clinique, si c'est pas une grosse arthrose, si on sent quand même où il faut piquer. Sinon il faut faire ça sous radio ou sous scanner.
d. ceinture lombaire
+Rhum2 : le port intermittent d'une ceinture de soutien lombaire
Rhum4 : Et enfin il y a le port d'une ceinture de soutient lombaire, ça peut être intéressant.
e. traitement anti- arthrosique

+Rhum4 : Les traitements de fond de l'arthrose lombaire, n'ont jamais été testés et n'ont jamais fait la preuve d'une quelconque efficacité là dedans

+Rhum3 : J'ai un petit peu de mal à donner un schéma universel, j'agis vraiment au coup par coup.

3. Moment d'intervention

Rhum2 : Trop tard, toujours trop tard! Quand il y a déjà eu beaucoup d'essais, de bricolages, je les vois très tardivement.
Rhum3 : C'est vrai que maintenant, avec le parcours de soin, ça a plutôt tendance à être en deuxième intention, mais pas toujours, ça peut être de gens qui viennent malgré tout directement pour prendre en charge une lombalgie, ça peut être des gens qui parlent d'une lombalgie parce qu'ils ont mal ailleurs. Ça dépend, il y a des gens qui, comme je pratique de la manipulation vertébrale, viennent directement pour ça, bien que les cas chroniques ne soient pas la meilleure indication.
Rhum3 : En tant que rhumatologue? Alors je crois que poser un diagnostic est un préalable intéressant.
Rhum4 : On fait appel à moi en seconde intention parce que c'est mon mode d'exercice. Je les vois en seconde intention, donc généralement, ils ont à peu près tout eu.

4. éducation thérapeutique/conseils :

Rhum1 : Oui je suis très ouverte sur l'éducation thérapeutique,
Rhum1 : Je pense qu'il faut les éduquer à leurs problèmes, à leur douleur, et comment la prendre en charge.
Rhum2 : J'ai quelques feuilles qui expliquent les précautions.
Rhum2 : Les conseils d'éducation ça vient après, chez le kinésithérapeute, une fois qu'ils ont à peu près un état possible.
Rhum3 : Les conseils, en général, les gens les connaissent.
Rhum3 : L'éducation, je dirais que si ça consiste à expliquer qu'il faut éviter le port de charges lourdes, plier les genoux, souvent les gens le savent.
Rhum4 : C'est tout à fait important. Je l'aborde moi-même. Je leur explique les gestes à ne pas faire. Pour beaucoup quand même, on délègue ça au kinésithérapeute, qui va leur apprendre une hygiène posturale.

5. implication du patient

Rhum1 : Il faut l'impliquer, souvent il ne veut pas, le dépressif ne s'implique pas, d'où l'échec à mon avis d'au moins 50%, d'où la surmédicalisation qui faite.
Rhum1 : j'essaie toujours de les autonomiser, ils n'aiment pas toujours, il y en a qu'on arrivera jamais à autonomiser, ils attendent tout de nous et surtout ne rien faire.
Rhum2 : Il est acteur, il faut qu'il soit acteur.
Rhum2 : C'est souvent là qu'il y a un problème, ils ont une volonté plus ou moins défaillante, et ils viennent ici pour chercher une solution miraculeuse, en demandant de l'acuponcture, alors que ça n'a pas d'intérêt puisqu'il y a problème de fond, ou ils demandent des médicaments, mais là encore ce n'est pas là la solution. Il faut remettre tout ça en état.
Rhum3 : De toute façon nous sommes là pour informer les personnes, leurs indiquer les différents moyens thérapeutiques à leur disposition, et à la limite, c'est toujours le choix du patient
Rhum3 : c'est toujours le choix du patient de choisir son mode thérapeutique, on ne fait jamais opérer quelqu'un de force, on n'envoie jamais en station thermale non plus, et on est pas là pour faire avaler des comprimés ni même pour surveiller qu'ils sont avalés, parce qu'on peut se poser beaucoup de questions là-dessus aussi.
Rhum4 : Il n'en est pas acteur dans le sens où on l'entend maintenant dans l'éducation thérapeutique.

6. kinésithérapeutes :

Rhum1 : Leur dire que plutôt que de ne pas bouger, il faut bouger, ils font tout l'inverse de ce qu'il faut faire, je pense qu'on a un retard terrible dans ce domaine, on a confondu lombago aigu avec lombalgie, on a confondu beaucoup de chose, on a confondu sciatique avec lombalgie, enfin il y a eu un espèce d'amalgame qui fait que maintenant on a pris un retard, le patient pense qu'il ne doit pas bouger. Il y a une kinésiophobie, quand on voit ça on a envie de leur dire de réapprendre à bouger intelligemment, donc là il faut que le kinésithérapeute forme au verrouillage du rachis si besoin est, etc...
Rhum3 : A des rééducateurs, la kinésithérapie a sa place dans certain type de lombalgie, on a envie de dire d'avantage dans la phase subaiguë, parce que à chaud on ne peut pas faire grand chose, dans la lombalgie chronique, j'avoue que c'est souvent un petit peu désespérant, parce que tout a été tenté et on se retrouve devant des situations anatomiques qui font qu'on ne voit pas trop comment modifier cet état anatomique, d'où l'intervention de kinésithérapeutes.
Rhum4 : Donc en général, j'adresse uniquement au kinésithérapeute.

a. antalgie/massage

Rhum1 : Les kinésithérapeutes : d'abord pour l'antalgie.
Rhum1 : les gens aiment bien être massés, il y a un relationnel particulier dans le massage,

b. rééducation

Rhum1 : Il y a une kinésiophobie, quand on voit ça on a envie de leur dire de réapprendre à bouger intelligemment, donc là il faut que le kinésithérapeute forme au verrouillage du rachis si besoin est, etc...
Rhum2 : Ce sont des rééducations difficiles, surtout chez des gens qui n'ont plus de muscles ou qui sont dans des positions vicieuses à rééduquer.
Rhum4 : Donc la rééducation est quelque chose d'important, et la rééducation elle-même va dépendre du contexte. Est-ce que l'on cherche un réentraînement à l'effort, pour quelqu'un qui a un travail physique, ou est-ce qu'on cherche simplement une kinésithérapie antalgique, chez la personne d'un certain âge qui se plaint de lombalgie chronique.

c. éducation

Rhum1 : Ensuite je demande un apprentissage du verrouillage, la bascule pelvienne. Moi je leur montre déjà, le kinésithérapeute leur montre, comme ça le patient le voit plusieurs fois. On montre des mouvements faciles à faire chez eux,

Rhum4 : La kinésithérapie, de toute façon, est limitée dans le temps, par contre l'apprentissage d'une hygiène posturale, ou d'une autorééducation, il y a des gestes qu'ils peuvent faire eux-même de façon régulière pour tonifier les muscles abdominaux, et les muscles péri-vertébraux lombaires, sans pour autant aller chez le kinésithérapeute. Le kinésithérapeute, à ce moment là, a un rôle d'éducation en leur expliquant ce qu'ils doivent faire à domicile.

Rhum4 : Dans la lombalgie chronique, pas tellement. (autres profession)

7. Rééducateurs

Rhum1 : Rarement à un médecin rééducateur pour les lombalgies chroniques. Parce que moi je prends en charge,
Rhum1 : éventuellement pour un corset,
Rhum1 : C'est là que j'aimerai avoir accès à des rééducateurs. On a des bons centres de rééducation, on a l'adapt, qui ont beaucoup de machines, un bon plateau technique. C'est dommage parce qu'on a pas souvent accès pour ce type de patients à ce type de plateau technique
Rhum1 : Je suis vraiment ouverte pour cette rééducation thérapeutique.
Rhum1 : je suis vraiment très ouverte sur les médecins rééducateurs, sur les kinésithérapeutes, pour essayer d'aider le patient à passer un cap,
Rhum2 : Quand j'ai un problème médecine interne, j'ai un correspondant à Metz, quand j'ai un problème de manipulation (bien que j'ai le diplôme de manipulation, j'en fais pas assez) j'envoie chez Dr L, un médecin rééducateur.
Rhum3 : on a bien entendu la kinésithérapie, la rééducation. Nous avons quasiment une école du dos à l'ADAPT à Thionville, qui peut aider les personnes
Rhum3 : Après ça, on va avoir des problèmes d'adaptation du poste de travail pour les gens qui travaillent.
Rhum4 : Dans la lombalgie chronique, la manipulation vertébrale n'a pas sa place,
Rhum3 : il y a des gens qui, comme je pratique de la manipulation vertébrale, viennent directement pour ça, bien que les cas chroniques ne soient pas la meilleure indication.

8. Chirurgiens

Rhum3 : Pour les chirurgiens orthopédistes, la lombalgie n'est théoriquement pas une indication d'intervention sur la pathologie discale. Maintenant, la pathologie de l'arc postérieur l'est éventuellement, quand c'est compliqué d'un canal lombaire étroit. Les arthrodèses, ça dépend beaucoup des habitudes des chirurgiens, certains ayant un recours quasiment systématique, d'autres ne veulent pratiquement jamais en faire. Entre les deux on a un peu de mal à trouver un juste chemin, c'est vrai qu'il y a des personnes chez qui j'aurai souhaité que ce soit fait, et les chirurgiens avec qui je travaille n'y étaient pas favorables. A côté, de ça il y a des chirurgiens qui vont faire une arthrodèse très facilement, pour une simple hernie discale.

9. Cure thermale

Rhum4 : Le thermalisme a quelques travaux montrant une efficacité dans la lombalgie chronique, donc c'est une solution qu'on peut utiliser
Rhum1 : une cure thermale, alors parfois je les y envoie, et ça peut être un déclic pour le bien-être dans l'eau, et le bien-être de bouger dans l'eau. Je m'en sers beaucoup, très beaucoup. La crénothérapie pour moi est quelque chose qui est bien, qui aide.

10. Médecin du travail :

Rhum4 : Le problème c'est plutôt la prise en charge et la prévention de la désinsertion socio-professionelle.
Rhum4 : Et c'est probablement un point de faiblesse de notre système de soins, actuellement, en ce qui concerne la prise en charge d'un lombalgique chronique, c'est qu'on ne se parle pas avec le médecin du travail, ou rarement.
Rhum4 : Il est rare que le médecin généraliste, ou le rhumatologue prenne l'initiative de prendre contact avec le médecin du travail, pour voir comment on pourrait faire pour le remettre au travail dans un poste adapté, s'il y en a un, ne pas l'emmener dans une situation, où ça va se terminer par un licenciement pour inaptitude parce qu'on a dit qu'il pouvait pas soulever ne serait-ce que 5 kg, et dans l'entreprise il n'y a pas de poste, donc il est licencié. Donc ça, la prise de contact avec le médecin du travail est sûrement quelque chose qui est insuffisamment faite actuellement. Alors moi ça m'arrive de temps en temps de prendre contact avec le médecin du travail pour les raisons que je viens de citer. Ce qui n'est pas toujours évident, le malade, la plupart du temps, ne sait pas qui est son médecin du travail, donc il n'est pas facile à trouver. Donc ça serait bien de formaliser ça, enfin de travailler en réseau, entre le généraliste, le rhumatologue et le médecin du travail.
Rhum3 : Après ça, on va avoir des problèmes d'adaptation du poste de travail pour les gens qui travaillent.
Rhum1 : on manque en médecine du travail de personnel adapté pour prendre en charge les patients dans ce domaine aussi.

11. Centre Anti-Douleur

Rhum1 : dès que je vois que ça ne va pas, qu'on est monté trop haut dans les morphiniques, qu'on a pas su trouver, je passe la main très volontiers à mes collègues, il y a une psychologue, il y a de la musicologie... Il y a plein de choses qui font que le patient va accepter qu'on le voit différemment que quelqu'un qui a sur le scanner une petite hernie discale.
Rhum3 : Non, comme je vous disais, pour moi il faut commencer par faire un diagnostic, et pour ce que je ressens des centres antidouleur, ils considèrent la douleur en tant que telle, sans se préoccuper de sa cause, donc dans des choses aiguës ou subaiguës c'est certainement très bien parce qu'on fait face à une situation bien particulière à un moment donné, dans du chronique, on ne sait pas trop où va s'arrêter le chronique, et quand vous démarrez un traitement, vous ne savez pas trop non plus quand vous allez les arrêter. Les gens qui sortent des centres antidouleur, ils ont assez systématiquement, un morphinique, un antiépileptique, un antidépresseur. Le morphinique,on se retrouve quand même de temps en temps à une augmentation des doses. Quand vous avez une lombalgie chronique, elle sera toujours là dans 5 ans dans 10 ans, on peut le craindre. Au lieu de pouvoir arrêter les opiacés, on va les augmenter. Pour moi on se met dans des schémas thérapeutiques

difficiles.
Rhum4 : Ça arrive, c'est rare parce que la lombalgie chronique n'est quand même pas de façon habituelle quelque chose qu'on n'arrive pas à maîtriser, avec un traitement antalgique classique, le problème est plutôt dans la chronicité, dans la limitation fonctionnelle, que dans la douleur.
Rhum3 : Pour ce qui est du centre antidouleur, je suis perplexe lorsque ça concerne les lombalgies chroniques, parce que les médicaments qu'ils vont utiliser, souvent on les a déjà utilisés!

12. Psychologique
Rhum1 : je pense qu'on manque de psychologues,
Rhum1 : il faudrait qu'il y ait plus de psychologues accessibles et remboursés, parce que le gros problème est financier.
Rhum1 : Pour moi on devrait être beaucoup plus formés sur le côté psychologique des lombalgies,

13. Réticences pour les MG
Rhum1 : Non, sauf quand la lombalgie est vraiment diabolisée par un médecin généraliste.
Rhum2 : Non pas de réticences.
Rhum4 : les examens qui ont déjà été entrepris, le plus souvent il en a beaucoup et même trop
Rhum1 : Je pense qu'il y a beaucoup de faux diagnostics, c'est à dire que beaucoup de généralistes font très rapidement un scanner, et trouvent une petite hernie discale, un petit truc, et hop on a trouvé la clé du diagnostic, et il y a une façon un peu biaisée de prendre en charge une pathologie qui n'existe pas vraiment.
Rhum2 : Le généraliste lâche le malade quand il ne sait plus quoi faire, et on a une position très gênante, parce qu'on a raconté au malade des tas de fables, qu'il y a de l'arthrose, alors que c'est normal par rapport à l'âge, et ça ne justifie pas les lombalgies.
Rhum1 : Une lombalgie qui dure plus de 3 mois dans le temps, sans amélioration, est plus que suspecte. C'est qu'il y a un problème, et bien souvent psychologique, un problème professionnel.
Rhum1 : C'est un SOS que le généraliste ne veut pas voir, que le spécialiste des fois ne veut pas voir non plus, et on enferme un peu plus le patient dans sa douleur, on aggrave le cas.
Rhum1 : Pour moi on devrait être beaucoup plus formés sur le côté psychologique des lombalgies, on devrait informer beaucoup plus nos collègues généralistes, parce qu'ils ne nous les envoient pas tout de suite. Quand ils arrivent ici, ils sont déjà enfermés dans leur cocon de douleur, avec des traitements type morphine, etc. Et je pense qu'on crée des maladies, alors qu'on pourrait les stopper très rapidement.
Rhum2 : Et au pire parfois des corticoïdes, on se demande ce que ça fait là
Rhum2 : des antiinflammatoires qui n'ont pas lieu d'être puisque des simples antalgiques sont suffisants, car il n'y a plus d'inflammation. Ils donnent des décontracturants qui n'ont aucun intérêt.
Rhum1 : Souvent je diminue la thérapeutique qui est donné par le généraliste, j'enlève un peu les morphiniques, j'essaie de revoir la prise en charge.

14. Réticences pour les kinésithérapeutes
+Rhum1 : Je pense que les kinésithérapeutes ont perdu ce relationnel qu'ont les anciens kinésithérapeutes d'apprendre au patient à faire ci et ça, c'est dommage.
Rhum2 : c'est une rééducation qui devrait s'étaler sur des mois voire des années, ce qui n'est jamais fait.
Rhum2 : J'attends des kinésithérapeutes qu'ils fassent des soins personnalisés, ce qui, malheureusement, est rarement fait.
Rhum3 : Le problème des kinésithérapeutes c'est que 8 à 9 fois sur 10, quand les gens reviennent de leur séances, on s'aperçoit qu'ils ont eu de la physiothérapie, dans le meilleur des cas. Il est très difficiles de trouver des kinésithérapeutes qui fassent de la kinésithérapie. Moi même quand je demande du travail du verrouillage lombaire, de la sangle abdominale, et bien c'est jamais fait.
Rhum3 : Oui, enfin j'espère qu'ils font ce que je demande, et évidemment que j'oriente mes patients vers ces kinésithérapeutes. Quand j'ai un retour des patients qui me disent qu'ils ont travaillé la musculature abdominale avec éventuellement des courbatures des abdominaux le lendemain, moi personnellement, ça me paraît plus intéressant. Et d'ailleurs, il y a plus de résultats chez ces personnes là.

+Rhum1 : Ça prend du temps et ce n'est pas rémunéré, donc je pense que c'est pour ça qu'ils ne le font plus.
Rhum2 : Les kinésithérapeutes ont des honoraires tellement ridicules qu'ils sont obligés de prendre plusieurs patients en même temps, et ils ne prennent plus le temps avec chaque patient.

+Rhum3 :Ça dépend avec qui, avec ceux avec qui je travaille non.
Rhum4 : Pas par nature, pas vis à vis d'une profession en particulier, mais vis à vis d'individus avec lesquels j'ai des réticences pour travailler.

15. Attentes lors recours
Rhum1 : Une lettre dans laquelle il n'y a pas seulement le nom et la date de naissance, mais surtout quels médicaments on a prescrit au patient, car les patients ne savent plus nous donner le nom de leur médicament, (...) les antécédents, ils savent nous les dire, on les interroge aussi, l'examen clinique on le fait.
Rhum4 : J'attends les antécédents, est-ce qu'il y a des craintes à avoir sur la bénignité du problème, est-ce qu'il n'y a pas eu un vieux cancer ou une tuberculose dans l'enfance. Et puis les traitements qui ont déjà été entrepris, qu'on refasse pas plusieurs fois la même chose, les examens qui ont déjà été entrepris, le plus souvent il en a beaucoup et même trop, mais encore faut-il le savoir pour pas redemander la même chose, voilà, c'est très classique, c'est pas spécifique à la lombalgie finalement.
Rhum3 : Déjà ça serait sympa qu'on ait les traitements déjà prescrits, parce qu'on est souvent confronté à des problèmes

d'interactions médicamenteuses, voire même d'incompatibilité.
Rhum3 : Sinon l'examen, on va le refaire nous, la lecture des clichés des imageries en coupe, on va la reprendre nous même.
Rhum2 : Il serait intéressant d'avoir les antécédents médicaux, savoir si le malade est diabétique, etc. Au niveau des traitements de toutes façons, c'est toujours pareil : des antiinflammatoires qui n'ont pas lieu d'être puisque des simples antalgiques sont suffisants.

16. Retours des rhumatologues
Rhum1 : Je fais un courrier à la 1ere consultation, un courrier diagnostic, et puis ensuite un courrier de suivi, à 3 mois, ou quand je revois le patient.
Rhum2 : Moi, je fais un courrier avec tout ce que j'ai mis en place.
Rhum3 : Compte-rendu de l'examen clinique, d'interprétation d'imagerie, et proposition thérapeutique.
Rhum4 : D'une façon systématique dans mon courrier je reprends tous les éléments.

17. Communication
+Rhum4 : Moi je suis quand même, assez satisfait des médecins généralistes, qui m'envoient des malades. Et on vois de plus en plus de courrier informatisé où tous les antécédents sont là, et c'est un vrai progrès.
Rhum4 : Je trouve qu'elle s'est très fortement améliorée ces dernières années. C'est très exceptionnel d'avoir un médecin généraliste qui envoie un malade sans courrier, et j'ose espérer que c'est exceptionnel que le spécialiste ne réponde pas de façon précise et détaillée.
+Rhum1 : Non on ne communique pas assez, c'est évident.
Rhum2 : En général ils ne m'en donnent aucune, parfois juste « mal au dos »!
Rhum2 : Entre spécialistes, oui. Autrement, il n'y en a pas.

+Rhum1 : A l'hôpital, on travaille sur des cas très précis en pluridisciplinaire, et c'est très enrichissant.
Rhum1 : Mais c'est une structure hospitalière donc on peut le faire parce qu'on a tout autour.

+Rhum3 : Vous avez la personne devant vous, il faut l'examiner, analyser l'imagerie, la lettre du médecin n'est pas forcément fondamentale.
Rhum1 : Les médecins généralistes qui sont informatisés nous procurent tout de suite un listing des médicaments et c'est très pratique.
Rhum4 : Moi je suis quand même, assez satisfait des médecins généralistes, qui m'envoient des malades. Et on vois de plus en plus de courrier informatisé où tous les antécédents sont là, et c'est un vrai progrès.
Rhum4 : je crois qu'on se sélectionne mutuellement quand même. Non seulement les généralistes sélectionnent les spécialistes chez lesquels ils envoient les malades, mais la réciproque est vraie, parce que quand on vous envoie un malade, que c'est n'importe quoi, qu'il n'y a rien dans la lettre, je crois que ça transparait plus ou moins dans la réponse et qu'on ne vous en envoie plus.

18. Échanges avec les kinésithérapeutes
+Prescription
Rhum4 : On prescrit sans donner le nombre de séances, ce que j'ai immédiatement fait dès que cette disposition réglementaire est sortie parce que effectivement le kinésithérapeute est un professionnel qui a sa compétence et lui dire le nombre de séances qu'il faut, finalement il en sait autant que nous sur le sujet.
Rhum4 : je prescris en disant, voilà ce que je veux comme soin, voilà quel est l'objectif, et puis je ne mets pas le nombre de séances
+Retour kinésithérapeute
Rhum1 : les kinésithérapeutes : pas de nouvelles. Alors là, on a jamais de retour,
Rhum2 : Je n'ai pas de retour des kinésithérapeutes.
Rhum1 : Et même chez des kinésithérapeutes avec qui je travaille depuis plus de 20 ans. Pour d'autres problèmes plus aigus, je suis contactée, mais pour les lombalgies, non.
Rhum3 : Jamais, quasiment jamais. C'est à moi d'interroger les patients pour essayer de découvrir ce qui a été fait, ou ce qui n'a pas été fait.
Rhum4 : Alors relativement peu.
Rhum4 : Oui, quand même, on aime bien savoir ce qu'ils ont fait et pourquoi.
Rhum4 : il est, en principe, tenu de m'envoyer un courrier, et ça c'est vrai que le retour est rare.
Rhum1 : Non un gros problème avec les kinésithérapeutes de ville.

Autres :
Rhum 3 :Le terme chronique signifie classiquement plus de 3 mois, maintenant, c'est quoi chronique, est-ce que c'est intermittent, est-ce que c'est continu?
Rhum3 : les gens perdent du poids et se refassent une sangle abdominale

Coté psychologique des lombalgies
Rhum1 : Je pense très sincèrement que 60% des lombalgies chroniques sont un appel à l'aide du patient.
Rhum1 : il faut chercher l'origine de la lombalgie chronique et pas dans l'imagerie, certainement plus du côté psychologique.
Rhum1 : Et en France, on est pas bien formé, pas sensibilisé sur ce plan là, et on passe souvent à côté.
Rhum1 : Il ne sait plus où il en est, il est complètement perdu, et il s'enferme dans une maladie qui est ridicule, qui n'existe pas. C'est souvent un appel à l'aide

Rhum1 : oui et je vous dis que c'est dommage, parce qu'il est déjà enfermé dans sa maladie.

Problèmes de l'inefficacité du traitement
Rhum3 : C'est vrai que pour les lombalgies chroniques, on est quand même globalement et généralement démuni.
Rhum1 : Les lombalgiques sont comme des bruits de fond, on les soigne de manière très stéréotypée, on les oublie.
Rhum1 : Je pense qu'en France on a énormément de retard dans ce domaine, encore plus depuis l'arrivée des morphiniques, qui ont un peu endormi une pathologie, qui n'est pas très passionnante, ni valorisante
Rhum1 : Faudrait qu'on réapprenne à les prendre en charge,
Rhum1 : Il y a des vrais lombalgiques quand même mais plus de 3 mois j'y crois guère.

4. Unités d'analyse kinésithérapeutes

1. La PEC en charge des lombalgiques chroniques
Kiné2 : il y a un bilan initial qui est réalisé avec un support informatique qui permet de comparer.
Kiné3 : on est obligé de faire un bilan diagnostic kiné (BDK). Donc je reprends tout le dossier, si le patient vient avec son dossier, ce qui n'est pas toujours le cas. Après je fais un bilan général, et je mets en place un traitement. Je fais ça de mon coté, ça dépend du dossier, si j'ai des radios, si j'ai beaucoup d'éléments.
Kiné4 : Alors si c'est la première fois que je vois le patient, on fait d'abord le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK). Il va y avoir une anamnèse qui va prendre plus de temps chez un chronique que chez un aigu. Chez les chroniques, on va devoir savoir quel type d'activités il fait, s'il faut du sport, s'il a mal... Après, on sort un peu de la kinésithérapie, mais il faut aborder un peu toutes les sphères digestive, gynécologique, ça peut nous donner une indication sur le pourquoi c'est chronique. Et ça peut nous aider à orienter peut-être plus vers un ostéopathe, moi je suis uniquement kinésithérapeute, j'ai pas trop de notion d'ostéopathie, surtout sur le viscéral. Par contre, on a appris à comment diagnostiquer un problème viscéral, gynécologique, qui serait à l'origine du problème de lombalgie et qui nous permet de réorienter soit en repassant par le médecin traitant, soit en transmettant directement à un ostéopathe.
Kiné4 : Au niveau de l'anamnèse, il faut savoir dans quel environnement il travaille, depuis il a mal, les circonstances d'apparition, le type de douleur. Et ensuite le BDK, précis, pour évaluer la prise en charge. Si c'est un patient chronique qu'on a l'habitude de voir, le bilan va prendre beaucoup moins de temps, au niveau de l'anamnèse. Par contre le BDK on va le refaire quasi systématiquement, même parfois d'une séance à l'autre. Par exemple quand on a fait une manipulation, qu'on le revoit deux jours après, on vérifie que ça a tenu, si la douleur est encore là... On corrige au fur et à mesure.
Kiné5 : Pour être honnête, on le fait à long terme. Souvent je regarde au niveau osseux comment les gens sont placés, voir s'il y a un décalage, si ça vient d'une sacro-illiaque bloquée, ou d'une lombaire, en fonction de l'âge aussi, en fonction de la morphologie du patient aussi, on essaie de voir à peu près ce qui est le plus adapté comme soin, mais oui on fait des tests d'amplitude, mais je ne pense pas que ce soit des tests qui soient vraiment fiables, puisque d'un kinésithérapeute à l'autre, les mesures changent énormément, les tests changent, l'interprétation change énormément, donc je trouve que ce n'est pas assez reproductible pour en tirer toutes les conclusions. C'est pas devant un bilan qu'on peut dire ce qu'il y a exactement.
Kiné5 : après la phase de rééducation, une phase de revalidation et, en fonction de l'âge, une phase de réathlétisation.
Kiné5 : Après, au niveau renforcement, moi je ne suis pas trop renforcement des lombaires, j'aime beaucoup faire des étirements, dans la mesure du possible, méthode de chaine musculaire Mézieres. Comme travailler les abdominaux en hypopressif, technique de « dogaski »?? 1:39 par inspiration diaphragmatique...
kiné6 : Un bilan succinct, qui est un bilan antalgique. On a ce qu'on appelle des BDK, et moi j'utilise les BDK classiques sur le logiciel, avec un enregistreur, qui me permet de prendre et d'analyser la chose. Personnellement, je suis très attentif à ce que les gens me racontent, non pas dans le contenu mais dans le contenant, dans la forme de ce qu'ils me racontent.
Kiné6 : classiquement il y a un autre contact, qui est le contact du massage. Pour moi c'est systématique, parce que d'abord c'est une histoire de contact, et ensuite on sent des tensions, des choses mécaniques au niveau musculaire, articulaire, etc.

2. Traitement
Kiné1 : dominante antalgique, et après ce sera une dominante qui sera orientée beaucoup plus sur le renforcement musculaire, et apprentissage du verrouillage lombo-sacré.
Kiné2 : il va y avoir une partie passive de physiothérapie qui peut être chaleur, le fango infrarouge etc, une partie électrique de physiothérapie, ça peut être des courants interférentiels, des ultra-sons, des ondes courtes, en fonction de la symptomatologie du patient. Et une partie, prise de conscience, gymnastique, de correction ou d'étirements musculaires, d'éducation posturale, et voir des exercices qu'il faut poursuivre à la maison, avec une progression.
Kiné3 : on est plutôt axé sur des étirements, plutôt un traitement de fond, renforcement musculaire, et puis surtout hygiène de vie, et leur apprendre l'ergonomie. Souvent c'est ce qui leur manque.
Kiné4 : il y a une partie manuelle tout le temps, qui va surtout être étirements, massages décontracturants, postures, exercices de renforcement. Parce que c'est un problème qui dure depuis longtemps, une manipulation ou deux ne suffisent pas. Ensuite on peut utiliser, et pas chez tout le monde, de l'électrothérapie endomorphinique, ou des appareils qui délivrent des ondes antiinflammatoires, qu'on utilisera moins chez quelqu'un qui a un problème aigu. En chronique, il faut travailler sur toute la gestuelle, tout l'apprentissage surtout si c'est quelqu'un qui manutentionne beaucoup, porte beaucoup, il y a beaucoup de travail d'éducation.

Kiné5 : En fait on essaie de développer des exercices et donner le plus possible au patient des clés pour que lui puisse s'adapter.
Kiné5 : massages et exercices

Kiné6 : Il y a le massage qui est important, il y a tout ce qui est physiothérapie, la troisième chose c'est des exercices, en cabinet et éventuellement à la maison, et puis à la maison, moi je préfère les notions de conseils, d'ordre mécaniste, mais en mettant un peu de psy dedans. Alors moi par exemple, j'ai également un logiciel qui propose différents types d'exercices, et c'est à moi de mettre les exercices qui conviennent à la personne. Je leur donne ça, ils aiment bien et ils peuvent essayer à la maison.

3. Information attendues sur ordonnance :

Kiné1 : Un diagnostic précis. Et surtout quand il y a d'autres pathologies associées.
Kiné2 : Ce qui est important c'est le diagnostic, les antécédents importants qui peuvent être en relation avec la lombalgie et c'est bien d'avoir un support radio, IRM, scanner, s'il y a eu.
Kiné3 : Le diagnostic, parce que c'est quand même le rôle du médecin.
Kiné3 : Moi, ce que j'attends surtout ce sont les contre-indications, parce qu'eux ils ont quand même tout le dossier, et ça on ne les a pas toujours. Ainsi que la région à traiter.
Kiné4 : Généralement dans les lombalgies chroniques, il y a des radios qui sont faites, il nous les faut, avec les comptes-rendus, et puis tous les examens complémentaires qui ont été faits, scanner etc...
Kiné3 : Alors, parfois on a des ordonnances types, avec des choses un peu « bateau » mais qui ne correspondent pas vraiment au patient, c'est à dire qu'ils mettent tout le panel de techniques qu'il faut faire. Beaucoup de médecins sont sur ordinateur, alors s'ils rentrent, par exemple, 15 séances de lombalgies, le logiciel leur sort « abdominaux, proprioception.... » moi je ne trouve pas ça très sérieux parce qu'on ne peut pas savoir à l'avance ce qu'on va leur faire.
Kiné5 : On nous a appris à faire des bilans, des diagnostics. Ici, on ne fait pas de diagnostics, mais, pour être honnête, l'ordonnance médicale, on la lit en diagonale parce que souvent, on est dans une formation de vision holistique , on essaie de voir un peu le global, moi j'ai fait aussi une formation de Sophrologie Caycedienne, donc on voit la globalité du patient, parce que soigner pour une lombalgie, il y a dix mille causes, il y a dix mille symptômes différents ce qui fait qu'une lombalgie ça reste très général.
Kiné5 : Donc, je n'attends rien de spécial sur l'ordonnance, simplement rappeler au patient de prendre leurs examens avec. Plutôt un début d'orientation vers comment ça va se passer chez le kinésithérapeute, ce qu'il faut y ramener, des choses simples, qui peuvent paraître bêtes, mais parfois les gens arrivent sans être prêts à faire de la kiné, dans des tenues pas adaptées, pas prêts à faire le moindre exercice. Il faut préparer le patient à ce qu'il va voir à la fois en tant que massages et exercices. Parce que souvent les patients s'attendent uniquement à des massages, alors qu'il ne s'agit que d'une partie de la thérapie.
Kiné6 : La première information, c'est un diagnostic précis. Je tique un petit peu parce que c'est une chose que l'on ne voit pas beaucoup.
Kiné6 : diagnostic précis, ligamentaire, musculaire
Kiné6 : Ce n'est pas une obligation parce que moi je suis capable de le faire, mais au moins on confronte deux diagnostics différentiels, ce qui permet d'agir différemment.
Kiné6 : Quand on voit quelqu'un qui arrive avec une prescription qui ne signale que lombalgie chronique, sans examens complémentaires, type radio, scanner, IRM, sans diagnostic quel qu'il soit, même un examen de laboratoire, c'est très gênant
Kiné6 : le traitement, pas obligatoire, sauf si c'est quelque chose de précis. Par contre les antécédents, ça serait intéressant, mais on les a quasiment jamais, au maximum 1 fois sur 100. Parce que parfois il peut y avoir des incidences sur les traitements qu'on met en place.

4. Nombre de séances :

Kiné1 : On décide de ça au début, tout de suite en fonction du bilan.
Kiné2 : Tout de suite, au début. C'est à dire que lors de la prescription, je pars sur une base de 10-12 séances, maximum 15. Et en fonction de l'évolution, ou j'arrête avant, ou je continue, et s'il faut prolonger, je demande l'avis du médecin traitant, parce que nous pouvons aller jusqu'à 29-30 séances, annuelles, sans demander la prolongation. Au delà, il faut faire une demande préalable, et là c'est bien d'avoir l'avis du médecin.
Kiné3 : Au moment du BDK, on évalue à peu près, puis normalement il y a un BDK intermédiaire, où on peut redemander à la caisse des séances. Sauf si le médecin a préalablement quantifier le nombre de séances, on doit s'en tenir à l'ordonnance.
Kiné4 : A partir de la deuxième séance. A la première séance, on fait le BDK, donc on ne peut pas d'emblée envisager le nombre, on commence vraiment le traitement à la deuxième séance, et à partir de la deuxième, troisième séance on peut savoir à peu près combien de séances il va y avoir. Après chez un chronique, si c'est la première fois qu'on le voit, on le sait pas forcément tout de suite, on imagine quand on voit que ça fait plus de trois mois, on ne sait pas trop comment va évoluer la prise en charge. S'il s'agit d'un chronique qu'on connait bien et qu'on suit depuis longtemps, je sais selon le type de problème qu'ils ont à ce moment, le nombre de séance qui devraient suffire. Ça dépend aussi souvent du patient, quand on le connait.
Kiné5 : En général, on a un nombre de séances sur l'ordonnance.
Kiné5 : Ça va dépendre du critère aigu ou chronique mais aussi du critère disponibilité de la personne, si on peut la voir souvent ou pas. Je préfère mettre 10 à 15 séances, même si c'est un peu trop,
Kiné6 : C'est une question ambiguë parce que normalement nous sommes censés faire une demande d'entente préalable, et dans cette demande on est obligé de mettre directement le nombre de séances. Alors que l'idéal c'est que ce soit fait plutôt en milieu, voire un peu plus tard. Ça serait plus logique dans la démarche.
Kiné6 : Je pars sur environ 10-15 séances, après je fais toujours un arrêt de 2 à 3 semaines, et puis ensuite il faut revoir le problème en repassant par le médecin traitant.

-Critères de décision :

Kiné1 : Les critères : douleur, tous les tests qu'on fait, s'il y a un enraidissement qui est important... Enfin c'est vraiment les

conclusions du bilan. Généralement, on part toujours sur 10 séances, environ.
Kiné4 : l'intensité de la douleur, l'intensité de l'impotence fonctionnelle, et les résultats des tests qu'on va avoir, s'il y a des gros blocages articulaires et musculaire, ça va prendre plus de temps que si c'est que du musculaire ou que de l'articulaire.
Kiné6 : Je dirais que sur Thionville et alentours, actuellement on a 3, voire 4 médecins qui ne prescrivent pas quantitativement, ça fait quand même très peu.

5. Éducation / apprentissage :
Kiné1 : L'idéal c'est de commencer à la 5ème séance le verrouillage lombaire. On y consacre environ la moitié du temps sur une séance de rééducation.
Kiné2 : Un tiers. Une séance de rééducation, pour les passer en lombalgie, je les garde ¾ d'heure, et je passe 20 minutes avec eux. Pendant la partie physiothérapie non, mais après, il y a toujours massage, soit des étirements, et ensuite c'est toute cette gymnastique, qui ensembles prennent 20 minutes.
Kiné3 : Donc normalement l'éducation doit revenir à toutes les séances. Après ce n'est pas toujours possible, si on prend ½ heure pour faire des étirements, on a pas toujours le temps d'aborder le sujet. Mais c'est quelque chose qui est hyper important.
Kiné3 : Ça représente environ 10-15 % du temps passé avec le patient, en pratique. Parce que le problème en libéral, on se dit qu'on a ½ heure à une heure pour soigner le patient, si on passe trop de temps à expliquer, lui sera mécontent parce qu'il veut être avant tout soulagé. Ça va plutôt se dérouler en fin de séance, sur quelques minutes, pour remontrer certains exercices, comment porter des charges...
Kiné3 : J'essaie toujours de rappeler par quelques phrases les gestes à éviter et ceux à faire.
Kiné4 : 20 à 25% à peu près. On a 30% de travail manuel, 30% où on fait travailler le patient, donc déjà quand on montre des postures, des étirements à faire à la maison, c'est déjà un travail d'éducation sur la gestuelle. Ensuite s'il nous dit qu'il est magasinier, je prends toujours le temps de montrer comment il faut porter, toute l'ergonomie qui va avec. Et quand on utilise des appareils on prend aussi 20%.
Kiné5 : 90%, c'est pas le plus gros de la prise en charge, mais à chaque séance, à chaque mouvement du patient, on peut travailler les postures, il faut être vigilant aux gestes qu'il fait, à sa manière de marcher, à son attitude.
Kiné6 : Je dirais qu'en moyenne, par séance, il y a au moins 5 minutes consacrées à ça. Dans les 5 minutes ça va très vite, en parlant, en sachant que je leur demande toujours la fois suivante, qu'ils me disent ce qui n'a pas été, et donc on reprend, et dans ces cas là, ça peut être un peu plus long.

6. Informations transmises :
Kiné1 : Il y a deux possibilités, soit on les appelle, toujours quand il n'y a pas de résultats, quand le résultat est bon, il y a une lettre que le patient remet à son médecin quand il le revoit, pour qu'il soit au courant de ce qui a été fait,
Kiné1 : mais ce n'est pas systématique, parce qu'on travaille souvent avec les mêmes médecins, qui souvent savent ce que l'on fait.
Kiné2 : Rien. À partir du moment où le patient a un nette amélioration (dans la majorité des cas), je ne renvois pas chez le médecin.
Kiné2 : Administrativement, nous sommes censés faire un bilan initial et un bilan final et transmettre une copie. Dans la pratique, je ne le fais pas, je fais mes bilans qui sont dans l'ordinateur, que je peux tenir à la disponibilité des médecins, mais j'ai plus l'impression que j'embête ou j'encombre les médecins si je rajoute de la paperasse.
Kiné4 : On essaie le plus souvent de faire des courriers qu'on envoie au médecin généraliste ou au rhumatologue, enfin à celui qui nous l'a adressé. On ne le fait pas systématiquement, par faute de temps des fois... On le fait en fait surtout quand ça pose problème, quand on ne trouve pas la solution, qu'on bloque, quand ça se passe bien, on n'en fait pas. Dans le courrier, on met le BDK qu'on a fait, le traitement qu'on a mis en place, l'évolution qu'il y a eu, s'il y en a eu, et qu'elle soit bonne ou mauvaise. Ensuite, on demande au médecin les recommandations, s'il décide de faire un autre examen, qu'on soit tenu informé.
Kiné3 : le bilan on était censé l'envoyer à chaque prise en charge, il y a 2 ans. Ensuite, on nous a dit qu'il fallait qu'on le garde, et pouvoir le fournir quand on nous le demande.
Kiné3 : Je travaille avec pas mal de médecins, mais je les ai quand même souvent au téléphone. Quand il y a un problème, je vais les appeler. Parce qu'au début, je l'envoyais à chaque fois et eux me disaient qu'ils avaient déjà pas mal de courrier, et avec les bilans, ça fait beaucoup. Bon, c'est vrai que dans les BDK, il y a certains tests que l'ont fait en kinésithérapie que les généralistes ne connaissent pas forcément, donc ça ne leur parlait pas trop.
Kiné3 : Du coup maintenant je fais des bilans pour moi, et je fais plutôt une lettre qui explique l'évolution, le traitement mis en place, si j'ai besoin de séances supplémentaires. Finalement, j'envoie surtout un courrier quand je n'avance pas.
Kiné2 : Par contre, si avec le patient ça n'évolue pas forcément bien, ou pas assez, là il s'agit plus d'un entretien par téléphone et verbalement j'explique mes procédures, et la non amélioration, et on voit s'il faut continuer, s'il faut faire des examens complémentaires, s'il faut le transmettre à un spécialiste.
Kiné5 : De moins en moins, parce que souvent on n'a pas le temps de faire des papiers écrits, ou on passe un coup de téléphone en fonction des médecins.
Kiné6 : Par principe je ne renvoie pas de courrier, si ce n'est pas demandé.
Kiné6 : Par contre dans le cas où il y a une prescription sans quantitatif, le kinésithérapeute doit faire le BDK et renvoyer le BDK. Mais pour le moment le nombre de médecin qui ne note pas le quantitatif est très restreint.

7. Efficacité
Kiné6 : J'ai surtout une diminution de la douleur, disparition, je me méfis, parce que lorsque c'est chronique, on risque de revoir le problème un ou deux mois plus tard.
Sur la qualité de vie, ça peut se présenter de deux manières. Soit plus souple, un assouplissement au niveau musculaire, mais

au niveau qualité de vie ça peut être aussi des compensations, adapter les mouvements et adopter les bons gestes, il faut les rendre attentifs à ça.
Kiné6 : Alors moi je marche à la demande, c'est eux les chefs d'orchestre de leur pathologie.
Souvent, dans 40% des cas, les gens font leur petite cure en début d'année, et puis 6 mois après. Et dans ces cas là on ne fait pas beaucoup de séances, 8 à 10 séances maximum. Si on a d'affilé 20 séances alors là très souvent on est tranquille pour 2 ans, sauf accident.
Kiné1 : Dans les ¾ des cas ça marche. Mais à 3 ou 4 mois, si les personnes ne font pas les exercices, ne font pas attention, je suis beaucoup plus sceptique. Donc en sortant, ils peuvent récupérer, mais s'il n'y a pas d'auto-entretien, ils rechutent.
Kiné5 : 50 %. Soit ça va mieux, soit ça va pas mieux. Même plus. Du fait qu'on motive les patients pour faire la revalidation, la réathlétisation, et qu'on travaille aussi sur le côté ostéopathique, fréquemment on voit des choses, on libère des choses au niveau articulaire et au niveau digestif, on joue aussi sur le côté émotionnel, on essaie d'être dans l'écoute.
Kiné2 : Globalement, même si je ne tiens pas de statistiques, je dirais bien 2/3 des patients qui repartent qui sont améliorés. Après, je ne fais pas une évaluation sur une échelle de la douleur, c'est verbal **.**
Kiné6 : L'amélioration de la douleur, parce que c'est ce qui gêne le plus les gens. S'ils n'arrivent pas à faire un mouvement, en général, ils trouvent une compensation.
Kiné2 : ils font une cure, ils viennent faire une série par an chez le kinésithérapeute.

8. Autre :
-contrat :
Kiné3 : On essaie aussi de faire un contrat commun. De toute façon, on sait qu'ils sont chroniques, on sait qu'ils vont toujours avoir mal au dos. Alors quand ils arrivent ici, on leur dit que le contrat c'est ça, ça fait 3-4 ans qu'ils ont mal et il ne faut pas s'attendre à sortir d'ici en étant guéri. Parce qu'il y a beaucoup de gens à qui on demande de faire des exercices, et qui ne les font pas chez eux, donc si on les voit pas 3 fois par semaine, ça n'évolue pas.
Kiné3 : quand le médecin généraliste envoie vers le kinésithérapeute, il devrait envoyer aussi toutes les lettres du rhumatologue, et on a rarement tout ça.
Kiné3 : C'est vrai que ce qui est un peu dommage, c'est que vu qu'on est tous en libéral, au lieu d'être une équipe pluridisciplinaire, je trouve que le message entre chacun ne passe pas bien.
On va avoir un patient qui va voir un médecin rééducateur, par exemple, va envoyer au médecin généraliste les conclusions et nous, finalement, on est en bout de chaîne, c'est nous qui traitons le patient physiquement et souvent on n'a pas toutes les informations d'office, on est obligé de les demander, c'est un peu dommage.
Kiné3 : Disons que l'avantage en ostéopathie, c'est qu'on va quand même redonner du mouvement et de l'adaptation aux étages supérieurs et inférieurs, et ça aide quand même bien. Et ça en kinésithérapie, on aborde pas trop les thérapies manuelles. L'ostéopathie ça aide quand même beaucoup. Surtout qu'on se rend compte qu'il y a quand même pas mal de lombalgiques qui ont aussi des tensions viscérales, et ça en kinésithérapie on ne traite pas du tout.
Kiné4 : Le problème des lombalgiques chroniques, c'est que souvent c'est lié à la sphère digestive, ou gynécologique, et le problème là dessus c'est que -c'est pas une critique par rapport au médecin généraliste, ou au spécialiste- on en tient, quasiment, jamais compte. On a souvent une radio qui a été faite, donc on a arthrose, discopathie ou autre, mais on ne parle jamais de la sphère viscéral, et le problème c'est que si c'est un kinésithérapeute qui est ostéopathe, il pourra traiter, si c'est un kinésithérapeute qui fait déjà le diagnostic, et qui envisage la possibilité que le problème soit viscéral, il peut transférer mais si c'est un kinésithérapeute « classique » qui fait le boulot qui lui est demandé, là le patient il est paumé, et l'examen radio ne montrera rien. Ça pourra être un diagnostic différentiel après, mais j'ai plus de problèmes là dessus.
Kiné5 : je travaille beaucoup sur la prise de conscience de la respiration diaphragmatique, essayer de relâcher un peu tout ce qui est du côté viscéral aussi, parce que je pense qu'il y a beaucoup de relation entre le côté digestif et le côté lombalgie chronique,
Kiné5 : Ce qui serait intéressant ce serait d'avoir vraiment le temps de discuter vraiment avec les médecins et au lieu d'une ordonnance, avoir une correspondance mail, ou quelque chose comme ça de plus adapté, où sous couvert du secret médical, on puisse partager et déjà avoir l'avis du médecin sur le patient et sa manière de faire les choses. Pour nous c'est plus indicateur de savoir d'une les pathologies qu'il y a derrière, type hernie... et de deux, savoir comment est le patient, de ne pas s'étonner par rapport à un comportement. Parce que ce qui est embêtant en libéral, c'est qu'on travaille chacun dans son coin, et on peut ramer avec un patient qui se plaint des autres professionnels qu'il a pu voir, et on ne sait pas ce qui peut être vrai, sans prendre parti. Parfois, les patients savent qu'il n'y a pas de communication entre médecin et kinésithérapeute, du coup ils en profitent pour nous manipuler, quand on en est conscient ça va, mais c'est pas toujours évident de savoir.

Kiné5 : Et certains médecins n'apprécient pas que je fasse un diagnostic, ils pensent que je fais leur boulot, et il peut aussi m'arriver de me tromper, alors je fais vraiment attention maintenant à ce que je dis aux patients.
Kiné5 : Ils jouent très bien les naïfs, et ensuite racontent ce qu'ils veulent au médecin. Donc tant que l'information n'est pas directe entre le kinésithérapeute et le médecin, il faut faire attention à ce qui est dit.
Kiné5 : Ce qui serait intéressant ce serait d'avoir un médecin au dessus, et de travailler en collaboration plus directe avec un médecin, ce qui est loin d'être le cas, et du coup il y a des mésententes, des frustrations.
Kiné5 : Parce que c'est vrai que les gens souvent s'arrêtent au moment où ils n'ont plus mal, et ne vont plus chez le kinésithérapeute. Alors que c'est là que ça devient intéressant, parce que rééduquer ça veut dire redonner des bonnes habitudes, ça veut dire aussi relancer les gens sur un vélo, ça a l'air bête comme ça, mais ça peut être chez des personnes de n'importe quel âge - j'ai des patients qui ont 20-25 ans qui ne sont plus montés sur un vélo parce que leur médecin leur a dit de ne plus faire de sport, et ils pensaient que c'était définitif. Une fois que la douleur est maitrisée, ils se sentent en sécurité, on fait attention à leur posture, on leur donne beaucoup d'éléments sur les techniques, comment on prépare un mouvement, et ça prend presque plus de temps que d'enlever les douleurs. Je trouve ça intéressant que mon patient ressorte en envisageant tout ce qu'il peut faire, et pas en pensant qu'il ne peut rien faire. Le nombre de séances va aussi dépendre de la motivation de

la personne, parce que si elle s'investit pas, ça n'est pas intéressant.
Kiné5 : Et parfois on se rend compte qu'il y a aussi une composante psychologique, et il faut prendre le temps d'écoute, de remise en confiance.

Kiné5 : Au niveau médical, moi ce qui m'énerve un petit peu c'est cette tendance à mettre des ceintures. Il vaut mieux mettre un strap rigide sur les lombaires, en cambré maximum, vous aurez autant de résultats, la personne sentira quand le strap tirera, avant que ça tire au niveau vertébral, et adaptera ses mouvements afin de limiter les tiraillements. C'est comme ça qu'ils apprennent à adopter les bonnes postures, c'est en sentant les moments où ils sollicitent leurs lombaires, au lieu de leur faire une liste de gestes à ne pas faire, ils comprennent par eux-mêmes, ils en prennent conscience. La sangle abdominale disparaît complètement avec une ceinture abdominale, et pour refaire les abdominaux avec des gens qui ont une lombalgie chronique, il n'y a que la technique d'aspiration diaphragmatique qui ne met pas dans des positions de hernie ou d'hyperpression au niveau des postérieurs. La ceinture va soulager temporairement, et les effets à longs termes sont plus difficiles à gérer.

Kiné6 : une lombalgie est liée à quelque chose, à un problème ou une problématique du patient.
Kiné6 : Donc à partir de ce moment là, vous avez en plus d'une lombalgie, une dépression nerveuse qui s'accompagne, et si c'est le cas, il faut aussi la soigner, sinon on n'arrive à rien du tout.

-Motivation :
Kiné6 : Si les gens veulent s'en sortir, ça passe par eux, nous on est là pour les guider.
Kiné1 : Parce qu'il y a beaucoup de gens à qui on demande de faire des exercices, et qui ne les font pas chez eux, donc si on les voit pas 3 fois par semaine, ça n'évolue pas.

-Prescription :
Kiné6 : Ce qui m'étonne sur le nombre de prescripteurs, c'est la variation du nombre de séances prescrites pour une lombalgie chronique. Ça peut aller de 3 séances à 20-30 séances! Et je me demande ce qui justifie cet écart.

Kiné6 : Il existe aussi, et j'y avais participé, mais pour l'instant j'ai arrêté, une école du dos. Ça pourrait être quelque chose de plus intéressant pour un suivi.

Kiné5 : on est dans une formation de vision holistique , on essaie de voir un peu le global, moi j'ai fait aussi une formation de Sophrologie Caycedienne, donc on voit la globalité du patient, parce que soigner pour une lombalgie, il y a dix mille causes, il y a dix mille symptômes différents ce qui fait qu'une lombalgie ça reste très général.

5. Unités d'analyse médecin thermal

Mtherm : ce n'est pas une médecine de diagnostics, c'est une médecine de soin.
Mtherm : Les patients sont adressés par leur médecin traitant, et donc ils viennent, en principe, avec un diagnostic (lombalgie chronique, coxarthrose, lombarthrose...)
Mtherm : C'est une médecine de soin qui se base sur l'utilisation de l'eau thermale à des fins thérapeutiques.

1. **prise en charge**
Mtherm : Un interrogatoire, un examen clinique, et puis en fonction de l'examen fonctionnel et notamment rhumatologique, on détermine un programme de soin.
Mtherm : Il n'y a pas de programme type, c'est vraiment en fonction des antécédents, de l'âge, des contre-indications éventuelles.
Mtherm : aérobains, hydroxeur, piscine de mobilisation c'est une kiné-balnéothérapie, les douches au jet,
Mtherm : L'application de boue thermale, surtout pour un effet antalgique et antiinflammatoire.
Mtherm : massages par kinésithérapeute, Ce sont des massages un peu particuliers, ce sont des massages sous eau. C'est à dire que le patient est allongé, on ouvre les rampes d'eau et le kinésithérapeute masse sous l'eau thermale.

2. Éducation
Mtherm : la chance qu'on a par rapport au médecin de ville, c'est qu'on a un peu plus de temps. On a pas de mérite, on a simplement plus de temps. Les gens se confient d'avantage, sans doute, ou nous disent des choses qu'ils n'ont pas le temps de dire à leur médecin de famille. Je pense qu'on a un rôle de conseiller, au niveau des postures, de choses que tout le monde sait plus ou moins mais qu'on applique pas toujours. Il suffit de regarder les gens quand ils se déshabillent ou qu'ils se rhabillent, la manière de lacer leur chaussure, c'est tout à fait significatif. On leur apprend un petit peu les gestes basiques.
Mtherm : Il y a des médecins qui ont beaucoup de réticences à travailler avec nous.(...) qui pensent que la médecine thermale, comme elle est si peu enseignée à la faculté, est « si ça fait pas de bien, en tout cas ça ne fait pas de mal. » Ce qui est un peu réducteur comme raisonnement,

3. Réticence vers les kinésithérapeutes
Mtherm : Donc c'est complètement différents de ce que l'on pratique en ville, d'autant qu'en ville, il est bien difficile de trouver des kinésithérapeutes qui massent. En général, il vous met sous une lampe, et masse 3 minutes... Ici le massage dure 20 minutes, ce qui n'est quand même pas négligeable.

4. Résultats

Mtherm : une bonne récupération fonctionnelle. On peut le vérifier puisqu'on fait un examen initial, et en fin de cure, on revoit les patients (...) Pour les lombaires, il y a la distance main sol, l'indice de schöber qu'on mesure et qu'on remesure en fin de cure, ça permet de voir le gain éventuel sur le plan fonctionnel.
Mtherm : on a quand même quelques années de recul, et on voit les gens, notamment au niveau des critères, pas purement subjectifs, de savoir est-ce qu'ils ont moins mal ou pas, parce que c'est difficile à apprécier, l'échelle de la douleur, on sait très bien ce que ça vaut, mais je pense au niveau de la consommation médicamenteuse, pour les actifs au niveau des arrêts de travail, etc, on a des paramètres qui nous permettent de vérifier quasiment tous les jours qu'effectivement la médecine thermale entraîne des bénéfices, y compris au niveau santé publique, au niveau du cout, puisque les gens sont moins consommateurs. C'est une des seules thérapeutiques qui permette, indirectement, de faire faire une économie à l'assurance maladie.

5. Communication :

Mtherm : c'est toujours intéressant d'avoir une lettre, ne serait-ce que pour avoir les pathologies (type diabète, problème cardiaque, etc), les antécédents, les traitements de certains patients. (…) pourquoi on nous l'adresse, parce que les gens ne savent pas toujours pourquoi ils viennent, ils disent qu'ils ont mal partout. De toute façon comme on fait un examen global, on passe rarement à côté de quelque chose(...) Et aussi les pathologies intercurrentes aussi, avec leur traitement (rarement connu par les patients) Ça nous limite dans le programme de soin, parce qu'il est évident qu'on ne va pas infliger des soins trop agressifs à des patients qui seraient déjà fragilisés. Ils viennent toujours avec plutôt plus de radios que moins.
Mtherm : J'ai varié dans mes courriers, ça fait plus de 20 ans que je travaille ici. Au départ, je détaillais, mais maintenant, je pense que les médecins n'ont pas forcément le temps de lire tout ça. Donc c'est plus s'il y a un problème qu'on se met en rapport avec eux, mais autrement c'est une lettre où on les remercie de nous avoir adresser tel patient pour telle pathologie, on donne le traitement qu'on a proposé et les éventuels incidents de parcours. La surveillance tensionnelle s'il y a eu des problèmes de ce côté là, le poids et qu'on souhaite qu'ils en tirent le maximum de bénéfice.

6. Autres :

Mtherm : La lombalgie en général, c'est une pathologie très fréquente. Qui n'a pas eu, n'a pas ou n'aura pas mal au dos un jour?
Mtherm : Moi je suis toujours stupéfait de voir le nombre d'examens complémentaires auxquels sont soumis les patients. Alors c'est pas la faute du médecin, parce que moi j'ai des patients qui change de rhumatologue parce que tel rhumatologue n'a pas voulu lui prescrire une IRM. C'est malheureusement dans la mentalité d'aujourd'hui, si vous faites pas, donc ça ne va pas. Alors on essaie aussi de leur expliquer que la radio n'est pas forcément nécessaire, qu'un scanner c'est pas anodin. Je pense qu'à discuter avec eux, on arrive des fois à les convaincre qu'avec un scanner, ils n'auront pas forcément moins mal. Je crois qu'il faut rééduquer un petit peu les patients, qui sont souvent un peu vindicatifs. Ils ont une gonalgie, c'est d'emblée une IRM, alors que je pense que la première des choses ça reste encore l'examen clinique. Avec un bon examen clinique, ça permet de cerner un peu les diagnostics et puis peut-être d'éviter de faire des examens redondants. Parce qu'ils font des IRM, et 6 mois après ils en refont une autre. C'est stupéfiant.
Mtherm : Je ne veux pas dire de mal de mes confrères, même si parfois je remarque des dysfonctionnements ou des prises en charge pas tout à fait logiques. Je préfère garder ça pour moi, ce qui n'est pas forcément le cas de tous les médecins.
Mtherm : C'est surtout les patients qui sont vindicatifs, et qui ne se privent pas pour critiquer leurs différents médecins.
Mtherm : Ce qu'il faut, c'est prendre le temps de vraiment bien leur expliquer, et le problème aujourd'hui c'est qu'on a plus de temps pour ça. Du coup, ça leur fait du bien de venir en cure, puisqu'ils ont plus de temps pour discuter et comprendre. C'est ce que les médecins thermalistes essaient de faire, de prendre le temps qu'il faut.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La lombalgie chronique, pathologie fréquente en médecine générale, fait l'objet d'une prise en charge concernant plusieurs professions de santé et qui, malgré des recommandations de bonne pratique, apparaît souvent inefficace et désordonnée. Cette constatation interroge sur les moyens d'optimiser la coordination de ces différentes interventions pour aider le patient lombalgique chronique. Pour mieux comprendre les réticences et les attentes des différents intervenants médicaux et paramédicaux à une prise en charge coordonnée multidisciplinaire, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 22 professionnels de santé concernés par les lombalgies chroniques (médecins généralistes, médecins rééducateurs, rhumatologues, kinésithérapeutes). L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence des lacunes importantes de communication et la méconnaissance des références et des compétences des intervenants d'autres disciplines. Ils révèlent une offre de soin "éclatée" ou chacun mésestime le rôle des autres intervenants et en particulier celui du médecin généraliste, considéré comme porte d'entrée dans le circuit de soin et non comme coordonnateur des soins autour du patient lombalgique dans le suivi prolongé de cette maladie chronique . Nos propositions à la lumière de ces entretiens et de l'étude de la littérature, sont de remettre le patient au centre du dispositif de soin, en l'écoutant, en l'impliquant et en l'éduquant dans un processus coordonné par le médecin généraliste, dans une véritable multidisciplinarité, favorisant la communication et la connaissance/reconnaissance de chaque intervenant dans sa spécialité. Cette transformation des pratiques pourrait être à l'initiative du médecin généraliste, mais il faudrait que l'organisation du système de soins valorise cette fonction pour lui permettre de trouver sa place dans l'activité du médecin généraliste.

TITRE EN ANGLAIS :

How to optimize the chronic low back pain management by generalists practioners by using interdisciplinary ressources ?
- *Interview with 22 health care providers from Moselle* -

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2010

MOTS CLEFS :
lombalgie chronique, multidisciplinarité, recherche qualitative, médecine générale, prise en charge, communication interprofessionnelle

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Université Henry Poincaré, Nancy1 - Faculté de Médecine
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
