



LOMBALGIE COMMUNE EN SOINS PRIMAIRES

Auteur : la Société Française de Médecine Générale, pour le CMG
Client : la CNAM-TS
Date : mars 2017

SOMMAIRE

Avant-propos	3
1. L'épidémiologie en soins primaires	4
a. Une pathologie fréquente en médecine générale	4
b. Des situations cliniques complexes, mal définies	6
2. Le raisonnement clinique en soins primaires	8
a. La démarche médicale de premier recours	8
b. Le Résultat de Consultation	10
c. La démarche cyndinique	13
3. La prise en charge globale	15
a. L'approche centrée patient	15
b. Les enjeux du travail	16
c. Les enjeux du handicap	17
d. Les traitements non médicamenteux	19
e. Les traitements médicamenteux et chirurgicaux	19
4. La question des arrêts de travail dans le parcours de soins	20
a. Les déterminants des arrêts de travail du médecin généraliste	21
b. La pertinence du motif et/ou de la durée des arrêts de travail	22
5. Un parcours de soins primaires	25
a. Une équipe de soins primaires dans un modèle biopsychosocial	25
b. Diminuer le cout et mieux prendre en charge nos patients : « Choisir avec soin »	25
c. Lutter contre les croyances erronées des professionnels de santé et des patients	26
Références bibliographiques	28

Avant-propos

Un peu partout dans le monde se développent des recommandations visant à améliorer la qualité des soins, à réduire le recours à des interventions inutiles, inefficaces voire nuisibles, à optimiser les thérapeutiques avec un maximum de chance de bénéfice et avec un minimum de risque de nuisance, le tout à un coût acceptable. Elles ne représentent cependant qu'un seul des éléments contribuant à une bonne décision médicale, laquelle tient également compte des préférences et des valeurs exprimées par les patients, des valeurs et expériences liées aux cliniciens ainsi que des moyens disponibles. Il est justifié que cette attitude puisse différer d'un patient à l'autre, qu'elle soit adaptée en fonction de la personne à soigner.

Groupe de travail sous la direction de Julien Le Breton

Julien Le Breton	Société Française de Médecine Générale Département de Médecine Générale, Université Paris Est Créteil
Sandrine Bercier	Département de Médecine Générale, Université Paris Est Créteil
Julie Chouilly	Société Française de Médecine Générale
Olivier Kandel	Société Française de Médecine Générale

Avant publication, cette recommandation a été soumise au bureau du Collège de la Médecine Générale.

Message clé : La lombalgie commune nécessite une prise en charge globale par une équipe de soins primaires, centrée sur le patient afin de diminuer ses souffrances, préserver ou restaurer son autonomie et éviter la iatrogénie. C'est une pathologie chronique évoluant le plus souvent par crises avec une expression et des conséquences modérées ou sévères. Sa sévérité ne devrait pas justifier une prise en charge coûteuse et iatrogène.

1. Epidémiologie en soins primaires

a. Une pathologie fréquente en médecine générale

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) a porté pendant 20 ans un Observatoire de la Médecine Générale (OMG), maintenant fermé par manque de financement pérenne. De 1993 à 2012, les médecins de l'OMG ont recueilli les données de leur pratique en temps réel pendant leurs consultations. Ils utilisaient un thesaurus de diagnostics standardisé : le Dictionnaire des Résultats de consultation® [1]. La base de données recense plus de 690 000 patients pris en charge lors de 6 millions d'actes, avec 8 millions de Résultats de consultation et 15 millions de lignes de prescriptions médicamenteuses.

A propos de la lombalgie, les données de l'OMG montrent

En moyenne chaque année, un médecin généraliste français voit 92 patients pour une lombalgie, qui consultent en moyenne une fois et demi pour ce problème (Tableau n°1).

Tableau n°1 : Lombalgies par patient et par an		
	Moyenne	Bornes interquartile (Q25 - Médiane - Q75)
Patients	91.9	54 - 80 - 116
Actes	163.9	81 - 141 - 223

La répartition des patients lombalgiques par tranche d'âge ne montre pas de différence significative entre les hommes et les femmes (Figure n°1). La lombalgie touche principalement les patients de 30 à 70 ans et plus particulièrement les 40-60 ans.

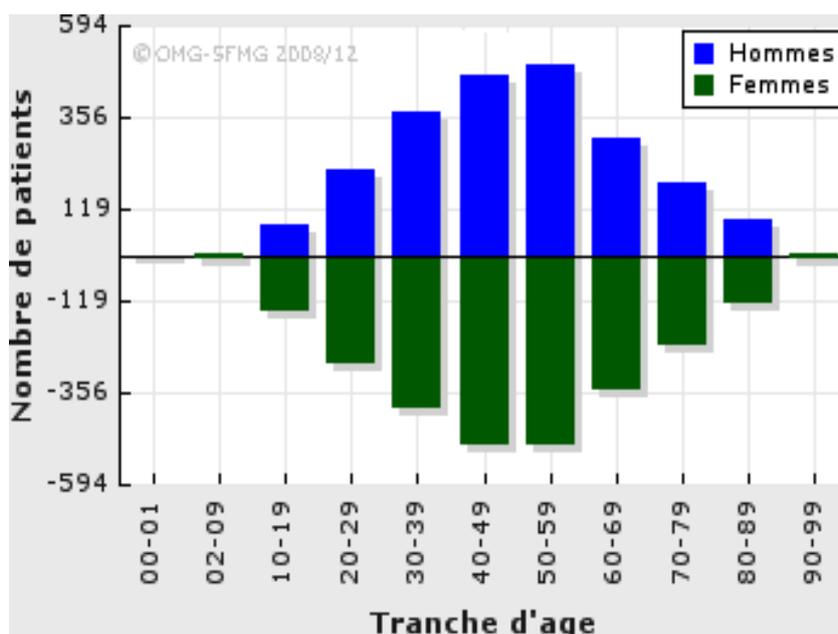


Figure n°1 : Répartition des lombalgiques par tranche d'âge et par genre

L'évolution de la prévalence de la lombalgie sur 15 années d'observation (1995 à 2009), montre une augmentation régulière de lombalgie qui passe de 5.2% à 6.9% soit une augmentation de 14% (Figure n°2).

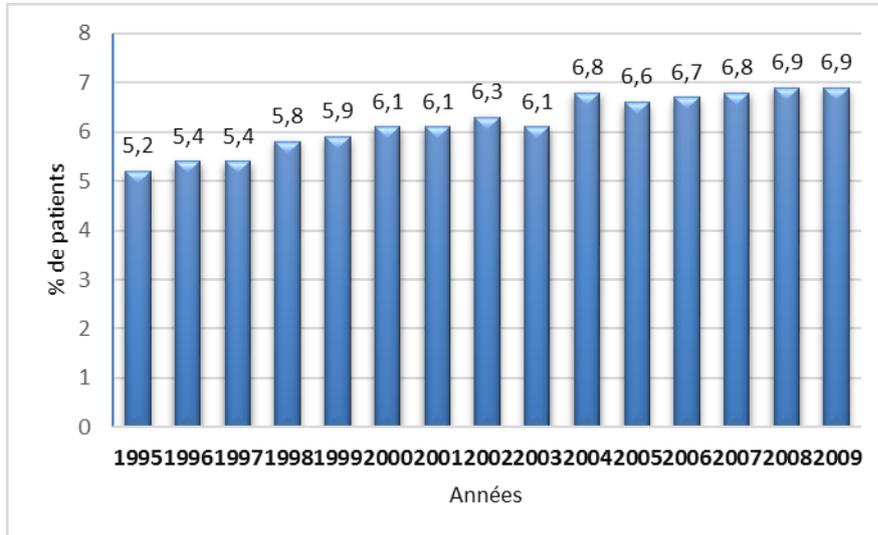


Figure n°2 : Evolution annuelle des cas de lombalgie sur 15 ans

La lombalgie est un trouble fréquent en médecine générale. Elle se situe en 8ème position des Résultats de Consultation, tous patients confondus. Pour les patients de 40 à 50 ans, elle passe en 4ème position, devant l'HTA, pour atteindre 11% des patients (Tableau n°2).

Tableau n°2 : Classement des 15 Résultats de Consultation les plus fréquents, sur une année

Les 15 RC les plus fréquents pour tous les patients			Les 15 RC les plus fréquents pour les 40 - 50 ans				
		Nb patients	%		Nb patients	%	
1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	16556	24.28	1	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	1820	20.24
2	ETAT FEBRILE	11849	17.38	2	ETAT FEBRILE	1228	13.66
3	HTA	8935	13.10	3	ETAT MORBIDE AFEBRILE	966	10.74
4	RHINOPHARYNGITE - RHUME	8418	12.34	4	LOMBALGIE	949	10.55
5	VACCINATION	8224	12.06	5	HTA	938	10.43
6	ETAT MORBIDE AFEBRILE	7838	11.49	6	RHINOPHARYNGITE - RHUME	859	9.55
7	HYPERLIPIDÉMIE	5700	8.36	7	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	722	8.03
8	LOMBALGIE	4689	6.88	8	TABAGISME	673	7.48
9	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	4063	5.96	9	VACCINATION	641	7.13
10	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	3483	5.11	10	DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	589	6.55
11	ANGINE (AMYGDALITE - PHARYNGITE)	3175	4.66	11	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	575	6.39
12	REACTION A SITUATION EPROUVANTE	3125	4.58	12	HYPERLIPIDÉMIE	542	6.03
13	RHINITE	2944	4.32	13	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	463	5.15
14	PLAINTÉ ABDOMINALE	2758	4.04	14	CONTRACEPTION	455	5.06
15	CONTRACEPTION	2658	3.90	15	RHINITE	404	4.49

Ces quelques chiffres confirment que la lombalgie est un trouble fréquemment rencontré et pris en charge en médecine générale.

b. Des situations cliniques complexes, mal définies

La lombalgie constitue un problème de santé publique aux répercussions humaines et socio-économiques majeures. La prévention primaire de la lombalgie et la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique ont montré des résultats décevants, notamment en regard des coûts engagés. Plus récemment l'intérêt s'est porté vers la prise en charge précoce des patients présentant une lombalgie aiguë. Dépassant le strict modèle biomédical, des facteurs de risque psychosociaux de passage à la chronicité ont été mis en évidence [2-5]. Néanmoins, à ce jour, cela ne s'est pas traduit par une meilleure efficacité des interventions proposées [6-11]. Les liens entre facteurs psychosociaux et lombalgie chronique sont probablement encore mal compris. Par ailleurs, l'application uniforme d'interventions à tous les patients présentant une lombalgie semble inappropriée.

La classification des lombalgies en aiguës ou chroniques, sur laquelle reposent les stratégies de prise en charge, apparaît non pertinente pour les soignants de premier recours, et notamment les médecins généralistes (MG), qui occupent pourtant une place privilégiée pour la prise en charge précoce des facteurs psychosociaux. L'analyse bibliographique approfondie nous a montré que la maladie chronique se définissait essentiellement en fonction du point de vue : celui de la science médicale ne recouvre pas nécessairement celui du patient ou de l'assureur ou du médecin praticien. Dans la science médicale, la notion de maladie chronique était abordée selon le modèle biomédical [12], avec une vision physiopathologique de la maladie. Pour le patient, la maladie chronique évoque la notion de handicap fonctionnel et d'altération de la qualité de vie [13]. Pour l'assureur, c'était la question de gestion du coût social de la maladie qui prévaut [14].

Les médecins généralistes prennent en charge certaines maladies (chroniques selon la science médicale) de manière aiguë, par épisode de crise ou par poussées, comme pour la lombalgie. Elles sont gérées comme une série de nouveaux épisodes et non comme une série de cas persistants [15]. Plusieurs éléments peuvent expliquer les discordances entre la vision de la maladie chronique par les médecins et la science médicale, et la réalité de la pratique médicale en soins primaires.

La rémunération à l'acte des médecins traitants peut les inciter à augmenter le nombre de consultations moyen qu'ils donnent en une heure et à traiter chaque problème de manière ponctuelle. Ce phénomène peut être aggravé par l'absence d'utilisation de logiciels médicaux performants permettant une vision diachronique des problèmes de santé de chaque patient. Enfin, ce mode de rémunération ne favorise pas les consultations de prise en charge chronique prolongées [16].

Il peut s'agir d'une mauvaise reconnaissance de certaines pathologies ou symptômes chroniques par les médecins. La lombalgie chronique en soins primaires concerne des symptômes récurrents sans diagnostic de certitude. La mauvaise connaissance de ces symptômes chroniques entraîne une prise en charge souvent inadaptée, comme la prescription redondante d'actes médicaux et paramédicaux, mais inefficaces car n'appréhendant le phénomène dans sa globalité temporelle et générant une insatisfaction du praticien, du patient, et une augmentation des dépenses de santé.

Une autre hypothèse peut être le manque d'enseignement de la gestion des pathologies chroniques lors des formations initiales des médecins ou en formation continue. La formation des médecins est traditionnellement basée sur le modèle de soins des maladies aiguës : les soins sont centrés sur la maladie, ou l'organe, et le traitement est sous surveillance étroite par le médecin et les soignants [17]. Jusqu'à récemment, la médecine prenait avant tout en charge la maladie aiguë, le plus souvent infectieuse : une crise qui peut être guérie chez un patient plutôt passif.

Il est également possible que le malade ne consulte que ponctuellement (à sa demande), quand il a mal. Ces patients qui ne consultent que par épisodes « aigus », ne peuvent bénéficier d'un suivi au long cours, de prise en charge plus précoce, et il est plus difficile pour le médecin d'instaurer une alliance thérapeutique avec le malade et de développer un plan de soins personnalisé, avec un programme d'éducation thérapeutique pour une meilleure prise en charge [18].

Dans l'Enquête de santé et protection sociale de 2012 [19], conduite en population générale par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IDRES), 23 000 individus ont été interrogés sur leur état de santé, leur recours ou renoncement aux soins. Au sein de la liste proposée par les auteurs des principales maladies chroniques déclarées, caracole en tête la lombalgie (19,2%), bien devant l'Hypertension artérielle (13,1%) ou le Diabète (8.5%). Ces résultats sont superposables à ceux d'une enquête de santé belge menée en population [20]. La lombalgie est une pathologie qui altère la qualité de vie du malade, et pour laquelle on aura une demande de prise en charge. Mais dans la réalité de la pratique, cette pathologie est traitée et gérée comme un problème aigu par le médecin traitant, qui ne perçoit pas toujours la demande du malade avec la même sensibilité que lui. La maladie du médecin (*disease*) et maladie du malade (*illness*) diffèrent : la maladie du patient correspond à un état de mal-être qui ne correspond pas systématiquement à un diagnostic de maladie selon le médecin [21].

Malgré une littérature abondante sur la lombalgie, les caractéristiques du recours au MG par les patients lombalgiques au cours du temps ne sont pas décrites. Quels sont les différents profils de patients lombalgiques consultant le MG ? Comment le recours au MG par ces patients évolue-t-il au cours du temps ? Les caractéristiques du recours au MG peuvent-elles constituer un indicateur pertinent pour la prise en charge des patients lombalgiques ?

Un projet reposant sur l'exploitation d'une vaste base de données, basée sur l'activité continue d'un réseau de MG depuis 20 ans (OMG), permettrait de :

- 1) Déterminer la fréquence du recours au MG par les patients lombalgiques : pour la lombalgie elle-même ; pour des problèmes de santé d'ordre psychosocial ; pour des plaintes médicalement inexpliquées
- 2) Réaliser une typologie des patients pris en charge par le MG pour lombalgie
- 3) Décrire l'évolution à long-terme du recours au MG par les patients lombalgiques
- 4) Modéliser le risque de recours répété au MG par les patients lombalgiques

2. Le raisonnement clinique en soins primaires

a. La démarche médicale de premier recours

Le Carré de White

Les données épidémiologiques issues des consultations ne rendent pas compte de la lombalgie dans la population générale, ce que nous appelons la « maladie sans médecin ». En effet, un certain nombre de personnes ressentent des troubles de santé sans nécessairement faire appel au médecin. C'est en effet le cas pour les « maux de dos ».

Le Carré de White (Tableau n°3) illustre le modèle "d'écologie des soins de santé" et aide à comprendre que les démarches diagnostiques du médecin généraliste et du praticien hospitalier sont différentes [22]. La démarche du praticien hospitalier, grâce à la mobilisation de compétences techniques, va consister à identifier la cause du trouble présenté par le patient. Celle du médecin généraliste, qui est en amont dans le Carré de White, s'organise prioritairement en fonction des fréquences de maladies et des risques à éviter. Ainsi le praticien hospitalier travaille légitimement sur un mode de recherche systématique d'étiologie, quand le médecin généraliste fonctionne, tout aussi légitimement, sur un mode probabiliste.

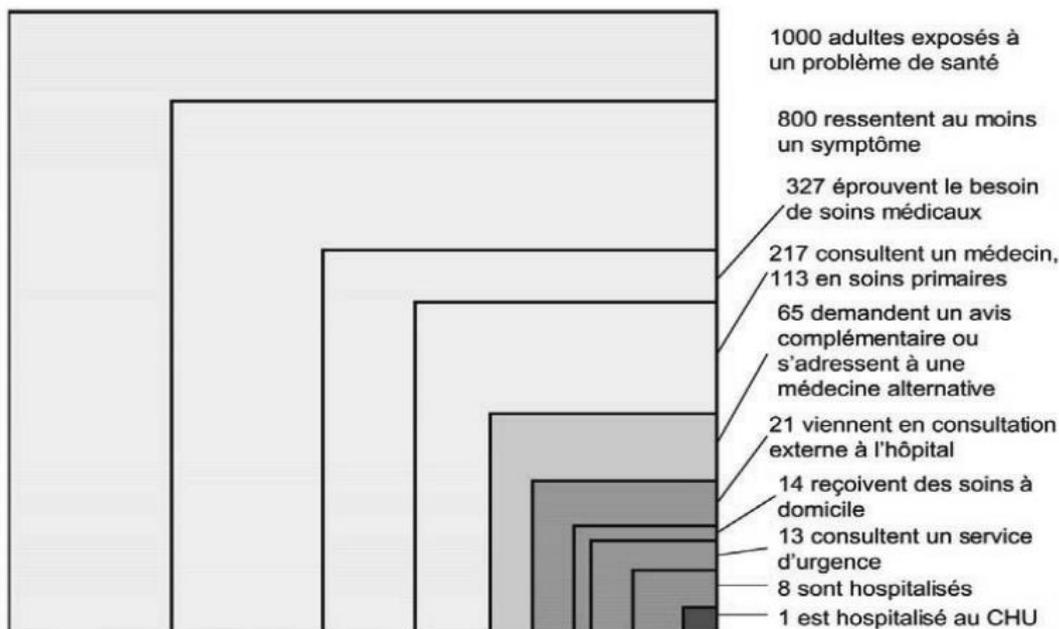


Figure n°3 : Le carré de White revu par Green

Un stade précoce

Parce que le médecin généraliste est souvent la première personne du système de soins à entrer en contact avec le patient, il est contraint d'agir « à un stade précoce et non différencié des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide » [1]. Or, en soins primaires, l'incidence et la prévalence des maladies confirmées sont faibles et les symptômes n'y sont pas toujours synonymes de maladies [23]. Même si les signes cliniques d'une maladie spécifique sont généralement bien

connus, les signes initiaux sont souvent non-spécifiques et communs à de nombreuses maladies. Braun explique qu'en effet, le médecin généraliste n'aboutit que rarement à un diagnostic et doit donc agir en « situation non élucidée » [1]. Cette notion implique que le médecin devra prendre ses décisions en contexte d'incertitude de diagnostic.

Des contraintes d'exercice

Le médecin généraliste est confronté au quotidien dans son exercice à plusieurs contraintes. D'une part, il est face à des troubles de santé au stade précoce de leur évolution qui présente rarement le tableau complet d'une maladie, et d'autre part il a des moyens diagnostiques limités, sans plateau technique. Enfin, il est amené à prendre des décisions dans un temps court (18 minutes en moyenne). Pour ces raisons, il se trouve bien souvent, à l'issue de la consultation, dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie de la situation et/ou son évolution vers une maladie. Le praticien face à cette incertitude diagnostique, s'expose alors à deux écueils. Celui de réduire le diagnostic au seul motif de consultation et celui de poser un diagnostic sans preuve. Pour éviter ces deux écueils et afin de prendre des décisions adaptées, le médecin doit adopter une méthode, reproductible et rassurante [24].

Le sablier de la démarche médicale schématise l'organisation de la pensée du médecin généraliste lors de la consultation. Comme le marin ne peut tracer son cap sans prendre le temps de faire le point, le médecin doit dénommer précisément le tableau clinique pour éliminer des risques d'étiologies graves correspondant à la situation et pouvoir prendre des décisions qui répondent au problème à prendre en charge [25].

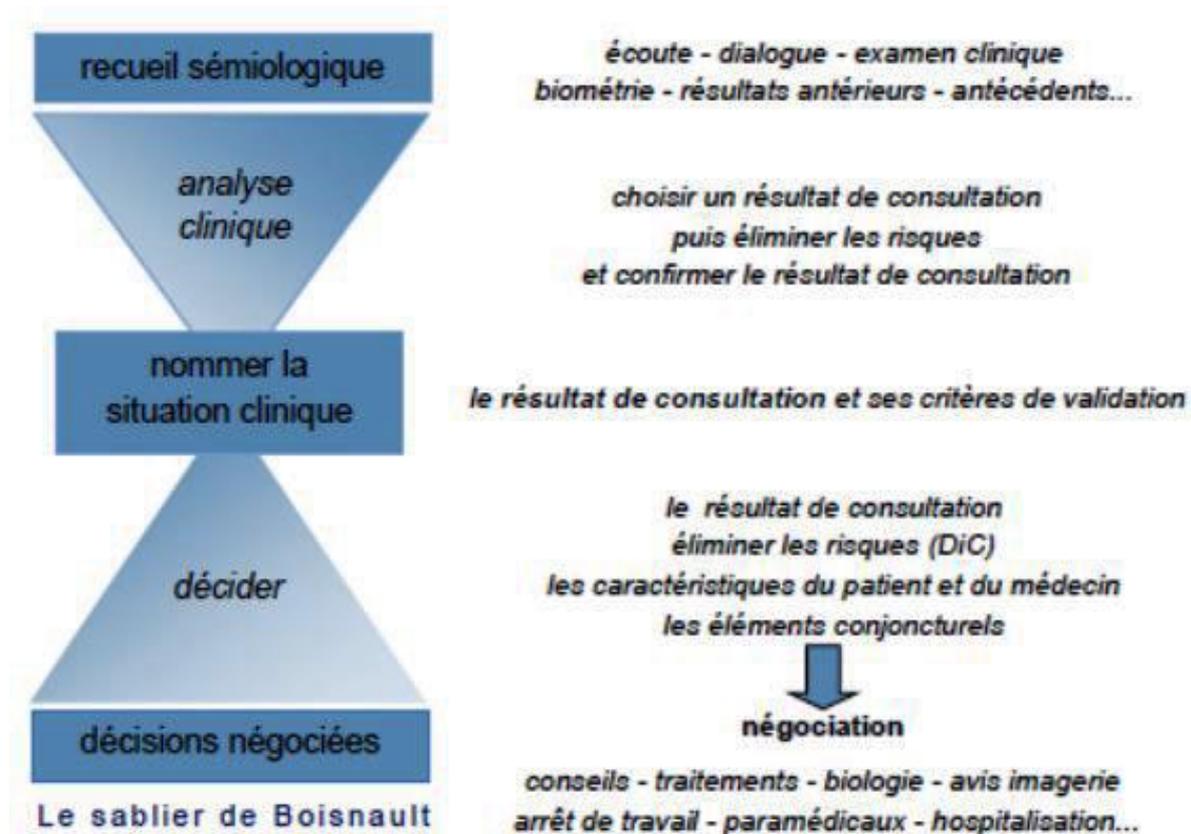


Figure n°4 : Le sablier de la démarche médicale - SFMG©

Dans la partie haute du sablier, celui du recueil des informations, il est important de souligner la place primordiale de l'entretien. Il est particulièrement fructueux, puisque l'hypothèse émise à son issue est confirmée dans plus de 75% des cas [26].

b. Le Résultat de Consultation

Dans 70% des cas le médecin de premier recours est face à des symptômes et des syndromes, en situation d'incertitude diagnostique. Comment faire pour relever et inscrire dans notre dossier médical précisément, quotidiennement et de manière reproductible les situations cliniques que nous rencontrons ?

Le Dictionnaire des Résultats de Consultation®, est un outil de recueil adapté aux soins de premier recours, qui permet de nommer avec rigueur ces situations cliniques. Il regroupe les cas, de fréquence régulière, qu'un médecin généraliste rencontre en moyenne au moins une fois par an. Ils sont nommés Résultats de Consultation. Le praticien formalise à l'aide du Dictionnaire son cheminement clinique en 3 étapes :

- a. Il choisit le Résultat de consultation correspondant le mieux à la situation clinique qui se présente à lui.
- b. Il vérifie si un autre RC ne correspondrait pas mieux au cas clinique.
- c. Il tient compte des maladies graves qui pourraient correspondre au tableau clinique décrit.

Le Dictionnaire contient 279 Résultats de Consultation, classés par ordre alphabétique. L'ensemble des Résultats de Consultation (RC) représente plus de 97% des situations cliniques prises en charge en médecine de premier recours. Intégré dans un logiciel, le DRC est mis à jour annuellement, après validation par un Comité de Mise à jour. Il est implémenté dans certains logiciels médicaux commercialisés, mais est aussi disponible sur le site de la SFMG sous forme d'un module téléchargeable ou d'un lien web.

Chaque RC comporte :

- Un titre
- Une définition avec des critères d'inclusion et des compléments sémiologiques
- Une liste de Voir Aussi
- Une liste de Diagnostics Critiques
- Une correspondance avec la CIM-10
- Une correspondance avec la CISP-2
- Un argumentaire

Dans le cas de la LOMBALGIE, la définition est la suivante :

++++ DOULEUR DU RACHIS LOMBAIRE

++1 | spontanée

++1 | lors des mouvements actifs

++1 | à la palpation

++1 | pression axiale d'épineuse

++1 | pression latérale d'épineuse

++1 | pression latérale contrariée

++1 | pression des ligaments interépineux

++1 | pression friction des massifs articulaires postérieurs

++++ ABSENCE DE NÉVRALGIE

+ - hyperalgique

+ - effort déclenchant

+ - début brutal

+ - traumatisme ancien

+ - position antalgique

+ - rythme mécanique

+ - rythme inflammatoire

+ - contracture muscles paravertébraux

+ - irradiation

+ - syndrome périosto-cellulo-téno-myalgique

Cette définition comporte des critères obligatoires pour pouvoir être relevée et correspondre au cas clinique du patient. Ces critères obligatoires sont matérialisés par les ++++ : une douleur du rachis lombaire sans névralgie.

Cette douleur peut-être spontanée, aux mouvements, à la palpation (un ou plusieurs de ces critères sont possibles). Les compléments sémiologiques + - servent à compléter, décrire plus précisément cette douleur.

L'argumentaire du RC LOMBALGIE

L'argumentaire, dont la lecture est accessible lors de la recherche d'une définition, sert à expliciter le champ d'action du RC pour s'assurer que nous sommes en train de relever le RC qui correspond le mieux à la situation clinique.

- Dénomination

Désigne les douleurs du rachis lombaire pouvant être identifiées comme telles au terme de l'examen.

- Critères d'inclusion

Il doit exister une douleur du rachis lombaire soit spontanée soit à la mobilisation active ou passive, soit à la palpation selon au moins une des techniques indiquées.

Il ne doit pas y avoir de névralgie antérieure, essentiellement névralgie sciatique ou crurale, par opposition à l'atteinte de la branche postérieure du nerf rachidien responsable du syndrome cellule-périoste-myalgique.

- Compléments sémiologiques

Ils permettent de noter les informations recueillies lors de l'examen et notamment le type de la douleur mécanique ou inflammatoire, les irradiations, ou l'association de douleurs musculaires associées à la lombalgie.

- Correspondance CIM10

M54.5 : lombalgie basse – douleur lombaire – lumbago SAI

- Correspondance CISP

L03 : Symptôme et plainte des lombes

Avant de confirmer ce choix, il faut s'assurer de ne pas s'être trompé de RC.

Chaque Résultat de Consultation est associé à une liste de RC voisins ou concurrents, les plus proches sémiologiquement. Ces RC voisins sont appelés « Voir aussi ». Le médecin, pendant la consultation regarde cette liste avant de confirmer son choix et de relever le bon RC dans son dossier. Le choix du RC s'il se limitait à celui des critères d'inclusion, si précis soient-ils, n'aurait aucune valeur. Ce RC n'est pertinent qu'après vérification de sa liste de Voir aussi. C'est bien parce qu'on a exclu, le plus souvent cliniquement, les autres RC de la liste des Voir aussi, que l'on peut confirmer que c'est bien ce RC qui correspond le mieux à la situation clinique présentée.

DOULEUR NON CARACTÉRISTIQUE : si l'origine rachidienne de la douleur ne peut pas être affirmée.

MYALGIE : lorsque la douleur peut être attribuée uniquement à un muscle de la région lombaire, en dehors d'un traumatisme récent.

NÉVRITE NÉVRALGIE : l'existence de névralgie même s'il existe des douleurs lombaires doit faire classer le cas dans ce RC.

SCIATIQUE : sera relevé en cas d'une association avec une sciatique.

Cette méthode de travail permet de bien différencier la lombalgie dite commune de la lombosciatique ou de la cruralgie.

c. La démarche cindynique

Le médecin de premier recours est tenu de garder à l'esprit l'éventualité, souvent faible mais non nulle, d'une maladie grave. Le danger est que le praticien n'évoque pas, devant le RC choisi, des maladies dont les conséquences peuvent altérer l'état du patient. La difficulté pour le praticien est de tenir compte des éventuels dangers sous tendus par le RC, tout en ne se lançant pas dans une démarche d'investigation systématique qui serait anxiogène, coûteuse, voire iatrogène, avec une forte probabilité de résultats négatifs. Evaluer le risque consiste à tenir compte, pour chaque danger, de sa gravité, de son urgence, de sa curabilité, et de la vulnérabilité du patient, d'où l'appellation « Diagnostic Critique ». En pratique, afin d'aider le médecin, le Dictionnaire des Résultats de Consultation® affiche pour chaque RC la liste de maladies graves à évoquer, classées par ordre de fréquence, pondérées de leur criticité.

Les Diagnostics Critiques de LOMBALGIE

- Psychogène
- Hernie discale
- Arthrose
- Tassement ostéoporotique
- Rhumatisme inflammatoire chronique
- Cancer
- Sténose du canal médullaire
- Maladie de Scheuerman
- Chondrocalcinose
- Spondylolisthésis
- Tumeur bénigne
- Spondylodiscite infectieuse
- Maladie de Paget

Les Diagnostics Critiques sont classés dans la liste ci-dessus par ordre de prévalence décroissante en médecine générale : du diagnostic le plus fréquent au plus rare. On voit bien que la criticité attribuable à chacun de ces diagnostics ne tient pas compte de cette fréquence : l'origine psychogène de la lombalgie est fréquente mais non critique, alors que la spondylodiscite infectieuse est critique (grave, urgente, curable), mais rare.

Dans le prolongement du choix du RC, de l'élimination du premier risque par les « Voir aussi » et l'évocation du deuxième risque par les Diagnostics Critiques, la Société Française de Médecine Générale travaille à la rédaction de conduites à tenir adaptées aux situations les plus fréquentes en médecine de premier recours. Nous n'avons pas retenu le terme de conduite à tenir. Il a certes l'avantage d'être connu de la communauté médicale. En revanche, cette expression est connotée sur un versant biomédical, organique, faisant peu de place à la vision plus globale de la médecine générale. Par ailleurs, elle sous-tend une notion de règles incontournables, plus gênante au regard de la diversité des facteurs intervenant dans la prise en charge d'une situation de premier recours. La cindynique du grec kíndunos, danger, est un mot récent qui date de 1987. Il s'agit d'une théorie et d'une méthodologie visant à rendre intelligible, par une approche globale, les risques endogènes et exogènes d'un système. Cette notion correspond bien à notre problématique.

En pratique, à chaque RC correspondra une démarche cindynique, démarche d'aide à la gestion du risque lié à la situation clinique présentée par le patient.

La démarche cindynique de LOMBALGIE

C'est le 8ème Résultat de consultation le plus fréquemment rencontré en médecine générale. Lors de chaque relevé du RC LOMBALGIE, le praticien devra évaluer la composante psychogène.

Un rythme inflammatoire doit faire évoquer une spondylodiscite infectieuse ou un rhumatisme inflammatoire chronique. Dans ces deux situations, il est nécessaire de rechercher un syndrome inflammatoire biologique et de réaliser une imagerie du rachis d'emblée. Un effort déclenchant peut faire évoquer une hernie discale sans urgence diagnostique.

Quatre-vingt-dix pour cent des lombalgies ont une guérison en moins d'une semaine sous antalgiques de palier I, 2 semaines en l'absence de traitement. Une lombalgie évoluant depuis plus de 6 semaines ou récidivante doit donc interpeller le praticien. Une évolution cyclique alternant périodes algiques et non algiques évoquera une pathologie inflammatoire, une chondrocalcinose ou une pathologie dégénérative type arthrose, ou maladie de Paget selon l'âge du patient. Une évolution progressivement croissante évoquera une pathologie infectieuse.

Chez un patient ayant un antécédent de cancer, une localisation secondaire devra faire réaliser une scintigraphie osseuse. Chez une personne âgée, ostéoporotique ou ayant reçu une corticothérapie au long court, le praticien devra suspecter un tassement vertébral. Chez un patient jeune, ou immunodéprimé, ou usant de drogue IV, le praticien devra s'assurer de l'absence d'une fièvre ou d'un rythme inflammatoire de la douleur constituant des arguments pour une suspicion de spondylodiscite. Une lombalgie apparaissant chez un enfant en période de croissance devra faire évoquer la maladie de Scheuermann. Le médecin recherchera alors la présence d'une cyphose dorsale et d'une hyperlordose lombaire douloureuses. Dans un contexte de traumatisme ancien ou d'existence de pathologie dégénérative ou chez un patient sportif, il faudra rechercher un spondylolisthésis.

Associé à une ASTHENIE-FATIGUE et/ou un AMAIGRISSEMENT le RC LOMBALGIE doit faire penser à une étiologie de cancer.

La lombalgie ne connaît aucune complication organique mais la présence d'une douleur chronique ou récidivante peut conduire à un retentissement sur l'humeur, voire à une réelle dépression. Enfin, sa principale complication est d'ordre socioéconomique en raison de ses conséquences sur l'activité professionnelle. Il s'agit de la première cause d'invalidité au travail chez les moins de 45 ans.

La prescription d'examens complémentaires devant le RC LOMBALGIE n'est pas nécessaire en première intention. Le praticien aura pour fonction de proposer un traitement antalgique de palier I type Paracétamol éventuellement associé à des AINS. Un arrêt de travail peut être nécessaire en fonction du contexte. Il insistera sur un impératif : reprendre au plus vite et progressivement les activités du quotidien. La guérison musculaire passant par la mobilisation et non par le repos. La kinésithérapie n'est pas une thérapeutique de 1ère intention. Elle a pour principale fonction de prévenir les récurrences. Toute manipulation en période aiguë étant au contraire un facteur d'aggravation.

De nombreux éléments de la démarche diagnostique clinique reposent sur des avis d'experts. En particulier, lors de lombalgie commune chronique, il n'existe pas suffisamment de données probantes pour recommander des examens complémentaires spécifiques (imagerie, biologie, électromyographie, techniques interventionnelles et évaluation de la condition physique). Ce manque de données probantes relatives à la validité des tests diagnostiques s'explique en partie par l'absence de « gold standard » pour le diagnostic de lombalgie chronique.

3. La prise en charge globale

a. L'approche centrée patient

L'approche centrée sur le patient [27] est une démarche décisionnelle, très souvent utilisée en soins primaires, à l'insu même parfois des médecins qui l'utilisent. Il s'agit d'un modèle dont l'origine est issue des travaux de Michaël Balint [28]. Bien qu'ancrée dans une perspective humaniste, intégrant les mêmes valeurs, il ne s'agit pas à strictement parler de « l'approche centrée sur la personne » telle qu'elle a été préconisée par Carl Rogers [29] qui avait pour but principal le soutien de la personne malade en favorisant un climat favorable à la relation psychothérapeutique. Proche du modèle biopsychosocial défendu par Engels [30], l'apport principal de l'approche centrée sur le patient est de mettre l'accent sur les aspects personnels, subjectifs, autant que sur les déterminants psychosociaux qui président à la décision, et de proposer des modalités pour aider le médecin à adopter une démarche réellement centrée sur le patient. Il s'agit d'inciter les soignants à utiliser un mode de fonctionnement permettant une décision et une action qui tiendrait compte de la maladie mais aussi de la personne malade. L'objectif est d'offrir en toutes circonstances des soins de qualité en élargissant le modèle décisionnel classique (biomédical) pour prendre en compte la perspective et les possibilités du patient dans son environnement tout au long de la démarche décisionnelle. C'est Stewart et al qui ont défini les préceptes de l'approche centrée sur le patient [31] :

1. Explorer la maladie, mais aussi l'expérience de la maladie vécue par le patient
2. Comprendre la personne dans sa globalité subjective, personnelle, psychosociale
3. S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités
4. Établir et maintenir la relation médecin patient

Pour ces auteurs, le médecin doit être en mesure de répondre aux cinq questions suivantes :

1. Qui est le patient ? Ses intérêts, son travail, ses relations etc.
2. Quelles sont ses attentes à l'égard de la médecine en général ? À l'égard du médecin en particulier ?
3. Quelle est l'influence de la maladie dans sa vie ?
4. Quelle est sa compréhension (représentation) de sa maladie ?
5. Comment le patient vit-il sa maladie ?

En d'autres termes, ils suggèrent au médecin d'avoir la curiosité lors de la démarche décisionnelle, de demander au patient de parler de lui-même mais aussi d'avoir la patience d'attendre et d'écouter ce qu'il a à dire et d'en tenir réellement compte.

Il ne s'agit nullement de se limiter à adopter cette approche pour certaines activités bien particulières comme par exemple pour « l'éducation du patient » ou pour certains types de soins, mais bien d'inciter les médecins à modifier radicalement leurs modes de fonctionnement en laissant définitivement tomber le strict modèle de décision et de communication biomédical, centré uniquement sur la maladie, pour adopter en permanence une posture différente qui intègre dans la démarche décisionnelle le malade autant que la maladie.

A partir d'une conception élargie de la maladie, ce modèle propose un mode d'entretien structuré avec le malade très différent du classique « interrogatoire médical » puisqu'il demande au médecin de faire preuve d'empathie, de questionner de façon ouverte et de prendre en compte réellement le

vécu de la maladie, les perspectives et les possibilités du malade dans son environnement. Le mode de communication qui en résulte modifie profondément la relation médecin malade. Ce type d'approche est actuellement valorisé et enseigné dans les départements de médecine générale de plusieurs pays dans le monde, en particulier au Canada, qui en ont fait une des spécificités de la démarche décisionnelle en soins primaires. En France, c'est l'approche qui a été plébiscitée au niveau national par les enseignants de médecine générale. Elle semble être actuellement la seule capable de prendre réellement en compte à la fois la globalité (vision holistique) et la complexité des situations (vision systémique) auxquelles le médecin généraliste est confronté quotidiennement. Il nous semble que cette posture facilite le travail d'éducation du patient, alors que celle qui consisterait à changer de mode fonctionnement comme de casquette selon que le médecin serait dans une démarche décisionnelle de soins classique (modèle biomédical) ou dans une démarche éducative (modèle centré sur le patient) ne paraît ni réaliste ni même souhaitable. Même s'il n'est pas toujours conscientisé, ce type de fonctionnement est souvent de fait imposé au médecin généraliste du fait de sa proximité avec le patient.

b. Les enjeux du travail

Le travail, sa nature et ses conditions d'exercices, sont des déterminants clé de la santé dont les effets sont souvent méconnus ou sous-estimés. Il peut être à la fois un facteur de risque et un facteur de protection, en fonction des contextes individuels ou collectifs. Dans l'entretien médical habituel, des questions simples suffisent pour intégrer les risques éventuels liés au travail actuel ou passé (Quel type de travail faites-vous ? Pensez-vous que vos problèmes de santé pourraient être liés à votre travail ? Etes-vous exposé à des gestes répétitifs, bruits, produits à risques, etc. ? Constatez-vous des changements pendant vos vacances ? Des collègues de travail ont-ils des symptômes comparables aux vôtres ?). Ces informations essentielles doivent être recherchées et enregistrées dans les dossiers médicaux au même titre que d'autres facteurs de santé (IMC, niveau tensionnel, activité physique, données de biologie, etc..) et elles participent à la note médicale de synthèse du patient. L'analyse des dossiers médicaux témoignent du recueil limité du métier et des catégories socioprofessionnelles (CSP) des consultants. La mise en relation entre les problèmes de santé et les activités professionnelles est rarement retrouvée dans les dossiers médicaux.

L'arrêt de travail et l'accident de travail sont une opportunité simple et fréquente pour rechercher, compléter et actualiser la composante "travail" des consultants. L'importance, la traçabilité et l'impact durable des certificats médicaux établis pour le travail sont indissociables de ce qui a été volontairement ou involontairement écrit et/ou omis. Le rôle soignant du médecin généraliste traitant comporte une fonction d'informateur, de traducteur ou de médiateur entre les instances médicales, professionnelles et administratives. Le médecin du travail, notamment en charge de vérifier l'aptitude d'une personne à son poste ou à la reprise de son travail, est une personne ressource insuffisamment utilisée pour aider le patient-travailleur comme son médecin. Les réponses médicales et/ou administratives relatives aux questions spécifiques du travail, des maladies professionnelles et des modalités de communication entre acteurs sont disponibles sur des sites Internet ad hoc. La méconnaissance et les représentations négatives réciproques entre médecins du travail et médecins généralistes sont d'autant plus persistantes que leurs échanges actuels restent limités. Le secret professionnel liant le médecin traitant vis à vis du médecin du travail est un facteur limitant mais il n'empêche pas les échanges nécessaires.

Les situations extrêmes fortement médiatisées de la souffrance au travail sont l'arbre qui cache la forêt. Les impacts négatifs somatiques, psychiques et sociaux du travail restent sous-estimés pour le plus grand nombre des personnes alors que des changements ou des adaptations du travail font partie des traitements. Un retraité est un ancien travailleur et la reconstitution de la biographie professionnelle parfois précaire ou chaotique est un élément important pouvant révéler des risques passés ou persistants ignorés. Le suivi médical post professionnel doit intégrer ces facteurs de risques spécifiques. Les enquêtes successives sur la santé au travail témoignent de l'ampleur et de la diversité des risques anciens et nouveaux pour l'ensemble des métiers et des catégories socioprofessionnelles, et du fait qu'aucune profession n'est épargnée. Les évolutions de la place et des rôles sociaux attribués du travail et aux travailleurs dans les sociétés modernes conduisent à s'interroger sur le sens, les hiérarchies et conflit de valeurs misent en jeu selon les entreprises et les personnes qui y travaillent. Si l'activité professionnelle est un co-facteur de santé, le "non travail" subi en est un autre. Le chômage ponctuel ou durable, la retraite prématurée involontaire, la précarité professionnelle ont aussi des effets démontrés dans le champ de la santé comme des soins.

Dans la lombalgie, les médecins du travail et les médecins conseil jouent un rôle crucial afin de minimiser les conséquences du mal de dos tant pour le patient que du point de vue sociétal. Le premier rôle de ces médecins doit être un rôle d'information des travailleurs : le mal de dos est une affection fréquente, certaines fonctions et positions présentent plus de risques, le mal de dos aigu se résout fréquemment de manière spontanée (90% dans les six semaines), il est important de rester actif malgré la douleur. Si les contraintes physiques liées au travail jouent un rôle sur le plan étiologique, des facteurs psychosociaux (tels que le stress, l'anxiété ou le manque de satisfaction au travail) influencent la gravité de l'évolution et la probabilité d'un passage à la chronicité. Dans ce domaine, les données scientifiques restent moins tranchées. Un second rôle de ces médecins est la promotion de stratégies de prévention pour éviter le passage à la chronicité. La littérature offre des données probantes pour les écoles du dos (sur le lieu du travail et incluant une composante d'exercices) et pour les interventions multidimensionnelles ou multidisciplinaires.

c. Les enjeux du handicap

La multiplicité et l'enracinement d'obstacles individuels et environnementaux créent une situation de handicap, dans laquelle l'individu ne peut plus retourner à ses habitudes de vie. La plupart des obstacles pouvant limiter la reprise des activités habituelles, y compris le travail, lors de la lombalgie persistante ont été identifiés [32].

Obstacles individuels

- Douleur persistante
- Perception du niveau d'incapacité
- Peurs et croyances
 - Projection du patient face au retour aux activités
 - Perception négative de l'impact de l'activité sur la condition
 - Perception du patient d'une atteinte grave
 - Perception erronée du patient sur son pronostic
- Perception du patient qu'il reçoit les mauvais traitements
- Perception d'investigation médicale inachevée
- Catastrophisme / sinistrose
- Dépression

- Présence de diagnostics multiples
- Perception d'état de santé général dégradé
- Autres événements stressants parallèles
- Pauvre soutien social
- Conflits avec l'assureur

Obstacles liés au travail

- Perception du patient que ses capacités ne correspondent pas aux exigences du travail
- Exigences élevées de travail
- Travail perçu comme étant monotone
- Longue période d'absence de travail
- Absence de possibilité de travail modifié

Le clinicien doit systématiquement identifier ces obstacles afin de bien en saisir l'impact sur la situation de handicap du patient, et d'en tenir compte dans le plan de traitement.

La revue de la littérature met en évidence le rôle de l'exercice comme facteur clé pour la guérison. Une approche multidisciplinaire combinant un programme d'exercices et une prise en charge psychologique et/ou sociale est particulièrement bénéfique.

Il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander un traitement de kinésithérapie dans la phase aiguë de la lombalgie. Les agents physiques tels que glace, chaleur, ondes courtes diathermiques, massages, ultrasons, de même que le T.E.N.S., sont communément utilisés comme soulagement symptomatique. Ces méthodes passives n'apparaissent pas avoir un quelconque effet sur le devenir clinique. Des études récentes semblent indiquer que le fait de rassurer et conseiller le patient, en association avec une reprise précoce des activités habituelles peuvent être plus efficaces que la physiothérapie. Par contre, il existe suffisamment de preuves pour conseiller la prescription de kinésithérapie dans la lombalgie chronique. Le rôle de la kinésithérapie apparaît donc dans la prise en charge des lombalgies persistantes et réside dans l'établissement d'un programme d'exercices supervisés par le médecin.

- Le massage et le réchauffement local éventuel par des techniques de physiothérapie, agréablement perçus, et vécus comme bénéfiques par le patient, pourraient être le premier temps d'une séance de kinésithérapie facilitant la relation entre le thérapeute et son patient. Toutefois, il ne peut s'agir que d'un adjuvant de courte durée.
- La rééducation proprioceptive ainsi que l'amélioration de la mobilité lombo-pelvienne avec, entre autres, l'apprentissage de la bascule du bassin
- L'apprentissage du verrouillage lombaire en position intermédiaire
- L'amélioration des performances musculaires :
 - des extenseurs du rachis en travaillant l'auto-grandissement et les exercices de posture
 - des abdominaux pour leur rôle dans le verrouillage lombaire et le caisson abdominal
 - des quadriceps puisqu'il faut préférer la flexion des hanches et des genoux à la flexion antérieure du tronc
- L'assouplissement de l'étage sous-pelvien, notamment l'étirement des muscles ischiojambiers, très souvent rétractés chez les lombalgiques, et des droits antérieurs
- Le reconditionnement à l'effort

Les écoles du dos ont une efficacité lorsqu'elles sont organisées dans le cadre du milieu de travail. Par contre, l'efficacité en dehors du cadre professionnel n'a pas encore été démontrée. Adresser un patient dans une école du dos organisée fait partie des conseils généraux que l'on peut donner pour l'aider à mieux comprendre sa pathologie, à apprendre les principes d'économie rachidienne dans les gestes de la vie quotidienne et à devenir un partenaire actif dans le traitement de son affection. Elle est toujours plus efficace lorsqu'elle est organisée dans le cadre professionnel.

La majorité des médecins généralistes constatent que peu de patients réalisent les exercices proposés. Ces exercices sont difficiles à obtenir du patient car, comme pour les autres conseils hygiéno-diététiques, on ne change pas facilement des habitudes et d'hygiène de vie. De plus, il est utopique de croire qu'ils les feront seuls. Les médecins généralistes estiment que le kinésithérapeute est le partenaire adéquat dans la prise en charge de revalidation d'un lombalgique. Toutefois, il est nécessaire que le kinésithérapeute soit intéressé et compétent dans ce domaine.

d. Les traitements non médicamenteux

Le clinicien devrait promouvoir et guider la poursuite ou la reprise graduelle des activités habituelles du patient.

Lors de l'examen clinique, une information rassurante donnée au patient est un élément fondamental de la thérapeutique, supporté par des données probantes de qualité. Pour la prise en charge thérapeutique de la lombalgie chronique, plusieurs traitements conservateurs non invasifs sont à privilégier : les programmes d'exercices, les interventions de type comportemental (sans définition précise possible de leur contenu), les interventions brèves comprenant une éducation du patient et les interventions multidisciplinaires répondant au modèle biopsychosocial. Une approche multidisciplinaire comprenant plusieurs interventions (telles qu'éducation, programmes d'exercices, approche comportementale, relaxation et visite sur le lieu du travail) est plus efficace qu'une intervention isolée ou une prise en charge classique. A l'opposé, des données probantes de qualité existent en défaveur de l'utilisation des tractions et de l'«EMG biofeedback» pour le traitement de la lombalgie chronique.

e. Les traitements médicamenteux et chirurgicaux

Il existe peu d'études cliniques de qualité permettant de recommander l'efficacité de traitements médicamenteux (sauf pour le tramadol et la codéine). Les études manquent en particulier pour le paracétamol et les anti-inflammatoires. Les conclusions sont identiques pour les traitements invasifs non chirurgicaux (techniques d'injections) et pour la chirurgie : peu d'études montrent leur valeur ajoutée et aucune publication n'analyse spécifiquement les effets secondaires. Or ces techniques sont fréquemment utilisées, génèrent des coûts importants et peuvent s'accompagner de complications graves et d'invalidité. De manière plus spécifique, des données probantes existent en défaveur de l'arthrodèse, alors que de nombreuses interventions de ce type ont été pratiquées.

4. La question des arrêts de travail dans le parcours de soins

En matière de prescription d'arrêt de travail, le médecin généraliste est le premier prescripteur en volume d'indemnités journalières avec 75% des arrêts prescrits [33] et une prescription d'arrêt lors de près d'une consultation sur 8 [34]. En 2004, l'Assurance Maladie impose que toute prescription de prolongation d'arrêt soit réalisée par le médecin prescripteur initial ou par le médecin traitant [35]. Puis, en 2010, elle peut suspendre le versement des indemnités journalières sur la base d'un contrôle effectué par un médecin mandaté par l'employeur [36], créant un climat de suspicion sur le bien-fondé des prescriptions d'arrêt, confrontant les praticiens entre eux.

Toutefois, faudrait-il pouvoir définir ce qui est « justifiable » en termes d'incapacité au travail quand ni les médecins prescripteurs ni les médecins contrôleurs ne disposent de référentiel de prescription d'arrêt de travail, de consensus, d'outils validés. Or, s'il est admissible que la composante biomédicale des pathologies soit relativement reproductible, la participation de la sphère psychosociale reste toujours singulière. Ainsi, la Haute Autorité de Santé (HAS) statuait que cette prescription ne trouvait qu'une réponse partielle dans les barèmes indicatifs de durée d'arrêt de travail en fonction des pathologies, créés par l'Assurance Maladie [37]. Concernant les lombalgies communes, parues en mars 2010, les barèmes de prescription variaient de 0 à 35 jours, en fonction de la sévérité du travail (de léger à lourd) et demandaient de prendre en compte l'âge du patient, la condition physique, l'impact psychologique de la douleur, les modifications de poste envisageable ainsi que le contexte socio-économique. Cela image bien la difficulté de créer la meilleure équation avec des paramètres si nombreux et parfois difficilement objectivables.

L'étude ATAC (Arrêt de Travail : Analyse des Comportements des médecins généralistes), menée par le Département de médecine Générale de Créteil entre 2007 et 2011, visait à explorer les déterminants intervenant dans la prescription d'arrêt de travail par le médecin généraliste. Dans cette démarche exploratoire, un couplage d'études qualitatives était nécessaire pour faire émerger les différents facteurs intervenant dans la décision. Les démarches choisies ont été la recherche action et les entretiens de groupe.

Concernant, la recherche action, les médecins généralistes devaient décrire des situations vécues dans leur cabinet de manière prospective à l'aide de cahiers d'observation. Les situations décrites étaient définies comme l'apparition lors de la consultation d'une divergence de point de vue entre médecin et patient sur le bien-fondé ou la durée d'arrêt de travail demandé par le patient. Après avoir testé la faisabilité lors d'une étude pilote sur 12 médecins, 39 médecins généralistes ont été inclus, 34 ont participé à l'étude, avec la récupération de 176 cahiers d'observation exploitables. Deux cahiers avaient été créés : le premier lorsque la divergence entre médecin et patient portait sur le bien-fondé de la prescription (n=76), le second lorsque la divergence portait sur la durée de l'arrêt (n=100).

Concernant les entretiens de groupe, ont été réalisés trois *focus groups* de 8 médecins généralistes sur le thème des « attitudes » des médecins (critères objectifs utilisés, impact, mesures composantes sociales ou professionnelles) et trois *focus groups* de 8 médecins généralistes sur le thème des « perceptions » (regard porté sur le patient demandeur, enjeu personnel, place du médecin traitant, enjeu relationnel avec le patient et lien avec le médecin conseil et les autres professionnels de santé). Un travail identique de *focus groups* utilisant les mêmes guides d'entretien, était prévu avec les médecins conseils de la CPAM du Val de marne, qui n'a pu malheureusement aboutir.

a. Les déterminants des arrêts de travail du médecin généraliste

Quatre grands axes ont pu être dégagés : les facteurs intervenant dans la décision, les enjeux relationnels entre patient et médecin, le vécu de l'arrêt de travail en situation complexe et la détermination de famille de situations à risque.

Parmi les facteurs intervenant dans la décision de prescrire ou ne pas prescrire un arrêt de travail, on retrouvait tout d'abord les éléments propres à la situation clinique, avec un repérage énoncé comme systématique tant de l'évaluation de la symptomatologie, de son délai attendu selon les connaissances scientifiques, que de la profession (et du trajet) du patient. Etaient aussi pris en compte le risque encouru en cas de non prescription, l'existence de facteurs psychologiques ou sociaux, qui avaient toutefois une part pondérée dans la décision. Les médecins se déclaraient à l'aise lorsque les pathologies étaient jugées « lourdes », les symptômes « invalidants » ou les conditions de travail « dures ». En revanche, le médecin était en difficulté, plutôt en défaveur d'une prescription d'arrêt de travail, lorsque les symptômes étaient jugés « peu invalidants » ou sans étiologie retrouvée ou le travail « peu valorisant » (insatisfaction du patient, plaintes vis-à-vis de l'employeur) ou lorsqu'un trouble psychologique (principalement la dépression) intervenait dans le tableau clinique.

Intervenaient comme autre déterminant le rôle du médecin et sa posture relationnelle. Concernant les qualités attendues du professionnel de santé prescripteur d'arrêt de travail, les médecins interrogés estimaient que trois qualités étaient requises : des qualités professionnelles d'expertise médicale (évaluation des situations cliniques rigoureuses et en accord avec les données de la science), des qualités d'approche globale et d'approche centrée patient (prise en compte de l'ensemble des champs biopsychosociaux, capacité d'empathie et processus de décision partagée) et des qualités éthiques (« honnêteté vis-à-vis de la société » et « loyauté vis-à-vis du patient »).

Les difficultés ressenties par le médecin prescripteur étaient les situations mal définies sur le plan des symptômes et de leur répercussion. Ses situations pouvaient amener à des désaccords entre médecin et patient, avec une confrontation de « deux évaluations subjectives ». Un autre élément apporté était la peur de nuire à la santé du patient en cas de non prescription avec le sentiment de passer à côté d'un diagnostic potentiellement délétère pour le patient, ses situations étaient surtout liées à des troubles étiquetés par le médecin comme psychologiques ou psychosomatiques. Même si les médecins accordaient aux arguments mis en avant par le patient une écoute et une place dans la décision, ils s'estimaient comme les seuls à être légitime de la décision finale.

En effet, l'arrêt de travail n'était pas vécu, par les médecins interrogés, comme un justificatif administratif vis-à-vis d'un employeur ou des caisses d'assurance maladie mais plutôt comme un outil de soins faisant partie de l'arsenal du professionnel de santé. L'objectif pouvait être curatif ou thérapeutique : besoin de repos pour le rétablissement ou la guérison de la pathologie. On retrouvait dans cette catégorie : les pathologies post-traumatiques ou liées à des mouvements professionnels répétés. L'objectif pouvait être diagnostique, lorsque le tableau était peu clair ou multifactoriel, le repos permettait d'éliminer les facteurs liés à la fatigue ou l'implication professionnelle et/ou permettait d'affiner l'évaluation par le médecin des répercussions des symptômes. Enfin, l'objectif d'une prescription d'arrêt pouvait être considéré comme un outil de suivi, cette notion se retrouvait dans les situations étiquetées comme psychologiques, des situations d'épuisement professionnel ou de troubles ostéo-articulaires chroniques.

La prescription d'arrêt de travail était jugée par les médecins interrogés comme la gestion non médicamenteuse de situations toujours complexes, intriquant différents champs. Ainsi chaque prescription devenait singulière. Ils se disaient en difficulté face à l'absence de référentiel, se sentaient

parfois en difficulté pour faire une évaluation objective de l'intervention des différents champs, surtout celle du champ social parfois vécu comme l'élément dominant du tableau clinique (bénéfices secondaires ou tableau psychosomatique) mais le plus souvent comme un « facteur surajouté » qui ne devait pas forcément prendre place dans la décision de prescription. Les médecins étaient soucieux du risque de « chronicisation » et des arrêts de longues durées. Ils évoquaient par rapport à des expériences passées avec certains de leurs patients mais aussi par connaissance qu'un délai trop long d'arrêt était à risque très élevé de non-retour à l'emploi et par conviction qu'une durée longue impliquerait une chronicisation de la pathologie ayant motivé cet arrêt. Cela était d'autant plus cité dans le champ de la dépression et des troubles ostéo-articulaires, et surtout dans le cadre d'un accident de travail. Ainsi, les médecins évoquaient comme situations problématiques dans le choix de prescrire ou de ne pas prescrire un arrêt de travail ces situations à haut risque de chronicisation. Ils évoquaient aussi les plaintes inexpliquées (fatigue, douleur...) et les troubles psychosomatiques.

C'était dans ces situations que les médecins évoquaient les autres professionnels de santé impliqués dans la prescription d'arrêt de travail décrits soit comme « des acteurs de l'expertise » soit comme des « acteurs de la pression sociale ». Les acteurs de l'expertise étaient vécus comme une aide à affiner le diagnostic situationnel, cela pouvait être le spécialiste d'organe (psychiatre, rhumatologue, médecin interniste étaient les plus souvent cités), d'autres médecins généralistes, à travers les groupes d'échange de pratique, le médecin du travail, plus apte à l'évaluation de la pénibilité et des modifications à apporter au poste de travail ou le médecin conseil, qui permettait de donner un cadre législatif et « autoritaire ». A contrario, les médecins se sentaient « jugés » et sous autorité dans le cas de contrôle des arrêts de leurs patients par un médecin indépendant ou le médecin conseil. Ils estimaient qu'ils n'avaient pas dans leur fonction d'avoir un rôle social sur les conditions de travail ou les problèmes sociaux des patients. Les arrêts maladie devant répondre à des problèmes liés au milieu professionnel (harcèlement, risque de licenciement, et à contrario, mécontentement du salarié...) ou à des contextes sociaux complexes ne devaient pas être gérés dans le cadre des soins primaires et répondaient à une gestion sociale et non médicale.

Les grands messages étaient les suivants :

1. La prescription d'un arrêt de travail est un outil de soins du médecin généraliste.
2. L'évaluation de la capacité physique ou psychologique à exercer sa profession nécessite une approche biopsychosociale.
3. Les grandes difficultés sont l'évaluation des champs psycho-sociaux et leur intrication dans la symptomatologie et le risque de chronicisation.
4. Les situations les plus complexes nécessitent une décision collégiale.

b. La pertinence du motif et/ou de la durée des arrêts de travail

Cette étude a permis de décrire 176 situations cliniques authentiques vécues par 34 médecins généralistes. Les situations décrites s'intéressaient exclusivement aux consultations pendant lesquelles était apparu un désaccord permanent entre le médecin et le patient sur le bien-fondé ou la durée de l'arrêt de travail. De plus, le désaccord était dans le sens d'une demande par le patient, jugée par le médecin comme injustifiée ou trop longue. N'étaient pas incluses les situations où le patient refusait un arrêt proposé par le médecin ou demandait une durée plus courte.

Les désaccords ont porté plus sur la durée (n=100) que sur le bien-fondé (n=76). La répartition par genre des patients était homogène, l'âge médian de 40 ans. Le médecin traitant était le médecin consulté dans 62% des situations de désaccord sur le bien-fondé et 54% des situations de désaccord sur la durée.

La typologie des motifs de consultation était : les troubles ostéo-articulaires, les infections aiguës et les syndromes anxio-dépressifs, dans une répartition homogène.

Les demandes des patients étaient majoritairement explicites, étaient le plus souvent exprimées en début de consultation en situation de désaccord de bien fondé (45%), alors qu'elles pouvaient être formulées à n'importe quel moment de la consultation en situation de désaccord sur la durée. Le ressenti des médecins était principalement de l'agacement ou de la colère (plus de 40% dans les deux situations de désaccord) contre seulement 20% de sentiment d'adhésion du médecin suite à la demande. Deux tiers des médecins répondaient d'emblée à la demande soit par un refus soit par un questionnement. Seul un tiers attendait la fin de consultation pour évoquer la prescription d'arrêt de travail.

Les arguments mis en avant par les patients pour justifier leur demande étaient :

- leur contexte professionnel incompatible à leur état de santé, et essentiellement la pénibilité du travail (58% dans le désaccord sur le bien-fondé et 68% dans le désaccord sur la durée),
- leur incapacité physique ou le risque de non guérison sans repos (43% dans le désaccord sur le bien-fondé et 40% dans le désaccord sur la durée),
- l'existence d'un état de santé difficile/fatigue (36% dans le désaccord sur le bien-fondé et 35% dans le désaccord sur la durée).

Un tiers des médecins ne donnait aucune explication sur la « non prescription » de l'arrêt demandé. Pour les autres, les arguments principaux donnés étaient des explications biomédicales sur l'absence d'incapacité physique ou psychologique, un repos non nécessaire au rétablissement. Parfois, une proposition de réévaluation clinique était faite en cas de persistance.

En fin de consultation, 71% des consultations se clôturaient par la prescription d'un arrêt de travail en cas de désaccord sur le bien-fondé, la durée prescrite était dans cette situation non « négociable », toutes inférieures à 5 jours. Dans les situations de désaccords sur la durée, 48% des consultations se clôturaient par la durée demandée initialement par le patient.

Les variables de satisfaction du médecin en fin de consultation, adhésion du patient, modification de la relation ont été évaluées par les médecins sur des échelles de Likert. Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes « prescription » et « non prescription ».

L'objectif était d'évaluer s'il existait des facteurs prédictifs de prescription dans les cas de désaccord entre médecin et patient. Pour cette analyse, ce sont les situations de désaccord sur le bien-fondé qui ont été modélisées.

En analyse univariée, plusieurs variables étaient corrélées à la prescription d'un arrêt de travail :

- être le médecin traitant du patient
- une posture d'un « médecin compréhensif »
- l'existence de comorbidités du patient, un contexte professionnel difficile
- les arguments biomédicaux mis en avant par le patient

En analyse multivariée, ne restaient que le fait d'être le médecin traitant du patient et le fait d'être un médecin compréhensif.

Bien que le petit nombre de cahiers (76) et le nombre de variables explicatives nombreuses, rendant la puissance du modèle faible, le fait important était qu'aucune variable à elle seule ne pouvait expliquer le fait qu'un médecin généraliste finisse par prescrire un arrêt de travail dont il n'était pas persuadé du bien-fondé hormis la relation de confiance qu'il avait avec son patient.

Les grands messages étaient :

1. La typologie des situations de désaccord entre médecin et patient sur le bien-fondé ou la durée d'arrêt de travail étaient les troubles ostéo-articulaires, les infections aiguës et les syndromes anxio-dépressifs
2. En cas de désaccord, une négociation avec échange d'arguments entre médecins et patients intervenaient dans deux tiers des cas.
3. Lorsque le désaccord était sur le bien-fondé, deux tiers des consultations se concluaient en faveur de la demande du patient (avec prescription de durée courte) contre seulement 48% en cas de désaccord sur la durée.
4. Les médecins avaient le sentiment qu'un refus impactait peu sur la relation et leur satisfaction générale.
5. Un modèle explicatif de facteurs prédictifs de prescription en situation de désaccord n'avait mis en avant comme facteur déterminant que le fait d'être le médecin traitant du patient et d'être en posture compréhensive.

La lombalgie est décrite comme une des situations difficiles à évaluer : douleur, difficile à objectiver ou impotence parfois peu invalidante. La prescription d'arrêt peut être à visée curative (repos nécessaire à la guérison) ou un outil de suivi (le temps nécessaire pour évaluer les facteurs intervenant). La lombalgie est jugée comme à risque élevé de chronicisation et de risque d'arrêt de longues durées. Elle n'est pas plus à risque de désaccord, que les autres pathologies, entre patient et médecin sur le bien-fondé ou la durée d'arrêt de travail.

5. Un parcours de soins primaires

a. Une équipe de soins primaires dans un modèle biopsychosocial

Le cloisonnement de notre système de santé et la segmentation des compétences et des responsabilités entre les professionnels reste un obstacle bien identifié à l'amélioration des prises en charge. Face à ces enjeux, la Haute Autorité de Santé (HAS) tente ainsi de promouvoir les parcours de soins permettant un accompagnement personnalisé et coordonné du malade avec l'élaboration de guides « Parcours de soins » pour les soignants, ainsi que des outils d'aide à la coordination des soins, tels que le plan personnalisé de soins (PPS) [38]. Dans sa construction, le médecin traitant s'entoure des aides et acteurs nécessaires, sanitaires et sociaux, qui apportent chacun leurs compétences, et dont il valide les préconisations. La coordination clinique de proximité apparaît ainsi comme un facteur d'amélioration potentielle très pertinent. La mise en œuvre d'un PPS entraîne principalement 2 changements pour la pratique du médecin généraliste : **1/ se concerter avec le patient et 2/ se concerter avec les professionnels.**

Le parcours de soins du patient souffrant de lombalgie persistante, doit s'appuyer sur une équipe de soins primaires pluriprofessionnelle, selon la disponibilité sur le territoire, capable de mettre en place un PPS associant prise en charge de la douleur, séances d'éducation et de conseils, exercice physique, accompagnement psychologique et réinsertion professionnelle.

Le médecin du travail et le médecin conseil doivent jouer un rôle beaucoup plus actif dans l'information et la prévention de la lombalgie, de même que dans l'accompagnement lors de la reprise du travail. Ces actions seront réalisées en collaboration étroite avec le médecin traitant.

b. Diminuer le cout et mieux prendre en charge nos patients : « Choisir avec soin »

A cet égard, le simplisme n'est pas de mise : rares sont les tests et traitements qui ont fait leurs preuves. Le savoir et le redire n'est pas inutile pour éviter de s'engager dans des soins coûteux et peu efficaces. Pas de découragement pourtant. Il existe en effet suffisamment de données scientifiques pour recommander de manière univoque des démarches diagnostiques et thérapeutiques spécifiques.

Les injections de corticoïdes et les opérations doivent être évitées dans la mesure du possible. Leur utilité n'est pas encore démontrée. Elles doivent être réservées à des cas soigneusement sélectionnés, pour lesquels aucun autre traitement n'a pu aider.

Les chirurgies de fusion des vertèbres sont pratiquées comme traitement principal des maux de dos depuis plus d'un demi-siècle. Or, rien ne prouve que la chirurgie de fusion soit supérieure à un traitement conservateur global pour les maux de dos, en l'absence d'une pathologie structurale focale et de symptômes mécaniques ou neurologiques correspondants. Il est souvent impossible de localiser la source précise de la douleur. Dans bien des cas, les symptômes sont multifactoriels et peuvent avoir diverses composantes, notamment une douleur centrale n'impliquant pas la colonne vertébrale. L'immense hétérogénéité de la population souffrant de lombalgie entraîne des résultats chirurgicaux imprévisibles et systématiquement défavorables pour les patients qui présentent un trouble dégénératif multiniveau de la colonne vertébrale.

Les stéroïdes sont des anti-inflammatoires puissants, mais la lombalgie sans radiculalgie n'est avant tout pas un état inflammatoire. D'autant plus que le siège de l'inflammation ne serait généralement

pas accessible par le canal rachidien. L'injection périurale de corticoïdes donne des résultats beaucoup moins bons pour la lombalgie sans radiculalgie comparés à la radiculopathie causée par une hernie discale. Même si les effets indésirables graves sont rares, des événements catastrophiques sont possibles et le soulagement des symptômes par l'injection ne dure en général que quelques semaines. Les avantages mineurs de l'IPC dans le cas de la lombalgie axiale ne l'emportent pas sur les risques, même si ces derniers sont rares.

Il n'y a généralement aucun intérêt à soumettre le patient à une multitude d'exams tels des tests de laboratoire, des radiographies ou des scanners. Ceux-ci peuvent faire plus de tort que de bien. Ils peuvent être utiles uniquement lorsqu'un médecin constate des symptômes spécifiques qui peuvent indiquer une affection sérieuse sous-jacente.

À moins que l'imagerie n'ait une portée directe sur la décision thérapeutique, elle n'est pas requise. Les « anomalies » radiologiques de la colonne vertébrale chez les personnes asymptomatiques sont courantes et elles augmentent avec l'âge. Le taux de résultats faussement positifs est extrêmement élevé chez les personnes atteintes de lombalgie et la plupart des observations n'ont aucun lien avec le tableau clinique. Dans la majorité des cas de lombalgie, l'imagerie de la colonne vertébrale n'améliore pas les soins aux patients et peut même entraîner des interventions inappropriées et avoir un effet néfaste sur le résultat final.

Les médecins généralistes, dans leur grande majorité, sont convaincus du bien-fondé de la recommandation et acceptent de ne pas demander la radiographie lors de la 1ère consultation. Mais ils font état de leurs difficultés, en pratique :

- Il est difficile de résister au patient qui est souvent demandeur et qui vient d'ailleurs à la consultation dans le but d'avoir une radiographie.
- L'attitude dépendra de l'anxiété du patient ainsi que de son obstination ou de sa capacité d'acceptation de la décision de son médecin.
- Une radiographie rassure souvent le patient et aussi le médecin qui « pourrait passer à côté d'un autre diagnostic » : la crainte de l'erreur.
- En cas d'accident de travail, il est prudent de réaliser d'emblée une radiographie afin d'éviter tout problème médico-légal ultérieur.
- Certains patients ne sont pas encore mûrs pour comprendre qu'un examen clinique est souvent plus instructif qu'une imagerie. Si le médecin traitant ne demande pas la radiographie, le patient ira se présenter dans un service d'urgence, chez un spécialiste ou chez un autre confrère afin de l'obtenir.
- Le patient pourrait prendre le refus de la radiographie comme un manque d'intérêt pour sa maladie. La radiographie constitue pour le patient souvent le moyen de se situer dans son problème : il lui faut une « image » pour montrer à lui-même et à son entourage le bien-fondé de sa souffrance.

c. Lutter contre les croyances erronées des professionnels de santé et des patients

Rassurer le patient qui se présente avec un mal de dos, c'est 1/ fournir au patient l'information essentielle, cohérente, accessible et valide sur sa condition, et 2/ corriger au besoin les perceptions erronées.

L'importance du type d'information à donner aux patients ayant une lombalgie dès la première consultation et à chaque visite par la suite, est un intérêt relativement récent. Deux études

concordantes sur le sujet ont montré que l'information essentielle, cohérente et accessible peut avoir un impact positif sur la récupération du patient [39, 40]. L'information essentielle est celle qui véhicule un nombre limité (trois à cinq) de messages clairs. L'information cohérente c'est le message verbal du clinicien qui est plus efficace lorsque accompagné d'un document écrit qui véhicule un message identique. Enfin, l'information est dite accessible lorsque adaptée au patient et à son état de santé.

L'information au patient est très importante dans les lombalgies parce qu'elle permet au patient de comprendre l'enjeu thérapeutique et de s'impliquer dans sa récupération fonctionnelle. L'information peut cependant être une arme à double tranchant puisque des informations divergentes ou de mauvaise qualité peuvent aller à l'encontre du bien-être du patient et retarder le retour aux activités habituelles et au travail. À cet égard, le rôle du clinicien devient très important dans le domaine de l'information et notamment pour corriger les fausses croyances et les perceptions erronées.

- Rassurer le patient sur le bon pronostic général du mal de dos
- Rassurer le patient sur la rareté d'atteintes graves à la colonne et l'absence de signes signifiant une telle atteinte
- Rassurer le patient sur la reprise ou la poursuite des activités, y compris le travail, même s'il y a des symptômes
- Éviter d'étiqueter le patient en insistant exagérément sur une atteinte spécifique de la colonne et sur son impact

Références bibliographiques

1. Braun RN. Pratique, Critique et Enseignement de la médecine générale. Paris : Payot, 1979 : 512 p.
2. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine*. 1995 Dec 15;20(24):2702–9.
3. Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*. 2000 Aug 15;25(16):2114–25.
4. Thomas E, Silman AJ, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MI, Macfarlane GJ. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ*. 1999 Jun 19;318(7199):1662–7.
5. Schultz IZ, Crook J, Meloche GR, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA, et al. Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model. *Pain*. 2004 Jan;107(1-2):77–85.
6. Jellema P, van der Windt DAWM, van der Horst HE, Twisk JWR, Stalman WAB, Bouter LM. Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice. *BMJ*. 2005 Jul 9;331(7508):84.
7. Damush TM, Weinberger M, Perkins SM, Rao JK, Tierney WM, Qi R, et al. The long-term effects of a self-management program for inner-city primary care patients with acute low back pain. *Arch. Intern. Med*. 2003 Nov 24;163(21):2632–8.
8. Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine*. 2000 Nov 1;25(21):2825–2831; discussion 2824.
9. Engers A, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database Syst. Rev. Online*. 2008;(1):CD004057.
10. Jellema P, van der Windt DAWM, van der Horst HE, Blankenstein AH, Bouter LM, Stalman WAB. Why is a treatment aimed at psychosocial factors not effective in patients with (sub)acute low back pain? *Pain*. 2005 Dec 5;118(3):350–9.
11. Tempereau-Gobin A, Ramond-Roquin A, Bouton C, Denes D, Richard I, Huez J-F. Interventions sur les facteurs de risque psychosociaux dans la lombalgie aigüe ou subaigüe en soins primaires : revue de la littérature. *Exercer*. 2012;203–9.
12. Cék-Gennart M. L'expérience intersubjective de la maladie chronique. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
13. Direction Générale de la Santé. Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Paris; 2004.
14. Caby D, Eidelman D. Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ? - Ministère des comptes et des finances; 2015. Report No.: 145.
15. Paul E, Gestion de la maladie chronique en soins primaires. Thèse de doctorat en médecine. Versailles, faculté de médecine de Versailles, 2015, 99p.

16. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. *Econ Prévision* 2009;188(2):131-9.
17. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Éducation thérapeutique du patient - Le médecin est-il aussi un « éducateur » ? *Médecine* 2009;5(5):218-24.
18. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? Thèse de doctorat en médecine. Versailles, faculté de médecine de Versailles, 2012, 104p.
19. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. IRDES. mai 2014;198.
20. Van der Heyden J. Enquête de santé par interview- Affections chroniques [Internet]. Belgique: Institut scientifique de santé publique; 2008. Disponible sur : <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/epifrcrospfr/hisfr/his08fr/4.maladies%20chroniques.pdf>
21. Haxaire C. Éducation thérapeutique: Concepts et enjeux. ADSP [Internet]. 2009. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-66/ad661821.pdf>
22. White KL. The Ecology of Medical Care: Origins and Implications for Population-Based Healthcare Research. *Health Serv Res* 1997;32:11-21.
23. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998;59(S20):15-21.
24. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P, Kandel O, Thomas-Desessarts Y. Abrégé de gestion de l'incertitude diagnostic. Editions GMSanté, 2016, 43p.
25. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale, 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Editions GMSanté, 2015, 198p.
26. Anvik T. Is the first idea a good idea? *Exercer* 1997; numéro spécial recherche :14.
27. Côté L, Hudon E. L'approche centrée sur le patient : une manière d'offrir des soins de qualité. Dans Richard C, Lussier MT (Eds). *La communication professionnelle en santé*. Montréal : Éditions du renouveau pédagogique. ERPI, 2005:145-63.
28. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. 2e éd. Paris: Payot, 1996.
29. Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : ESF, 1970.
30. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatr* 1980;137:535
31. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine transforming the clinical method*. Third edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 2013.
32. Durand MJ, Loisel P, Hong KQ, Charpentier N. « Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. » *J Occup Rehabil* 2002;12:191-204.
33. ANAES. Arrêts Maladie : Etats des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques, septembre 2004.

34. Kandel O et al. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? La Revue du Praticien-Médecine Générale, 2004;18:651-655.
35. Loi de l'assurance maladie n° 2004-810 du 13/08/2004, art. 28 JORF du 17/08/2004.
36. Décret d'application de la loi de financement de la Sécurité Sociale du 26/08/2010
37. Haute Autorité de Santé (HAS). Référentiels concernant la durée d'arrêt de travail saisine du 10/11/2009_ lettre UNCAM, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/referentiels_concernant_la_duree_darret_de_travail_saisine_du_10_novembre_2009_-_lettre_uncam.pdf
38. Haute Autorité de Santé (HAS). Maladies chroniques : des outils pour des parcours de soins personnalisés. Lettre de la HAS n°32. 2012.
39. Burton AK, Waddell G, Tillotson MK, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect: a randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. Spine 1999;24:2484-91.
40. Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, Chapman J. Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. Spine 2001;26:2065-72.