



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique 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 : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

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

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE MASSO-KINESITHERAPIQUE DE LA
LOMBALGIE CHRONIQUE EN CABINET LIBERAL**

Sous la direction de JACQUET Marion

Mémoire présenté par **Jules BREUSE**,
étudiant en 4ème année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020.



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT


Jules BREUSE

Je soussigné(e),

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le ..03.mai.2020.....

 nature

RÉSUMÉ/ ABSTRACT :

ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE MASSO-KINESITHERAPIQUE DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE EN CABINET LIBERAL

Contexte : La lombalgie est une pathologie extrêmement fréquente. Elle est considérée par la HAS comme un enjeu de santé publique. L'évolution vers la chronicité n'est observée que dans 8 % des cas mais elle représente 80% des coûts liés à cette pathologie. Devant l'échec du modèle biomédical pour enrayer l'évolution de la prévalence de la lombalgie ainsi que sa chronicisation, la nécessité d'une prise en charge bio-psycho-sociale est maintenant unanimement reconnue.

Matériel et Méthode : nous avons réalisé un état des lieux via un questionnaire sur la prise en charge du patient lombalgique chronique en cabinet libéral de MK et mis en évidence les limites à l'amélioration des pratiques.

Résultats : Sur un total de 106 réponses, 74% des kinésithérapeutes de notre échantillon recherchent systématiquement les facteurs psycho-sociaux. Les exercices thérapeutiques sont utilisés par 96% de nos MK. Une grande majorité des kinésithérapeutes utilisent l'éducation (86%) et l'information (74%) du patient. L'éducation à la neurophysiologie quant à elle est utilisée chez une minorité de kinésithérapeute (16%). Concernant les difficultés rencontrées par les kinésithérapeutes, ce sont les attentes de traitement passif des patients qui posent le plus de problèmes.

Discussion : Il ressort de notre enquête un faible recours aux techniques entrant dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale. L'intérêt d'une évaluation bio-psycho-sociale poussée permettrait d'identifier les obstacles à la reprise d'activité, de comprendre les composantes impliquées dans l'expérience douloureuse mais également d'orienter le traitement kinésithérapique en fonction des facteurs psycho-sociaux. Les pratiques professionnelles sont peu structurées et peu systématisées d'un point de vue bio-psycho-social.

Conclusion : Au travers de nos résultats, nous avons pu constater que les MK sont sensibles à une approche du patient lombalgique chronique prenant en compte le modèle bio-psycho-social. Toutefois, il persiste des difficultés dans la recherche et l'évaluation des facteurs psycho-sociaux ainsi que dans l'adaptation de la prise en charge en fonction de ces derniers.

Mots clés : lombalgie chronique, masso-kinésithérapie, bio-psycho-social

SURVEY ON THE PHYSICAL THERAPY CARE OF LOWER BACK PAIN IN PRIVATE PRACTICE

Context : Low back pain is a very widespread condition. The HAS (Haute Autorité de Santé) considers it as a major public health concern. The evolution towards chronicity is only observed in 8% of the cases, when representing no less than 80% of the costs linked to this disease. Observing the failure of the biomedical model to contain the disease and its chronicization, the need of a bio-psy-social care is now widely acknowledged.

Material and Method : We drew up an inventory of the current situation through a questionnaire based on the care of chronic low back pain patients, which we sent to independent physiotherapists. That's how we underlined the limits to the practice improvement.

Results : Considering 106 answers to the survey, 74% of the kinesiologists from our sample systematically look for psycho-social factors. Therapeutic exercises are used by 96% of them. A major part of the physiotherapists use education (86%) and information (74%) of the patient. Education for neurophysiology is promoted by just a minority of them (16%). Regarding the difficulties encountered by the kinesiologists, the major brake is the patient's expectations of a passive treatment.

Discussion : What really stands out in our survey is the low uptake of the techniques integrated in the bio-psycho-social model. The aim of an advanced bio-psycho-social evaluation would be to identify the obstacles that prevent recovery, to understand the different components implied in the painful experience but also to direct the physical therapy based on these psycho-social factors. The professional practices are loosely structured and systematized from a bio-psycho-social point of view.

Conclusion : Through the results we obtained, we noticed that the physiotherapists are sensible to an approach of the low back pain patient, considering a bio-psycho-social model. However, there remains some barriers for the research and evaluation of the factors and also in the adaptation of the patients' care.

Key words : low back pain, physiotherapist, bio-psycho-social

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1. Problématisation	2
1.2. Cadre théorique.....	3
1.2.1. Classification de la lombalgie	3
1.2.2. La douleur : définition	4
1.2.3. Les facteurs impliqués dans la lombalgie	4
1.2.3.1. Les facteurs psychologiques	4
1.2.3.2. Les facteurs cognitifs	5
1.2.3.2.1. Les croyances	5
1.2.3.2.2. Les représentations inappropriées	7
1.2.3.3. Les facteurs comportementaux	8
1.3. Synthèse de la littérature	9
1.3.1. Bilan kinésithérapique	9
1.3.2. Traitement kinésithérapique	11
1.3.2.1. Les exercices thérapeutiques	11
1.3.2.2. Les thérapies passives	12
1.3.2.3. L'éducation et l'information	12
1.3.3. Les moyens de lutte contre les croyances et les peurs	13
2. MATERIELS ET METHODE	14
2.1. Stratégie de recherche documentaire	14
2.2. Objectifs de l'enquête	15
2.2.1. Objectifs principaux	15
2.2.2. Objectifs secondaires	15
2.3. Méthodologie de l'enquête	15
2.3.1. Population de l'enquête	15
2.3.2. Sélection de l'échantillon	16
2.3.3. Elaboration du questionnaire	16
2.3.4. Pré-test	17
2.3.5. Diffusion du questionnaire	17
2.3.6. Analyse des données	18
3. RESULTATS	18
3.1. Présentation de la population	18
3.2. A propos du bilan	20

3.2.1.	Questionnaires utilisés par les MK de notre échantillon	20
3.2.2.	Recherche des facteurs psycho-sociaux	21
3.2.3.	Eléments recherchés lors du bilan	23
3.2.4.	Concernant les représentations du patient	24
3.2.5.	Transmission du bilan kinésithérapique	25
3.3.	A propos de la prise en charge	26
3.3.1.	Techniques utilisées	26
3.3.2.	Places des techniques dans le traitement	28
3.3.3.	Les exercices à domicile	29
3.3.4.	L'éducation du patient	29
3.3.5.	Part de la prise en charge perçue comme la plus importante	30
3.3.6.	Difficultés rencontrées	32
3.4.	Connaissances des kinésithérapeutes relatives à la prise en charge de la lombalgie	33
3.4.1.	Concernant les facteurs liés à la chronicisation de la lombalgie	33
3.4.2.	Concernant les recommandations	34
3.4.3.	Concernant les questionnaires	34
3.4.4.	Concernant l'exposition graduée in vivo	35
3.4.5.	Guide de la douleur, Greg Lehman	35
3.5.	Informations supplémentaires désirées par les MK	35
3.6.	Formations	36
4.	DISCUSSION	37
4.1.	Analyse et interprétation des résultats	37
4.1.1.	Eléments de réponse concernant notre hypothèse H1 sur l'évaluation des facteurs psycho-sociaux	37
4.1.2.	Eléments de réponse concernant notre hypothèse H2 sur l'utilisation des questionnaires	40
4.1.3.	Eléments de réponse concernant notre hypothèse H3 sur l'intégration de l'approche bio-psycho-sociale dans les pratiques	41
4.1.4.	Suivi des recommandations	43
4.1.5.	Limites à l'amélioration des pratiques	45
4.2.	Intérêts et limites de l'étude	46
4.2.1.	Représentativité de la population	46
4.2.2.	Biais de l'enquête	47

4.2.3.	Analyse critique du questionnaire	47
4.2.4.	Difficultés rencontrées	48
4.3.	Perspectives d'avenir	48
4.4.	Les hypothèses répondent-elles à la question de recherche ?	49
5.	CONCLUSION	50

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

BDK : Bilan Diagnostique Kinésithérapique

CSI : Central Sensitization Inventory

DRAD : Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas

DRESS : Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et Statistiques

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

FABQ : Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire

HAD : Hospital and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : Association Internationale de l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain)

MDT : Diagnostique de Thérapie Mécanique (Mechanical Diagnosis and Therapy)

MK : Masseurs- Kinésithérapeutes

ODI : Questionnaire Oswestry (Owestry Disability Index)

PCS : Echelle de la Dramatisation Face à la Douleur (Pain Catastrophing Scale)

QDSA : Questionnaire De Saint Antoine

QCQ : Questionnaire Concis de la Douleur

RMDQ : questionnaire EIFEL

TENS : Neurostimulation Electrique Transcutanée (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

TCC : Techniques Cognitivo-Comportementales

TSK-CF : Echelle Tampa Scale of Kinesiophobia

URL : Uniform Ressource Locator

1. INTRODUCTION

1.1. Problématisation

La lombalgie est une pathologie extrêmement courante, avec une prévalence de 80% sur la vie entière (1). Elle touche principalement les patients de 30 à 70 ans, et plus particulièrement les 40-60 ans, entraînant des conséquences économiques et sociales importantes(1,2). C'est pourquoi la lombalgie est considérée par la HAS comme un enjeu de santé publique (1).

Dans 90% des cas, la lombalgie guérit spontanément en 4 à 6 semaines et l'évolution vers la chronicité n'est observée que dans 6 à 8 % des cas (1). Néanmoins, la lombalgie chronique représente 80 à 90% des coûts liés à cette pathologie (3,4). Devant l'échec du modèle biomédical pour enrayer l'augmentation de la prévalence de la lombalgie (+ 14% entre 1995 et 2000) et sa chronicisation, la nécessité d'une prise en charge bio-psycho-sociale est maintenant unanimement reconnue (1,2). Cette nécessité est illustrée par la parution des dernières recommandations de la HAS en 2019 sur le parcours de soins du patient présentant une lombalgie commune (1).

Ces recommandations mettent en évidence la nécessité de prendre en compte les facteurs psycho-sociaux pour une prise en charge adaptée et de qualité (1). Elles objectivent également l'enjeu que représente la lutte contre la chronicisation, et signalent que l'amélioration des pratiques suppose de lutter contre des freins tels que les fausses croyances et les peurs. Ces recommandations placent la kinésithérapie comme un élément central de la prise en charge bio-psycho-sociale de la lombalgie et de la lutte contre la chronicisation, notamment par la participation du kinésithérapeute à l'éducation du patient. La HAS met en avant le rôle du kinésithérapeute dans la sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique, la réassurance du patient, ainsi que dans la lutte contre les peurs et les fausses croyances.

Les recommandations françaises de 2005 concernant la prise en charge kinésithérapique du patient lombalgique chronique mettent en avant le fait que l'approche thérapeutique doit être abordée sur des critères physiques mais aussi en tenant compte des aspects psycho-sociaux (5). La HAS précise que dans ces conditions « la relation thérapeutique entre le patient et le masseur-kinésithérapeute doit être particulièrement

privilégiée » et objective le rôle central des bilans médicaux et kinésithérapiques pour une prise en charge adaptée et de qualité. Cependant, les recommandations de 2005 restent vagues sur les facteurs psycho-sociaux, leurs moyens d'évaluation et de prise en compte. Elles signalent également les efforts à entreprendre concernant le contenu du BDK, les modalités de prise en charge et l'exploitation des questionnaires d'évaluation.

La littérature souligne la difficulté de la transition entre le modèle biomédical, simple et linéaire, vers le modèle bio-psycho-social, complexe et circulaire (6–10). Elle met aussi en avant de nombreuses techniques et thérapies permettant de lutter contre les facteurs psycho-sociaux, comme l'éducation à la neurophysiologie de la douleur, les techniques cognitivo-comportementales ou encore la méditation et la relaxation (1,11–14).

C'est dans ce contexte que nous avons voulu réaliser un état des lieux de la prise en charge de la lombalgie commune chronique en cabinet libéral, afin de mettre en évidence ce qui est entrepris et ce qui ne l'est pas.

Question de recherche et objectifs : Comment le masseur kinésithérapeute libéral contribue-t-il à la prise en charge du patient lombalgique chronique ?

Ainsi l'objectif principal du mémoire est de réaliser une enquête sur la prise en charge du patient lombalgique chronique en cabinet libéral. De plus, nous chercherons à mettre en évidence les limites à l'amélioration des pratiques. Nous pouvons émettre quelques hypothèses qui seront confirmées ou infirmées en fonction des résultats de l'enquête :

Notre première hypothèse porte sur les facteurs psycho-sociaux, nous supposons qu'ils ne sont pas systématiquement recherchés par les MK lors de la prise en charge initiale du patient lombalgique chronique.

Notre deuxième hypothèse avance que les questionnaires permettant l'évaluation des facteurs psycho-sociaux sont peu utilisés par les MK.

Notre troisième hypothèse suppose que les techniques de prise en charge entrant dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale sont peu utilisées.

1.2. Cadre théorique

1.2.1. Classification de la lombalgie

Devant la nécessité de prendre en compte le risque de chronicisation et de persistance des douleurs pour adapter au mieux la prise en charge à chaque patient, les dernières recommandations de la HAS de 2019 intitulées « parcours de soins du patient présentant une lombalgie commune » proposent une évolution du cadre de définition de la lombalgie(1). L'ancienne classification de la lombalgie basée sur le modèle biomédical et sur le cadre temporel de l'affection, avec l'utilisation des termes de lombalgies aiguë, subaiguë et chronique est remplacée (5). Elle évolue vers une classification basée sur le modèle bio-psycho-social, où le risque de chronicisation est une préoccupation majeure (1).

La HAS définit la lombalgie comme une douleur située entre la charnière thoraco-lombaire et le pli inter-fessier. Cette douleur peut être associée à une radiculalgie, qui correspond à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou de plusieurs dermatomes (1).

La lombalgie commune (préférée au terme « non-spécifique » par la HAS) désigne une douleur lombaire qui ne comporte pas de signes d'alerte ou drapeaux rouges (ANNEXE I).

Par ailleurs, la HAS propose de remplacer le terme de « lombalgie aiguë » par « poussée aiguë de lombalgie », afin d'englober les douleurs aiguës, avec ou sans douleur de fond préexistante, nécessitant une intensification temporaire des traitements médicamenteux ou non médicamenteux, ou entraînant une diminution temporaire des capacités fonctionnelles.

De plus, elle introduit la notion de « lombalgie à risque de chronicité » qui est utilisée pour les patients ayant une durée d'évolution de la lombalgie inférieure à 3 mois et présentant un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (en présence de « drapeaux jaunes ») (ANNEXE I).

La lombalgie chronique quant à elle reste définie par une lombalgie de plus de 3 mois.

1.2.2. La douleur : définition

La douleur est définie par le comité de taxonomie de l'association internationale de l'étude de la douleur (IASP) comme « une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage » (IASP, 1986) (15).

La douleur nociceptive / par excès de nociception correspond à des douleurs liées à une activation des nocicepteurs périphériques par une lésion tissulaire locale. Il s'agit d'une douleur secondaire à une lésion ou une maladie du système somato-sensoriel (15)

La douleur nociplastique est liée à une perturbation du fonctionnement de la douleur, sans activation des nocicepteurs ni lésion neurologique. Il y a une hypersensibilisation centrale et une perte de l'inhibition descendante(15).

La douleur neuropathique est liée à une atteinte du système somato-sensoriel. Selon la localisation de la lésion, on distingue la douleur neuropathique périphérique de la douleur neuropathique centrale. La sémiologie de la douleur neuropathique est riche et s'oppose à celle de la douleur nociceptive(15).

1.2.3. Les facteurs impliqués dans la lombalgie

1.2.3.1. Les facteurs psychologiques

Il existe une association fréquente entre la douleur, notamment chronique, et les facteurs psychologiques. La dépression est le facteur psychologique le plus communément associé à la douleur chronique, avec une prévalence allant de 50 à 90% selon les sources (7,16–19). Cependant, leur lien n'est pas totalement clair. L'un comme l'autre pourrait être à la fois cause et conséquence. Les patients douloureux présentent un risque multiplié par 5 d'être touchés par la dépression. A l'inverse, lors d'un épisode dépressif, la douleur est présente dans un cas sur deux, de façon plus intense, plus diffuse et avec une moindre tolérance de la part du patient (7,19).

Un des autres facteurs psychologiques communément rencontré dans la lombalgie est la kinésiophobie. Elle est définie par une peur excessive, irrationnelle et débilante du

mouvement et de l'activité physique résultant d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure douloureuse ou à une nouvelle blessure douloureuse (20). La prévalence de la kinésiophobie chez les patients ayant des douleurs chroniques est estimée entre 50 et 70% (21,22). La kinésiophobie est associée à des niveaux plus élevés d'intensité de la douleur et d'incapacité, ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie (21,22).

L'anxiété fait également partie des facteurs psychologiques associés à la lombalgie. Les définitions de l'anxiété sont hétérogènes, mais elle peut être considérée comme un état affectif anticipatif d'un futur événement menaçant (7,23). L'anxiété et la peur sont intimement liées si bien qu'elles sont souvent indifféremment utilisées dans la littérature (7,20,23). Vlaeyen et al. dans « Psychologie de la peur et de la douleur » introduisent la notion de « l'objet de la menace » pour différencier l'anxiété de la peur (20). Si l'objet de la menace est clairement identifié, comme par exemple le mouvement, on parlera de peur et en l'occurrence de kinésiophobie. A l'inverse, si l'objet de la menace est plus vague, on parlera d'anxiété. Comme pour la dépression, la relation de causalité n'est pas clairement définie entre anxiété et douleur chronique, mais l'anxiété est un facteur prédictif d'une issue moins favorable des traitements (7,24). Certaines études montrent des taux équivalents d'association entre la lombalgie, l'anxiété et la dépression (7,25).

1.2.3.2. Les facteurs cognitifs

1.2.3.2.1. Les croyances

L'importance des croyances dans la lombalgie est illustrée dans le dernier rapport de la HAS qui signale que l'amélioration des pratiques suppose de lutter contre des freins tels que les « fausses croyances » et les peurs (émanant des professionnels de santé ou des patients), notamment quant à la reprise des activités habituelles (vie quotidienne, travail)(1). Les croyances pouvant être un frein à l'amélioration de la situation clinique sont retrouvées sous le terme : croyances délétères ou fausses croyances dans la littérature (12).

Demoulin et al. ont réalisé une revue narrative, synthétisant les connaissances relatives aux croyances délétères ou fausses croyances chez des patients souffrant de lombalgie commune (12). Ils proposent une classification en plusieurs domaines des croyances délétères répondant au modèle de Leventhal (12,26).

Le premier domaine mis en évidence concerne les croyances relatives à l'origine des symptômes (identity en anglais) (12,26). L'Assurance Maladie, lors de son étude sur la lombalgie pour la campagne « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement »(27), a mis en évidence qu'une personne sur quatre pense que la lombalgie est une maladie grave. D'autres patients imaginent que leurs douleurs s'expliquent par la fragilité de leur dos, ou attribuent à tort leurs douleurs à une lésion, un port de charge ou encore à des activités physiques ou professionnelles (12). De telles croyances devront être corrigées pour envisager une reprise de l'activité.

Le deuxième domaine pouvant être concerné par des croyances délétères est l'évolution de la symptomatologie (time line en anglais) (12,26). Certains patients sont convaincus que leurs douleurs persisteront ou s'aggraveront au cours du temps (12).

Le troisième domaine concerne les conséquences de la maladie. Il peut s'agir de conséquences médicales, certains patients pensent qu'ils termineront en fauteuil roulant, mais aussi des conséquences sociales et professionnelles (12,26).

Le quatrième domaine concerne les liens de causalité que le patient établit entre différents symptômes et la lombalgie. Il arrive fréquemment que les patients attribuent divers symptômes prévalents comme les céphalées, l'asthénie, et les troubles du sommeil aux douleurs lombaires (12).

Le cinquième domaine concerne les facteurs favorisant l'exacerbation des symptômes. Il est aisé de concevoir que certains patients puissent penser que la réalisation ou la poursuite d'une activité douloureuse, accentuera des dommages tissulaires, l'expérience douloureuse et l'incapacité. La finalité de cette pensée peut aboutir à une réduction de l'activité physique jusqu'à ce que la douleur disparaisse (12).

Le dernier domaine concerne le sentiment de contrôle personnel et d'auto-efficacité (12). Les croyances concernant l'auto-efficacité liées à la douleur intègrent non seulement l'attente selon laquelle une personne peut effectuer une activité particulière, mais aussi sa confiance dans sa capacité à accomplir des activités importantes malgré la douleur (28). Celles-ci peuvent concerner les activités physiques, tout comme les activités professionnelles et sociales.

Un haut niveau d'auto-efficacité serait associé à une amélioration de la fonction, de la participation à l'activité physique et de l'état de santé (29). Il pourrait même entraîner une diminution de l'intensité de la douleur, de l'invalidité, de la kinésiophobie, du catastrophisme et des symptômes dépressifs (29). A l'inverse, un faible niveau d'auto-efficacité peut constituer un obstacle à l'adhérence thérapeutique et notamment à la réalisation d'auto-exercices à domicile (28–30).

Les croyances relatives à la lombalgie peuvent avoir plusieurs origines. Darlow et al. ont montré que les médias, la famille, les amis, et les expériences antérieures de douleur lombaire vécues par le patient ou par son entourage constituent les facteurs primaires influençant les croyances (31). Le thérapeute exerce également une influence non négligeable sur ces dernières qu'il peut impacter, à travers ses paroles et sa thérapeutique (32).

En conclusion, les croyances délétères relatives à la lombalgie peuvent avoir de nombreuses conséquences. Elles peuvent favoriser l'amplification de l'expérience douloureuse, l'incapacité fonctionnelle et augmenter la durée de l'incapacité de travail (33). De plus, elles peuvent agir en faveur de l'apparition d'un épisode de lombalgie (34), favoriser le passage à la chronicité (23) et semblent aussi favoriser la persistance des douleurs chroniques (35).

1.2.3.2.2. Les représentations inappropriées

En fonction des croyances du patient sur les cinq domaines évoqués précédemment (l'origine des symptômes, l'évolution de la pathologie, le traitement, les conséquences et les liens que peuvent faire les patients entre divers symptômes et la lombalgie) ainsi que de la réponse émotionnelle face à cette menace pour la santé (peur, anxiété, dépression), le patient va construire sa représentation de la maladie (26). Une représentation inappropriée peut être un frein à l'amélioration de la situation clinique. La plus commune décrite par la littérature est le catastrophisme lié à la douleur. Sullivan et al. proposent la définition d'un « ensemble de processus cognitifs et émotionnels négatifs, exagérés, amenés à l'esprit durant l'expérience actuelle ou anticipée de la douleur » (36). Le catastrophisme peut donc être considéré comme une interprétation ou une représentation de la douleur perçue comme menaçante, comme un danger, que le patient va construire en fonction de facteurs prédisposants, comme la

dépression (35). Cette représentation menaçante de la douleur peut amener à une réduction de l'activité et même à la peur du mouvement (kinésiophobie) (20,35).

1.2.3.3. Les facteurs comportementaux

Les études cognitivo-comportementales sur l'incapacité douloureuse suggèrent deux réponses comportementales différentes face à la douleur : l'affrontement (l'exposition au mouvement et aux activités) et l'évitement (du mouvement et des activités) (20). D'après le modèle de l'auto-régulation de Leventhal (26), le comportement du patient est conditionné par sa représentation de sa pathologie et par son sentiment d'efficacité personnelle. Dans le cas où la douleur est perçue comme menaçante (catastrophisme lié à la douleur), le patient peut être amené à réduire voire arrêter toute activité et tout mouvement, de crainte d'une aggravation ou d'une nouvelle blessure (20).

Vlaeyen et al. ont proposé un modèle cognitivo-comportemental, dit de peur-évitement, pour expliquer le passage d'une douleur aiguë à une douleur musculo-squelettique chronique dans la lombalgie, ainsi que le cercle vicieux dans lequel le patient lombalgique chronique peut être emprisonné (20). Selon la perception qu'a le patient de sa douleur, il met en place des stratégies différentes (ou coping). Si le patient perçoit la douleur comme non menaçante, la poursuite des activités quotidiennes mène à la récupération. En revanche, lorsque la douleur est interprétée comme menaçante (catastrophisme lié à la douleur), un cercle vicieux s'installe. Le catastrophisme provoque la peur de la douleur (kinésiophobie), et une hypervigilance, ayant pour conséquence des comportements d'évitement ou de limitation de l'activité. A long-terme, il en résulte un déconditionnement, des incapacités et des seuils douloureux diminués, aggravant la problématique. Il est important de noter que le déconditionnement peut être à la fois physique (diminution de la capacité cardio-vasculaire, de la force, de la trophicité musculaire, de la mobilité, de la coordination, prise de poids, etc) mais aussi psychologique (détresse, dépression, anxiété). Les facteurs psychologiques peuvent être dûs aux changements physiques mais aussi à leurs conséquences sociales (restriction d'activité, perte de salaire, ...) (7)

1.3. Synthèse de la littérature

Les recommandations de la HAS de 2005 sur la prise en charge kinésithérapique placent les exercices thérapeutiques au centre du traitement du patient lombalgique, tant pour leur action physique que psychologique, permettant au patient de retrouver confiance en ses capacités (5). Par ailleurs, elles mettent en avant le manque de preuves scientifiques concernant les thérapies passives, et soulignent le fait que le traitement de la douleur (par exemple par massage ou électrothérapie) ne doit pas représenter l'essentiel de la prise en charge, contrairement à l'éducation et la formation du patient.

Les dernières recommandations de la HAS de 2019 portant sur le parcours de soins du patient présentant une lombalgie commune signalent que la prise en charge doit être centrée sur le patient (1). La kinésithérapie occupe une place importante parmi les prises en charge non médicamenteuses. Elle est indiquée en première intention selon un grade B, avec l'éducation à la neurophysiologie de la douleur (AE) dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Elles placent l'exercice physique comme principal traitement permettant une évolution favorable de la lombalgie commune (grade B). Elles recommandent la participation active du patient lors de sa prise en charge kinésithérapique ainsi que la réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignés par un kinésithérapeute, puis poursuivis à domicile. Par ailleurs, elles stipulent que le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge globale et habituellement nommée « bio-psycho-sociale » (AE).

Les dernières recommandations de la HAS de 2019 concernant le parcours de soins du patient lombalgique confortent celles de 2005 concernant la prise en charge kinésithérapique (1,5). Elles soulignent et précisent la place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge ainsi que dans l'éducation. Elles insistent sur une prise en charge kinésithérapique s'inscrivant plus que jamais au sein du modèle bio-psycho-social (1)

1.3.1. Bilan kinésithérapique

Les recommandations de la HAS de 2005 signalent que l'approche thérapeutique du patient lombalgique chronique doit être abordée sur des critères physiques mais aussi en

tenant compte des aspects psycho-sociaux. Dans ce contexte, la relation thérapeutique entre le patient et le masseur-kinésithérapeute doit être particulièrement privilégiée(5).

Elles développent également le bilan diagnostique kinésithérapique, qui doit comprendre l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) et l'évaluation des incapacités fonctionnelles. Il doit tenir compte du projet du patient et définir les objectifs du traitement rééducatif (5).

Les recommandations de la HAS de 2019 stipulent que le vécu du patient et le retentissement de sa douleur sur les dimensions physiques, psychologiques et socio-professionnelles doivent être prises en compte dans le bilan du patient lombalgique (1). Elles recommandent selon un grade B la recherche précoce des facteurs de risque psycho-sociaux ou drapeaux jaunes (ANNEXE 1) afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, et d'établir une prise en charge adaptée (1). Il est donc nécessaire d'identifier les facteurs émotionnels tel que la dépression, l'anxiété, le stress ou encore le retrait des activités sociales (1).

Il faut également identifier les représentations inappropriées comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave. Les attitudes délétères doivent aussi être identifiées : par exemple, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active (1).

Enfin, les comportements inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité liés à la peur, les problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou les problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité) doivent être recherchés (1).

Pour mener cette évaluation, la HAS recommande des questionnaires composites comme le STarT Back Screening Tool (qui propose une prise en charge stratifiée sur le risque de chronicisation) et la version courte du questionnaire Örebro (qui est prédictif de l'absentéisme), qui peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chronicité (grade B) (1). D'autres questionnaires plus spécifiques tels que le FABQ (évaluant le niveau de peurs,

appréhensions et évitements liés à la lombalgie) ou l'HAD (évaluant le niveau d'anxiété et de dépression) peuvent aussi être utilisés (AE) (1).

La HAS, dans ses recommandations de 2019, précise donc que l'amélioration des pratiques suppose de lutter contre des freins tels que les fausses croyances et les peurs, et met l'accent sur le contexte psychologique et social (1).

La littérature souligne le fait qu'en clinique, l'identification des croyances délétères est fréquemment négligée, et que les questionnaires, tel que le FABQ, n'évaluent pas l'ensemble des croyances (12). Par conséquent, l'entretien clinique reste la ressource de choix pour pouvoir analyser les représentations du patient concernant la lombalgie de façon approfondie, idéalement en questionnant les patients sur les différents domaines mis en évidence dans le modèle de Leventhal (12,26,37,38).

1.3.2. Traitement kinésithérapique

1.3.2.1. Les exercices thérapeutiques

Les recommandations de 2005 sur la prise en charge kinésithérapique détaillent différents types d'exercices thérapeutiques, parmi lesquels sont proposés des exercices d'entretien articulaire, d'étirement ou de renforcement musculaire, au niveau lombo-pelvi-fémoral, des exercices proprioceptifs lombaires, d'éducation posturale, ainsi que des exercices généraux ou fonctionnels (5). Elles ne mettent pas en évidence de différence d'efficacité entre les types d'exercices thérapeutiques, mais signalent que chaque type d'exercice présente isolément un intérêt (5). L'efficacité du traitement repose sur l'association de différentes méthodes. Par conséquent, le type d'exercices proposés sera établi en fonction des données du bilan diagnostique kinésithérapique (5).

La HAS en 2019, recommande la réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignés par un kinésithérapeute, puis poursuivis à domicile selon un grade B (1).

Plusieurs revues systématiques avec méta-analyses ont évalué les différents exercices thérapeutiques (39–44) et retrouvent une plus grande efficacité des exercices de contrôle du mouvement (41), des exercices aquatiques (40), des techniques de type MDT (42) et de

l'exposition graduelle in vivo (44). Nous précisons cette dernière dans la partie concernant la lutte contre les croyances.

1.3.2.2. Les thérapies passives

Les recommandations de 2019 de la HAS signalent qu'il peut être envisagé une technique manuelle (manipulation / mobilisation rachidienne ou des techniques portant sur les tissus mous) dans la prise en charge des personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire, mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés (grade B) (1)(45).

Concernant l'utilisation de la TENS, les dernières recommandations stipulent qu'elle n'a pas d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (46,47). La TENS ne doit pas être proposée comme traitement unique de la lombalgie chronique. Elle peut être utile comme adjuvant chez certains patients pour le contrôle de la douleur (1).

Il est possible d'envisager le port d'une ceinture lombaire ou d'un corset sur une courte durée pour aider à la reprise d'activités (AE) bien qu'ils n'aient pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie (1).

Par ailleurs, l'acupuncture, l'acupression, le dry needling (acupuncture sèche) et le kinésiotaping ne présentent pas d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie selon la HAS (1,48–50).

Les recommandations de 2019 concluent que les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE) (1).

1.3.2.3. L'éducation et l'information

Les recommandations de 2005 de la HAS soulignent l'importance de l'éducation et de l'information du patient (5). Elles recommandent la prescription d'exercices d'entretien à effectuer seul par le patient ainsi que des conseils d'hygiène de vie. La HAS notifie par ailleurs que « ces conseils semblent jouer un rôle efficace aussi bien au niveau curatif (permettant de faire perdurer les effets du traitement masso-kinésithérapique) que préventif (pour limiter les

risques de récurrences et l'évolution vers la chronicité) ». Ils semblent aussi avoir un effet bénéfique majeur sur l'amélioration des facteurs psycho-sociaux et comportementaux (stress, anxiété, angoisse). Les recommandations de 2005 envisagent, sans pour autant le réaliser, qu'une standardisation de ces conseils sous la forme d'un livret remis au patient pourrait permettre une application plus facile de ces derniers.

Les dernières recommandations de 2019 de la HAS précisent le rôle du MK dans l'éducation du patient concernant la lutte contre les croyances et les peurs, et la sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique (1).

1.3.3. Les moyens de lutte contre les croyances et les peurs

A travers une information et des exercices thérapeutiques adaptés ainsi que la participation active du patient à sa prise en charge, le kinésithérapeute participe à la lutte contre les croyances délétères et les peurs présentes chez le patient. Celle-ci permet de construire les croyances, favoriser l'auto-gestion ainsi que les comportements sains. Néanmoins, chez certains patients, l'ensemble de ces moyens ne suffisent pas à y parvenir (12).

Dans ce cas, une approche cognitivo-comportementale est la bienvenue (8,11,12,51,52). Cette approche associe différentes modalités comme l'éducation à la neurophysiologie de la douleur, des techniques spécifiques et pourront être associées à de la relaxation.

Les dernières recommandations de la HAS préconisent l'éducation à la neurophysiologie de la douleur en première intention chez les patients lombalgiques chroniques ou à risque de chronicité. Pour se faire, elle renvoie vers le guide de la douleur du docteur Greg Lehman, mais ne détaille pas le rôle des différents acteurs dans cette éducation (53). Ce guide est une nouveauté par rapport aux recommandations de 2005 (5). A destination des thérapeutes et des patients, il explique l'influence des facteurs psycho-sociaux dans le phénomène douloureux, dans le but de modifier les croyances et de favoriser les changements de comportements (53).

Par ailleurs, deux méta-analyses récentes (13,54) ont évalué l'éducation à la neurophysiologie de la douleur dans la prise en charge de la lombalgie chronique et ont retrouvé une efficacité à court et moyen terme sur l'incapacité. Une de ces méta-analyses conclut, avec un niveau de preuve modéré, que l'ajout de l'éducation à la neurophysiologie de la douleur chez les patients atteints de lombalgie chronique améliore l'invalidité à court terme et par conséquent soutient son ajout à la prise en charge kinésithérapique (13).

Les techniques cognitivo-comportementales sont l'un des moyens permettant de lutter contre les peurs et les croyances (13,14,44,54). La HAS autorise, selon un grade B, l'utilisation de techniques cognitivo-comportementales associées à un programme d'exercices supervisés, parmi lesquels on trouve l'exposition graduelle in vivo. Il s'agit d'une technique de désensibilisation, utile pour lutter contre le catastrophisme, qui consiste à confronter progressivement le patient au mouvement source de peurs ou d'anxiété (44).

Par ailleurs la HAS, malgré l'absence d'études de bonne qualité, autorise l'utilisation de la sophrologie, de la méditation de pleine conscience, ou encore de l'hypnose, qui peuvent être utiles pour lutter contre l'anxiété et le stress (1).

2. MATERIELS ET METHODE

2.1. Stratégie de recherche documentaire

Dans un premier temps nous avons consulté les recommandations de la HAS concernant la prise en charge masso-kinésithérapique de la lombalgie commune de 2005 ainsi que les recommandations de 2019 sur la prise en charge des patients présentant une lombalgie commune. Compte de tenu du fait que les recommandations de 2019 sont à destination de tous les professionnels de santé. Nous avons effectué une recherche systématique des recommandations écrites en anglais.

En anglais, nous avons utilisé les mots de recherche « guideline », « clinical practice guideline », « chronic low back pain », « low back pain », « physiotherapy », « physical therapy ». Nous avons pu aussi extraire plusieurs études grâce à la bibliographie de certains articles. En français nous avons utilisé les mots de recherche « recommandations », « lombalgie chronique », « lombalgie », « kinésithérapie ».

Nous avons interrogé les bases de données suivantes : Pubmed, Cochrane, Google Scholar, Science Direct ainsi que le moteur de recherche Google. Au total, nous avons retenu 42 articles pour rédiger notre synthèse.

2.2. Objectifs de l'enquête

2.2.1. Objectifs principaux

L'objectif principal de l'enquête est de réaliser une enquête sur la prise en charge kinésithérapique libérale de la lombalgie chronique. Nous cherchons à mettre en évidence ce qui est entrepris sur le terrain. Nous cherchons également à définir comment les techniques cognitivo-comportementales, qui sont de plus en plus mises en avant dans la prise en charge de la lombalgie et notamment de la lombalgie à risque de chronicité ou chronique, sont intégrées dans la pratique clinique des kinésithérapeutes du Grand Est.

2.2.2. Objectifs secondaires

Ce questionnaire (ANNEXE II) a pour objectif secondaire d'identifier les freins à l'amélioration des pratiques professionnelles et de la prise en charge bio-psycho-sociale de la lombalgie chronique.

2.3. Méthodologie de l'enquête

2.3.1. Population de l'enquête

Le site officiel de la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et Statistiques (DREES) nous a permis d'obtenir le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux par département dans la région Grand Est en 2017 (55). Nous avons choisi d'interroger 10% des kinésithérapeutes libéraux de chaque département de cette grande région. Nous avons arrondi l'effectif au nombre entier le plus proche. Au total, nous avons sélectionné 515 kinésithérapeutes. Les effectifs par département vont de 10 à 153. Nos critères d'inclusion étaient que le kinésithérapeute devait exercer en cabinet libéral au sein de la région Grand Est.

2.3.2. Sélection de l'échantillon

Nous avons utilisé le site www.pagesjaunes.fr pour tirer au sort les MK intégrant notre enquête (56). Pour chaque département, nous avons sélectionné le premier homme et la première femme pour chaque page de résultats jusqu'à obtenir l'effectif souhaité. Nous avons créé un document Excel comprenant le nom, le prénom, l'adresse et le numéro de téléphone des kinésithérapeutes inclus dans l'échantillon pour chaque département.

2.3.3. Elaboration du questionnaire

Un travail préliminaire de recherche a d'abord été effectué sur la lombalgie et la chronicisation de la lombalgie ainsi que sur le modèle bio-psycho-social, afin de comprendre le poids des facteurs psycho-sociaux dans la chronicisation de la lombalgie et dans le maintien de celle-ci. Les recherches se sont ensuite orientées vers l'évaluation de ces facteurs de risque, ainsi que sur le traitement kinésithérapique de la lombalgie chronique et notamment la gestion des facteurs psycho-sociaux à travers la prise en charge kinésithérapique. Ces recherches ont été guidées par notre directrice de mémoire, par la lecture d'articles, par les expériences cliniques et les patients pris en charge au cours de notre formation, de même que par les professionnels de santé nous ayant encadré.

Nous avons réalisé notre questionnaire (ANNEXE II) de soins du patient lombalgique, celles portant sur la prise en charge kinésithérapique des patients lombalgiques, sur l'évaluation du patient douloureux chronique ainsi que sur les recommandations internationales. Nous avons essayé de respecter un ordre logique.

La première partie de notre questionnaire porte sur le bilan kinésithérapique des patients présentant une lombalgie chronique. Elle permet de se renseigner sur l'évaluation bio-psycho-sociale du patient et notamment sur les modalités d'évaluation (thèmes abordés, moyens d'investigation, utilisation d'outils validés) ainsi que sur la transmission de cette évaluation au médecin traitant.

La deuxième partie porte sur la prise en charge kinésithérapique, elle permet d'obtenir des informations sur les techniques de traitement utilisées, sur la place des exercices thérapeutiques, des techniques manuelles, de la lutte contre la douleur, de l'éducation et de

l'information. Elle permet aussi d'apporter des informations complémentaires sur les exercices à domicile et le contenu de l'information, des conseils et de l'éducation à la santé.

Une troisième partie s'intéresse aux représentations, aux connaissances et aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé. Elle permet de questionner les kinésithérapeutes sur les connaissances relatives à la chronicisation de la lombalgie, aux questionnaires d'évaluation, à certaines techniques cognitivo-comportementales, aux recommandations et aux supports disponibles pour l'éducation des patients.

La quatrième partie concerne les formations primaires et secondaires suivies par les kinésithérapeutes ainsi que les informations supplémentaires qu'ils souhaiteraient obtenir.

La cinquième partie concerne les questions relatives aux caractéristiques de la population (âge, sexe, année et lieu d'obtention du diplôme).

2.3.4. Pré-test

Nous avons sollicité une dizaine de masseurs-kinésithérapeutes libéraux afin de tester notre questionnaire. L'objectif était de vérifier si les questions étaient compréhensibles et adaptées et d'avoir un retour sur la durée nécessaire à la réalisation du questionnaire et l'enchaînement des questions.

2.3.5. Diffusion du questionnaire

Les MK ont été contactés par téléphone du 07/01/2020 au 04/02/2020. Les professionnels ne répondant pas au premier appel ont été recontactés deux jours plus tard à une heure différente de la première fois et deux autres appels ont été effectués dans les semaines suivantes. Chaque appel était identique (ANNEXE III). Nous leur expliquions notre identité et la raison de notre appel. Quand le kinésithérapeute était intéressé et souhaitait participer à notre enquête nous avons recueilli leur adresse mail, que nous avons ajoutée à notre tableau Excel. A l'issue de cet appel, un mail associé à l'adresse URL du questionnaire Google Form était envoyé au destinataire (annexe). Le mail était envoyé dans la journée ou le jour suivant. Un mail rappelant la date de clôture des résultats a été envoyé à tous les participants. Le questionnaire a été clôturé le 01/03/2020.

2.3.6. Analyse des données

Nous avons extrait les données obtenues depuis le site Google Form vers le logiciel Excel. Nous avons ensuite réalisé un codage manuel afin d'analyser ces données. Nous avons réalisé des analyses descriptives (moyenne, écart-type, minimum, maximum, nombre, pourcentage). Concernant les questions ouvertes, nous avons lu l'intégralité des réponses fournies puis nous les avons classées en fonction des éléments de réponse apportés.

3. RESULTATS

Sur les 515 masseurs-kinésithérapeutes contactés par téléphone, 299 kinésithérapeutes étaient joignables, ce qui représente 58% de notre échantillon. Concernant les kinésithérapeutes non-joignables, 136 n'ont pas répondu à la suite des 4 appels (63%). Pour les 80 personnes restantes (37%), ils avaient déménagé ou le numéro était incorrect.

Parmi les 299 kinésithérapeutes joignables, 25 personnes ont refusé de participer à notre enquête (8%) par manque de temps ou parce qu'ils avaient déjà été sollicités à de nombreuses reprises. Par ailleurs, 24 kinésithérapeutes ont été exclus (8%) car spécialisés dans un autre domaine de la kinésithérapie ou ayant cessé leur activité.

Au total, 250 kinésithérapeutes nous ont communiqué leurs adresses mail (84%) et parmi ces dernières 21 adresses étaient invalides (8%).

Finalement nous avons obtenu 106 réponses, toutes exploitables soit un taux réponse de 46% (106/229) correspondant à 21% (106/515) de notre effectif initial. Le diagramme de flux est disponible en annexe (ANNEXE I, fig.1.). Le nombre de réponse aux différentes questions varies, lorsque que le nombre de répondant n'est pas précisé, il est de 106.

3.1. Présentation de la population

Parmi les 106 participants, 47% sont des hommes et 53% sont des femmes. L'âge moyen de la population est de 40 ans, avec un maximum de 70 ans et un minimum de 24 ans. La plupart des masseurs kinésithérapeutes interrogés ont entre 30 et 40 ans (46%).

L'expérience professionnelle de notre échantillon s'étend de 1 à 45 ans, avec une moyenne de 17 ans. La plupart des professionnels ont entre 10 et 20 ans d'expérience (41%).

La population étudiée est inégalement répartie en fonction du sexe : entre 20 et 40 ans on retrouve plus de femmes, après 40 ans plus d'hommes (fig. 1).

Concernant le lieu de formation, la majorité des kinésithérapeutes de notre échantillon a été formé en France (68%) dans les écoles de Nancy (28%) et de Strasbourg (25%). Les écoles de Reims et de Dijon comptent toutes les deux 3 représentants soit 3% de l'effectif total. Les écoles d'Amiens, de Grenoble, de Montpellier, de Paris, de Saint Etienne, de Vichy et de Strasbourg comptent chacune un représentant soit 1% de l'effectif.

Concernant les kinésithérapeutes formés à l'étranger (32%), 19% ont été formés en Belgique, 11% en Allemagne et 2% en Pologne.

La majorité des kinésithérapeutes de notre échantillon exerce en milieu rural (52%).

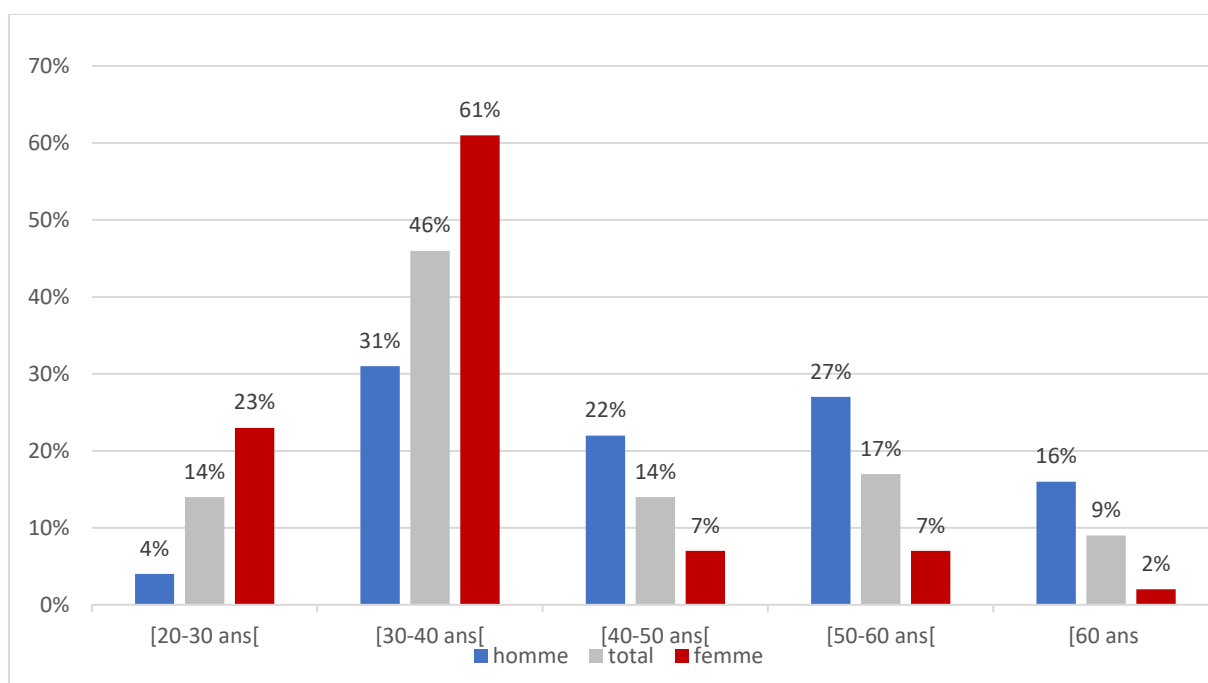


Figure 1 : Histogramme présentant la répartition de la population MK en fonction des classes d'âge et selon le sexe.

3.2. A propos du bilan

3.2.1. Questionnaires utilisés par les MK de notre échantillon

La majorité des kinésithérapeutes utilise des échelles évaluant l'intensité douloureuse (83%) (fig. 2). La plupart des kinésithérapeutes utilise l'échelle visuelle analogique pour évaluer la douleur (49%), l'échelle verbale simple est utilisée par 43% des répondants. L'échelle numérique simple, quant à elle, est utilisée par 12% de notre échantillon.

Les questionnaires permettant d'évaluer les répercussions fonctionnelles sont utilisés par 10% des kinésithérapeutes. Parmi ceux-ci, le questionnaire EIFEL est utilisé par 7% de notre échantillon et le questionnaire de Québec est utilisé par 4% de l'échantillon. Un seul utilisateur a été retrouvé pour le questionnaire d'Oswestry.

Les questionnaires explorant le type de douleur sont utilisés par 6% de l'effectif. Le questionnaire DN4 permettant d'explorer la composante neuropathique de la douleur est utilisé par 4% des kinésithérapeutes et le questionnaire Paindetect par 2% de l'effectif. Un masseur kinésithérapeute utilise le questionnaire De Saint Antoine et aucun utilisateur n'a été retrouvé pour l'échelle CSI permettant d'évaluer la sensibilisation centrale.

Les questionnaires multidimensionnels permettant d'explorer les répercussions fonctionnelles, mais aussi les répercussions de la douleur sur les dimensions psychologiques et sociales, sont utilisés par 3% des masseurs kinésithérapeutes. Le questionnaire concis de la douleur est utilisé par deux MK et le questionnaire de Dallas par un MK.

Un seul utilisateur, utilisant le questionnaire HAD permettant d'évaluer l'anxiété et la dépression, a été retrouvé pour les questionnaires explorant les facteurs de risque. Aucun utilisateur n'a été retrouvé pour les questionnaires TSK, FABQ et PCS, explorant respectivement la kinésiophobie, les croyances et le catastrophisme.

Par ailleurs deux personnes utilisent des questionnaires personnalisés, une personne le Back Performance Squale et une le questionnaire CFT.

Enfin 21% des kinésithérapeutes consultés n'utilisent aucun questionnaire ou échelle pour l'évaluation des patients lombalgiques chroniques.

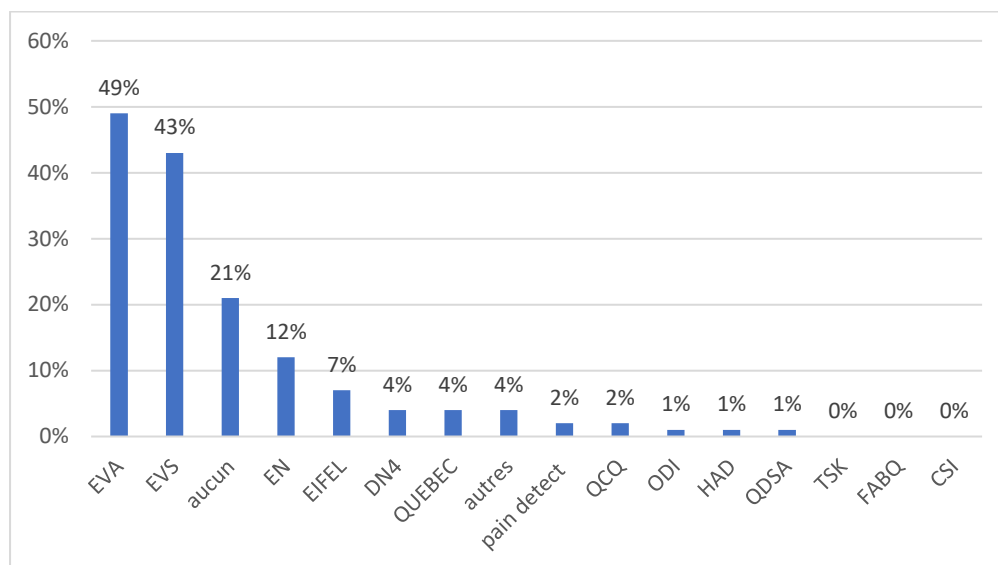


Figure 2 : Répartition des différentes échelles et questionnaires utilisés lors de l'évaluation initiale du patient lombalgique par les MK de notre enquête.

3.2.2. Recherche des facteurs psycho-sociaux

Concernant la recherche des facteurs psycho-sociaux, 74% des kinésithérapeutes de notre échantillon les recherchent systématiquement.

Pour mener à bien cette recherche (fig.3), sur un total de 101 réponses, 96% des kinésithérapeutes utilisent l'interrogatoire et 60% l'observation lors de l'examen clinique. Dans 56% des cas, l'interrogatoire et l'examen clinique sont tous les deux utilisés. L'interrogatoire seul est utilisé par 40% des kinésithérapeutes et l'observation seule par 4% des kinésithérapeutes. Aucun utilisateur n'a été retrouvé pour les questionnaires permettant d'évaluer ces facteurs. Deux kinésithérapeutes ont mis en avant l'utilisation d'un autre moyen pour rechercher les facteurs de risques. Deux autres réponses nous ont été apportées, une personne a cité l'écoute et une autre l'observation des zones réflexes.

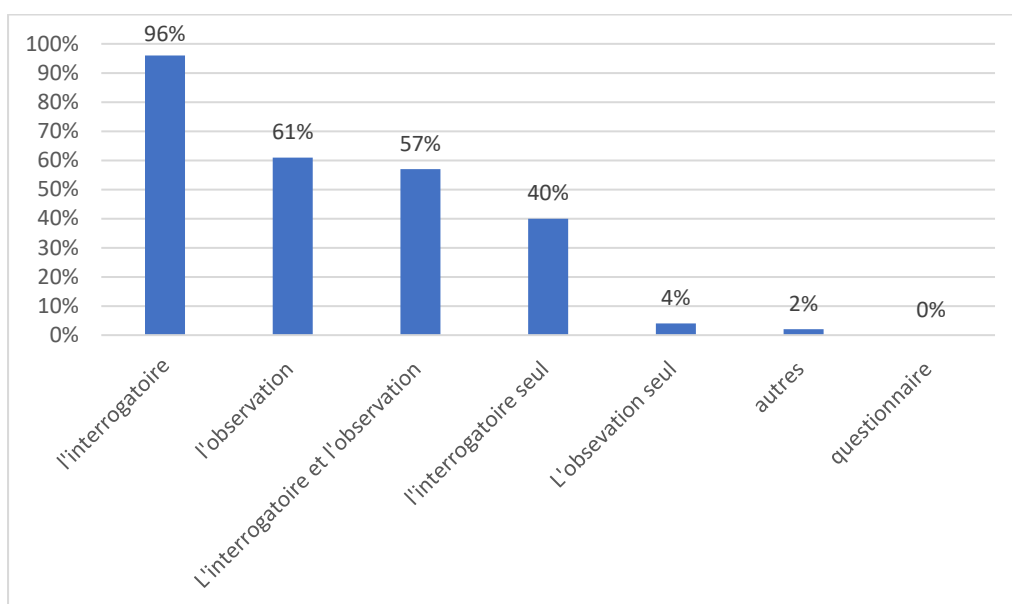


Figure 3 : Répartition des moyens utilisés pour rechercher les facteurs psycho-sociaux lors de l'évaluation initiale.

Sur un total de 68 réponses, 38% des kinésithérapeutes considèrent que les questionnaires ne sont pas adaptés pour rechercher les facteurs psycho-sociaux, 26% préfèrent utiliser l'interrogatoire, 24% n'utilisent pas les questionnaires par manque de temps, 21% admettent méconnaître les questionnaires d'évaluation des facteurs psycho-sociaux (Fig.4.).

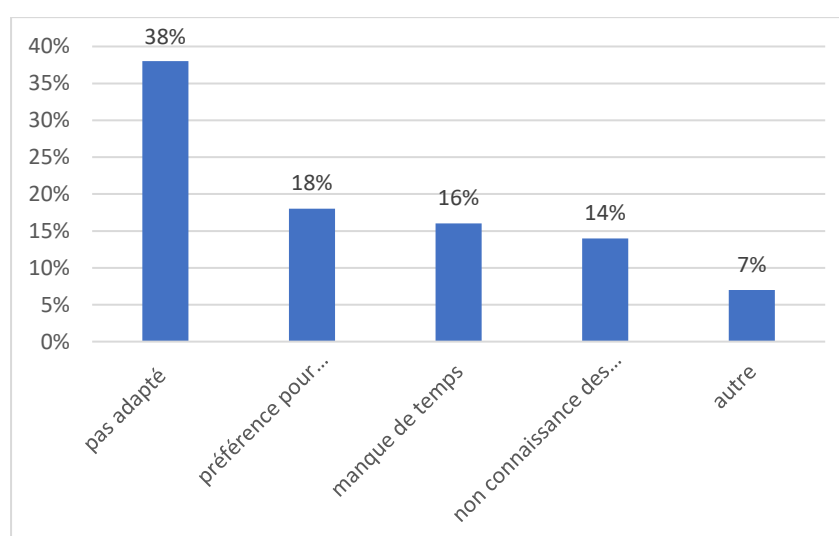


Figure 4 : Répartition des motifs avancés par les kinésithérapeutes concernant la non-utilisation des questionnaires d'évaluation de facteurs psycho-sociaux.

3.2.3. Éléments recherchés lors du bilan par les MK

Concernant les éléments recherchés lors du bilan, tous les kinésithérapeutes s'intéressent au contexte professionnel du patient, 88% s'intéressent au contexte psychologique et aux attentes du patient, 85% au contexte social, 79% aux comportements du patient (Fig. 5).

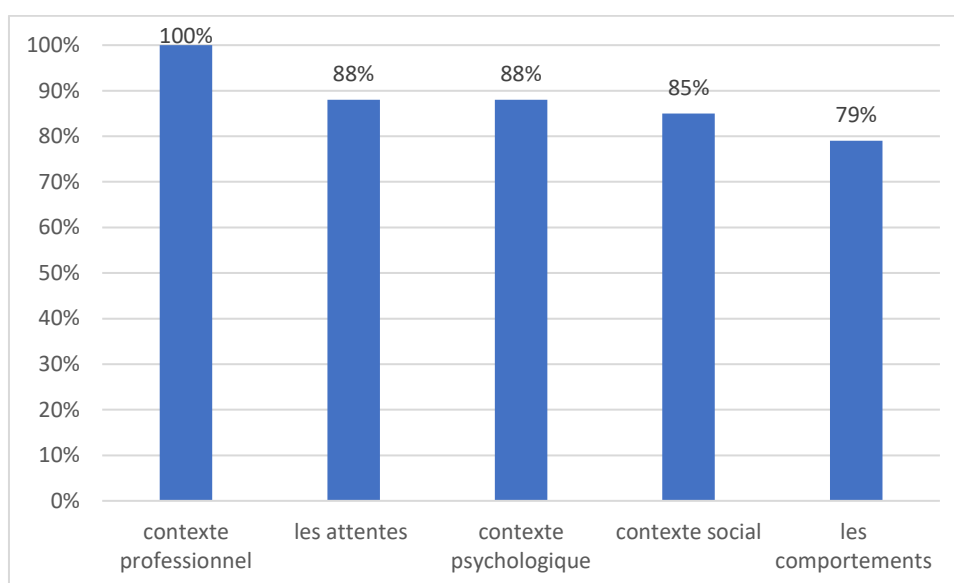


Figure 5 : Répartition des éléments recherchés lors du bilan initial par les MK.

Par ailleurs, tous les kinésithérapeutes s'intéressent à l'activité physique du patient, 94% prennent en considération le traitement médical et 82% le sommeil, 74% évaluent la motivation du patient, et 63% les activités sociales et les loisirs (Fig. 6). L'alimentation est considérée par 50% des kinésithérapeutes de l'échantillon et le soutien social et familial par 37%.

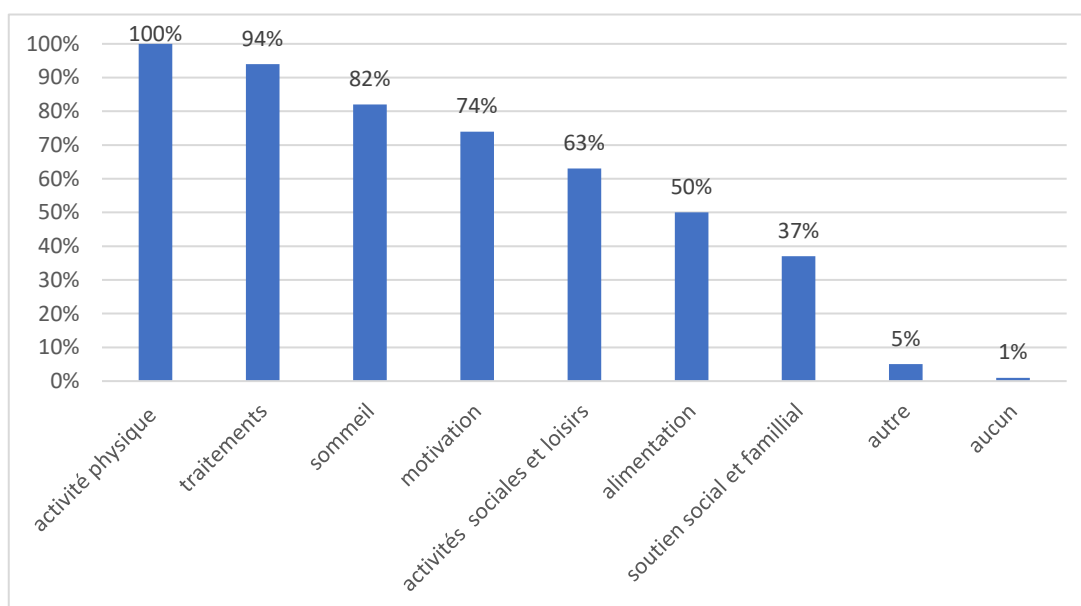


Figure 6 : Répartition des éléments recherchés lors du bilan

D'autres réponses ont été données, deux kinésithérapeutes ont cité les antécédents médicaux, un a mis en avant « le contexte professionnel et sportif », un autre « les croyances du patients (« j'ai mal à cause du temps ... ») » et un dernier « les enfants en bas âge et /ou chien ou chat pour d'autres charges éventuelles ».

3.2.4. Concernant les représentations du patient

Concernant les représentations du patient, sur un total de 103 réponses, 85% des kinésithérapeutes de notre échantillon s'intéressent à l'origine qu'attribuent les patients à leurs symptômes, 81% aux représentations des patients concernant les facteurs favorisant l'exacerbation des symptômes et 79% aux représentations du patient concernant l'évolution de la lombalgie (Fig. 7). Les représentations concernant le traitement de la lombalgie sont recherchées par 73% des kinésithérapeutes, celles concernant les conséquences de la lombalgie par 70%, les liens que peuvent faire les patients entre la lombalgie et d'autres pathologies par 68% de notre échantillon et les représentations concernant les examens complémentaires sont recherchés par 65% des kinésithérapeutes.

Seulement 49% des kinésithérapeutes s'intéressent aux représentations du patient par rapport aux conséquences d'une exacerbation des symptômes et 32% aux représentations du patient concernant leur sentiment de contrôle personnel et d'auto-efficacité.

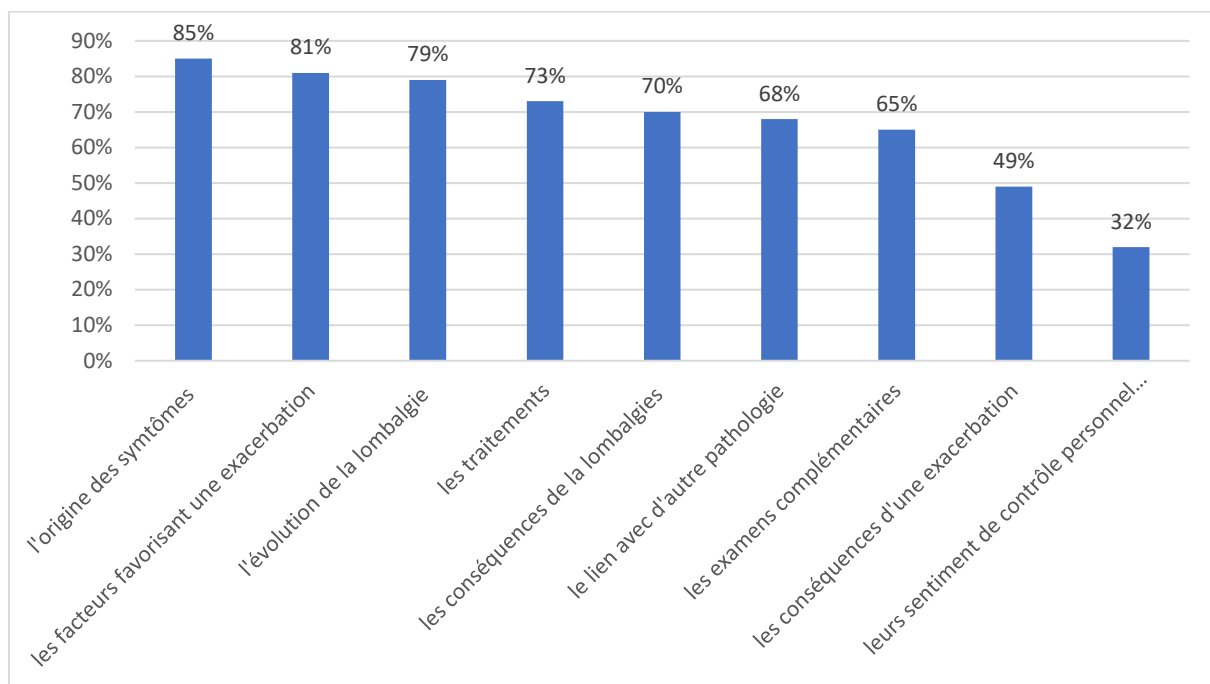


Figure 7 : Répartition de la recherche des domaines de Leventhal concernant les représentations par les MK.

Trois autres réponses nous ont été rapportées : « durée du problème, est-ce le premier épisode », « la façon dont le patient vit les choses » et « sa représentation des séances de rééducation »

3.2.5. Transmission du bilan kinésithérapique

Seulement 5% des kinésithérapeutes transmettent systématiquement leur bilan au médecin traitant.

Sur un total de 88 réponses, les raisons avancées par les kinésithérapeutes sont le manque de temps pour 39% d'entre eux, l'absence de prise en compte par les médecins pour 28% et l'absence de demande du médecin traitant (22%). 15% des kinésithérapeute assurent qu'ils le mettent à disposition si nécessaire. Enfin 13 MK ont cité d'autres motifs, les plus fréquents étant la spécificité du bilan kinésithérapique et la redondance avec le bilan médical réalisé par le médecin traitant. Certains disent préférer une transmission orale, et un kinésithérapeute a répondu « ne sait pas ».

3.3. A propos de la prise en charge

3.3.1. Techniques utilisées

Les exercices thérapeutiques sont utilisés par 96% des kinésithérapeutes. La majorité des kinésithérapeutes utilisent les étirements (89%), le renforcement musculaire du tronc (73%), les exercices posturaux (68%), le renforcement musculaire des membres (58%) et les exercices d'entretien articulaire (57%) (fig.8.). Les exercices généraux et les exercices proprioceptifs sont tous les deux utilisés par 44% des kinésithérapeutes et le reconditionnement à l'effort (exercices aérobie ou d'endurance) par 43% de notre échantillon.

Concernant les méthodes, un tiers des kinésithérapeutes utilise les techniques de type MDT (33%) et un quart celles de type Mézières (25%). Une grande majorité des kinésithérapeutes utilise les exercices à domicile (89%) et seulement 15% utilisent l'activité graduée.

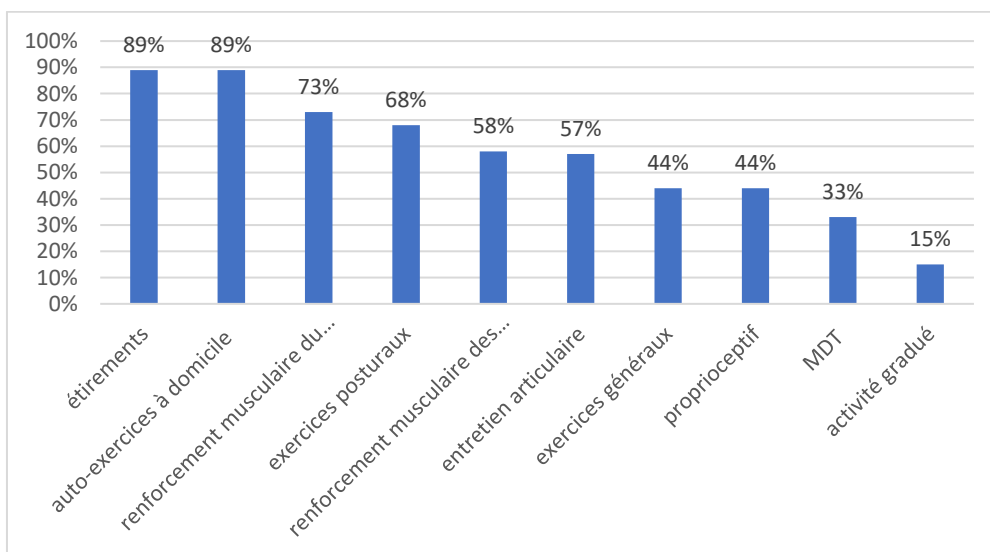


Figure 8 : Répartition des différents types d'exercices utilisés par les MK ayant répondu à notre questionnaire

Les techniques passives sont utilisées par 98% des kinésithérapeutes. Le massage et la thérapie manuelle sont les plus représentés avec respectivement 88% et 72% de l'échantillon (fig.9.). La moitié des kinésithérapeutes utilise l'électrothérapie (51%). La physiothérapie, quant à elle, est utilisée par 43% des kinésithérapeutes. L'acupression, le kinésiotaping et la fascia thérapie sont utilisés par respectivement 35%, 31% et 29% de notre

échantillon. Enfin une minorité de kinésithérapeutes utilise les tractions (14%), les ultrasons (7%) et les contentions (4%). Enfin aucun utilisateur n'a été retrouvé pour le dry needling et l'acupuncture.

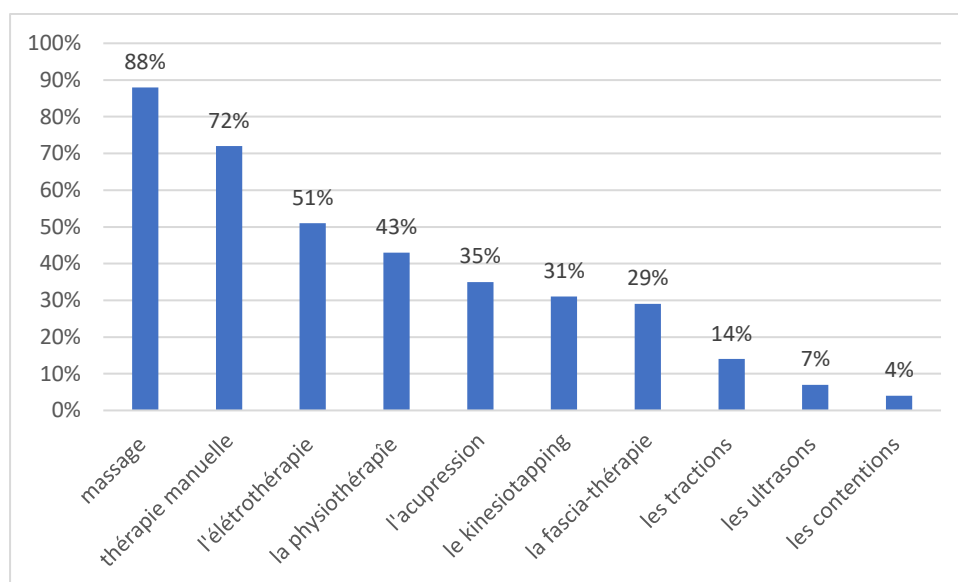


Figure 9 : Répartition des techniques passives utilisées par les MK dans la prise en charge des patients présentant une lombalgie commune chronique

Concernant l'éducation et l'information, une grande majorité des kinésithérapeutes utilise l'éducation (86%) et l'information (74%). L'éducation à la neurophysiologie quant à elle est utilisée chez une minorité de kinésithérapeutes (16%).

Concernant les techniques entrant dans le cadre d'une approche BPS, l'entretien motivationnel est utilisé par 14% des kinésithérapeutes. Concernant l'utilisation des techniques cognitivo-comportementales, elles sont utilisées par seulement 8% de notre échantillon et seulement deux personnes utilisent l'activité graduée in vivo (2%) et l'acupuncture (2%).

La relaxation, l'hypnose et la méditation sont utilisées par une minorité de kinésithérapeutes, avec respectivement 9%, 2% et 2% d'utilisation.

Enfin 8% des kinésithérapeutes utilisent d'autres techniques, deux autres les techniques Niromathé, deux personnes ont cité l'école du dos, et deux personnes l'utilisation de l'Hubert.

Le Pilate, le yoga, les ventouses, le crochetage et le « ballon type gym dos » ont été cités chacun par un MK.

3.3.2. Place des techniques dans le traitement

La majorité (53%) des kinésithérapeutes a classé les techniques antalgiques en première position, 21% des MK les ont placées en seconde position, 15% en 3ème position et 6% en quatrième position (fig.10.).

Les exercices thérapeutiques ont été placés en première position par 35% des kinésithérapeutes. La même proportion les ont classés en seconde position, 18% les ont placés en 3ème et 8% en dernière position.

L'éducation a été placée en première position par 12% des kinésithérapeutes, 36% l'ont placée en 2ème position, 36% en troisième position et 11% en quatrième.

Concernant les techniques passives 16% les ont placées en première position, 19% les ont placées en deuxième position, 22% en troisième position et 31% en quatrième position.

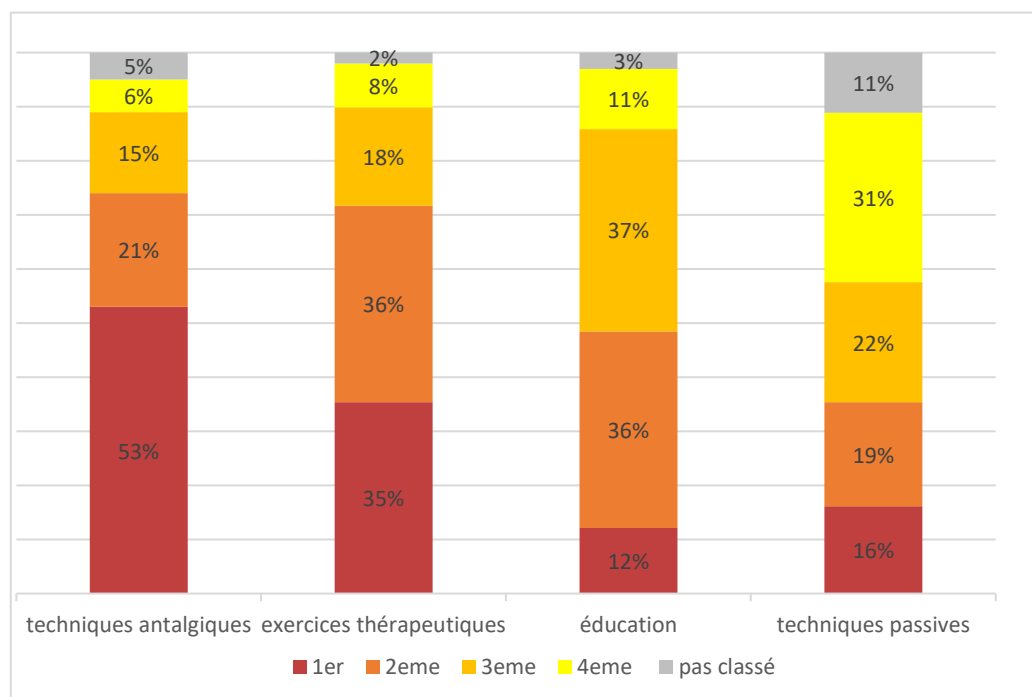


Figure 10 : Répartition de la place des techniques utilisées par les MK dans la prise en charge des patients atteints de lombalgie commune chronique.

3.3.3. Les exercices à domicile

Les exercices à domicile sont proposés systématiquement par 78% des kinésithérapeutes.

Sur un total de 21 réponses, 14 kinésithérapeutes pensent que les exercices sont insuffisamment faits, mal réalisés ou mettent en avant un manque d'implication ou des attentes de traitement passif de la part des patients. Un kinésithérapeute interrogé a écrit « en 30 ans de pratique, je n'ai jamais vu un patient faire des exercices à la maison suffisamment longtemps pour que ce soit efficace ».

Le profil du patient est mis en avant par cinq MK, deux citent les problèmes cognitifs, deux autres la fragilité des patients, une personne cite l'état d'avancement de la rééducation et une autre l'état douloureux.

Une personne a noté « parce que certains patients ont une hygiène de vie tout à fait satisfaisante » et une autre « les meilleurs exercices sont la bonne posture et le bon geste et ceci toute la journée et la nuit ». Deux personnes n'ont pas répondu à la question.

3.3.4. L'éducation du patient

Concernant les thèmes abordés lors de l'éducation du patient (Fig.11.), le thème le plus représenté est « les gestes de prévention » (92%), viennent ensuite les postures et l'hygiène de vie développées par 84% des kinésithérapeutes, et les objectifs de la prise en charge rééducative (74%). Moins de la moitié des kinésithérapeutes abordent les facteurs de chronicisation (38%) et les conclusions du bilan (35%). Moins d'un quart expliquent la neurophysiologie de la douleur (23%) et la pertinence de l'imagerie (21%). Une personne n'aborde aucun de ces différents thèmes.

La majorité des kinésithérapeutes (74%) n'utilise pas de support pour l'éducation du patient. Parmi les supports utilisés, 10 kinésithérapeutes utilisent des supports personnels comprenant des exercices et des conseils, 9 kinésithérapeutes utilisent des supports

anatomiques (modèle de rachis, illustration, application sur Ipad), 1 MK utilise l'application « active dos » mise en ligne par l'assurance maladie, un autre utilise « Pain fondamentals » de Greg Lehman, et un kinésithérapeute se sert de la chrononutrition.

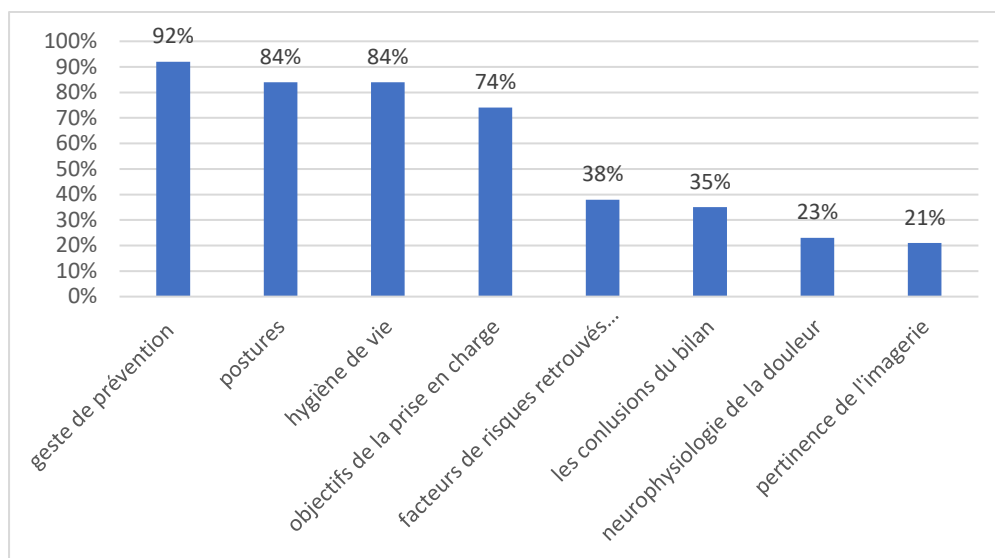


Figure 11 : Répartition des différents thèmes abordés par les MK concernant l'éducation du patient présentant une lombalgie chronique.

3.3.5. Part de la prise en charge perçue comme la plus importante

La majorité des kinésithérapeutes considère que l'essentiel de la prise en charge repose sur les exercices thérapeutiques (68%) et l'éducation (65%) (Fig.12.). Pour 36% des kinésithérapeutes de notre échantillon, l'essentiel de la prise en charge repose sur la lutte contre la douleur et seulement 8% considèrent que l'essentiel de la prise en charge repose sur les techniques passives.

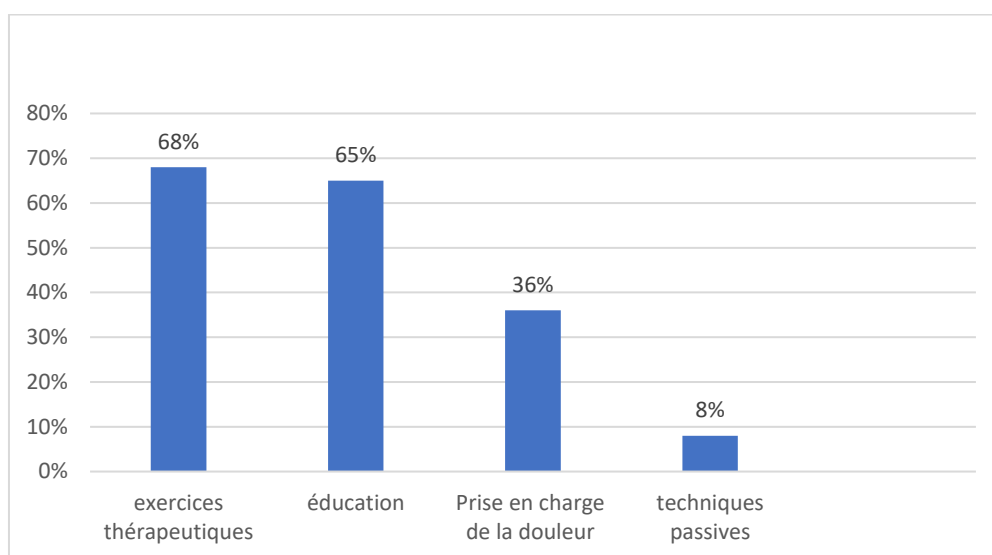


Figure 12 : Répartition de la modalité de prise en charge perçue comme essentielle par les MK.

La majorité des kinésithérapeutes considère que la prise en charge repose sur l'association de deux modalités (78%) (Fig.13.). Les exercices thérapeutiques sont le plus souvent associés à l'éducation (39%) puis à la lutte contre la douleur pour 19% des kinésithérapeutes. L'éducation et la lutte contre la douleur seule est mise en avant par 12% de notre échantillon. L'éducation et les techniques passives sont associées par 5% des MK et les exercices et les techniques passives par 4% de l'échantillon.

L'éducation seule est mise en avant par 9% des kinésithérapeutes, les exercices thérapeutiques seuls par 7%, et la lutte contre la douleur seule par 5% d'entre eux. Enfin aucun kinésithérapeute ne considère que l'essentiel de la prise en charge repose sur les techniques passives seules.

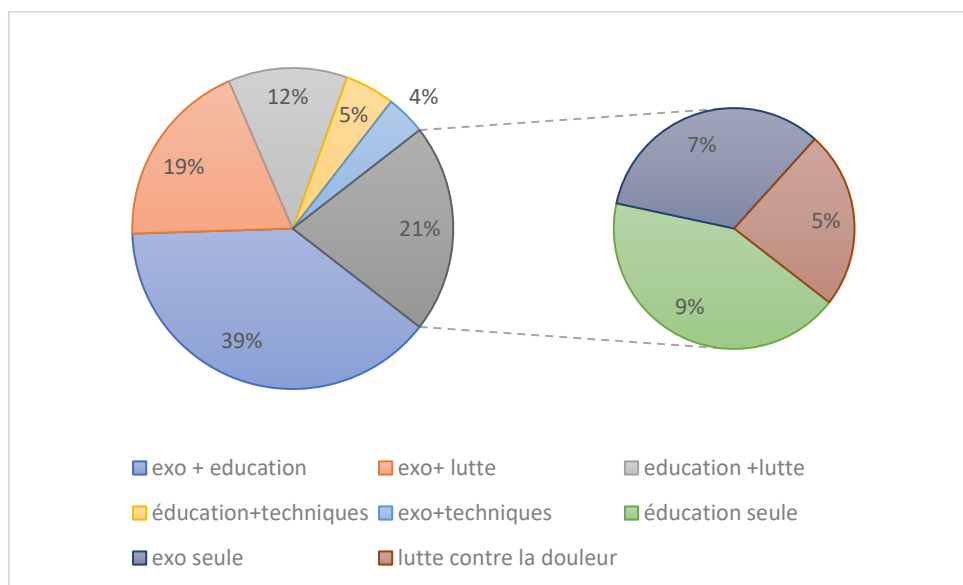


Figure 13 : Répartition des modalités de la prise en charge perçues comme essentielles par les MK.

Enfin 4 MK nous ont apporté des réponses supplémentaires « L'éducation et l'information, une activité saine et régulière alliant étirements et exercices variés », « La lutte contre la douleur, techniques de prévention adaptées à l'état psychologique et physique du patient » « La lutte contre la douleur, avoir une activité physique et sportive suffisante. Éviter à tout prix la sédentarité ». Une personne a noté « Rien suffisant à lui seul donc pas de réponse adaptée ».

3.3.6. Difficultés rencontrées

Concernant les difficultés rencontrées par les kinésithérapeutes, ce sont les attentes de traitement passif des patients qui posent le plus de problèmes, avec une moyenne de 6,66 (+/- 2.12) sur 10 pour un total de 103 réponses. Viennent ensuite les comportements du patient, avec une moyenne de 4,97 (+/-1,97) sur 10 pour un total de 105 réponses. Les idées reçues du patient arrivent en troisième position avec une moyenne de 4,71 (+/-2,08) pour 106 réponses. Enfin les comportements de peurs-évitements viennent en quatrième position avec une moyenne de 4,38 (+/-2,19) sur 10 pour un total de 105 réponses.

3.4. Connaissances des kinésithérapeutes relatives à la prise en charge de la lombalgie.

3.4.1. Concernant les facteurs liés la chronicisation de la lombalgie

La majorité des kinésithérapeutes établit un lien entre la dépression (79%), l'anxiété (74%), les comportements du patient (76%), la motivation (59%), les représentations perçues du travail par le travailleur (51%) et la chronicisation de la lombalgie (Fig.14). Les croyances du patient sont en lien avec la chronicisation pour 49% des MK, avec la politique de l'entreprise et du système de soins pour 41% et avec la kinésiophobie pour 40%.

Seulement 36% des kinésithérapeutes font un lien avec les attentes du patient, 34% avec le catastrophisme et 20% avec la sensibilisation centrale.

Deux autres réponses nous ont été apportées, une personne a noté « le manque d'hydratation, le manque de mouvements, le manque d'extension rachidienne, déséquilibre musculaire, bénéfice secondaire (arrêt de travail) » et un autre « ça dépend des cas, pas de réponse ».

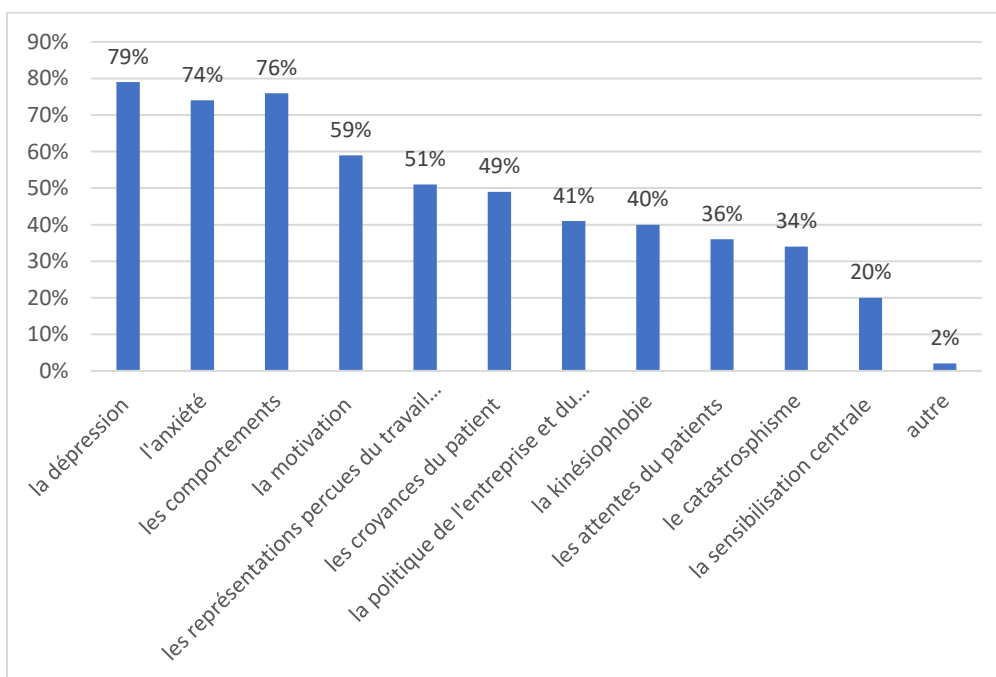


Figure 14 : Représentation de l'éventuel lien de causalité entre la lombalgie chronique et les différents facteurs selon les MK.

3.4.2. Concernant les recommandations

La parution des dernières recommandations de bonnes pratiques concernant le parcours de soins du patient lombalgique chronique semblent être connues par 56% des kinésithérapeutes.

3.4.3. Concernant les questionnaires

Concernant les questionnaires permettant l'évaluation fonctionnelle du patient lombalgique (fig.15.), la moitié des kinésithérapeutes n'en connaisse aucun (55%). Le questionnaire le plus connu est le questionnaire EIFEL (33%), les questionnaires de Quebec, de Dallas et d'Oswestry sont connus respectivement par 24%, 20% et 8% des kinésithérapeutes.

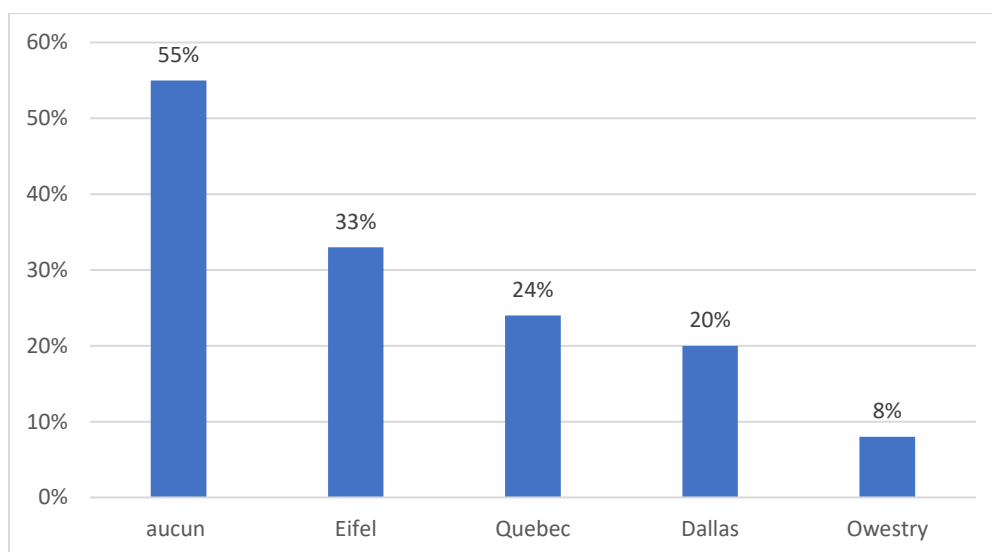


Figure 15 : Connaissance des questionnaires d'évaluation fonctionnelle du patient lombalgique par les MK.

Concernant les questionnaires permettant l'évaluation des facteurs de risque (Fig.16.), 71% des kinésithérapeutes n'en connaissent aucun. Le questionnaire le plus connu est le questionnaire HAD permettant d'évaluer l'anxiété et la dépression (22%). Viennent ensuite les questionnaires PCS, TSK connus respectivement par 12% et 9% des kinésithérapeutes. Le questionnaire FABQ et le questionnaire CSI sont connus par 8% des kinésithérapeutes. Le

questionnaire Örebro est connu par 7% des MK. Seulement 3% des kinésithérapeutes connaissent le questionnaires STarT Back Screening Tool.

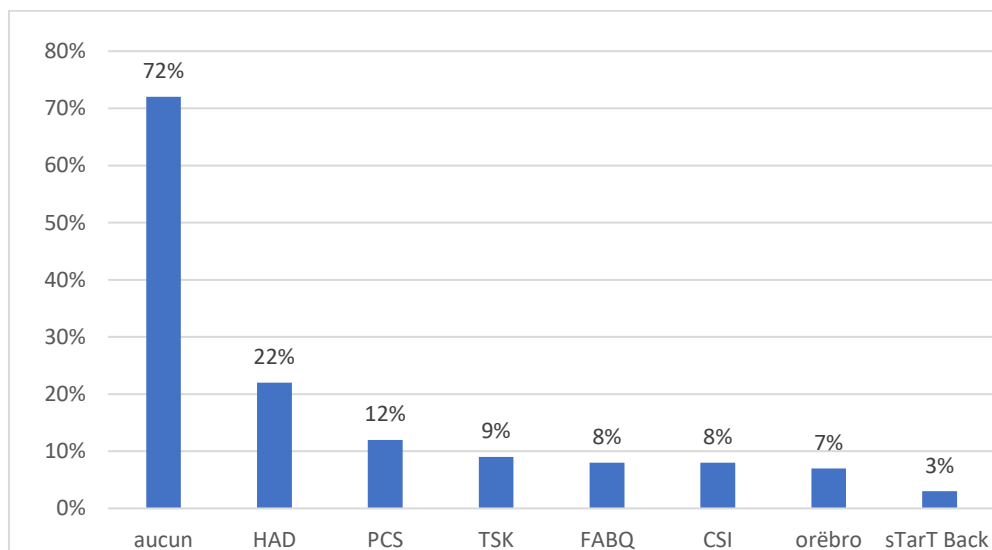


Figure 16 : Connaissance des questionnaires permettant l'évaluation des facteurs de risque du patient lombalgique par les MK.

3.4.4. Concernant l'exposition graduée in vivo

Seulement 8% des kinésithérapeutes connaissent l'exposition graduée in vivo. Sur ces 8 personnes, deux l'utilisent (25%). Sur les 6 personnes ne l'utilisant pas, la plupart (4) soulignent le fait qu'ils ne connaissent pas assez la technique. Une personne a répondu « peu personnalisé » et une « manque de temps ».

3.4.5. Guide de la douleur, Greg Lehman

Le guide de la douleur est connu par seulement 8 kinésithérapeutes (8%).

3.5. Informations supplémentaires désirées par les MK

La majorité des kinésithérapeutes souhaiterait des informations supplémentaires concernant la prise en charge des patients présentant une lombalgie chronique (85%). Pour 47 d'entre eux, ces informations devraient porter sur l'adaptation de la prise en charge en fonction des facteurs psychosociaux (Fig.17.). D'autres axes, comme l'évaluation fonctionnelle

du patient lombalgique, l'évaluation des facteurs de risque de chronicisation et les traitements kinésithérapiques comptent respectivement 45, 43 et 31 réponses.

Le modèle bio-psycho-social et la chronicisation de la lombalgie ont tous les deux 38 réponses. Une personne ne souhaite pas d'informations supplémentaires.

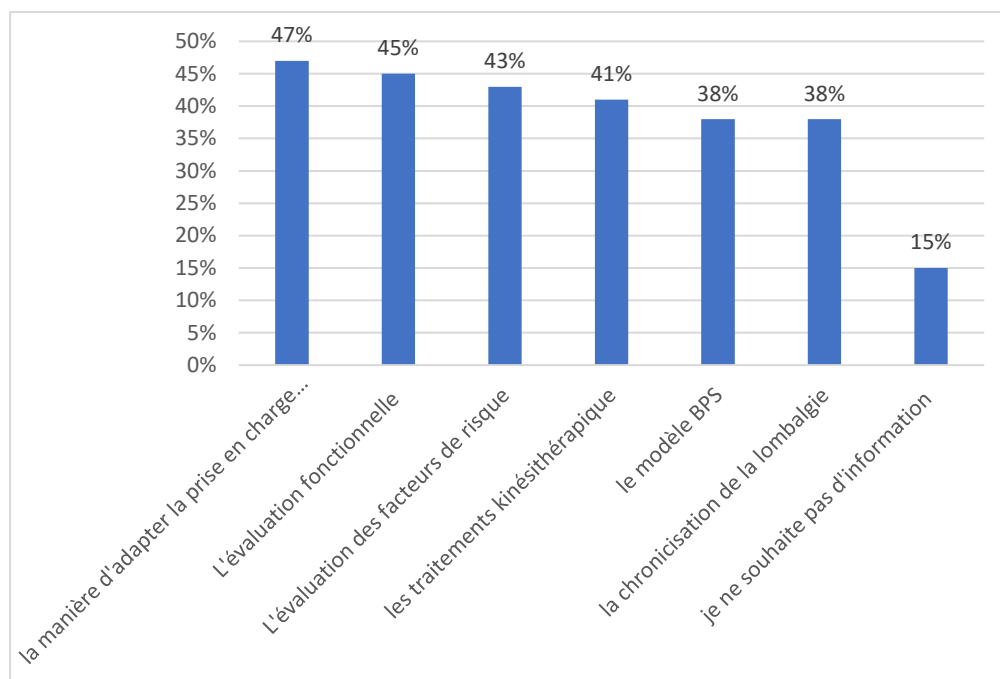


Figure 17 : Informations supplémentaires désirées par les MK.

3.6. Formations

Sur un total de 105 réponses, 60 kinésithérapeutes ont réalisé une formation sur la prise en charge de la lombalgie (57%).

Sur un total de 106 réponses, 18 kinésithérapeutes ont réalisé une formation sur la prise en charge de la douleur (17%) et 15 ont reçu une formation sur le modèle bio-psycho-social en institut de formation (15%).

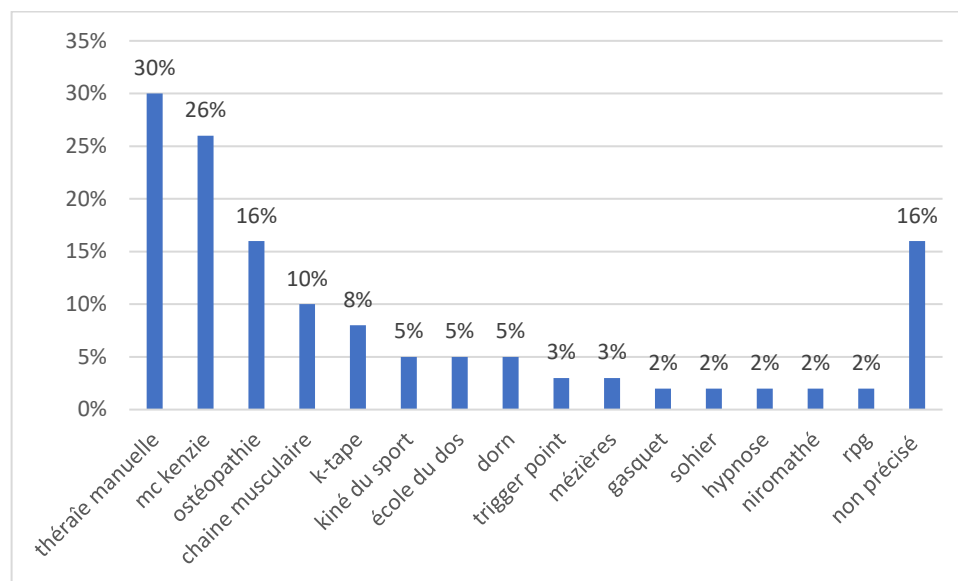


Figure 18 : Formations réalisées par les MK de notre échantillon.

Les formations Maitland, reprogrammation fonctionnelle du rachis, cognitive functional therapy, énergétique chinoise, techniques posturales d'étirement, Mulligan, ergonomie, microkiné, Pilates, gym abdo hypopressive, yoga et Tupertti ont été réalisées chacune par une personne.

4. DISCUSSION

4.1. Analyse et interprétation des résultats

4.1.1. Eléments de réponse concernant notre hypothèse H1 sur l'évaluation des facteurs psycho-sociaux

Les masseurs kinésithérapeutes sont 74% à affirmer rechercher de manière systématique les facteurs psycho-sociaux. La majorité des enquêtés porte un intérêt réel au contexte professionnel, social et psychologique du patient ainsi qu'aux attentes et comportements de ce dernier. Toutefois, en termes de priorité et paradoxalement, le contexte social (85%) et les comportements du patient (79%) sont les deux éléments les moins recherchés.

Concernant le contexte professionnel, celui-ci est recherché par la majorité des MK. Cependant, peu d'entre eux font le lien entre la chronicisation de la lombalgie et certains éléments comme la politique de l'entreprise dans laquelle se trouve le patient, les problèmes liés à l'indemnisation du patient ou encore les représentations du travail perçues par ce

dernier. Ces paramètres nous semblent pertinents à prendre en compte car ils peuvent limiter le retour à une activité professionnelle du patient ou bien évoluer au cours de la prise en charge et nécessiter la sollicitation de la médecine du travail afin de trouver une solution.

De plus, lorsqu'il s'agit d'approfondir l'évaluation psycho-sociale en prenant en compte le soutien familial ou l'engagement des patients dans des activités extra-professionnelles (activités sociales ou autres), ces facteurs font partie des éléments les moins recherchés. Pourtant, l'intérêt porté aux activités sociales et aux loisirs permet de fournir des informations sur les répercussions de la lombalgie dans la vie quotidienne du patient. La présence ou l'absence d'activité professionnelle ou de loisirs peut traduire un déconditionnement du patient aussi bien physique que psychologique. Ces éléments peuvent orienter le kinésithérapeute sur des facteurs psychologiques comme la peur de réaliser certaines activités. Ces facteurs sont susceptibles d'entraîner une moindre tolérance à la douleur et ainsi d'augmenter la souffrance perçue par le patient (21).

Afin d'identifier les obstacles à la reprise d'activité et de comprendre les composantes impliquées dans l'expérience douloureuse du patient, la littérature met en avant la nécessité d'une évaluation bio-psycho-sociale poussée (8,11,28,57-59). On trouve parmi les éléments pertinents à rechercher lors de l'évaluation du patient, les facteurs psychologiques comme la dépression, l'anxiété, les croyances, la qualité du sommeil, mais aussi la kinésiophobie, l'évitement lié à la peur de la douleur et le catastrophisme.

Nos résultats montrent que certains de ces éléments sont recherchés par les MK. Le contexte psychologique est pris en considération par 88% de notre effectif. Une fraction importante des MK fait le lien entre la chronicisation de la lombalgie d'une part et la dépression et l'anxiété d'autre part. Par conséquent, les praticiens sont loin d'être insensibles à cette dimension.

Concernant les représentations du patient par rapport à sa pathologie, la plupart des domaines mis en avant par Leventhal sont recherchés (origine des symptômes, facteurs favorisant une exacerbation des symptômes, évolution de la lombalgie, conséquences de la lombalgie, lien entre la lombalgie et d'autres pathologies, ...) (26). S'agissant des croyances délétères, bien qu'elles soient manifestement recherchées par nos kinésithérapeutes, l'importance de leurs impacts dans la lombalgie chronique ne semble pas être estimée à sa

juste valeur. En effet, seulement 49% des kinésithérapeutes établissent un lien entre les fausses croyances du patient et le processus de chronicisation de la lombalgie. Un constat similaire peut être dressé concernant le catastrophisme. Les douleurs pouvant fluctuer au cours du temps, il nous semble important de prendre en considération les représentations du patient concernant les conséquences d'une exacerbation des symptômes afin de le rassurer, de favoriser le maintien et la reprise des activités, même en cas d'augmentation temporaire de la douleur. A peine la moitié des MK recherche ces représentations alors que cela pourrait permettre de lutter contre l'idée que la douleur est le reflet d'une lésion tissulaire qui est une croyance délétère très répandue chez les patients (12).

A propos des représentations des patients concernant leur sentiment de contrôle personnel et d'auto-efficacité, les MK sont peu nombreux à les rechercher. Ces éléments sont pourtant mis en avant dans la littérature et permettent au praticien de se renseigner sur la manière dont les patient perçoivent leur rôle et leur implication dans leur prise charge (57–59). Ces paramètres permettent de leur fournir les conseils nécessaires pour lutter contre la douleur (postures, étirements, mobilisations, etc ...). Il est en effet primordial de faire comprendre au patient le rôle de l'activité et la nécessité de son implication active dans la prise en charge qui conditionne la réussite du traitement (1). La connaissance et l'identification de ces croyances erronées permettent au thérapeute de faire prendre conscience au patient de l'impact de ces dernières sur le fonctionnement de sa douleur. De plus, celles-ci sont susceptibles d'induire des comportements inappropriés (23,35).

Les comportements du patient faisant obstacle à la bonne évolution de sa pathologie sont recherchés par 79% des MK de notre échantillon. Ces derniers sont en lien avec la chronicisation de la lombalgie pour environ deux tiers des MK. Il est étonnant de constater que seulement 40% des MK font un lien entre la chronicisation de la lombalgie et la kinésiophobie, celle-ci étant un des principaux facteurs engageant le patient dans un comportement d'évitement (20).

Nous pouvons faire la même observation quant aux attentes des patients, le plus souvent de l'ordre d'une intervention extérieure passive ne les impliquant pas comme acteurs de leur prise en charge, recherchées par une majorité des MK mais dont le lien avec la chronicisation est peu établi par eux. Ces éléments nous amènent à nous demander dans

quelle mesure les kinésithérapeutes cherchent à modifier les attentes des patients atteints de lombalgie chronique.

Il est intéressant de noter que les facteurs nécessitant une prise en charge médicale spécialisée (anxiété, dépression) semblent mieux connus que les facteurs modifiables en kinésithérapie comme la kinésiophobie ou le catastrophisme.

Notre première hypothèse selon laquelle la recherche systématique des facteurs psycho-sociaux n'est pas réalisée peut être nuancée. En effet, la majeure partie des MK affirme rechercher de manière systématique ces facteurs psycho-sociaux. Néanmoins l'ensemble de ces facteurs ne sont pas toujours recherchés. L'hypothèse est donc infirmée avec certaines réserves.

L'intérêt d'une évaluation bio-psycho-sociale poussée permettrait d'identifier les obstacles à la reprise d'activités, de comprendre les composantes impliquées dans l'expérience douloureuse mais également d'orienter le traitement kinésithérapique en fonction des facteurs psycho-sociaux, ou bien de réorienter le patient dans les meilleurs délais vers le médecin traitant.

4.1.2. Eléments de réponse concernant notre hypothèse H2 sur l'utilisation des questionnaires

La majorité des masseurs kinésithérapeutes utilise des échelles validées par la HAS pour évaluer l'intensité de la douleur. Les échelles utilisées sont majoritairement l'EVA, EVS et EN. Les questionnaires permettant d'évaluer les répercussions fonctionnelles de la lombalgie sur la vie du patient sont utilisés par une minorité de masseurs kinésithérapeutes. La littérature met en avant leurs utilisations afin de compléter l'évaluation de la douleur (11,57). Devant la multitude de facteurs pouvant être impliquée dans la douleur et les nombreuses répercussions que celle-ci peut avoir, l'utilisation de questionnaires standardisés nous semble pertinente afin de servir de base en vue d'identifier le retentissement fonctionnel, psychologique et socio-professionnel de la douleur. Ils permettront d'orienter l'interrogatoire afin de mettre en évidence les facteurs susceptibles d'influencer l'expérience douloureuse du patient. Nous manipulons ici des données subjectives, la réalisation d'auto-questionnaires permet d'en diminuer l'interprétation et de s'approcher au plus près de la réalité du patient.

Ces questionnaires, réalisés à différents temps de la prise en charge : à la phase initiale, au cours du suivi et au terme de cette dernière, permettent d'évaluer l'efficacité du traitement afin de réajuster la prise en charge ou de réorienter si besoin.

Concernant les moyens utilisés par les MK de notre échantillon pour rechercher les facteurs psycho-sociaux, tous les participants répondent qu'ils n'utilisent pas d'outils d'évaluation spécifiques. Les facteurs psycho-sociaux sont recherchés à travers l'interrogatoire et non pas de manière structurée au travers d'outils dédiés. Sur un total de 68 réponses, 38% considèrent que les questionnaires ne sont pas adaptés pour la recherche des facteurs psycho-sociaux, 18% préfèrent aborder les facteurs psycho-sociaux à travers l'interrogatoire. Cette même observation est faite dans une étude (60) qui montre que l'évaluation des facteurs psycho-sociaux repose majoritairement sur l'intuition du MK. Un autre auteur met en avant l'utilisation des questionnaires afin d'obtenir des informations pertinentes permettant d'orienter l'interrogatoire (57). De plus, les facteurs psycho-sociaux comme l'anxiété, la dépression et la peur sont mieux évalués à l'aide d'outils spécifiques (61).

4.1.3. Eléments de réponse concernant notre hypothèse H3 sur l'intégration de l'approche bio-psycho-sociale dans les pratiques

Les MK sont 65% à considérer que l'éducation est essentielle dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Concernant les thèmes traités lors de l'éducation à la santé du patient, plus de 70% des kinésithérapeutes abordent les gestes de prévention, les postures, l'hygiène de vie et les objectifs de prise en charge. Néanmoins les facteurs de risque, les conclusions du bilan, la neurophysiologie de la douleur sont abordés par un faible pourcentage des MK.

Les kinésithérapeutes semblent rencontrer fréquemment des difficultés pour modifier les croyances du patient. La compréhension de la douleur aide à changer ces croyances inappropriées, à encourager les bons comportements et permet ainsi de soutenir le traitement kinésithérapique autour de la reprise d'activité. L'explication au patient des facteurs psychosociaux retrouvés lors du bilan nous semble pertinente afin de lui faire comprendre l'influence de ces derniers sur la douleur. L'explication des facteurs psycho-sociaux est un élément central de l'éducation à la neurophysiologie de la douleur, elle permet de donner du sens à la douleur, participant à la déconstruction de certaines croyances et favorisant les bons

comportements. Une minorité de MK disent y avoir recours alors que celle-ci permettrait de soutenir le traitement kinésithérapique.

Les kinésithérapeutes semblent également rencontrer des difficultés pour corriger certains comportements. Afin de modifier les croyances et les comportements inappropriés pouvant être un frein au rétablissement du patient lombalgique, la littérature conseille l'utilisation de programmes d'activités graduées et de reconditionnement à l'effort, permettant une réduction des peurs, une correction de certaines croyances et une amélioration du sentiment d'auto-efficacité (12,51). Concernant le soutien et l'accompagnement dans la reprise d'activité, le reconditionnement à l'effort (exercices en aérobie ou d'endurance) est utilisé de manière courante par seulement 43% de nos MK et l'activité graduée par seulement 15%. La littérature met en avant le besoin pour le patient douloureux chronique d'un soutien continu et actif concernant sa reprise d'activité physique (62).

Dans une moindre mesure les kinésithérapeutes semblent aussi rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patients qui présentent un haut niveau de peur ou d'évitement face à certaines activités ou certains mouvements.

L'ensemble des moyens cités ci-dessus ne suffisent pas toujours à corriger les croyances, les peurs et les comportements du patient (12). Les techniques cognitivo-comportementales peuvent alors entrer en jeu. Elles comprennent par exemple, l'exposition graduelle in vivo, efficace chez les patients présentant un haut niveau de peur-évitement, qui permet une diminution de l'incapacité fonctionnelle et du catastrophisme (44).

L'entretien motivationnel, autre technique cognitivo-comportementale, est particulièrement utile lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé comme l'exercice physique (63). Une méta-analyse portant sur l'ajout d'interventions de motivation à l'exercice et à la physiothérapie traditionnelle, conclue qu'elles sont toutes efficaces pour augmenter les comportements sains concernant l'activité physique et par conséquent que les physiothérapeutes sont idéalement placés pour assumer ce rôle (64).

La relaxation, elle aussi utilisée par une minorité de MK, pourrait aider les kinésithérapeutes à diminuer les manifestations anxieuses comme une trop grande vigilance musculaire.

Ainsi notre hypothèse concernant le fait que les techniques entrant dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale sont peu utilisées en cabinet libéral est confirmée.

La réponse à nos trois premières hypothèses nous permet d'établir la configuration des pratiques professionnelles que l'on peut qualifier de peu structurée et peu systématisée d'un point de vue bio-psycho-social. Il ressort de notre enquête des pratiques professionnelles diversifiées en matière de prise en compte des facteurs psycho-sociaux et d'évaluation kinésithérapique, et un faible recours aux techniques rentrant dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale.

4.1.4. Suivi des recommandations

Conformément aux dernières recommandations de la HAS et à la littérature qui considèrent les exercices thérapeutiques comme un élément central de la prise en charge, ces derniers sont pratiqués par 96% des kinésithérapeutes, et 89% proposent des exercices à domicile de manière systématique. De plus, les MK sont plus de la moitié à considérer que l'essentiel de la prise en charge doit reposer sur les exercices thérapeutiques. Seulement 36% considèrent que l'essentiel de la prise en charge doit reposer sur la lutte contre la douleur.

La HAS stipule que les techniques antalgiques ne doivent pas représenter l'essentiel de la prise en charge du patient lombalgique chronique afin de ne pas créer de dépendance vis-à-vis du thérapeute et de ne pas favoriser certaines croyances négatives. Cependant nous constatons, au travers de notre échantillon, que les techniques antalgiques occupent en pratique la place la plus importante dans la prise en charge de 53% des MK.

En ce qui concerne les techniques passives, les plus utilisées sont les techniques manuelles (massage 88%, thérapie manuelle 72%). La HAS recommande, selon un grade B, les techniques manuelles (manipulation / mobilisation rachidienne et techniques portant sur les tissus mous) dans la prise en charge des personnes présentant une lombalgie avec ou sans douleur radiculaire. Ces techniques doivent s'inclure dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.

L'acupression est utilisée par 35% de MK, bien qu'elle n'ait pas démontré d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie.

L'électrothérapie est utilisée par 51% des MK. La HAS met en avant que la TENS n'a pas d'efficacité sur l'évolution de la lombalgie et recommande de ne pas l'utiliser comme traitement unique de la lombalgie chronique. Néanmoins, elle peut être utile comme adjuvant chez certains patients pour le contrôle de la douleur afin de réduire le besoin en médicament, notamment lorsqu'elle est accompagnée d'une prise en charge non médicamenteuse de la douleur (AE).

La physiothérapie est utilisée chez 43% des MK. De la même manière, son efficacité n'a pas été démontrée, mais elle peut être utilisée comme adjuvant thérapeutique de courte durée pour lutter contre la douleur.

Les contentions sont utilisées par seulement 4% des kinésithérapeutes. La HAS laisse possible le port de ceinture lombaire ou d'un corset souple sur une courte durée pour aider à la reprise d'activité. Elle souligne qu'ils n'ont pas d'efficacité démontrée sur l'évolution de la lombalgie. Nous notons cependant que 31% des MK utilise le kinésiotaping, la HAS souligne que l'application de bandes colorées adhésives rigides (kinésiotaping) n'est pas plus efficace que des soins usuels.

Les tractions et les ultrasons sont utilisés par respectivement 14% et 7% des MK. La HAS souligne le manque de preuve quant à l'utilisation de ces techniques et ne les recommande pas.

Les résultats obtenus semblent montrer que les MK sont en accord avec les grandes lignes des recommandations de la HAS. Comme nous l'avons vu précédemment, les MK sont régulièrement confrontés à de fortes attentes de traitements passifs de la part des patients lombalgiques chroniques et dans une moindre mesure à des comportements et des croyances délétères qu'ils n'arrivent pas à modifier. Ces obstacles psychologiques semblent les empêcher de mettre en pratique les recommandations de la HAS de manière optimale.

4.1.5. Limites à l'amélioration des pratiques

Notre enquête nous a permis d'identifier différentes limites à l'amélioration des pratiques dans la prise en charge kinésithérapique de la lombalgie chronique en cabinet libéral.

Une première limite concerne la diffusion des connaissances. En effet, la plupart des kinésithérapeutes souhaite des informations supplémentaires sur la prise en charge de la lombalgie chronique et seulement la moitié des masseurs kinésithérapeutes a connaissance de la parution des dernières recommandations de la HAS. Les connaissances des facteurs psycho-sociaux et de leurs liens avec la chronicisation de la lombalgie ne semblent pas claires pour les kinésithérapeutes, notamment en ce qui concerne les facteurs modifiables en kinésithérapie comme la kinésiophobie, le catastrophisme, les croyances et les attentes du patient. Par ailleurs, le guide de la douleur destiné aux patients et aux thérapeutes est connu par un faible pourcentage de notre échantillon. Un constat similaire est fait concernant les questionnaires permettant l'évaluation des facteurs psycho-sociaux. Ces constats sont en adéquation avec la littérature qui souligne le fait que les MK ne se sentent pas préparés à aborder les facteurs psycho-sociaux, ne disposant que d'une connaissance partielle de ces derniers (9,64).

Une deuxième limite que nous avons pu identifier concerne le manque de standardisation de l'évaluation et de la prise en charge du patient lombalgique chronique. En effet, environ la moitié des kinésithérapeutes souhaite des données supplémentaires sur l'évaluation des facteurs psycho-sociaux. Ils sont à peu près le même nombre à vouloir plus d'éléments sur l'évaluation fonctionnelle. Les kinésithérapeutes sont aussi nombreux à souhaiter des informations supplémentaires sur la manière d'adapter la prise en charge à ces facteurs psycho-sociaux. Concernant le versant éducatif, peu de MK de notre échantillon ont reçu une formation sur le modèle bio-psycho-social et son application clinique en institut de formation. Ils sont tout aussi peu nombreux à avoir reçu un enseignement sur la prise en charge de la douleur. Le modèle bio-psycho-social étant relativement récent, la standardisation et l'intégration de ce dernier n'est pas encore l'apanage de toutes les formations de masseurs-kinésithérapeutes. Par ailleurs, les kinésithérapeutes se trouvent souvent confrontés aux idées reçues et aux attentes du patient. De plus, les moyens de lever les obstacles à la reprise d'activité ne semblent pas maîtrisés par les MK de notre échantillon.

En effet, l'éducation à la neurophysiologie de la douleur, les techniques cognitivo-comportementales dont l'exposition graduelle in vivo sont utilisées par une minorité de MK.

Enfin une troisième limite concerne la contrainte de temps à laquelle les kinésithérapeutes sont soumis. La réalisation d'une évaluation bio-psycho-sociale exhaustive et approfondie via des questionnaires spécifiques est un exercice chronophage. La non-transmission fréquente au médecin traitant du bilan kinésithérapique s'explique également par un manque de temps.

4.2. Intérêts et limites de notre étude

4.2.1. Représentativité de la population

Le nombre de réponses obtenues lors de notre enquête ne nous permet pas d'obtenir un échantillon suffisant pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la région Grand Est.

Selon le site officiel de la DRESS, la moyenne d'âge de la région Grand Est des MK est de 38 ans. La population compte autant d'hommes que de femmes (55). Les répartitions par classes d'âge et selon le sexe sont exposées dans le tableau (ANNEXE IV). Concernant la population de notre étude, la moyenne d'âge est de 40 ans et notre population est constituée sensiblement de la même proportion d'hommes et de femmes (47% d'hommes et de 53% de femmes). Concernant la répartition de la population par classes d'âge, nous observons que la proportion des 20-30 ans de notre étude est plus faible, alors que celle des 30-40 ans est plus élevée par rapport aux données de la DRESS(55). Seule la répartition par classes d'âge diffère donc de la population du Grand Est.

La répartition par classe d'âge et par sexe nous montre que les femmes sont plus nombreuses que les hommes entre 20 et 40 ans, et inversement après 40 ans. Cette observation coïncide avec les données de la DRESS.

Au regard de ces critères socio-démographiques, la population étudiée se rapproche de celle de la population du Grand Est au niveau de la proportion d'hommes et de femmes. Néanmoins la répartition par classe d'âge tout sexe confondu diffère.

Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population de masseurs kinésithérapeutes de la région Grand Est.

4.2.2. Biais de l'enquête

Notre étude comporte un biais d'auto-sélection, un biais de désirabilité sociale et des biais méthodologiques. Un biais d'auto-sélection, autrement dit un biais du volontariat, sélectionne dans notre étude une population pouvant différer de la population générale puisque les retours d'enquête dépendent de l'engagement et de l'attrait de la population mère vis-à-vis de l'objet de recherche proposé.

Il existe également un biais de désirabilité sociale, poussant les MK à répondre ce qui leur semble le plus adapté sans que cela reflète leur pratique professionnelle réelle. Afin de limiter celui-ci, nous avons anonymisé notre questionnaire.

Notre enquête comporte enfin plusieurs biais méthodologiques. Un premier biais vient du fait que le département dans lequel exercent les répondants n'ait pas été vérifié. Nous constatons également un plus faible taux de réponses concernant les questions ouvertes lors du remplissage de notre questionnaire. De plus, le questionnaire envoyé par mail a pu être rempli par plusieurs MK d'un même cabinet. Afin de limiter ce phénomène, nous avons vérifié l'identité des MK et nous leur avons demandé de ne pas diffuser le questionnaire à leurs collègues. Néanmoins le questionnaire étant anonyme nous ne pouvons pas vérifier l'identité des répondants.

4.2.3. Analyse critique du questionnaire

Une première critique portant sur le questionnaire peut concerner la longueur de celui-ci. Malgré nos efforts pour le rendre concis, ce dernier comporte un nombre élevé de questions, abordant un grand nombre de thèmes. Le questionnaire aurait gagné en clarté en ciblant plus précisément les éléments pertinents et en limitant le nombre de questions. On aurait ainsi vraisemblablement permis d'augmenter le nombre de réponses obtenues en raccourcissant le temps de remplissage du questionnaire.

Le nombre restreint de réponses au questionnaire ne nous permet pas de réaliser des analyses croisées pertinentes. Il aurait été intéressant de voir s'il existait des différences de réponses en fonction des caractéristiques des MK.

En rentrant dans les détails, nous remarquons que :

- concernant la question 4, il aurait été intéressant de savoir de quelle manière est structurée la recherche des facteurs de risque à travers l'interrogatoire.
- concernant la question 5, l'ajout d'un item portant sur les antécédents médicaux nous semble pertinent.
- concernant la question 12, afin de faciliter la réponse à cette question nous aurions pu classer les différentes techniques par catégorie (les items concernant les exercices thérapeutiques, les techniques passives, l'éducation l'information, les méthodes, ainsi que les techniques rentrant dans le cadre d'une approche plus globale du patient).
- concernant la question 13 et la question 19, nous avons différencié les techniques manuelles ou instrumentales à visée antalgique des techniques passives alors que ces dernières sont des techniques passives.
- concernant la question 14, il aurait été intéressant de savoir quels types d'exercices sont proposés par les kinésithérapeutes.
- concernant la question 22, il aurait été intéressant de compléter cette question par une question ouverte se renseignant sur les comportements que les MK n'arrivent pas à corriger.

4.2.4. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées ont été :

- De synthétiser les connaissances relatives à la prise en charge bio-psycho-sociale de la lombalgie, d'autant plus que les terminologies diffèrent dans la littérature.
- De mettre en évidence les éléments les plus pertinents de nos résultats pour parvenir aux objectifs du mémoire
- D'élaborer un questionnaire synthétique malgré le grand nombre d'éléments intéressants à rechercher concernant l'évaluation du patient et les moyens de traitement.

4.3. Perspectives d'avenir

Notre étude nous permet d'évoquer différents axes d'amélioration concernant la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Des recommandations de la HAS concernant spécifiquement la prise en charge kinésithérapique, l'évaluation bio-psycho-sociale en

kinésithérapie ainsi que sur la manière d'adapter la prise en charge aux facteurs psycho-sociaux pourraient aider les kinésithérapeutes dans l'amélioration de leurs pratiques.

De plus, l'intégration d'un enseignement dans les études kinésithérapiques sur la prise en charge bio-psycho-sociale et ses applications cliniques en institut de formation kinésithérapique nous semble pertinent, de même que des formations continues professionnelles sur celle-ci.

Un temps de consultation systématiquement allongé (avec une tarification en adéquation avec la durée de la séance) dans la prise en charge initiale du patient lombalgique chronique permettrait de rechercher avec attention les informations pertinentes.

Par ailleurs, l'utilisation d'auto-questionnaires communs aux différents professionnels de santé concernant l'évaluation initiale du patient nous semble pertinent. L'échange de ces derniers entre les différents acteurs de la prise en charge du patient pourrait améliorer la communication interprofessionnelle et éviter la répétition des interrogatoires.

4.4. Les hypothèses répondent-elles à la question de recherche ?

L'objectif principal de ce mémoire est de réaliser une enquête sur la prise en charge des patients présentant une lombalgie commune chronique en cabinet libéral et de la confronter à la littérature.

Il nous semble avoir complété cet objectif à travers notre questionnaire et pouvoir conclure que les pratiques des thérapeutes sont en accord avec les grandes lignes des recommandations de la HAS, bien qu'elles semblent perfectibles en ce qui concerne l'accompagnement du patient dans la reprise d'activité.

Notre objectif secondaire est d'identifier les freins à l'amélioration des pratiques. Nous pensons avoir relevé différents freins s'opposant à la prise en charge optimale du patient lombalgique chronique. Nous constatons en effet que les kinésithérapeutes n'estiment pas posséder l'ensemble des informations nécessaires afin de prendre en charge le patient lombalgique chronique en cabinet libéral. Un des principaux freins relevés concerne les difficultés dans l'évaluation des facteurs psycho-sociaux ainsi que sur la manière d'adapter la prise en charge à ces facteurs.

Une meilleure diffusion des connaissances concernant ces facteurs, leurs moyens d'évaluation et la manière d'adapter la prise en charge à ceux-ci, pourrait permettre une meilleure adhérence aux recommandations de bonne pratique.

5. CONCLUSION

La lombalgie est une pathologie extrêmement fréquente. Elle est considérée par la HAS comme un enjeu de santé publique. La prévalence de la chronicisation de la lombalgie commune invite à repenser la prise en charge du patient et le renouvellement des pratiques professionnelles.

Les dernières recommandations de la HAS et la revue de la littérature confortent l'intérêt d'une approche à partir du modèle bio-psycho-social. Cependant, ce modèle se heurte aux problèmes concernant son évaluation et surtout la quantification de valeurs subjectives et leurs modifications.

Il a été question de réaliser une enquête pertinente des pratiques professionnelles et de sonder la portée de ces recommandations au sein de la prise en charge de la lombalgie commune chronique en cabinet libéral.

Quelques traits saillants ressortent, notamment le caractère non stabilisé du modèle bio-psycho-social, son aspect non structuré et non systématisé et la diversité de ses critères d'évaluation et de prise en charge.

Au travers de nos résultats, nous avons pu constater que les masseurs kinésithérapeutes sont sensibles à une approche du patient lombalgique chronique prenant en compte le modèle bio-psycho-social. Toutefois, il persiste des difficultés dans la recherche et l'évaluation des facteurs psycho-sociaux ainsi que dans l'adaptation de la prise en charge à ces derniers.

Nous avons fait état de quelques perspectives d'avenir. L'étayage d'une démarche formalisée du modèle bio-psycho-social par la HAS ainsi que la promotion accrue de ce dernier au travers de formations initiales et continues nous semblent pertinents.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2020 Apr 30]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf
2. Société française de médecine générale. Lombalgie commune en soins premiers. [Internet]. [cited 2020 Apr 30]. Available from: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtse1dca.pdf
3. Nguyen C, Poirauveau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. /data/revues/11698330/v76i6/S1169833009000878/ [Internet]. 2009 Jun 12 [cited 2020 Apr 30]; Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/218687>
4. Waddell G. The Back Pain Revolution - 2nd Edition. Edinburg: Elsevier Science Limited 2004. 489 p. ISBN: 0-443-07227-2
5. HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription [Internet]. [cited 2020 Apr 30]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf
6. Berquin A. [The biopsychosocial model: much more than additional empathy]. Rev Med Suisse. 2010 Aug 11;6(258):1511–3.
7. Rousseau L, Bacelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. Kinésithérapie Rev. 2017 Jun;17(186):33–43.
8. Foster NE, Delitto A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice--challenges and opportunities. Phys Ther. 2011 May;91(5):790–803.
9. Synnott A, O’Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O’Sullivan P, O’Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. J Physiother. 2015 Apr;61(2):68–76.
10. Zangoni G, Thomson OP. ‘I need to do another course’ - Italian physiotherapists’ knowledge and beliefs when assessing psychosocial factors in patients presenting with chronic low back pain. Musculoskelet Sci Pract. 2017 Feb;27:71–7.
11. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa GA, Shekelle P, et al. Low Back Pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2012 Apr;42(4):A1-57.

12. Demoulin C. Les croyances délétères des patients lombalgiques : Revue narrative de la littérature. *Rev Médicale Liège*. 2016 Jan 1;71:40–6.
13. Wood L, Hendrick PA. A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: Short-and long-term outcomes of pain and disability. *Eur J Pain Lond Engl*. 2019;23(2):234–49.
14. Hall A, Richmond H, Copey B, Hansen Z, Williamson E, Jones G, et al. Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. *Disabil Rehabil*. 2018 Jan;40(1):1–9.
15. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) et Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). *Douleur. Soins palliatifs et accompagnement*. 3ème édition actualisée. [Internet]. Éditions Med-Line. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.med-line.fr/catalogue/douleur-soins-palliatifs-et-accompagnement-3eme-edition-actualisee/>
16. Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, Fireman B, et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosom Med*. 2006 Apr;68(2):262–8.
17. Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A-F. Aspects psychologiques de la douleur chronique. *Rev Rhum*. 2009 Jun 12;76(6):587–92.
18. Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Baños JH, Cianfrini L, Richards JS. Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. *Pain*. 2009 Dec 15;147(1–3):147–52.
19. Wirotius J-M, Pétrissans J-L. Dépression en rééducation. *EM-Consulte* [Internet]. [cited 2020 Apr 30]; Available from: <https://www.em-consulte.com/article/31203/depression-en-reeducation>
20. Vlaeyen JWS, Crombez G. La psychologie de la peur et de la douleur. *Rev Rhum*. 2009 Jun;76(6):511–6.
21. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019 May;53(9):554–9.
22. Lundberg M, Larsson M, Ostlund H, Styf J. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary healthcare. *J Rehabil Med*. 2006 Jan;38(1):37–43.
23. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 2007 Feb;30(1):77–94.

24. Flink IK, Boersma K, Linton SJ. Catastrophizing moderates the effect of exposure in vivo for back pain patients with pain-related fear. *Eur J Pain Lond Engl*. 2010 Sep;14(8):887–92.
25. Burke ALJ, Mathias JL, Denson LA. Psychological functioning of people living with chronic pain: a meta-analytic review. *Br J Clin Psychol*. 2015 Sep;54(3):345–60.
26. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*. 2016 Dec;39(6):935–46.
27. « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement » : sensibilisation sur la lombalgie [Internet]. [cited 2020 Apr 30]. Available from: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>
28. Amtmann D, Liljenquist K, Bamer A, Bocell F, Jensen M, Wilson R, et al. Measuring Pain Catastrophizing and Pain-Related Self-Efficacy: Expert Panels, Focus Groups, and Cognitive Interviews. *The Patient*. 2018 Feb;11(1):107–17.
29. Javier Martinez-Calderon PT Ms, Mira Meeus PT P, Filip Struyf PT P, Alejandro Luque-Suarez PT P. The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2020 Jan 2;36(1):21–37.
30. La Touche R, Pérez-Fernández M, Barrera-Marchessi I, López-de-Uralde-Villanueva I, Villafañe JH, Prieto-Aldana M, et al. Psychological and physical factors related to disability in chronic low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2019;32(4):603–11.
31. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain Lond Engl*. 2012 Jan;16(1):3–17.
32. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Ann Fam Med*. 2013 Dec;11(6):527–34.
33. Rainville J, Smeets RJEM, Bendix T, Tveito TH, Poiraudreau S, Indahl AJ. Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain--translating research into clinical practice. *Spine J Off J North Am Spine Soc*. 2011 Sep;11(9):895–903.
34. Linton SJ, Buer N, Vlaeyen J, Hellsing AL. Are fear-avoidance beliefs related to the inception of an episode of back pain? A prospective study. *Psychol Health*. 2000 Nov;14(6):1051–9.
35. Pincus T, Vogel S, Burton AK, Santos R, Field AP. Fear avoidance and prognosis in back pain: a systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis Rheum*. 2006 Dec;54(12):3999–4010.

36. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001 Mar;17(1):52–64.
37. van Wilgen P, Beetsma A, Neels H, Roussel N, Nijs J. Physical therapists should integrate illness perceptions in their assessment in patients with chronic musculoskeletal pain; a qualitative analysis. *Man Ther*. 2014 Jun;19(3):229–34.
38. Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*. 2008 May;136(1–2):177–87.
39. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LOP, Costa LCM, Ostelo RWJG, et al. Motor Control Exercise for Nonspecific Low Back Pain: A Cochrane Review. *Spine*. 2016 Aug 15;41(16):1284–95.
40. Shi Z, Zhou H, Lu L, Pan B, Wei Z, Yao X, et al. Aquatic Exercises in the Treatment of Low Back Pain: A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis of Eight Studies. *Am J Phys Med Rehabil*. 2018;97(2):116–22.
41. Luomajoki HA, Bonet Beltran MB, Careddu S, Bauer CM. Effectiveness of movement control exercise on patients with non-specific low back pain and movement control impairment: A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract*. 2018;36:1–11.
42. Lam OT, Strenger DM, Chan-Fee M, Pham PT, Preuss RA, Robbins SM. Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for Treating Low Back Pain: Literature Review With Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2018;48(6):476–90.
43. Coulombe BJ, Games KE, Neil ER, Eberman LE. Core Stability Exercise Versus General Exercise for Chronic Low Back Pain. *J Athl Train*. 2017 Jan;52(1):71–2.
44. López-de-Uralde-Villanueva I, Muñoz-García D, Gil-Martínez A, Pardo-Montero J, Muñoz-Plata R, Angulo-Díaz-Parreño S, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Effectiveness of Graded Activity and Graded Exposure for Chronic Nonspecific Low Back Pain. *Pain Med Malden Mass*. 2016 Jan;17(1):172–88.
45. Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, Vernon H, Khorsan R, Suttorp Booth M, et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J Off J North Am Spine Soc*. 2018;18(5):866–79.
46. Wu L-C, Weng P-W, Chen C-H, Huang Y-Y, Tsuang Y-H, Chiang C-J. Literature Review and Meta-Analysis of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Treating Chronic Back Pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2018 May;43(4):425–33.
47. Jauregui JJ, Cherian JJ, Gwam CU, Chughtai M, Mistry JB, Elmallah RK, et al. A Meta-Analysis of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Chronic Low Back Pain. *Surg Technol Int*. 2016 Apr;28:296–302.

48. Yang L-H, Duan P-B, Hou Q-M, Du S-Z, Sun J-F, Mei S-J, et al. Efficacy of Auricular Acupressure for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. 2017;2017:6383649.
49. Liu L, Huang Q-M, Liu Q-G, Thitham N, Li L-H, Ma Y-T, et al. Evidence for Dry Needling in the Management of Myofascial Trigger Points Associated With Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018;99(1):144-152.e2.
50. Hu H-T, Gao H, Ma R-J, Zhao X-F, Tian H-F, Li L. Is dry needling effective for low back pain?: A systematic review and PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jun;97(26):e11225.
51. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016 Jul;32(5):332–55.
52. Nijs J, Meeus M, Cagnie B, Roussel NA, Dolphens M, Van Oosterwijck J, et al. A modern neuroscience approach to chronic spinal pain: combining pain neuroscience education with cognition-targeted motor control training. *Phys Ther*. 2014 May;94(5):730–8.
53. programme de rétablissement de rétablissement -guide de la douleur-
54. Tegner H, Frederiksen P, Esbensen BA, Juhl C. Neurophysiological Pain Education for Patients With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin J Pain*. 2018;34(8):778–86.
55. Beyond 20/20 WDS - Rapports [Internet]. [cited 2020 Apr 22]. Available from: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
56. PagesJaunes : trouvez plus que des coordonnées avec l'annuaire des professionnels [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: <https://www.pagesjaunes.fr/>
57. Nicholas MK, George SZ. Psychologically informed interventions for low back pain: an update for physical therapists. *Phys Ther*. 2011 May;91(5):765–76.
58. Tagliaferri SD, Miller CT, Owen PJ, Mitchell UH, Brisby H, Fitzgibbon B, et al. Domains of Chronic Low Back Pain and Assessing Treatment Effectiveness: A Clinical Perspective. *Pain Pract Off J World Inst Pain*. 2020 Feb;20(2):211–25.
59. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract*. 2016 Jul;32(5):368–84.
60. Singla M, Jones M, Edwards I, Kumar S. Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Man Ther*. 2015 Apr;20(2):328–34.

61. Haggman S, Maher CG, Refshauge KM. Screening for symptoms of depression by physical therapists managing low back pain. *Phys Ther.* 2004 Dec;84(12):1157–66.
62. Lim YZ, Chou L, Au RT, Seneviwickrama KMD, Cicuttini FM, Briggs AM, et al. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *J Physiother.* 2019;65(3):124–35.
63. HAS L'entretien motivationnel [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
64. McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E. Addition of motivational interventions to exercise and traditional physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy.* 2015 Mar;101(1):1–12.
65. Société française de médecine du travail (SFMT). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonne pratique. Rouen: SFMT; 2013. [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf

ANNEXES

ANNEXE I : Les drapeaux rouges et les drapeaux jaunes chez le patients lombagique

Drapeaux rouges :

1. Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit ;
2. Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue de cheval) ;
3. Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée) ;
4. Traumatisme important (telle qu'une chute de hauteur) ;
5. Perte de poids inexplicée ;
6. Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile ;
7. Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme) ;
8. Déformation structurale importante de la colonne ;
9. Douleur thoracique (= rachialgies dorsales) ;
10. Age d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans ;
11. Fièvre ; 12. Altération de l'état général.

D'après la Société française de médecine du travail (SFMT). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonne pratique. Rouen: SFMT; 2013.(65)

Drapeaux jaunes : Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée

- Problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales ;
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active ;
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité liés à la peur ;
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, d'invalidité).

D'après la Société française de médecine du travail (SFMT). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de bonne pratique. Rouen: SFMT; 2013.(65)

ANNEXE II : Enquête sur la prise en charge des patients atteints de lombalgie commune chronique en cabinet libéral

*obligatoire

A propos du bilan :

1. Quelle(s) échelle(s) ou questionnaire(s) utilisez-vous pour évaluer les patients souffrant d'une lombalgie chronique ?

Plusieurs réponses possibles :

- L'échelle visuelle analogique (EVA)
 - L'échelle numérique (EN)
 - L'échelle verbale simple (EVS)
 - Le questionnaire pain detect
 - Le questionnaire DN4
 - Le central sensitization inventory (CSI)
 - Le questionnaire de Saint Antoine (QSDA)
 - Le questionnaire concis de la douleur (QCD)
 - Le questionnaire EIFEL (RMQD)
 - Le questionnaire Oswestry (ODI)
 - Le questionnaire Quebec
 - Le questionnaire Dallas (RMQD)
 - Le Pain Castastrophing Scale (PCS)
 - L'échelle Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK-CF)
 - L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)
 - Le questionnaire FABQ (Fear and Belief Questionnaire)
 - Je n'utilise aucun de ces questionnaires et échelles ci-dessus
- Autres : _____

2. Recherchez-vous systématiquement les facteurs psycho-sociaux (drapeaux jaunes) ?

Une seule réponse possible.

- OUI *Passer à la question 4*
- NON

3. Connaissez-vous les facteurs psycho-sociaux en rapport avec la lombalgie ?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

4. Par quels moyens réalisez-vous la recherche des facteurs psycho-sociaux ?

Plusieurs réponses possibles.

- L'interrogatoire
 - L'observation lors de l'examen clinique
 - Des questionnaires validés
- Autres : _____

5. Si vous utilisez des questionnaires, lesquels utilisez-vous ?

6. Si non, pour quelles raisons n'utilisez-vous pas de questionnaire ?

7. Lors de votre évaluation initiale vous intéressez-vous aux éléments suivants :

Plusieurs réponses possibles.

- Le contexte psychologique
- Le contexte professionnel du patient
- Les comportements du patient
- Le contexte social du patient
- Les attentes du patient

8. Lors de votre évaluation initiale vous intéressez-vous aux éléments suivants :

Plusieurs réponses possibles.

- Le sommeil
 - L'activité physique
 - Le traitement médical
 - L'implication du patient dans les activités sociales et les loisirs
 - La motivation
 - L'alimentation
 - Le soutien social et familial
 - Je ne m'intéresse à aucun de ces éléments
- Autres : _____

9. Vous intéressez-vous aux représentations du patient concernant :

Plusieurs réponses possibles.

- L'évolution de la lombalgie
 - L'origine des symptômes
 - Les conséquences de la lombalgie
 - Les liens que peut faire le patient entre divers symptômes (céphalée, asthénie, troubles du sommeil) et la lombalgie
 - Les facteurs favorisants et les causes d'une exacerbation des symptômes
 - Les conséquences d'une exacerbation des symptômes
 - Les traitements
 - Leur sentiment de contrôle personnel et d'auto-efficacité
 - L'utilité des examens complémentaires
- Autres : _____

10. Transmettez-vous systématiquement votre bilan a médecin traitant ?

Une seule réponse possible.

- OUI *Passer à la question 12*
- NON

11. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne transmettez pas votre bilan au médecin traitant ?
-

A propos de la prise en charge :

12. Quelles techniques utilisez-vous dans votre pratique courante pour les patients atteints de lombalgie commune chronique ?

Plusieurs réponses possibles.

- Le massage
- Les auto-exercices à réaliser à domicile
- Le biofeedback pour améliorer la qualité des exercices (vidéo, miroir, ...)
- Les exercices d'entretien articulaire
- Les exercices d'étirements
- L'électrothérapie
- Les ultrasons
- Le kinésiotaping
- L'information du patient
- L'éducation du patient
- La physiothérapie
- L'acupuncture
- Le dry needling
- L'acupression ou techniques des triggers points
- Les tractions lombaires
- Les thérapies cognitivo-comportementales
- L'éducation à la neurophysiologie de la douleur
- L'hypnose
- La méditation
- La relaxation ou la sophrologie
- Les contentions
- La thérapie manuelle
- La fascia-thérapie
- L'activité graduée
- L'exposition graduée in vivo
- Les exercices de reconditionnement à l'effort (endurance, exercice aérobie)
- Le renforcement musculaire du tronc
- Le renforcement musculaire des membres
- Les techniques de type Mézières
- Les exercices proprioceptifs ou sensori-moteur
- Les techniques de type MDT (Mc Kenzie)
- Les exercices posturaux
- L'entretien motivationnel
- Les exercices généraux
- Autres : _____

13. Classez les propositions suivantes en fonction de la place qu'elles occupent dans votre traitement. La proposition qui occupe le plus de temps se verra attribuer la valeur 1. Deux propositions ne peuvent avoir la même valeur

Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4
Les exercices thérapeutiques nécessitant la participation active du patient				
Les techniques manuelles ou instrumentales à visée antalgique				
L'éducation et l'information du patient				
Les techniques passives				

14. Proposez-vous systématiquement des exercices à faire à la maison ?

Une seule réponse possible.

- OUI *Passer à la question 16*
 NON

15. Pour quelles raisons ne proposez-vous pas d'exercice à faire à la maison ?

16. Concernant l'éducation et l'information du patient, abordez-vous les thèmes suivants ? (si le thème est abordé cochez la case)

Plusieurs réponses possibles.

- Les postures
 Les gestes de prévention (techniques d'économie rachidienne, manutention)
 La neurophysiologie de la douleur
 Les facteurs de chronicisation retrouvés lors du bilan
 La pertinence de l'imagerie
 L'hygiène de vie
 Les conclusions du bilan kinésithérapique
 Les objectifs de traitement
 Je n'aborde pas ces différents thèmes

17. Utilisez-vous un support pour l'information et l'éducation du patient ?

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON *Passer à la question 19*

18. Lequel ?

19. Selon vous, l'essentiel de la prise en charge de la lombalgie commune chronique repose sur :

Plusieurs réponses possibles.

- Les exercices thérapeutiques

- L'éducation et l'information
- Les techniques passives
- La lutte contre la douleur
- Autres : _____

20. Pensez-vous qu'il y a un lien entre la chronicisation de la lombalgie et :

Plusieurs réponses possibles.

- La dépression
- L'anxiété
- Le catastrophisme
- La kinésiophobie
- La sensibilisation centrale
- Les comportements du patient
- Les croyances du patient
- La politique de l'entreprise, le système de soins et d'assurance
- Les représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur
- La motivation
- Les attentes du patient
- Aucun lien avec les propositions ci-dessus
- Autres : _____

21. Vous arrive-t-il d'être confronté à des idées reçues de la part des patients que vous n'arrivez pas à corriger ?

Une seule réponse possible.

JAMAIS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 TOUJOURS

22. Vous arrive-t-il d'être confronté à des comportements que vous n'arrivez pas à corriger ?

Une seule réponse possible.

JAMAIS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 TOUJOURS

23. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge des patients qui présentent un haut niveau de peur ou d'évitement face à certaines activités ou certains mouvements ?

Une seule réponse possible.

JAMAIS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 TOUJOURS

24. Etes-vous confrontés à de fortes attentes de traitement passif de la part des patients lombalgiques chroniques ?

Une seule réponse possible.

JAMAIS 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 TOUJOURS

25. Conseillerez-vous aux patients l'utilisation de certaines de ces pratiques ?

Plusieurs réponses possibles.

- Hypnose
- Méditation
- Sophrologie
- Relaxation

26. Avez-vous connaissance de la parution des nouvelles recommandations de la HAS intitulées « Prise en charge du patient atteint de lombalgie commune » ?

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

27. Concernant l'évaluation du retentissement fonctionnel connaissez-vous les questionnaires suivants ? *

Plusieurs réponses possibles.

	OUI	NON
Le questionnaire EIFEL (RMQD)		
Le questionnaire Oswestry (ODI)		
Le questionnaire Quebec		
L'auto-questionnaire Dallas (DRAD)		

28. Concernant l'évaluation des facteurs psycho-sociaux, connaissez-vous les questionnaires suivants ? *

Plusieurs réponses possibles.

	OUI	NON
HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)		
TSK (Tampa Scale of Kinesiophobia)		
Örebro (Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screenig)		
STarT Back Screening Tool		
FABQ (Fear and Belief Questionnaire)		
PCS (Pain Catastrophing Scale)		
CSI (Central Sensitization Inventory)		

29. Avez-vous entendu parler de l'exposition graduée in vivo ?

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON *Passer à la question 32*

30. L'utilisez-vous en pratique ?

Une seule réponse possible.

- OUI *Passer à la question 32*
 NON

31. Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas l'exposition graduée ?

32. Avez-vous entendu parler du guide de la douleur de G.Lehman concernant l'éducation et l'information du patient lombalgique ?

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

33. Seriez-vous intéressé par des informations supplémentaires sur :

Plusieurs réponses possibles.

- L'évaluation des facteurs psycho-sociaux en kinésithérapie
 L'évaluation fonctionnelle du patient lombalgique
 Les traitements kinésithérapiques
 La manière d'adapter la prise en charge en fonction des facteurs psycho-sociaux
 Le modèle bio-psycho-social de la douleur et la gestion de la douleur
 La chronicisation de la lombalgie
 Je ne souhaite pas d'informations supplémentaires

Autres : _____

Formations :

34. Avez-vous fait des formations sur la prise en charge de la lombalgie ?

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON *Passer à la question 36*

35. Lesquelles ?

36. Avez-vous reçu une formation spécifique dans la prise en charge de la douleur ?

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

37. Avez-vous reçu des enseignements sur le modèle bio-psycho-social et ses applications cliniques en institut de formation de masso-kinésithérapie ?

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

Caractéristiques de la population :

38. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme
 Je ne souhaite pas le préciser

39. Quel âge avez-vous ? *

40. Dans quel milieu se situe votre cabinet ? *

Une seule réponse possible.



Urbain



Rural

41. En quelle année avez-vous été diplômé ? *

42. De quel IFMK êtes-vous diplômé ? *

ANNEXE III : Explications donné aux masseurs kinésithérapeutes de notre échantillon

Texte donné au téléphone aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux :

Bonjour, Jules BREUSE, je suis étudiant 4ème année de kiné à Nancy. Je réalise, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, une enquête à l'échelle régionale sur la prise en charge de la lombalgie commune chronique en cabinet Libéral.

Dans ce but, j'aurai souhaité obtenir votre adresse mail pour vous envoyer mon questionnaire,

Je vous remercie

Texte envoyé par mail aux masseur-kinésithérapeutes libéraux :

Bonjour,

Comme convenu lors de notre entretien téléphonique, je vous envoie le questionnaire concernant la prise en charge kinésithérapique des patients présentant une lombalgie chronique. Cette enquête est réalisée à l'échelle régionale auprès de kinésithérapeute libéraux.

Ce questionnaire a été conçu pour être simple et rapide à réaliser, comptez une dizaine de minutes pour y répondre. Les réponses sont anonymes. Si vous souhaitez connaître les résultats de cette enquête, vous pourrez me contacter à l'adresse suivante : j.breuse@gmail.com, je serai ravi de vous faire part de mon travail.

Je vous serais reconnaissant de répondre à ce questionnaire, et vous remercie, par avance, de l'aide que vous m'apportez.

Cordialement,

Jules Breuse

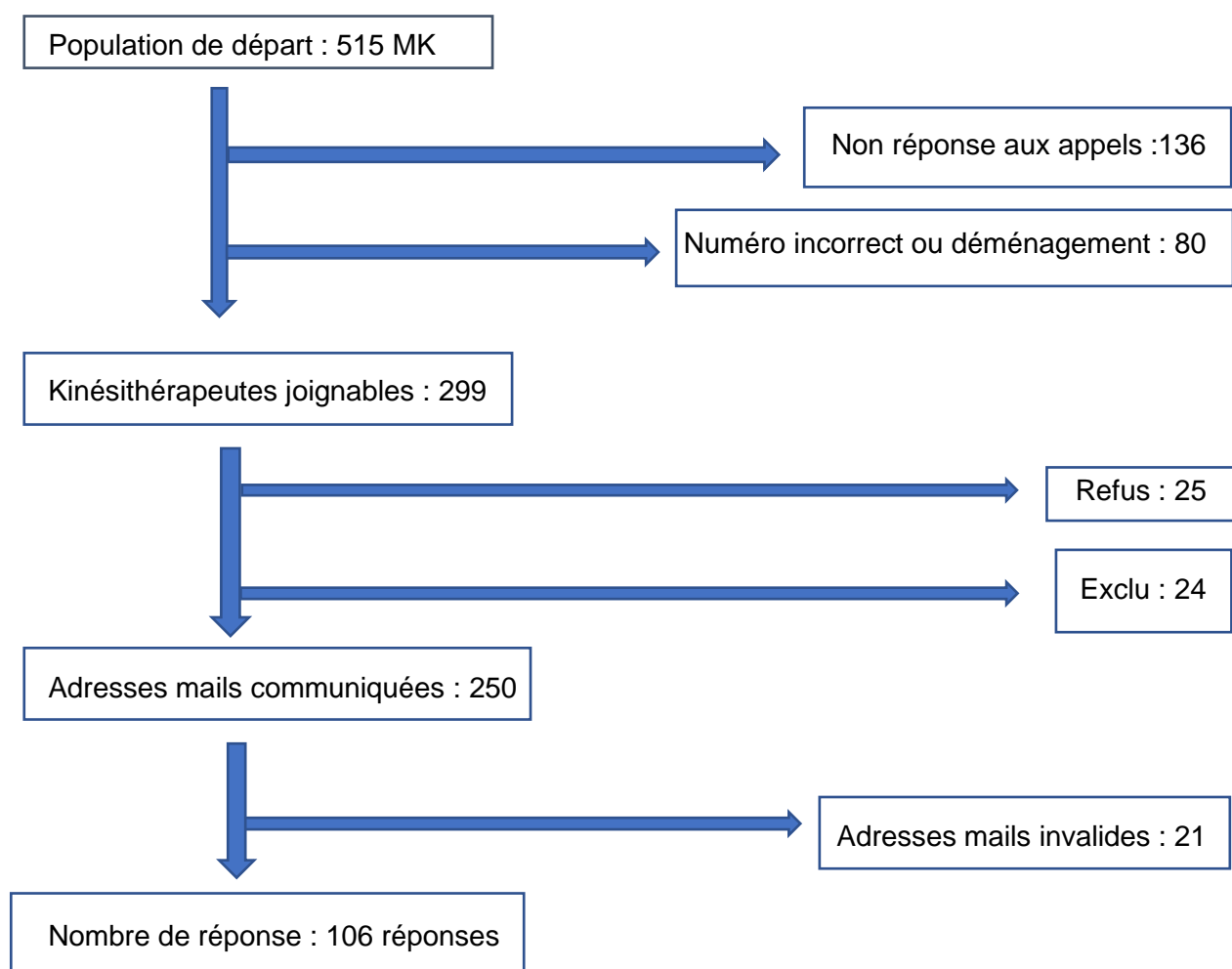
ANNEXE IV: tableau et graphique relatifs à la population

Figure 1 : Diagramme de flux illustrant la modification de population au cours de l'étude

Tableau 1 : comparaison des répartitions en pourcentage des MK selon leur classe d'âge entre nos données et les données de la DRESS.

	[20-30 ans[[30-40 ans[[40-50 ans[[50-60 ans[[60 et plus
Données DRESS	34%	30%	14%	14%	7%
Données de notre étude	14 %	46 %	14 %	17 %	8 %
Données DRESS pour les Hommes	27%	28%	17%	16%	12%
Données de notre étude pour les hommes	4%	31%	22%	27%	16%
Donnés DRESS pour les femmes	27%	28%	17%	16%	12%
Données de notre étude pour les femmes	23%	61%	7%	7%	2%

RÉSUMÉ/ ABSTRACT :**ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE MASSO-KINESITHERAPIQUE DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE EN CABINET LIBERAL**

Contexte : La lombalgie est une pathologie extrêmement fréquente. Elle est considérée par la HAS comme un enjeu de santé publique. L'évolution vers la chronicité n'est observée que dans 8 % des cas mais elle représente 80% des coûts liés à cette pathologie. Devant l'échec du modèle biomédical pour enrayer l'évolution de la prévalence de la lombalgie ainsi que sa chronicisation, la nécessité d'une prise en charge bio-psycho-sociale est maintenant unanimement reconnue.

Matériel et Méthode : nous avons réalisé un état des lieux via un questionnaire sur la prise en charge du patient lombalgique chronique en cabinet libéral de MK et mis en évidence les limites à l'amélioration des pratiques.

Résultats : Sur un total de 106 réponses, 74% des kinésithérapeutes de notre échantillon recherchent systématiquement les facteurs psycho-sociaux. Les exercices thérapeutiques sont utilisés par 96% de nos MK. Une grande majorité des kinésithérapeutes utilisent l'éducation (86%) et l'information (74%) du patient. L'éducation à la neurophysiologie quant à elle est utilisée chez une minorité de kinésithérapeute (16%). Concernant les difficultés rencontrées par les kinésithérapeutes, ce sont les attentes de traitement passif des patients qui posent le plus de problèmes.

Discussion : Il ressort de notre enquête un faible recours aux techniques entrant dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale. L'intérêt d'une évaluation bio-psycho-sociale poussée permettrait d'identifier les obstacles à la reprise d'activité, de comprendre les composantes impliquées dans l'expérience douloureuse mais également d'orienter le traitement kinésithérapique en fonction des facteurs psycho-sociaux. Les pratiques professionnelles sont peu structurées et peu systématisées d'un point de vue bio-psycho-social.

Conclusion : Au travers de nos résultats, nous avons pu constater que les MK sont sensibles à une approche du patient lombalgique chronique prenant en compte le modèle bio-psycho-social. Toutefois, il persiste des difficultés dans la recherche et l'évaluation des facteurs psycho-sociaux ainsi que dans l'adaptation de la prise en charge en fonction de ces derniers.

Mots clés : lombalgie chronique, masso-kinésithérapie, bio-psycho-social

SURVEY ON THE PHYSICAL THERAPY CARE OF LOWER BACK PAIN IN PRIVATE PRACTICE

Context : Low back pain is a very widespread condition. The HAS (Haute Autorité de Santé) considers it as a major public health concern. The evolution towards chronicity is only observed in 8% of the cases, when representing no less than 80% of the costs linked to this disease. Observing the failure of the biomedical model to contain the disease and its chronicization, the need of a bio-psy-social care is now widely acknowledged.

Material and Method : We drew up an inventory of the current situation through a questionnaire based on the care of chronic low back pain patients, which we sent to independent physiotherapists. That's how we underlined the limits to the practice improvement.

Results : Considering 106 answers to the survey, 74% of the kinesiologists from our sample systematically look for psycho-social factors. Therapeutic exercises are used by 96% of them. A major part of the physiotherapists use education (86%) and information (74%) of the patient. Education for neurophysiology is promoted by just a minority of them (16%). Regarding the difficulties encountered by the kinesiologists, the major brake is the patient's expectations of a passive treatment.

Discussion : What really stands out in our survey is the low uptake of the techniques integrated in the bio-psycho-social model. The aim of an advanced bio-psycho-social evaluation would be to identify the obstacles that prevent recovery, to understand the different components implied in the painful experience but also to direct the physical therapy based on these psycho-social factors. The professional practices are loosely structured and systematized from a bio-psycho-social point of view.

Conclusion : Through the results we obtained, we noticed that the physiotherapists are sensible to an approach of the low back pain patient, considering a bio-psycho-social model. However, there remains some barriers for the research and evaluation of the factors and also in the adaptation of the patients' care.

Key words : low back pain, physiotherapist, bio-psycho-social