



## 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](mailto: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](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 DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**LOMBALGIE CHRONIQUE NON SPÉCIFIQUE : ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN  
CHARGE MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE EN CABINET LIBÉRAL**

Mémoire présenté par **Solène PARISOT**  
Étudiante en 4<sup>ème</sup> année de masso-  
kinésithérapie, en vue de l'obtention du  
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

2015-2019



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

Je soussigné(e), PARISOT Solène.....

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 27 avril 2019.....

Signature

## **RÉSUMÉ/ ABSTRACT :**

### **Lombalgie chronique non spécifique : état des lieux de la prise en charge masso-kinésithérapique en cabinet libéral**

**Introduction :** la lombalgie chronique non spécifique est une affection répandue. Elle engendre d'importantes souffrances personnelles chez les patients et induit des pertes économiques considérables. De nombreuses recommandations existent pour guider la prise en charge (PEC) de ces patients. La kinésithérapie est couramment prescrite. Il est actuellement conseillé de prendre en compte l'environnement psychosocial du patient et de l'impliquer dans la PEC. Mais quelle est aujourd'hui l'approche thérapeutique des masseurs-kinésithérapeutes (MK) pour ces patients ?

**Matériel et Méthode :** nous avons réalisé une enquête par questionnaire auprès des MK libéraux du Grand Est afin d'établir un état des lieux de cette PEC.

**Résultats :** à l'aide de nos 210 réponses, nous observons que la majorité des MK articule leur PEC autour de la réalisation d'exercices thérapeutiques (~80%), de massages (89%), et de l'autonomisation du patient. En effet, ils sont nombreux à leur prodiguer des conseils et à les éduquer (92%). Pourtant, la grande majorité d'entre-eux (81%) se heurte à des difficultés, notamment le refus du patient de mettre en œuvre leurs conseils (51%) et la gestion du versant psycho-social de la maladie (49%).

**Discussion :** les MK suivent en grande partie les recommandations sans pour autant s'y référer intentionnellement. Les difficultés qu'ils rencontrent sont également mises en avant dans la littérature où des solutions émergent. Une plus grande importance pourrait être accordée à la gestion du versant psycho-social dans les formations initiales et complémentaires des MK. De la même manière, les interventions de motivation pourraient être abordées dans ces formations.

**Conclusion :** malgré leur souhait d'autonomiser le patient et de le rendre acteur de sa PEC, certains MK sont confrontés à un manque de coopération de celui-ci. Le manque de prise en compte du versant psychosocial de la pathologie pourrait en être une explication. En effet, la détresse psychologique engendrée peut compromettre sa volonté de se prendre en main. Il est essentiel de trouver des solutions afin de remédier au fort impact personnel et sociétal de cette pathologie.

**Mots clés :** « lombalgie chronique non spécifique », « masso-kinésithérapie », « état des lieux », « recommandations », « autonomisation du patient »

---

### **Nonspecific chronic low back pain: survey of physiotherapy care in private practice**

**Introduction:** Chronic nonspecific low back pain is a widespread condition. It causes significant personal suffering for patients and leads to considerable economic losses. Many guidelines exist to guide the management of these patients. Physiotherapy is commonly prescribed. It is currently recommended to take into account the patients' psychosocial environment and to involve them in the care. But what is the therapeutic approach of physiotherapists for these patients today?

**Material and Method:** we carried out a questionnaire survey of the liberal physiotherapists of the Grand Est region (France) to make an overview of their care methods.

**Results:** using our 210 responses, we observe that the majority of physiotherapists articulate their care around the realization of therapeutic exercises (~ 80%), massages (89%), and patient empowerment. Many of them provide advice and educate them (92%). However, the vast majority of them (81%) face difficulties, notably the patient's refusal to implement their advice (51%) and the management of the psychosocial side of the disease (49%).

**Discussion:** physiotherapist largely follow the recommendations without referring to them intentionally. The difficulties they encounter are also highlighted in the literature where solutions emerge. Greater importance could be given to the management of the psycho-social aspect in initial and complementary physiotherapist training. In the same way, motivational interventions could be addressed in these trainings.

**Conclusion:** despite their desire to empower the patients and to make them actor of their care, some physiotherapists are confronted to a lack of cooperation from them. The lack of consideration of the psychosocial side of the pathology could be an explanation. Indeed, the psychological distress engendered can compromise his will to take charge of himself. It is essential to find solutions to address the strong personal and societal impact of this pathology.

**Key words:** "chronic non-specific low back pain", "physiotherapy", "survey", "recommendations", "patient empowerment"

## **SOMMAIRE :**

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	1
1.1 Contexte.....	1
1.1.1. Le modèle bio-psycho-social, un pilier de la prise en charge .....	2
1.1.2. Le point de vue des instances nationales et internationales .....	3
1.1.3. La masso-kinésithérapie, une profession en constante évolution .....	4
1.1.4. Question de recherche et objectifs .....	4
1.2. Synthèse des recommandations .....	5
1.2.1. Le bilan .....	6
1.2.2. Le traitement .....	7
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	11
2.1 Stratégie de recherche bibliographique .....	11
2.2 Méthode de l'élaboration du questionnaire .....	12
2.2.1 Population étudiée.....	12
2.2.2 Choix de l'outil.....	12
2.2.3 Structure du questionnaire .....	13
2.2.4 Phase de validation du questionnaire .....	15
2.2.5 Modalité de diffusion du questionnaire .....	16
2.2.6 Recueil des réponses et analyse des données.....	17
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	17
3.1 Présentation de la population .....	17
3.2 Concernant la prise en charge .....	18
3.2.1 Fréquence des patients LCNS parmi la patientèle.....	18
3.2.2 Nombre de séances .....	19
3.2.3 Connaissances sur la pathologie.....	19
3.2.4 Raison du non suivi des recommandations .....	20
3.2.5 Difficultés rencontrées lors de la prise en charge .....	21
3.3 Concernant le bilan .....	22
3.3.1 Fréquence de réalisation du bilan.....	22
3.3.2 Réactualisation du bilan .....	22
3.3.3 Evaluations figurant dans le bilan .....	22
3.4 Concernant le traitement.....	23
3.4.1 Moyens thérapeutiques utilisés et leur proportion.....	23
3.4.2 Partie de la PEC perçue comme la plus importante.....	25

3.4.3	Exercices à domicile.....	26
3.4.4	Rôle perçu du MK.....	26
3.4.5	Conseils donnés.....	26
3.4.6	Education du patient.....	27
3.5	Remarques .....	28
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>29</b>
4.1.	Interprétation des résultats et confrontation avec les données de la littérature..	29
4.1.1.	Des recommandations partiellement suivies.....	29
4.1.2.	Réticence du patient face à son autonomisation.....	32
4.1.3.	Discussion autour de la PEC des patients LCNS.....	34
4.1.3.1.	Une gestion du versant psychologique problématique .....	34
4.1.3.2.	Influence de certaines caractéristiques des MK sur la PEC...33	33
4.2	Analyse critique de l'étude réalisée .....	38
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>41</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES**

APTA : American Physical Therapy Association

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et Statistiques

EBP : Evidence Based Practice

HAS : Haute Autorité de Santé

LCNS : Lombalgie Chronique Non Spécifique

MK : Masseur-Kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

TENS : NeuroStimulation Électrique Transcutanée (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

## 1. INTRODUCTION

### 1.1 Contexte

Au cours de leur vie, 80% des personnes ont déjà eu ou connaîtront un épisode de douleur lombaire (1, 2). Il ne s'agit pas d'un phénomène nouveau : Waddel décrit le mal de dos comme étant « *une catastrophe médicale du 20<sup>ème</sup> siècle* » (3). Ce sujet est toujours autant d'actualité dans les sociétés occidentales où la lombalgie est devenue un problème majeur de santé publique. En effet, c'est l'un des dix troubles les plus courants dans le monde en 2010 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et la principale cause d'invalidité dans les pays développés (4). Le coût direct des prises en charge des patients s'ajoute au coût indirect lié à la perte de productivité. Les pertes économiques engendrées par cette pathologie sont donc considérables, et ne cessent d'augmenter (5).

La lombalgie non spécifique, dite également lombalgie « commune », représente environ 90% des cas de lombalgie (3, 6). La Haute Autorité de Santé (HAS) la définit comme « *correspondant à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse* » (7). Dans la majorité des cas, les douleurs et l'invalidité sont rapidement atténuées après un épisode aigu de lombalgie (1, 8). Cependant, chez 10% des personnes, l'épisode douloureux perdure plus de 3 mois (9) : la lombalgie devient, par définition, chronique (2). La lombalgie chronique entraîne d'importantes souffrances personnelles, sur le plan physique comme sur le plan psychologique (10–12). Elle a aussi de fortes répercussions économiques : elle représente 80% à 90% des coûts liés à la lombalgie (3). Au vu de l'impact personnel et sociétal de cette pathologie, il semble particulièrement intéressant d'approfondir le sujet de la lombalgie chronique non spécifique (LCNS).

La prise en charge (PEC) masso-kinésithérapique de ces patients est recommandée par les institutions nationales et internationales, avec un grade B (2). Après consultation de leur médecin généraliste, la plupart des patients LCNS sont redirigés vers un Masseur-Kinésithérapeute (MK) libéral. Ainsi, les patients lombalgiques constituent environ 30% de leur clientèle totale (13). Cette PEC masso-kinésithérapique ne doit pas se centrer uniquement sur le symptôme douloureux physique, mais elle doit prendre en compte le patient dans sa globalité, pour s'intégrer dans un modèle bio-psycho-social.

### 1.1.1. Le modèle bio-psycho-social, un pilier de la prise en charge

L'évolution des modèles conceptuels dans le domaine médical a permis une meilleure compréhension des patients atteints de LCNS. Le modèle bio-psycho-social a été décrit par Engel en 1977. Il reconnaît l'implication des facteurs psychologiques et sociaux dans le développement et le maintien de la douleur. Aujourd'hui, dans la littérature, leur incidence semble claire (3, 14–17). Cela met en évidence la nature complexe et multifactorielle de la lombalgie. En effet, comme toute pathologie chronique, la LCNS affecte le patient dans sa vie quotidienne et se répercute sur sa santé mentale (10–12).

Un traitement porté uniquement sur la cause anatomique de la douleur, comme le suggérait l'ancien modèle biomédical, ne peut donc pas avoir l'effet escompté. Devant l'importance du versant psychologique, social ou émotionnel, les professionnels de santé devraient adapter leur PEC. En plus de l'aspect physique, ils devraient prendre en compte tous les facteurs pouvant jouer un rôle dans l'engrenage que représente la chronicité, en accord avec le modèle bio-psycho-social (2, 3, 14, 16, 18). C'est pourquoi les stratégies d'adaptation passives, les croyances selon lesquelles la douleur et l'activité sont dangereuses et les peurs du patient doivent être prises en compte. Il en est de même pour l'insatisfaction au travail et du manque de soutien social. Des comportements inappropriés liés à la douleur (tels que le catastrophisme et la kinésiophobie) et des troubles émotionnels (tel que la dépression) sont également recherchés (19, 20).

Par ailleurs, ce modèle implique une participation active du patient à son traitement, dans le cadre de soins centrés sur le patient (3, 18). L'information de celui-ci apparaît alors comme le moyen le mieux adapté pour l'aider dans sa démarche de guérison. Le MK est l'un des professionnels de Santé qualifié pour cette éducation (2).

La prise en compte des facteurs psychosociaux et l'éducation du patient sont recommandés par les instances nationales et internationales. Ces instances sont à l'origine de guides de pratique clinique détaillant les axes principaux de la PEC. Ils sont développés dans le paragraphe suivant.

### 1.1.2. Le point de vue des instances nationales et internationales

Les guides de pratique clinique prônent tous en première intention un traitement à base d'exercice physique, d'éducation et de conseils afin d'améliorer le niveau d'activité du patient (21, 22). En complément, un traitement pharmacologique adéquat peut également être proposé (21–27). Pour les patients présentant une détresse psychologique importante (16, 23, 26, 28–30) ou ne répondant pas aux autres traitements (25–33), une PEC multidisciplinaire avec thérapie psychologique semble être la solution la plus appropriée. L'utilisation de traitements invasifs tels que la chirurgie n'est généralement pas recommandée (21, 27, 30, 33, 34), mais peut être un ultime recours chez certains patients (21, 25, 26, 30, 33, 35).

En France, les recommandations de bonne pratique sont publiées par la HAS. Ses dernières publications détaillant la PEC masso-kinésithérapique des patients atteints de LCNS datent de 2005. Au niveau international, de nombreuses recommandations plus récentes existent. Nous pouvons par exemple citer celles de l'American Physical Therapy Association (APTA) en 2012, du National Institute for health and Care Excellence (NICE) en 2016, ou encore de l'American College of Physicians (ACP) en 2017. Un nouveau guide publié par la HAS en avril 2019 concernant la PEC de la lombalgie commune, destiné à tous les professionnels de santé, évoque également le versant rééducatif de cette affection. Nous détaillerons ces documents dans la partie suivante.

Les lignes directrices sont rédigées en fonction de l'ensemble des connaissances scientifiques actuelles. Elles doivent guider la PEC, mais ne sont pas à appliquer à la lettre pour chaque patient (31, 36). En effet, dans un contexte d'« Evidence Based Practice » (EBP), les praticiens doivent tenir compte des meilleures preuves scientifiques disponibles, mais aussi de leur expérience clinique et des préférences du patient pour constituer leur prise en charge (36).

Avec le patient, le MK est l'un des acteurs principaux dans la PEC de la lombalgie chronique. Si son traitement est efficace, il évitera alors au patient une possible escalade thérapeutique. Les MK devraient donc se tenir informés des recommandations ou des articles de hauts niveaux de preuve les plus récents, et en tenir compte dans leur PEC.

### 1.1.3. La masso-kinésithérapie, une profession en constante évolution

De nombreuses formations professionnelles existent pour les MK, leur permettant d'élargir leur arsenal thérapeutique et leur champ de compétences. Si elles sont agréées, elles font alors partie du Développement Professionnel Continu (DPC) et sont à ce titre gratuites et obligatoires (37). Le but est d'acquérir les meilleures connaissances possibles pour prendre en charge le patient de la manière la plus efficace.

Les études de masso-kinésithérapie sont de plus en plus tournées vers la recherche. La réforme des études de 2015, à travers une des 11 nouvelles compétences, accentue cette orientation. Les nouveaux diplômés apprennent à développer un esprit critique face aux différentes publications. Le but est d'encourager les MK à se tenir informés des actualités scientifiques les concernant et ainsi faire évoluer leur pratique dans une démarche d' « EBP ».

Les points abordés précédemment soulèvent un certain nombre de questions. Sur quels principes, concrètement, les MK structurent-ils leur pratique vis-à-vis des patients LCNS ? Quelles sont leurs attitudes ? Les anciens diplômés, ayant une plus grande expérience professionnelle, exercent-ils selon les mêmes modalités que les nouveaux ?

### 1.1.4. Question de recherche et objectifs

Dans ce travail, il s'agit de répondre à la question de recherche suivante : **quelle est l'approche thérapeutique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux vis à vis des patients atteints de lombalgie chronique non spécifique ?**

L'objectif principal de ce mémoire est de réaliser, à l'aide d'une enquête, un état des lieux de la PEC des patients LCNS en cabinet libéral. L'étude est menée dans les limites du Grand Est. Elle a pour but de voir s'il existe un consensus professionnel concernant cette PEC, au niveau du bilan, du traitement, et des difficultés rencontrées. Nous aimerions également connaître l'influence possible de différents paramètres sur cette PEC, tel que l'ancienneté, le sexe, les formations complémentaires et le lieu d'exercice. Cet état des lieux permettra d'adapter une éventuelle campagne de sensibilisation ciblée, dans le cadre d'une poursuite de ce travail.

Les objectifs secondaires viendront compléter l'objectif principal de ce travail. Ils consistent d'une part à savoir si ces MK tiennent compte des recommandations nationales/internationales ou des articles de haut niveau de preuve. D'autre part, ils ont pour but d'identifier dans quelle mesure les MK rendent les patients acteurs de leur pathologie.

Ce travail se base sur les hypothèses suivantes :

- H1 : les MK utilisent davantage les connaissances issues de leur expérience et de leur formation plutôt que de tenir compte des différentes recommandations.
- H2 : rendre le patient acteur de sa PEC n'est pas l'objectif principal des MK.
- H3 : les MK n'accordent pas une importance suffisante à l'impact psychologique de la pathologie.
- H4 : il existe des différences de PEC (bilan et traitement) entre les MK anciennement diplômés et les nouveaux.
- H5 : les MK ayant le plus grand pourcentage de patient LCNS sont ceux qui utilisent le mieux la dimension éducative.
- H6 : les MK ayant fait le moins de formations ont le plus de difficultés dans leur PEC.
- H7 : les MK tirant des connaissances des recommandations sont plus nombreux à les respecter.

Dans la suite de ce document, une synthèse des avis des différentes recommandations concernant la PEC MK des patients LCNS sera exposée. Ensuite, les résultats de l'enquête seront présentés puis analysés. Les questions initiales seront discutées, les hypothèses seront infirmées ou confirmées, puis nous conclurons.

## 1.2. Synthèse des recommandations

Afin de pouvoir répondre à l'un de nos objectifs secondaires, qui est de savoir si les MK tiennent compte ou non des recommandations nationales/internationales ou des articles de haut niveau de preuve, il est nécessaire de connaître ces derniers. Lors de la réalisation de notre questionnaire, les dernières publications de la HAS dataient de 2005. Nous avons donc réalisé une synthèse des recommandations internationales parues après cette date afin de comparer nos résultats à une base solide. Afin d'étayer nos propos, des revues systématiques ont été incluses dans cette synthèse.

Récemment, en avril 2019, la HAS a mis en ligne de nouvelles recommandations. La date de clôture du questionnaire étant déjà passée, les MK n'ont pas pu tenir compte de ces directives. Nous devons comparer nos résultats avec les données disponibles lors de leur obtention. Nous allons donc nous appuyer sur la synthèse que nous vous présentons, et non uniquement sur la récente publication de la HAS. Nous verrons que les grandes lignes de ce document rejoignent notre synthèse.

La plupart des recommandations s'adressent aux différents professionnels de santé. Dans ce travail, nous nous intéressons uniquement aux domaines de compétences du MK.

### 1.2.1. Le bilan

En 2005, la HAS ne s'étend pas particulièrement sur le bilan, mais précise qu'il est indispensable. Un bilan diagnostic kinésithérapique du patient LCNS doit être effectué, comportant l'évaluation de ses déficiences (tels que la douleur, le déficit d'amplitude articulaire, ou de force musculaire) et de ses incapacités. En tenant compte du projet du patient, les objectifs et les moyens de traitement sont définis. La HAS recommande une prise en compte de la dimension psychosociale du patient tout au long de la PEC, aussi bien au niveau du bilan que du traitement.

Les autres institutions internationales abordant le bilan du patient lombalgique sont toutes d'accord sur le fait qu'un triage diagnostique éliminant les pathologies graves doit être réalisé (23, 24, 26–35, 38–40). L'élimination d'une fracture, d'une cause tumorale, infectieuse ou inflammatoire à l'aide des « reds flags » est essentielle. De la même manière, une harmonie en faveur de l'évaluation des facteurs psycho-sociaux est retrouvée, car ils peuvent contribuer à un meilleur choix de traitement (23, 24, 26–29, 31–35, 38–41). Ils sont aussi nommés « yellows flags ». Lors de son nouveau rapport, la HAS insiste également sur la prise en compte de ces deux aspects (2).

En revanche, hormis l'évaluation de la douleur (24, 27, 31–33, 40) et des incapacités fonctionnelles (24, 27, 32, 33, 35, 38, 41), les autres éléments du bilan sont spécifiés seulement par 3 institutions. Alors qu'une ne recommande pas l'utilisation de tests de mobilité articulaire (33), les deux autres les recommandent au niveau lombo-pelvi-fémoral (32, 38). Ces deux dernières sont également en faveur de la réalisation de tests d'extensibilité (32), de force (32, 38) et d'endurance musculaire (38).

### 1.2.2. Le traitement

En ce qui concerne le traitement, deux points ressortent de façon systématique: les exercices thérapeutiques ainsi que les conseils à donner au patient lombalgique. L'un comme l'autre sont considérés comme des éléments essentiels à la guérison (27, 33) et leur combinaison renforcerait leur efficacité (34, 41, 42). Les autres modalités, tels que le massage et l'électrothérapie, ne sont pas abordées par tous. Globalement, leur manque d'efficacité est mis en évidence, cependant leur utilisation reste envisageable en complément des exercices thérapeutiques.

#### 1.2.2.1. Les exercices thérapeutiques

En 2005, la HAS recommande l'utilisation d'exercices thérapeutiques pour la PEC des patients LCNS (6). Ils englobent notamment les exercices d'entretien articulaire, d'étirements ou de renforcement musculaire, tous trois au niveau lombo-pelvi-fémoral. Ils incluent également les exercices proprioceptifs lombaires, l'éducation posturale, ainsi que les exercices généraux, dits fonctionnels. Chaque exercice est reconnu comme utile, mais il est indiqué qu'aucun d'eux n'est plus efficace qu'un autre. En 2019, la HAS accorde un grade B aux exercices thérapeutiques et précise qu'ils sont le principal traitement (2). Elle indique qu'ils doivent être poursuivis à domicile mais ne les détaille pas.

Toutes les autres institutions accordent également de l'importance à cette thérapie (23, 25, 28–30, 32, 34, 38), avec un niveau de preuve faible (24, 31), modéré (26, 39, 41, 43), ou fort (27, 35, 38, 40). Concernant la variété des exercices à proposer, aucun exercice ne serait plus efficace qu'un autre (25, 26, 33–35, 40, 43). Leur choix dépend donc des préférences et des possibilités du patient (28, 29). Les exercices suggérés sont : le renforcement musculaire (23, 24, 27, 30, 33, 43), les étirements (23, 24, 27, 30, 33, 38, 43), les exercices aquatiques (25, 33) ou les activités aérobies (23, 30, 33, 38). Les exercices de proprioception lombaire, comprenant des exercices de contrôle moteur, de coordination ou de stabilisation sont également indiqués (30, 38, 41, 43), tout comme le contrôle postural (23, 30).

Ces résultats sont cohérents avec différentes revues systématiques de la littérature, qui montrent toutes l'effet bénéfique de l'exercice pour les patients LCNS (44–49). Aucune forme d'exercice actif n'apparaît supérieure à une autre (44, 50, 51), mais une combinaison d'exercices semble efficace (45). Ils doivent être adaptés à chaque patient (52). Les exercices

les plus cités sont les exercices aérobies (44, 48), de renforcement musculaire (46, 48) et de coordination/ stabilisation (44, 46, 48).

Les différentes directives évoquent peu les exercices actifs d'entretien articulaire, excepté l'APTA qui préconise fortement les exercices de préférence directionnelle. Les autres institutions recommandent les mobilisations passives réalisées par le MK (23, 30, 32, 33, 35, 38, 41), notamment si elles sont combinées à des thérapies actives (26–29, 31, 34). En revanche, les directives canadiennes estiment que leurs preuves sont insuffisantes (25). En 2019, la HAS considère la réalisation de mobilisations avec un grade B, si elles sont dans le cadre d'un programme d'exercice supervisé. Alors qu'une revue Cochrane conclue que les mobilisations ne sont pas plus efficaces que d'autres interventions (53), deux revues systématiques récentes leur accordent une preuve d'efficacité de qualité moyenne (54, 55). Nous ne traiterons pas ici des manipulations, qui ne sont pas de la compétence du MK.

#### 1.2.2.2. Les conseils au patient

Le rapport de 2005 de la HAS montre que le MK a une action importante dans l'éducation de son patient, ainsi que dans les conseils à lui donner. Le MK rassure le patient, l'encourage à avoir une activité physique régulière ainsi qu'à retrouver une activité professionnelle le plus tôt possible. Il est également conseillé de proposer au patient des exercices d'entretien à faire à domicile, ainsi que de lui enseigner des bases d'ergonomie. Le but de la PEC est de lui redonner confiance et de lui permettre de se prendre en charge lui-même. En 2019, ce rôle de MK éducateur est davantage mis en avant, tout comme la participation active du patient à sa PEC (2).

L'éducation et les conseils apportés responsabilisent le patient et lui permettent de s'impliquer personnellement dans ses soins, améliorant l'efficacité de sa rééducation. C'est un élément essentiel de la PEC que de nombreuses institutions recommandent (27, 33, 41), notamment sous le terme d' « autogestion active » (23–25, 28–31, 38, 39).

Parmi les conseils à donner, nous retrouvons dans les différentes recommandations l'importance d'éviter le repos au lit (21, 27, 31, 32, 34, 35), de maintenir une activité normale malgré la douleur (21–35, 38–41, 43), de retourner rapidement au travail (23, 25, 26, 28, 29, 32, 33, 35, 38–41) et d'encourager à avoir une activité physique (23, 26, 30, 32, 38, 39).

Une des missions du MK est aussi de rassurer le patient en lui transmettant des messages positifs (23, 30, 33), notamment sur la nature bénigne de la lombalgie (23, 26, 28, 29), en expliquant qu'elle ne reflète pas une pathologie grave (23, 25, 26, 32, 40) et que son pronostic est favorable (23, 24, 31, 32, 38, 40). Il est recommandé d'expliquer les mécanismes de la douleur (23, 30, 31, 38, 41), mais de ne pas évoquer les causes anatomiques précises de son origine, cela reflétant trop l'ancien modèle biomédical (25, 31, 38, 40). En outre, le MK devrait apprendre au patient à gérer ses symptômes, notamment la douleur (28, 29, 38), et lui enseigner les bonnes postures (23, 25, 32).

Les conseils à donner au patient LCNS sont souvent l'objet de consensus scientifiques, il existe très peu de méta-analyses sur le sujet. A notre connaissance, une seule existe. Elle conclut sur l'efficacité de conseiller de rester actif, d'une éducation concernant les exercices physiques appropriés et de l'autogestion active (42).

#### 1.2.2.3. Les autres traitements : modalités passives

##### 1.2.2.3.1. Le massage

La HAS considère le massage comme l'un des moyens thérapeutiques utilisable pour les patients LCNS, notamment s'il est associé à des exercices thérapeutiques. Bien que son efficacité ne soit pas réellement prouvée, il fait l'objet d'un accord professionnel.

Les autres institutions ne sont pas totalement d'accord entre elles. Certaines concluent qu'il ne peut pas être recommandé, due à l'insuffisance de preuve quant à son efficacité (30, 33, 56). Des directives indiquent que le massage est efficace, mais avec une preuve faible (24, 40, 41, 43). D'autres considèrent son utilisation, mais seulement dans le cas où il complète un traitement actif (25–29, 32, 34). Enfin, deux autres le recommandent sans condition (23, 35).

Ces recommandations sont en cohérence avec les preuves disponibles dans la littérature. En effet, une revue Cochrane conclut avec une preuve faible que le massage améliore la douleur sur le court terme, mais pas au long terme (57). Une revue systématique trouve une faible preuve d'efficacité (44), alors qu'une autre trouve une faible preuve d'inefficacité (58).

#### 1.2.2.3.2. La physiothérapie

La HAS reste brève à propos de l'utilisation de la chaleur et de la cryothérapie. Selon elle, leur efficacité n'est pas démontrée. Elle précise seulement que la chaleur peut être utilisée comme « un adjuvant à efficacité de courte durée ».

Les autres recommandations sont globalement d'accord sur le fait qu'il n'existe pas de preuve suffisante en faveur de l'utilisation de la chaleur (27, 31, 33, 43). Certaines ne la conseillent donc pas (23, 27, 35), ou seulement en complément d'un traitement actif (32, 34). La cryothérapie est citée seulement par quatre institutions, qui ne préconisent pas son utilisation face à l'insuffisance de preuve disponible (24, 27, 33, 43). Une revue Cochrane révèle l'insuffisance de preuve disponible pour étayer l'utilisation de chaud ou de froid (59).

#### 1.2.2.3.3. L'électrothérapie (TENS)

En 2005, la HAS et d'autres institutions indiquent que l'efficacité de l'électrothérapie n'est pas démontrée (23, 24, 31, 43, 56). Beaucoup recommandent de ne pas l'utiliser (23, 26–30, 32–35, 40). Les directives Canadiennes ajoutent néanmoins que, combiné à d'autres traitements, l'électrothérapie pourrait être efficace (25), tout comme la HAS dans son nouveau rapport (2). Une autre ligne directrice considère son utilisation (41). Une revue Cochrane (60) et une méta-analyse récente (61) concluent que les effets de la NeuroStimulation Électrique Transcutanée (TENS) ne sont pas clairs, ce qui n'appuie pas son utilisation. Une autre revue systématique récente constate une amélioration de la fonction à court terme, mais aucune différence sur la douleur (62).

#### 1.2.2.3.4. Les tractions

De la même manière, la HAS, en 2005, signale que l'efficacité des tractions n'est pas démontrée. Les autres avis sont globalement négatifs : des preuves insuffisantes d'efficacité (24, 25, 30, 31, 33, 43) ou des preuves fortes d'aucune efficacité (35, 41, 43, 56) sont retrouvées au travers des différentes recommandations. Des institutions recommandent donc de ne pas les utiliser (26–29, 38, 40). Lors de son rapport en 2019, la HAS stipule, avec un grade B, qu'elles ne sont désormais plus recommandées. Une revue Cochrane (63) et une revue systématique (44) concluent également par un manque de preuves de leur efficacité.

#### 1.2.2.3.5. Les contentions

Elles désignent les ceintures lombaires visant à soutenir passivement le bas du dos. Elles peuvent être souples ou rigides, tel que les corsets. Selon la HAS, aucune étude n'a démontré leur efficacité ; ce point de vue est partagé (24–26, 30, 31, 33, 40, 43, 56). Quatre institutions conseillent de ne pas les utiliser (27–29, 35). Une revue Cochrane (64) et une revue systématique (44) témoignent également du manque de preuves disponibles quant à leur efficacité.

## 2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 2.1 Stratégie de recherche bibliographique

Afin de réaliser notre questionnaire, une recherche bibliographique sur les principales techniques utilisées pour la PEC des patients LCNS a été effectuée. Les résultats ont été présentés ci-dessus. Premièrement, nous avons consulté les recommandations de la HAS : un rapport complet datant de 2005 détaille la PEC masso-kinésithérapique recommandée pour cette pathologie. Ne pouvant pas effectuer une recherche systématique complète sur tous les traitements habituellement utilisés dans ce cadre, nous nous sommes tournés vers les différentes recommandations parues après celle de la HAS, ainsi que sur les articles de haut niveau de preuve. Nous avons effectué une recherche systématique des recommandations écrites en anglais, étayée par des méta-analyses récentes.

En anglais, nous avons utilisé les mots de recherche « guideline », « clinical practice guideline », « chronic low back pain », « low back pain », « physiotherapy », « physical therapy », « meta analysis », « systematic review », « patient education », « exercice therapy », « massage », « TENS », « traction », « heat », « contention ». En français, nous avons utilisé les mots de recherche suivants : « recommandations », « lombalgie chronique », « lombalgie », « kinésithérapie », « méta-analyse », « revue systématique », « éducation du patient », « thérapie par l'exercice », « massage », « TENS », « chaleur », « contention » et « traction ». Nous avons interrogé les bases de données Pedro, Pubmed, Cochrane et Google Scholar sur les publications parues entre 2005 et 2018. Après avoir sélectionné les articles selon la pertinence de leur titre, nous avons lu leurs résumés. S'ils étaient appropriés, le texte

était lu dans son intégralité. Pour les institutions ayant réalisé plusieurs guides de pratique clinique durant cette période, seul le plus récent a été retenu pour notre analyse. Au total, nous avons retenu 39 articles pour rédiger notre synthèse.

## 2.2 Méthode de l'élaboration du questionnaire

### 2.2.1 Population étudiée

Comme expliqué précédemment, nous nous intéressons plus particulièrement à la PEC libérale des patients LCNS. Dans un souci de facilité de diffusion, nous avons pris en compte uniquement les MK exerçants dans la région Grand Est (cf. partie 2.2.5). Selon la Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et Statistiques (DREES), la population de MK libéraux de cette région comporte 5 133 personnes (65).

Nos critères d'inclusion étaient les suivants : être diplômé MKDE, exercer en cabinet libéral dans la région Grand Est et prendre en charge des patients LCNS.

### 2.2.2 Choix de l'outil

Au vu de nos objectifs, le questionnaire nous a semblé être l'outil le plus approprié. Il permet une collecte de données **quantitatives** et interroge un grand nombre d'individus (66).

Afin de minimiser les biais, notamment le **biais de désirabilité sociale** (66, 67) décrit plus bas, il est nécessaire que les réponses recueillies soient anonymes. Le sujet doit également noter lui-même ses réponses sur le questionnaire (administration directe). Enfin, le questionnaire doit être distribué par correspondance, sans que le répondant n'ait de lien direct avec l'enquêteur. Pour ces différentes raisons, le support électronique semble être le plus adapté.

Nous avons donc cherché un logiciel qui puisse satisfaire ces modalités et qui soit simple d'utilisation. Notre choix s'est alors porté sur le site d'enquête en ligne Google Forms ®, qui rend accessible à tous la création d'un questionnaire, son envoi, son remplissage, et permet une extraction des données sur feuille Excel ®.

### 2.2.3 Structure du questionnaire

Cette partie décrit le questionnaire réalisé, ainsi que la méthodologie utilisée pour sa mise en place. Il peut être retrouvé au format PDF (ANNEXE I).

#### 2.2.3.1 Avant-propos

##### 2.2.3.1.1 Le texte d'accroche

Le questionnaire étant envoyé par mail (cf. partie 2.2.5), le texte d'accroche nécessite d'être particulièrement soigné. Il doit être clair et concis pour donner envie au lecteur de répondre (66).

Il contient un premier paragraphe de présentation expliquant l'importance de ce questionnaire, son sujet et son but. Cette section précise les personnes concernées, à savoir les MK exerçants en cabinet libéral.

Un deuxième paragraphe sollicite l'aide des lecteurs, précise l'anonymat du questionnaire, son temps de remplissage et le nombre de questions.

Enfin, après avoir donné le lien du questionnaire, nous terminons en donnant notre adresse mail, dans le cas où un participant souhaiterait nous contacter pour recevoir nos résultats, ou pour tout autre renseignement.

##### 2.2.3.1.2 Le texte introductif du questionnaire

Il reprend certains des éléments présentés ci-dessus, tel que le sujet et la population concernée. Une brève définition de la LCNS a été ajoutée, afin que le sujet soit clair pour tous. Le temps de réponse apparaît de nouveau, ainsi que le nombre de questions et le respect de l'anonymat. Le participant est ensuite remercié pour son intérêt porté à l'étude. Notre adresse mail est de nouveau précisée, puis nous signons.

#### 2.2.3.2 Le corps du questionnaire

Le questionnaire est divisé en 4 grandes parties, par soucis de clarté :

- les questions 1 à 4 nous permettent de connaître les caractéristiques des MK,
- les questions 5 à 9 concernent la prise en charge en général,
- les questions 10 à 12 traitent du bilan,
- les questions 13 à 18 portent sur le traitement.

Pour séparer chaque partie, un saut de page est réalisé. Ces derniers sont également placés lorsqu'une question peut influencer les réponses de la précédente. Dans un souci de diminution des risques d'abandon, un curseur permet au répondant de voir sa progression dans le questionnaire, section après section.

Pour l'élaboration de ce questionnaire, les règles méthodologiques de base ont été respectées (66, 67). Les questions sont essentiellement fermées et à choix multiple. Les principales réponses possibles ont été prévues à l'aide de nos recherches bibliographiques, qui sont résumées dans la synthèse exposée précédemment. Cela simplifie le remplissage du questionnaire, son analyse, et fait économiser du temps au répondant. En effet, un questionnaire trop long est dissuasif. Si toutefois le MK n'est pas en accord avec les choix présentés, lorsque la question le permet, un item « autre : à préciser » est proposé. Ce dernier évite de restreindre le participant et offre une certaine liberté de réponse.

➤ Construction des questions 1 à 4

Afin de connaître les caractéristiques des MK, il nous semble essentiel de connaître leur âge, leur sexe, leur année d'obtention du diplôme et leur lieu d'exercice.

➤ Construction des questions 5 à 9

Cette partie de généralités sur la PEC s'intéresse notamment au pourcentage de patients consultants pour LCNS, ainsi qu'au nombre moyen de séances nécessaires. Ces deux questions étant susceptibles de poser problème aux MK, elles ne sont pas obligatoires. La première question permet également d'exclure les MK ne prenant pas en charge de patients LCNS. Dans cette section, nous nous préoccupons également de la provenance des connaissances des MK concernant cette pathologie et des possibles difficultés rencontrées.

➤ Construction des questions 10 à 12

Concernant le bilan, il nous semblait important de savoir si les MK le réalisent pour chaque patient, s'ils le réactualisent et sur quoi portent leurs évaluations.

➤ Construction des questions 13 à 18

Dans une première question abordant les modalités du traitement, nous nous intéressons aux moyens thérapeutiques utilisés, ainsi qu'à leurs proportions.

La question suivante porte sur l'importance donnée par chaque MK aux différents grands axes de la PEC.

Les 4 dernières questions concernent l'aspect éducatif de la PEC, car c'est un domaine nous semblant particulièrement important. Elles traitent des exercices à domicile, du rôle du MK, des conseils qu'il peut donner aux patients ainsi que des différents points d'éducation qu'il aborde.

A la question 17 concernant les conseils, 3 thèmes sont abordés : le repos au lit, les activités quotidiennes et le retour au travail. Chacun de ces thèmes est décliné en 3 items : l'un concorde parfaitement avec les recommandations, l'autre partiellement, et le dernier pas du tout. Cela permet de connaître le degré de correspondance entre les conseils donnés par les MK et les recommandations.

#### 2.2.3.3 Clôture

Après avoir répondu aux questions, le MK est remercié de sa participation. Un champ est laissé libre pour d'éventuelles remarques. Une fois le questionnaire envoyé, un message confirme l'enregistrement de la réponse. Nous avons fait le choix qu'un seul envoi par personne soit possible.

#### 2.2.4 Phase de validation du questionnaire

Le pré-test est une étape indispensable de la création d'un questionnaire (66). Il permet de vérifier la pertinence des questions et des items proposés. Après relecture par quatre professeurs dont un professeur en santé publique, le test a été réalisé sur 10 MK qui n'ont pas participé à l'étude finale. L'échantillon a été choisi pour être hétérogène : il était composé d'autant d'hommes que de femmes. Certains MK étaient d'anciens diplômés, d'autres de nouveaux. Ils étaient d'âges divers, et travaillaient en milieu rural et urbain. Les MK ont été contactés par téléphone dans le but d'obtenir leur adresse mail pour l'envoi du lien Google Forms ®. Suite à leurs différentes remarques, des modifications ci-dessous ont été apportées à la version finale du questionnaire.

- Ajout d'une définition de la LCNS dans le texte introductif du questionnaire ;
- Retrait du champ libre et ajout de tranches de pourcentage pour la question n°5 portant sur le pourcentage de patients LCNS dans la patientèle ;
- Fusion de deux questions en une seule, la n°7, visant à connaître l'origine des savoirs des MK sur cette pathologie. En effet, l'ancienne question demandant si les professionnels suivaient des recommandations nationales/ internationales apportait trop de biais. Elle a été supprimée, et un item correspondant a été placé parmi la question n°7.
- Ajout des items « refus de vouloir mettre en pratique les conseils du MK » et « gestion de la douleur en début de traitement » dans la question n°9 parlant des difficultés ;
- Modifications de l'item « toujours » par « à chaque séances » et de « moyennement » par « à une séance sur deux » dans la question n°13 concernant le traitement ;
- Ajouts de l'item « utilité de la bonne réalisation des exercices à domicile » dans la question n°18 portant sur l'éducation.

#### 2.2.5 Modalité de diffusion du questionnaire

Nous avons choisi de transmettre notre questionnaire via l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) pour avoir un échantillon assez représentatif des MK libéraux. Leur base mail comporte 2 500 MK sur les 5 133 MK libéraux qui travaillent dans cette région, soit environ la moitié. Les MK s'y inscrivent afin de se tenir au courant des actualités concernant leur profession. Le passage par un syndicat nous paraissait davantage biaisé.

Nous avons restreint nos démarches à l'URPS du Grand Est, car nous savons que toutes les URPS de France n'acceptent pas de diffuser des questionnaires d'étudiants. Le fait qu'une URPS refuse aurait créé un biais, car toutes les régions de France n'auraient pas été représentées.

Le questionnaire a été diffusé le 05 novembre 2018 par mail via l'URPS MK de la région Grand Est. La date de clôture a été fixée au 30 décembre 2018.

### 2.2.6 Recueil des réponses et analyse des données

Les réponses ont été recueillies directement dans un classeur Excel ® sous forme de données brutes, grâce au site Google Forms ®. Un codage manuel de ces données a été effectué afin de faciliter leur exploitation. Une analyse purement descriptive a d'abord été réalisée. Elle a été suivie d'une analyse croisée, permise par les tests du khi 2 pour les effectifs supérieurs à 5 et le test exact de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5. Tous les résultats croisés présentés plus bas sont statistiquement significatifs ( $p < 0.05$ ). Ainsi, la probabilité pour que la dépendance entre les 2 variables étudiées soit due au hasard est inférieure à 5%.

### 2.3 Matériel

Pour la réalisation de cette étude, plusieurs logiciels ont été utilisés : Microsoft Word® pour la rédaction, Microsoft Excel® pour l'analyse des données et Adobe Acrobat Reader® pour la lecture des articles sous format PDF. Pour la distribution du questionnaire et le recueil des données, nous avons utilisé le site Google Forms ®. Pour la réalisation des tests statistiques, nous avons eu recours au site internet BiostaTGV.

## 3. RÉSULTATS

Dans le but de répondre à la problématique posée, nous proposons de présenter la population étudiée et de détailler les réponses en fonction du profil des MK interrogés.

Sur un total de 2 500 MK sollicités, 210 nous ont retourné le questionnaire (soit 8,4%). Tous les MK répondent aux règles de sélection et ont rempli le questionnaire correctement, ainsi aucun questionnaire n'a été exclu de notre analyse. Le diagramme de flux est disponible en annexe (ANNEXE II, figure 1). Lorsqu'aucune précision n'est apportée concernant le nombre de répondant à une question, il est de 210 MK.

### 3.1 Présentation de la population

Parmi les 210 participants, 56% sont des femmes et 44% sont des hommes. Notre population a une moyenne d'âge de 39 ans. La personne la plus jeune a 23 ans, tandis que la plus âgée en a 72. La plupart des MK interrogés ont entre 30 et 40 ans (41%) (Figure 1).

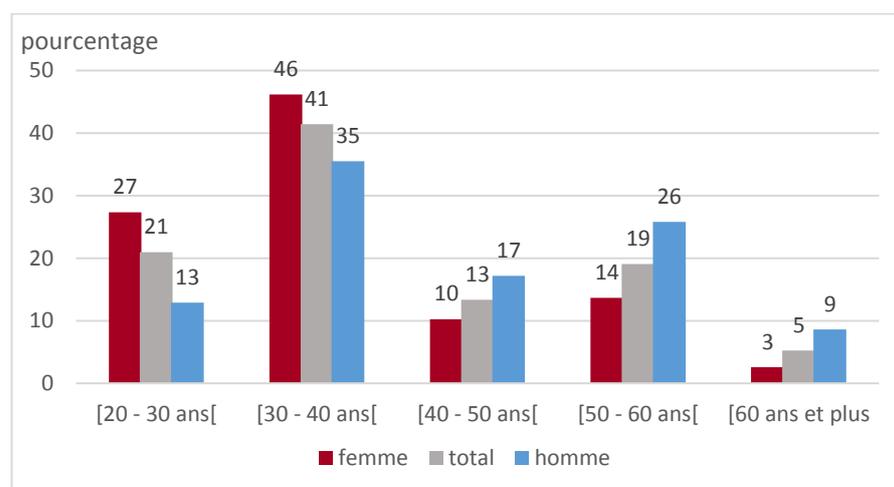


Figure 1 : histogramme présentant la répartition de la population MK en fonction des classes d'âges selon le sexe

Sur le plan professionnel, notre échantillon réunit des MK d'une ancienneté allant de 1 à 47 ans. L'expérience professionnelle moyenne est de 15 ans. Parmi les différentes catégories, la plupart des MK (35%) ont moins de 10 ans d'expérience.

La population étudiée est inégalement répartie en fonction du sexe : entre 20 et 40 ans, les femmes sont plus nombreuses, alors après 40 ans ce sont les hommes ( $p < 0.01$ ), (figure 1). Les mêmes similitudes sont observées concernant l'expérience professionnelle.

Sur le plan géographique, la majorité des répondants (53%) exerce en milieu rural.

### 3.2 Concernant la prise en charge

#### 3.2.1 Fréquence des patients LCNS parmi la patientèle

Les MK libéraux prennent tous en charge des patients LCNS dans leur cabinet. Cette pathologie représente une part importante de leur patientèle : **jusqu'à un quart de la patientèle** pour 47 % des MK, jusqu'à la moitié pour 40 % des MK, voir plus de la moitié pour 13% d'entre-eux (Figure 2).

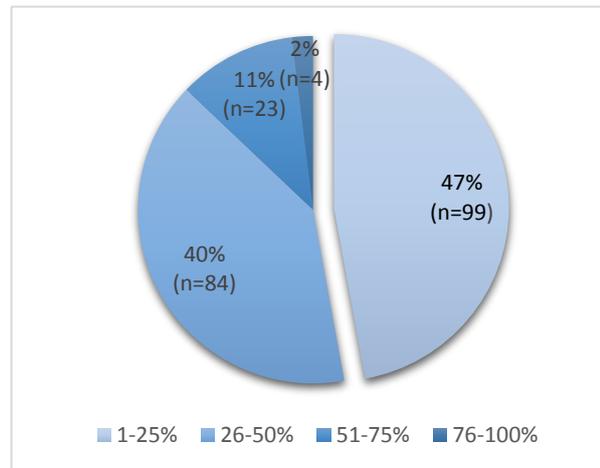


Figure 2 : graphique présentant la fréquence moyenne de patient LCNS parmi la patientèle

### 3.2.2 Nombre de séances

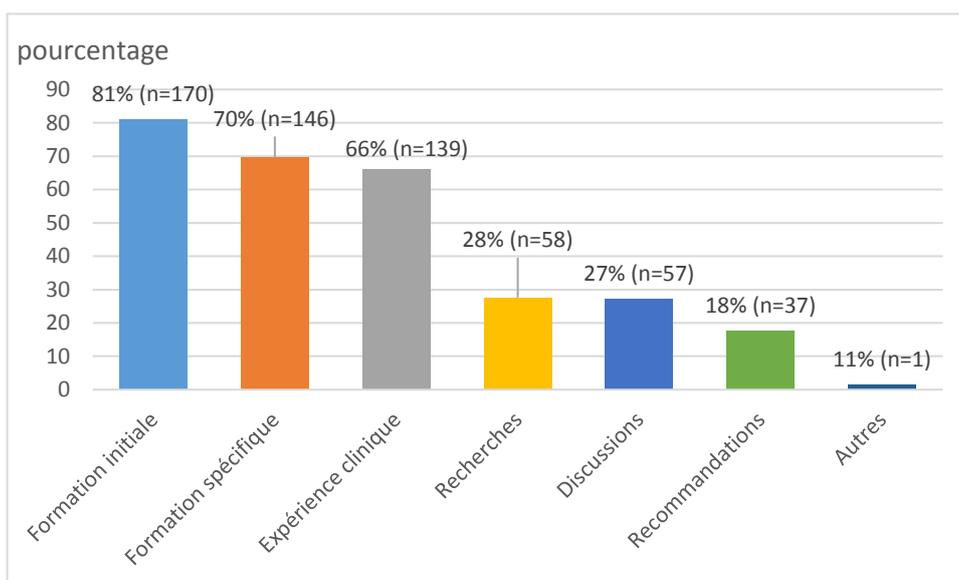
La majorité des MK (72%) réalise en moyenne **entre 10 et 20 séances** de kinésithérapie pour la PEC de leur patients LCNS. Les MK faisant plus de 20 séances sont majoritairement ceux qui déclarent avoir des difficultés dans leur prise en charge (22% contre 8 % pour les MK n'ayant pas de difficultés,  $p=0.04$ ).

### 3.2.3 Connaissances sur la pathologie

Les connaissances des MK concernant la PEC de leurs patients LCNS proviennent de différentes sources (Figure 3) :

- **de leur formation initiale** pour 81% des MK. Seul 11 MK (6%) se servent uniquement de celle-ci. Les MK se basant le plus sur leur formation initiale sont les MK exerçant depuis moins de 10 ans (89% contre 75% des plus de 10 ans,  $p<0.01$ ).
- **de formations spécifiques** pour 70% des MK. Parmi eux, 35% sont formés à la thérapie manuelle, 25% à l'ostéopathie et 18% à la méthode Mc Kenzie. La méthode De Busquet (11%) et la posturologie (10%) font également partie des 5 formations les plus effectuées.
- de leur expérience clinique, pour 66 % des MK.
- de recherches personnelles, pour 28 % d'entre eux.

- de discussions entre collègues, pour 27 %. Ces discussions sont davantage formatrices pour les MK ayant exercés moins de 10 ans (41% contre 16% des plus de 10 ans,  $p < 0.01$ ).
- de recommandations nationales ou internationales, pour 18 % seulement. Aucun praticien ne se sert uniquement de celles-ci pour leur PEC.



**Figure 3** : histogramme présentant l'origine des connaissances des MK concernant la LCNS

### 3.2.4 Raison du non suivi des recommandations

Cette question totalise 166 réponses (ANNEXE II, figure 2). La majorité des thérapeutes (52%) estime que les recommandations d'institutions nationales ou internationales ne **correspondent pas à la réalité du terrain**. Les thérapeutes sont 37% à déclarer **ne pas connaître ces recommandations**. Ils sont 25% à ne pas s'y référer car ils estiment qu'elles sont incomplètes, notamment ceux ayant fait des formations (31% contre 7% de ceux n'en ayant pas fait,  $p < 0.01$ ). 5% estiment qu'elles sont obsolètes. Enfin, 2 MK spécifient que les recommandations ne sont pas applicables pour tous les patients (« chaque patient est spécifique », « adaptation en fonction des cas »).

Rapporté à notre population totale (210 répondants), 41% des MK trouvent donc que les recommandations ne correspondent pas à la réalité du terrain, et 29% ne les connaissent pas.

### 3.2.5 Difficultés rencontrées lors de la prise en charge

Les MK sont 81% à déclarer rencontrer des difficultés dans la prise en charge de leur patients LCNS. La plus grande partie d'entre eux (51%) affirme se heurter au **refus de la part du patient** de mettre en pratique leurs conseils (Figure 4). **La gestion du versant psychologique, social ou émotionnel** de la pathologie constitue la 2<sup>ème</sup> difficulté la plus ressentie et concerne 49% des MK. Les thérapeutes sont 37% à avoir du mal à gérer le catastrophisme du patient. Un sentiment d'impuissance face à la chronicité des symptômes est ressenti par 30% d'entre-eux, et 29% connaissent des difficultés concernant la gestion de la kinésiophobie de leur patient. Le grand nombre de séances nécessaires est pesant pour 20% des MK. La gestion de la douleur en début de traitement est complexe pour 10% de ceux-ci. Parmi les 14 réponses « autre », les MK soulèvent des problèmes liés au manque de motivation du patient, à sa passivité vis-à-vis du traitement, ou à sa dépendance vis à vis du MK.

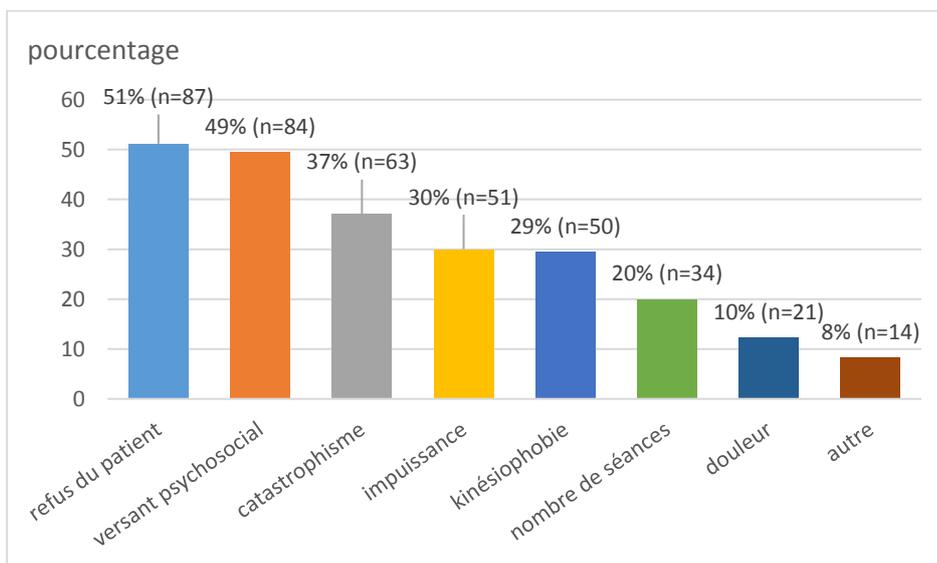


Figure 4 : histogramme présentant les difficultés rencontrées par les MK lors de la PEC

Maintenant que nous avons décrit les sources de difficultés que rencontrent les MK, voyons à quelles catégories de MK elles s'appliquent le plus. Les MK ayant le plus de difficultés sont **les femmes** (90% contre 70% d'hommes,  $p < 0.01$ ), et les MK **ayant moins de 10 ans d'expérience** (95% contre 70% de ceux en ayant plus de 10 ans,  $p < 0.01$ ).

**Les femmes** déclarent se heurter plus souvent au refus du patient de mettre en pratique leurs conseils (50% contre 31% d'hommes,  $p<0.01$ ), et ont en moyenne plus de difficultés à gérer le catastrophisme du patient que les hommes (40% contre 17%,  $p<0.01$ ).

**Les MK les moins expérimentés** se heurtent davantage au refus du patient de suivre leurs conseils (60% contre 27% des MK de plus de 10 ans d'expérience,  $p<0.01$ ), au catastrophisme du patient (42% contre 21%,  $p<0.01$ ), et à la gestion du versant psychosocial (47% contre 34%,  $p=0.05$ ).

### 3.3 Concernant le bilan

#### 3.3.1 Fréquence de réalisation du bilan

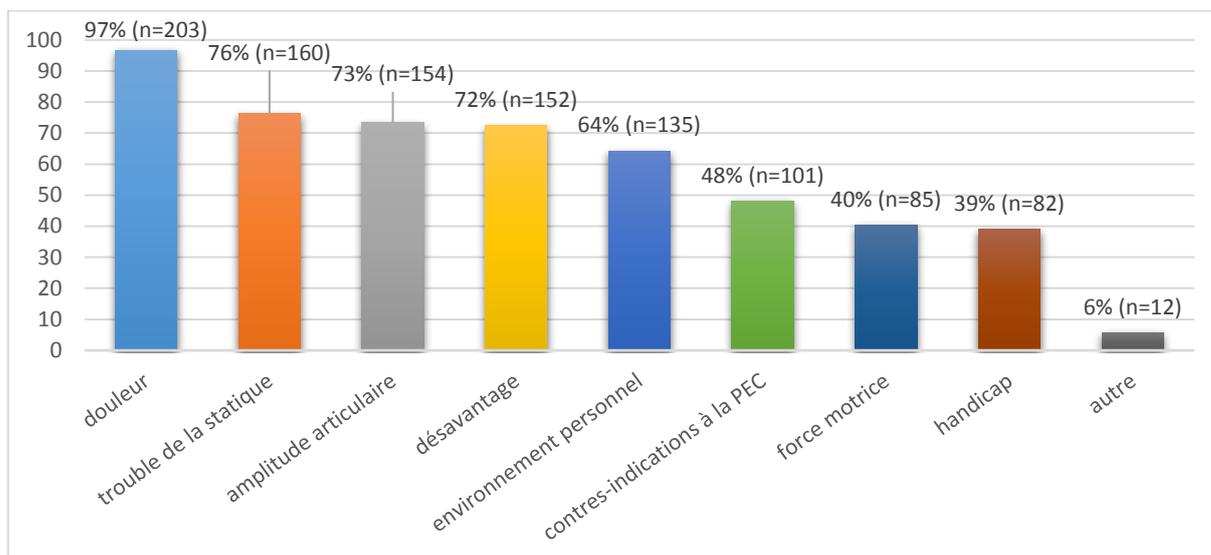
La plus grande partie des MK (48%) **réalise « toujours » un bilan** en début de prise en charge. 7% n'en réalisent que « rarement » ou « jamais » (ANNEXE II, figure 3). Les MK ayant fait des formations complémentaires sont plus nombreux (52%) à « toujours » réaliser un bilan que ceux n'en ayant pas fait (38%) ( $p=0.05$ ). Les MK les plus récemment diplômés réalisent plus souvent de bilans que leurs confrères : 83% en réalisent « toujours » ou « presque toujours », contre 66% des diplômés depuis plus de 10 ans ( $p<0.01$ ). Il en est de même pour les MK déclarant suivre les recommandations : 86% le réalisent « toujours » ou « presque toujours », contre 70% de ceux ne les suivant pas ( $p=0.04$ ).

#### 3.3.2 Réactualisation du bilan

La majorité des thérapeutes **réactualise leur bilan régulièrement** (42%), alors que 23% ne le réactualisent pas (ANNEXE II, figure 4). Les MK ayant effectué une formation complémentaire sont plus nombreux que les autres à le réactualiser « régulièrement » (49% contre 27% de ceux n'en ayant pas fait,  $p<0.01$ ).

#### 3.3.3 Evaluations figurant dans le bilan

La figure 5 représente le pourcentage de MK évaluant le plus souvent les items suivants dans leur bilan. Nous pouvons observer que **la douleur** est l'élément du bilan le plus évalué par les MK, cependant 3% de ces derniers n'ont pas l'habitude de l'évaluer. Les facteurs psycho-sociaux (ou environnement personnel du patient) sont évalués par 64% d'entre eux.



**Figure 5** : histogramme présentant les éléments inclus par les MK lors du bilan

Voyons maintenant leur répartition en fonction des caractéristiques de chaque MK. Les valeurs sont précisées dans le tableau I de l'annexe II. Certains éléments du bilan sont davantage évalués par **les femmes** plutôt que par les hommes : c'est le cas de la restriction de participation et de l'environnement personnel du patient. Les éléments du bilan varient aussi selon l'expérience du MK : **les MK exerçant depuis moins de 10 ans** sont plus nombreux à prendre en compte les contre-indications à la PEC, les désavantages, les restrictions de participation, l'environnement du patient et sa force musculaire. **Les MK se basant sur les recommandations** effectuent plus fréquemment un bilan des contre-indications à la PEC. **Les MK ayant réalisés des formations complémentaires** accordent plus d'importance à l'évaluation de l'amplitude articulaire.

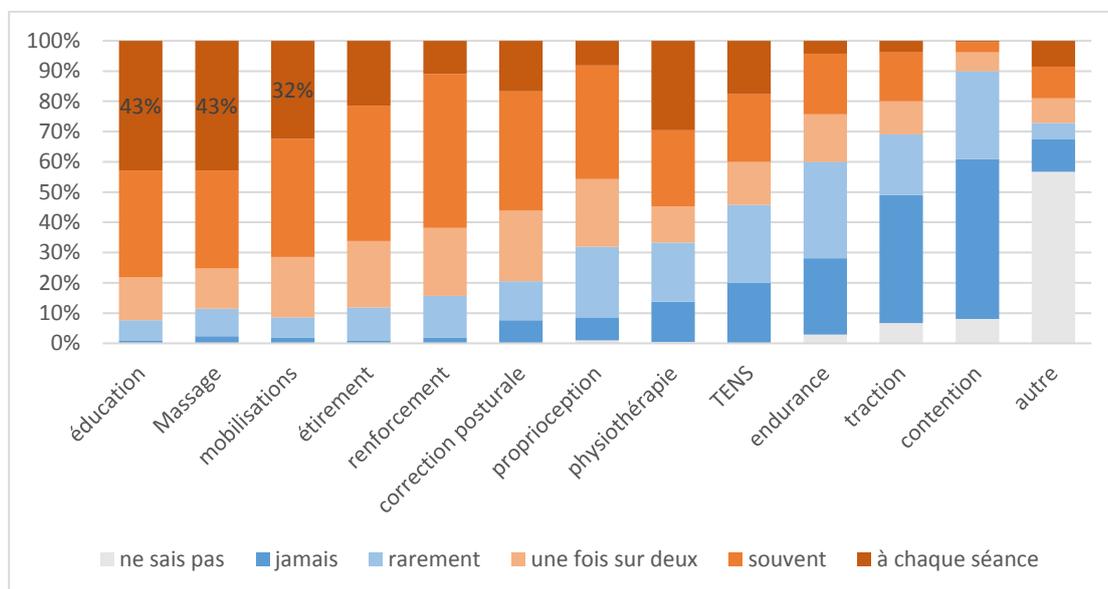
### 3.4 Concernant le traitement

#### 3.4.1 Moyens thérapeutiques utilisés et leur proportion

##### 3.4.1.1 Sur l'ensemble de la population de MK

Sur l'ensemble de la population de MK, nous pouvons observer sur la figure 6 des tendances concernant l'utilisation des moyens thérapeutiques. À raison d'au moins une séance sur deux, les thérapeutes ont recours à l'éducation pour 92% d'entre eux, aux mobilisations (91%), aux massages (89%), aux étirements (88%) et au renforcement (84%).

Les corrections posturales, la proprioception et la physiothérapie sont respectivement utilisées à raison de plus d'une séance sur deux dans 80%, 68% et 67% des cas.



**Figure 6** : fréquence d'utilisation des moyens thérapeutiques

Concernant les contentions, les tractions et les exercices globaux d'endurance, les MK les emploient « rarement » ou « jamais » dans respectivement 82%, 62% et 57% des cas. L'utilisation de l'électrothérapie antalgique, ou TENS, est plus homogène : 54% s'en servent à raison d'au moins une séance sur deux tandis que 46% s'en servent « rarement » ou « jamais ». Les moyens thérapeutiques les plus employés « à chaque séance » sont l'éducation du patient (43%), le massage (43%) et les mobilisations (32%).

Concernant les autres moyens thérapeutiques utilisés pour la prise en charge, 73 répondants les ont précisés. 11 mentionnent avoir recours à la thérapie manuelle, 8 à l'ostéopathie ou à la méthode Mc Kenzie, 4 à la kinésithérapie viscérale, au K-Taping ou à la posturologie. 40 autres techniques différentes ont été citées. Leur fréquence d'utilisation n'est pas analysable, car 57% des MK ont coché l'item « je ne sais pas ».

#### 3.4.1.2 En fonction des caractéristiques des MK

Penchons-nous maintenant sur les particularités retrouvées en fonction des différentes caractéristiques des MK.

Les étirements sont majoritairement utilisés « à chaque séance » par **les femmes** (27% contre 15% d'hommes,  $p=0.04$ ). L'endurance est moins privilégiée par les hommes : 66% ne l'utilisent « rarement » ou « jamais », contre 50% de femmes ( $p=0.03$ ). Des résultats similaires sont retrouvés pour le renforcement musculaire (22% contre 10%,  $p=0.03$ ).

**Les MK ayant plus de 10 ans d'ancienneté** ont davantage l'habitude de réaliser des massages « à chaque séance » que leurs confrères (53% contre 31%,  $p<0.01$ ). Au contraire, ils sont majoritaires à ne « jamais » donner des exercices d'endurance à leurs patients (33% contre 15%,  $p<0.01$ ). Les thérapeutes pratiquants depuis moins de 10 ans utilisent beaucoup moins le TENS que leurs collègues : ils sont 32% à ne « jamais » s'en servir, contre 11% pour l'autre groupe ( $p<0.01$ ).

**Les MK tirant leurs connaissances des recommandations** utilisent moins le TENS « à chaque séance » (5% contre 20%,  $p=0.03$ ). Le renforcement musculaire est utilisé à raison de plus d'une séance sur deux par 81% des MK s'inspirant des recommandations, contre 58% par les MK ne s'en inspirant pas ( $p=0.01$ ).

**Les MK réalisant des formations complémentaires** massent beaucoup moins leurs patients « à chaque séance » (33%) que leurs collègues non formés (66%) ( $p<0.01$ ). Ils réalisent davantage de mobilisations « à chaque séance » (37%) que les MK n'ayant pas faits de formations (22%) ( $p=0.03$ ). Il en est de même pour les exercices de correction posturale (21% contre 8%,  $p=0.02$ ). Ils utilisent moins souvent la physiothérapie pour leur PEC : 19% l'emploient « à chaque séance », contre 53% des MK non formés ( $p<0.01$ ). L'usage du TENS est similaire (8% contre 39%,  $p<0.01$ ). Les exercices de proprioception sont pratiqués à plus d'une séance sur deux par 54% des patients de MK formés, contre 28% des patients des autres MK ( $p=0.03$ ). Les résultats sont identiques pour l'endurance (29% contre 12%,  $p=0.04$ ).

### 3.4.2 Partie de la PEC perçue comme la plus importante

La plupart des MK (50%) considèrent que l'**éducation** est la partie la plus importante de la prise en charge (ANNEXE II, figure 5). C'est davantage le cas pour les MK femmes (57% contre 41% des hommes,  $p=0.01$ ). Les thérapeutes sont 31% à percevoir les exercices comme le principal élément de la PEC alors que 13% d'entre eux désignent l'antalgie. Parmi les 12 réponses « autre », 8 MK spécifient que « les 3 propositions sont importantes ».

### 3.4.3 Exercices à domicile

Une grande partie des répondants donnent « **toujours** » ou « **presque toujours** » des exercices à réaliser à domicile à leurs patients (77%) (ANNEXE II, figure 6). C'est davantage le cas pour les femmes (84% contre 68% d'hommes,  $p=0.01$ ) ainsi que pour les MK diplômés depuis moins de 10 ans (86% contre 70% de ceux exerçant depuis plus de 10 ans  $p=0.006$ ). De même, les MK s'inspirant des recommandations sont plus nombreux à « toujours » donner des exercices à domicile à leurs patients (54% contre 34%  $p<0.01$ ).

Pour 7 % d'entre-eux, les MK indiquent « parfois », « rarement » ou « jamais » à leurs patients de réaliser des exercices à domicile.

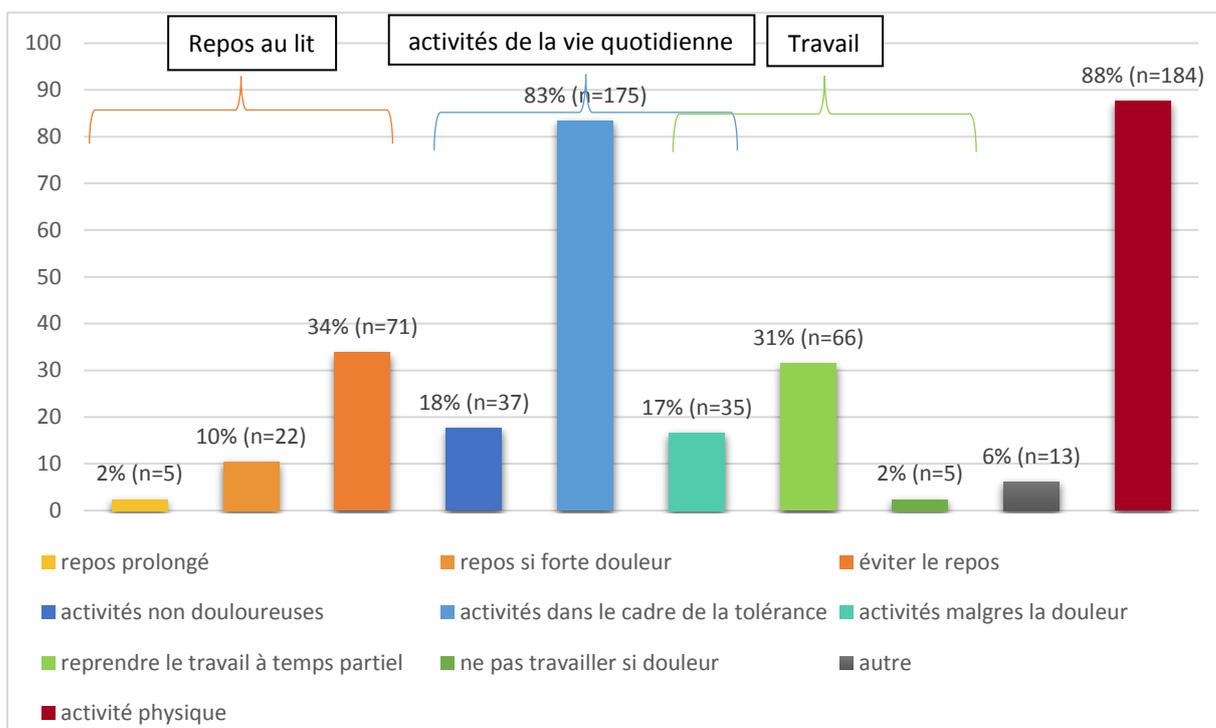
### 3.4.4 Rôle perçu du MK

Les MK sont 79% à considérer important le fait **d'améliorer le niveau d'activité** des patients LCNS et de les rendre acteurs. Les thérapeutes sont 71% à estimer qu'il faut apprendre l'ergonomie au patient et les bonnes positions à adopter dans la vie quotidienne. Enfin, 59% des praticiens considèrent qu'il est de leur rôle de rassurer le patient concernant sa pathologie et de lui redonner confiance.

### 3.4.5 Conseils donnés

La figure 7 représente les conseils donnés par les MK à leurs patients. L'intégralité des items proposés lors du questionnaire peuvent être retrouvés à l'annexe I (ANNEXE I, question 17). La majorité des thérapeutes conseille souvent à leur patient d'avoir une **activité physique régulière** (88%) et d'effectuer des **activités dans le cadre de leur tolérance à la douleur** (83%). Trois grands thèmes ont été développés dans cette question : le repos au lit, les activités de la vie journalière et le travail. Parmi les différents items proposés concernant le repos au lit, les MK incitent généralement leurs patients à éviter de se reposer au lit autant que possible (34%). À propos des activités de la vie quotidienne, la plupart des thérapeutes conseillent à leurs patients de les réaliser dans le cadre de leur tolérance (83%). Concernant le travail, la recommandation la plus fréquemment faite aux patients est de retourner au travail à temps partiel (31%). 17% des thérapeutes conseillent à leurs patients de reprendre leurs activités (loisir et profession) malgré la douleur. Des commentaires ont été faits concernant

l'importance de l'activité physique, de la reprise du travail, et de l'importance de l'adaptation du MK à chaque patient.

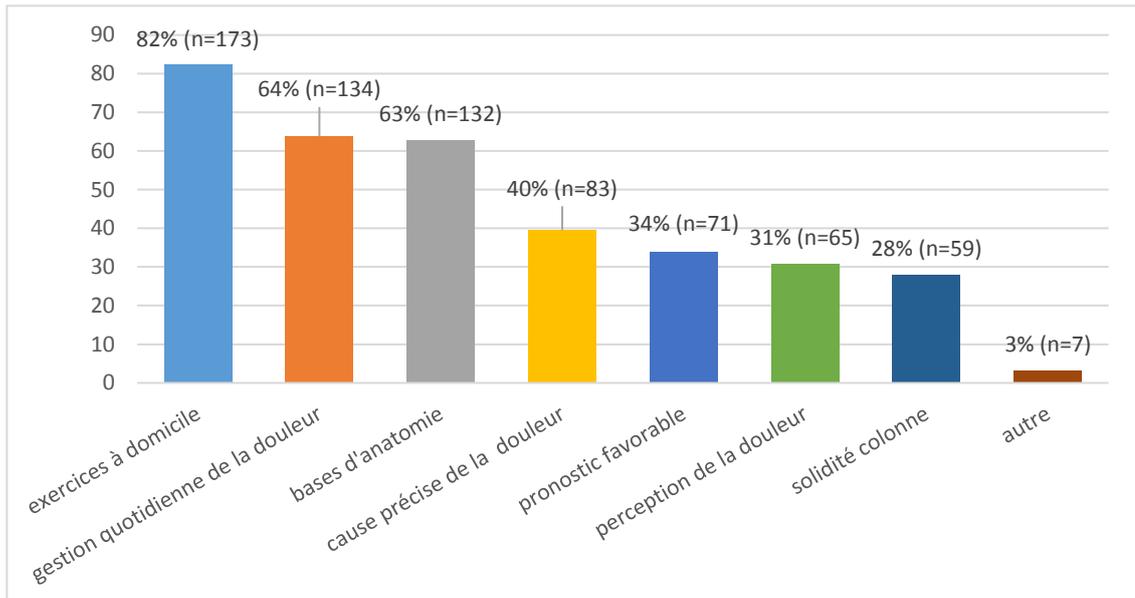


**Figure 7** : Histogramme présentant la répartition des conseils donnés par les MK selon les 3 grands thèmes abordés

Les MK tirant ses connaissances des recommandations donnent davantage les conseils suivants à leurs patients : « éviter de se reposer au lit autant que possible ( $p=0.03$ ) », « reprendre ses activités normales (loisirs et profession) malgré la douleur ( $p<0.01$ ) ».

### 3.4.6 Education du patient

La figure 8 présente le pourcentage de MK enseignant certains points d'éducation à leurs patients. La plus grande partie des répondants (82%) explique souvent à leurs patients **l'utilité de la bonne réalisation des exercices à domicile**. Voyons comment se répartissent les différents conseils en fonction des caractéristiques des MK. Les valeurs sont présentées dans le tableau II de l'annexe II.



**Figure 8** : points d'éducation abordés par les MK aux patients LCNS

**Les femmes** enseignent davantage l'utilité de la bonne réalisation des exercices à domicile et la gestion de la douleur au quotidien que les hommes. **Les MK diplômés depuis moins de 10 ans** donnent plus d'explications sur les causes spécifiques de la douleur à leurs patients que leurs confrères. **Les MK s'inspirant des recommandations** expliquent plus souvent à leurs patients l'utilité de la bonne réalisation des exercices à domicile et le fait que leur colonne soit solide. **Les MK formés** sont plus nombreux à expliquer au patient que leur colonne vertébrale est solide.

### 3.5 Remarques

Des remarques concernant la passivité du patient vis-à-vis de sa PEC ont été faites : « de nombreux patients exigent des massages et restent fermés à l'idée de bouger. Et n'hésitent pas à changer de thérapeute en fonction de ce critère » ; « L'éducation thérapeutique du patient se heurte au système d'assistantat médical mis en place depuis des années dans notre pays... ».

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Interprétation des résultats et confrontation avec les données de la littérature

Cette partie est dédiée à la discussion des résultats obtenus. Pour réaliser un état des lieux des différents aspects de la PEC (principal objectif de ce document), il est d'abord nécessaire de s'intéresser à la prise en compte des recommandations et de l'autonomisation du patient (objectifs secondaires).

Selon la littérature, la LCNS est une pathologie fréquemment rencontrée dans les cabinets de kinésithérapie (13, 68). Les résultats de notre questionnaire vont dans ce sens. Le nombre moyen de séances effectuées dans notre étude est inférieur à celui défini par la sécurité sociale (69). Cela nous laisse penser que la PEC semble être efficace et qu'une autonomisation du patient est faite par les MK.

#### 4.1.1. Des recommandations partiellement suivies

Seuls 18% des MK de notre étude indiquent s'inspirer des **recommandations des institutions nationales/internationales** pour la PEC de leurs patients. Dans la littérature, une faible observance des lignes directrices est également reportée (70, 71), très peu de MK s'appuyant dessus pour leur prise de décision clinique (72). Un manque de connaissances des MK quant au contenu des lignes directrices est aussi énoncé (72, 73). Les résultats de notre étude sont similaires car 29% des MK déclarent ne pas les connaître.

Dans la suite de cette partie, nous allons voir comment les MK s'organisent dans leur PEC (bilan, traitement, conseils) en fonction des preuves disponibles dans la littérature et des recommandations.

**Le bilan** n'est pas aussi régulièrement effectué et réactualisé que ce qui est recommandé. En effet, seuls 48% des MK réalisent « toujours » un bilan et seuls 42% les réactualisent « régulièrement ». Aussi, tous les items préconisés ne sont pas toujours abordés.

Paradoxalement, nous constatons que la majorité des traitements MK vont dans le sens des directives. La plupart des items du traitement conseillés sont suivis par beaucoup plus que les 20% de MK s'inspirant des recommandations pour leur PEC. En effet, les moyens de traitement utilisés rendent souvent le patient actif de par l'utilisation d'exercices thérapeutiques. Qui plus est, la place accordée à son éducation est incontestable. Une autre

étude indique également que malgré la faible connaissance des MK des recommandations, leurs pratiques sont globalement conformes à celles-ci (73). Voyons un peu plus en détail l'utilisation de ces **moyens de traitement**.

Les **exercices thérapeutiques**, incluant notamment les mobilisations, les étirements, le renforcement, la correction posturale et la proprioception, sont utilisés à raison de plus d'une séance sur deux par près de 80% des MK de notre étude. Ceci est en accord avec les différentes recommandations et les données d'études similaires (68, 70). L'effet bénéfique de ces exercices est reconnu, et ils sont communément utilisés par les MK. Cependant, les exercices globaux d'endurance ne sont que rarement employés. Il est possible que les MK les regroupent dans l'activité physique régulière qu'ils conseillent à leurs patients d'avoir, sans que pour autant cela fasse l'objet d'exercices au cabinet.

La place accordée à l'**éducation du patient** est forte. Les MK de notre étude sont 92% à fréquemment éduquer leurs patients, ce qui est en accord avec les recommandations. Dans d'autres études, ils étaient moins nombreux : entre 32% (70) et 78% (68) d'entre eux fournissaient des informations au patient. En revanche, notre questionnaire révèle que les points recommandés ne sont pas tous abordés par la majorité des MK. Certains points sont moins discutés avec les patients que d'autres, tels que les explications de la perception de la douleur et la solidité de la colonne vertébrale. Cela montre que les MK semblent adapter leur discours en fonction de leur expérience.

Dans notre étude, 89% des MK pratiquent régulièrement le **massage**, bien que cela soit souvent recommandé avec réserve en raison de son faible niveau de preuve. D'autres études reportent son utilisation fréquente par 39% (70) à 64% des thérapeutes (68).

Nos résultats montrent que l'**électrothérapie** est couramment utilisée par la moitié des MK. Pourtant, les preuves indiquent que son efficacité n'est pas claire. Beaucoup d'institutions recommandent de ne pas l'utiliser (23, 26–30, 32–35, 40). D'autres études déclarent une utilisation plus faible, par 8% (70) à 14% (68) des MK.

**La physiothérapie** est utilisée régulièrement par 67% des MK de notre étude, alors qu'une étude similaire révèle un taux inférieur (41%) (68). De la même manière, son efficacité n'a pas été démontrée. De ce fait, peu d'institutions la recommandent.

**Les tractions et les contentions** ne sont que rarement voire jamais utilisées par respectivement 62% et 82% des MK. C'est en phase avec les recommandations et le manque de preuves disponibles quant à leur efficacité.

**De nombreux autres moyens thérapeutiques** sont utilisés par les MK. Ils sont issus des formations complémentaires qu'ils ont réalisées. Cependant, leur fréquence n'a pas pu être déterminée (cf. partie 3.4.1.1).

Aucune preuve de l'efficacité **des conseils** n'a été démontrée, mais ils bénéficient d'un consensus scientifique. Il est rassurant de voir que 88% des MK préconisent une activité physique régulière à leurs patients, ce qui est en phase avec les recommandations (6, 23, 26, 30, 32, 38, 39). Cependant, les autres conseils donnés par les MK ne sont que partiellement en accord avec celles-ci. Par exemple, bien qu'il soit conseillé de dire au patient d'éviter de se reposer au lit autant que possible (6, 21, 27, 31, 32, 34, 35), seul 34% des MK de notre étude abordent ce point. Ces données sont similaires à une autre étude (68). Il semble alors que les MK ne considèrent pas qu'il soit important de faire mention du repos au lit avec le patient. En revanche, la totalité d'entre eux aborde l'importance de la reprise des activités de la vie quotidienne. Les recommandations sont de reprendre ses activités normales (loisirs et profession) malgré la douleur (21–35, 38–43, 56). Seuls 17% des MK donnent ce conseil à leurs patients, alors que 83% leur conseillent plutôt d'effectuer des activités dans le cadre de leur tolérance. Une étude révèle des résultats similaires (68).

Les résultats obtenus semblent montrer que les MK suivent partiellement les recommandations, sans pour autant s'y référer intentionnellement. Ce phénomène est relevé dans une autre étude (68). L'importance que la plupart des MK portent aux recommandations semble donc modérée. Pour cause, 41% des MK de notre étude pensent qu'elles ne correspondent pas à la réalité du terrain, ce qui est en accord avec les avis d'autres MK dans la littérature (74, 75).

Les thérapeutes ne semblent pas se baser non plus sur les niveaux de preuves disponibles pour construire leur PEC. Un bon exemple est l'utilisation du massage malgré sa faible preuve d'efficacité. Cela coïncide avec le faible nombre de MK de notre étude déclarant réaliser des recherches pour leur PEC (28%).

Les connaissances des thérapeutes de notre étude proviennent davantage de leurs formations et de leurs expériences. À la lecture de ces différents résultats, il semble que les MK construisent leur PEC sur des considérations issues de leur expérience professionnelle et des formations auxquelles ils ont assistés, tout comme le révèle une autre étude (76). Notre hypothèse **H1** est donc confirmée. Ainsi, leur PEC recoupe globalement les recommandations, mais ils les adaptent à la réalité du terrain. Les conseils donnés en sont un exemple.

D'autres barrières à l'adoption des lignes directrices existent. Les recommandations sont notamment perçues par les MK comme trop rigides, restrictives et contraignantes (75–77), entravant leur autonomie professionnelle (72, 74). Les thérapeutes pensent qu'elles empêchent une PEC individualisée (76, 78), comme le soulèvent deux commentaires de notre étude. Cependant, ces obstacles ne sont pas réels, mais proviennent d'un problème d'interprétation des MK (75). En effet, la prise en compte des recommandations n'implique pas une PEC identique pour tous les patients (31). Le thérapeute doit également prendre en compte les préférences de son patient et son expérience personnelle pour une PEC optimale (36).

La littérature révèle aussi que les MK considèrent que les lignes directrices ne coïncident pas avec les attentes des patients (68, 72, 78, 79). En effet, les patients semblent préférer une PEC biomédicale et non bio-psycho-sociale (79, 80). Cela est dû à leur manque d'information sur l'implication des facteurs psychosociaux dans leur pathologie (81). Les MK étant plus susceptibles de suivre les préférences du patient en matière de traitement (76, 81), ils ont tendance à les traiter de manière biomédicale, ce qui va à l'encontre des recommandations d'approche bio-psycho-sociale (75, 80). L'adoption des recommandations signifie donc un changement de modèle de pratique pour les MK (79).

#### 4.1.2. Réticence du patient face à son autonomisation

A propos de la responsabilisation du patient, il émerge de notre étude un consensus professionnel sur le fait **d'autonomiser le patient et de le rendre actif**. C'est en accord avec les données scientifiques et les différentes recommandations (18, 27, 82, 83), et témoigne du déclin du système de santé paternaliste (82). En effet, l'éducation du patient est le moyen thérapeutique le plus fréquemment utilisé, 50% des MK estiment que c'est la partie la plus importante de la prise en charge. 71% leur apprennent les bonnes positions à adopter au quotidien. 77% d'entre-eux donnent « toujours » ou « presque toujours » des exercices à réaliser à domicile à leurs patients, et 82% leur expliquent pourquoi il est important de les réaliser. 79% des MK estiment qu'un de leur rôle est d'améliorer le niveau d'activité de leurs patients, et 88% leur conseillent de pratiquer une activité physique régulière. Le changement culturel concernant le rôle du thérapeute, passant d'expert à pédagogue (84), a donc été intégré par les professionnels de santé. L'hypothèse **H2** est donc infirmée.

Malgré tous les efforts réalisés par les MK pour apprendre au patient à s'autogérer, nos résultats mettent en évidence que ces derniers ne sont pas toujours coopératifs, ce qui est également cohérent avec la littérature (85). En effet, une grande majorité des MK (81%) déclare rencontrer des **difficultés** dans leur PEC. Parmi ces difficultés, la plus fréquente est le refus de la part du patient de mettre en pratique les conseils donnés. Les 8 remarques qui nous ont été faites concernant la passivité du patient vis-à-vis du traitement, son manque de motivation, ou sa dépendance vis-à-vis du MK vont également dans ce sens. Les MK sont donc tout à fait volontaires pour aider leur patient à se prendre en charge, mais peuvent être confrontés au refus de celui-ci de s'impliquer dans son traitement.

Nous avons donc cherché des explications et des solutions dans la littérature. A travers celle-ci, la problématique de la non adhésion du patient LCNS au traitement MK est connue : entre 50% et 70% des patients n'adhèrent pas à leur programme d'exercice à domicile (86–88). Il est important de se pencher sur le problème, puisqu'une faible adhésion au traitement révèle un moins bon résultat thérapeutique (52, 89). Cependant, certaines études portant sur les attentes des patients en matière de traitement révèlent une contradiction. Ces derniers espèrent recevoir des explications sur leur pathologie, des informations sur le traitement et des conseils pour apprendre à se gérer seuls (12, 90). Les patients savent ce qu'ils doivent faire au quotidien pour gérer leur maladie, mais ne le font pas. Il y a un écart entre leurs connaissances et leur comportement (91). En effet, l'information seule n'est pas suffisante pour faire adopter un changement de comportement (42, 92). De nombreuses études explorent donc les différentes techniques qui sont susceptibles d'aider le patient à se prendre en main concernant sa pathologie. Nous vous présentons quelques pistes.

Une méta-analyse (87) conclut que les différentes interventions de motivation sont toutes efficaces pour accroître les comportements sains en matière d'activité physique et augmenter l'adhésion des patients aux exercices kinésithérapiques. La thérapie cognitivo-comportementale, la théorie cognitive sociale, les entretiens motivationnels et la théorie de l'autodétermination ont ainsi été étudiés. L'article indique que le MK est le mieux placé pour pratiquer des interventions de motivation et qu'elles devraient faire partie intégrante de la PEC. Les auteurs proposent donc de former les MK à ces pratiques.

La technique de l'autogestion (ou « self-management ») appliquée à la LCNS recoupe de nombreuses publications à son sujet ; elle est préconisée à l'heure actuelle (23–25, 28–31, 38, 39) avec un niveau de preuve modéré (83). Elle favorise l'autonomisation du patient et le responsabilise vis-à-vis de sa propre santé en lui fournissant les compétences pour gérer sa

pathologie au quotidien (83). Une étude révèle que les patients ont l'impression que la kinésithérapie a eu peu d'influence sur la gestion de leur état à la fin de leur PEC (93). Un enseignement à l'autogestion par le MK pourrait donc être efficace (93), d'autant que les MK sont bien placés pour prodiguer ce type de soins (94).

#### 4.1.3. Discussion autour de la PEC des patients LCNS

##### 4.1.3.1 Une gestion du versant psychologique problématique

La 2eme difficulté la plus rencontrée par les MK concerne la gestion du versant psychologique, social, et/ou émotionnel de la pathologie. Elle semble liée au refus du patient de suivre les conseils du MK, sa détresse psychologique entraînant son refus d'aller de l'avant et de se prendre en charge (11). En effet, nous avons vu dans notre introduction comment la LCNS pouvait impacter la santé mentale du patient et pourquoi il était essentiel de prendre en compte la dimension psychologique de la pathologie. La suite de ce document s'intéresse à la manière dont les MK gèrent ce point.

Lors des **bilans**, les facteurs psycho-sociaux ne sont évalués que par 64% des MK et le handicap par 39% d'entre eux. Rappelons également que pour 52% des MK, la réalisation d'un bilan n'est pas systématique. Ces facteurs ne sont pas assez pris en compte pour le bilan d'un patient atteint de maladie chronique. Leur prise en compte plus systématique permettrait peut-être au MK de mieux s'adapter à chaque patient chronique et ainsi d'avoir plus d'impact sur eux (89).

**Le traitement** pourrait également être amélioré sur quelques points. Seuls 59% des MK trouvent qu'il est de leur rôle de rassurer le patient concernant sa pathologie ; seulement 34% des MK leur expliquent le pronostic favorable de la lombalgie. De plus, d'autres thèmes de l'éducation comme les explications de la perception de la douleur ou sa gestion au quotidien pourraient davantage être développés. Dans le cadre de la PEC d'une maladie chronique, la place réservée à rassurer le patient n'est pas assez importante et la motivation psychologique faite par les MK semble trop faible. Nous confirmons donc notre hypothèse **H3** selon laquelle les MK ne prennent pas assez en compte le versant psychologique de leur patient. Penchons-nous sur les études scientifiques pour comprendre pourquoi la gestion de ce versant pose problème, et trouver des solutions envisageables.

Dans la littérature, la reconnaissance par les MK des rôles des facteurs cognitifs, psychologiques et sociaux dans la LCNS n'est pas claire. En effet, certains articles mettent en évidence que les MK les reconnaissent (95, 96), alors que d'autres non (80). Les thérapeutes ne se sentent visiblement pas prêts à gérer efficacement le versant psycho-social de la maladie (79, 80, 95, 96), ce qui est en accord avec les résultats de notre étude. Une revue de la littérature révèle que les MK ne comprennent pas bien l'utilité de réaliser un bilan des facteurs psycho-sociaux, étant donné qu'ils ne se sentent pas assez qualifiés pour prétendre avoir une influence sur ces facteurs (78, 80). Cela pourrait expliquer les données recueillies dans notre questionnaire à ce sujet.

Les études mettent en évidence que selon les MK, leur manque de confiance vis-à-vis de la gestion de ce versant serait la cause d'une formation initiale ou continue insuffisante (17, 79, 80, 95–97). Dans notre étude, aucun MK n'a réalisé de formation sur la prise en charge psychologique de pathologies chroniques. Cela confirme le fait que des formations concernant le suivi psychologique des patients LCNS pourraient être bénéfiques pour les MK, qui n'en pratiquent pas assez sur ce thème précis. D'autres études mettent en avant le côté biomédical des formations qui porterait préjudice à une approche bio-psycho-sociale du MK (17, 78, 80).

Voyons, à travers la littérature, comment la gestion du versant psychologique pourrait être améliorée.

Le traitement MK devrait être agrémenté d'une PEC psychologique chez les patients présentant une détresse psychologique importante, comme le recommandent les institutions sanitaires (16, 23, 26, 28–30, 32). Cependant, peu de patients peuvent avoir accès à ces PEC complètes (94), et leur coût reste un obstacle important (16, 47). Une collaboration renforcée entre les MK et les psychologues serait donc intéressante (98). Elle serait efficace sous réserve du remboursement des soins de consultations chez le psychologue par la sécurité sociale pour les patients LCNS.

Pour les patients avec des troubles moins évidents, tels que la présence de kinésiophobie, la référence à un spécialiste n'est pas forcément nécessaire (99). La mise en place de formations continues sur la gestion psycho-sociale des maladies chroniques pour les MK serait intéressante. Cela pourrait les aider à prendre en charge leurs patients de manière plus adaptée (80, 84, 97, 100), d'autant plus qu'ils paraissent convaincus de l'utilité d'associer les interventions psychologiques à la rééducation (95, 97). Une PEC intégrant le versant psychologique pourrait impacter l'adhésion du patient au traitement et faciliterait la réussite de la PEC.

#### 4.1.3.2 Influence de certaines caractéristiques des MK sur la PEC

Dans cette partie, nous allons voir quelles caractéristiques des thérapeutes influencent la PEC de leurs patients. Il est utile pour les instituts de formation ou les pouvoirs publics de les connaître, afin de mieux cibler d'éventuelles futures formations ou campagnes de sensibilisations.

**Le sexe du MK** a une incidence sur la PEC du patient. En effet, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à évaluer l'environnement personnel du patient, ainsi que son handicap. Elles donnent davantage d'exercices d'étirement, de renforcement musculaire et d'endurance que les hommes. L'éducation du patient apparaît plus importante pour elles que pour les hommes, ainsi que le fait de lui expliquer l'utilité de la bonne réalisation des exercices à domicile et de lui apprendre à gérer sa douleur quotidienne. Globalement, elles prennent donc plus en compte l'environnement personnel du patient et essayent davantage de l'impliquer dans sa PEC. Nous n'avons pas émis d'hypothèse concernant l'influence du sexe du thérapeute sur la PEC, car nous ne pensions pas trouver de différences.

Aussi, les femmes déclarent avoir beaucoup plus de difficultés que les hommes dans leur PEC, notamment le refus du patient de vouloir suivre leurs conseils. Cela peut être dû au fait qu'elles font plus d'efforts pour responsabiliser le patient sur sa propre pathologie, qu'elles essayent de lui donner les clés pour se prendre en charge, alors que le patient n'en a peut-être pas la volonté. Cela peut également être dû à un problème sortant du cadre de ce mémoire, tel que du sexisme, qui ne sera pas discuté ici.

**Le niveau d'expérience** joue également sur certains éléments de la PEC. Les MK diplômés depuis moins de 10 ans sont plus nombreux que leurs collègues à réaliser des bilans et à évaluer les items recommandés par les institutions sanitaires. Cela laisse penser que les formations sont dorénavant plus axées sur la réalisation des bilans. Ils sont également moins nombreux à utiliser des modalités passives dans leur traitement (massage et TENS), réalisent davantage d'exercices d'endurance et d'exercices à domicile que les MK diplômés depuis plus de 10 ans. Ils sont donc plus nombreux à rendre leurs patients actifs, ce qui est en phase avec les recommandations. Notre hypothèse **H4** est donc confirmée. Cependant, sur les autres points de notre questionnaire, aucune autre différence n'est observée. Les MK les moins expérimentés sont ceux qui s'éloignent le plus des recommandations en ce qui concerne l'éducation et les conseils donnés. En effet, conseiller de réaliser des activités non

douloureuses n'est pas préconisé, tout comme éduquer les patients sur les causes spécifiques de la douleur. Cela peut être dû à un manque d'expérience.

Les jeunes diplômés sont également beaucoup plus nombreux à rencontrer des difficultés dans leur PEC, notamment le refus du patient et la gestion du versant psychosocial de la pathologie. Ces difficultés ne peuvent pas être expliquées par une lacune provenant de la formation initiale. En effet, les points importants du bilan et du traitement sont bien pratiqués par les MK récemment diplômés. De plus, les jeunes diplômés tirent plus de connaissances de leur formation initiale que les anciens diplômés pour la PEC de cette pathologie, ce qui montre que la formation initiale est plus riche sur le sujet depuis ces 10 dernières années. Les difficultés mises en avant viennent davantage du fait que les jeunes diplômés manquent d'expérience pratique. La PEC d'un patient atteint de LCNS demande donc de l'expérience (80, 84). La pratique permet de savoir réagir de la meilleure manière face au patient et le faire adhérer au traitement plus facilement. Cela pourrait expliquer le fait que dans notre étude, les jeunes diplômés sont plus nombreux à s'instruire de discussions avec des collègues, peut-être plus expérimentés qu'eux.

Aucune différence n'a été remarquée entre les MK **prenant plus de 25% de patients LCNS** dans leur patientèle et ceux en prenant moins de 25%. Notre hypothèse **H5** selon laquelle les MK ayant le plus grand pourcentage de patients LCNS soient ceux qui utilisent le mieux la dimension éducative est donc infirmée. De la même manière, le **lieu d'exercice** n'a pas d'incidence sur la PEC d'un patient LCNS. Les **MK déclarant avoir des difficultés** réalisent plus de séances de traitement que les MK n'en ayant pas. Cependant, aucune autre différence n'a été trouvée concernant le bilan ou le traitement. Leur PEC est donc similaire à celle effectuée par les MK n'ayant pas de difficultés.

Les MK ayant **réalisés des formations complémentaires** sont plus nombreux que leurs collègues à penser que les lignes directrices sont incomplètes. Aucune différence n'a été mise en évidence sur le fait que les MK n'ayant pas fait de formation complémentaire aient plus de difficultés pour leur PEC. L'hypothèse **H6** est donc également infirmée. Les thérapeutes formés réalisent plus de bilans et les réactualisent davantage. Au niveau du traitement, ils utilisent plus de moyens rendant le patient actif (mobilisations, correction posturale, proprioception, endurance) et moins de modalités passives (TENS et massage). La réalisation de formations permettrait donc au MK de rendre plus facilement le patient actif dans le traitement. Malgré le fait qu'ils trouvent les recommandations incomplètes, leur PEC est plus en accord avec celles-ci que leurs collègues non formés.

Les MK déclarant **tirer des connaissances des recommandations** pour leur PEC sont plus nombreux à réaliser des bilans, et recherchent davantage les contre-indications. Pour le traitement, ils utilisent moins le TENS et plus le renforcement musculaire. Ils donnent plus d'exercices à réaliser à domicile à leurs patients, sont plus nombreux à donner les conseils et aborder les sujets d'éducation en accord avec les institutions nationales et internationales. En revanche, aucune autre différence n'est constatée entre les MK tirant leur connaissances des recommandations et ceux ne le faisant pas. La réactualisation du bilan, les autres items de celui-ci, et la fréquence d'utilisation des autres éléments du traitement sont identiques. Une légère différence de PEC est donc retrouvée selon le suivi ou non des recommandations. Le patient serait davantage rendu acteur par des MK tirant leurs connaissances des recommandations. Toutefois, ce résultat n'est pas observé sur tous les points de la PEC. L'hypothèse **H7** est donc confirmée, mais avec réserve.

#### 4.2 Analyse critique de l'étude réalisée

##### 4.2.1 Représentativité de notre population

Selon les données de la DREES (65) datant de 2017, la moyenne d'âge des MK exerçant en milieu libéral dans le Grand Est est de 38 ans. La population MK de cette région est constituée d'autant d'hommes que de femmes. Les répartitions par classes d'âge, selon le sexe et tous sexes confondus sont retrouvées dans le tableau I (ANNEXE III). La population de notre étude a une moyenne d'âge de 39 ans, est constituée de 56% de femmes et de 44% d'hommes. Les répartitions par classes d'âge sont également retrouvées dans ce tableau. Dans notre étude, la répartition par classes d'âge est différente en fonction du sexe : entre 20 et 40 ans, les femmes sont plus nombreuses, et après 40 ans ce sont les hommes (ANNEXE III). Cette même observation est faite sur les données de la DREES.

La population de notre étude est semblable à la population des MK du Grand Est au niveau de la moyenne d'âge et de la répartition par classe d'âge selon le sexe. Cependant, la répartition par classe d'âge tout sexe confondu ainsi que le ratio homme/ femme diffère. Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés avec certitude à toute la population des MK de cette région.

#### 4.2.2 Biais de l'étude

Les MK ayant répondu sont susceptibles d'être les plus intéressés par le sujet : c'est le **biais de sélection**. Celui-ci existe d'autant plus que le taux de réponse est faible (8,4%). Ainsi, la population étudiée n'est pas forcément représentative de tous les MK. Les MK n'ayant pas d'intérêt particulier pour cette pathologie ont sans doute une approche thérapeutique différente.

Il existe également un **biais de désirabilité sociale** (66, 67), malgré la garantie de l'anonymat des répondants. Ainsi, les résultats obtenus sont susceptibles d'être ceux considérés comme socialement « justes » par les MK, sans nécessairement être le parfait reflet de leur pratique professionnelle.

Enfin, il existe un troisième biais, dû au choix de l'outil. Le questionnaire, envoyé par mail, a pu être complété par plusieurs MK d'un même cabinet se concertant en même temps, les réponses pouvant être envoyées après réflexion.

#### 4.2.3 Analyse critique du questionnaire

Le questionnaire réalisé comporte certaines limites. A la question n°17 portant sur les conseils, l'intitulé des propositions peut prêter à confusion. En effet, la frontière entre les deux items « reprendre ses activités normales malgré la douleur » et « effectuer des activités dans le cadre de votre tolérance » est faible, et assez subjective. Selon les interprétations, le terme « malgré la douleur » peut être compris comme « ne jamais écouter sa douleur lors de la réalisation d'activités » ou bien « réaliser des activités qui provoquent une douleur mais ne pas aller au-delà d'un certain seuil ». Le terme « dans le cadre de votre tolérance » peut également impliquer le fait de réaliser des activités déclenchant une douleur supportable, mais peut aussi être compris comme « réaliser des activités en dessous du seuil de la douleur ». La perception de chacun est différente, et les MK ont pu comprendre les items de différentes manières. Ces nuances ont pu affecter les résultats de cette question.

Sur la précédente version du questionnaire soumise au pré-test, une question avait été posée pour demander si les MK suivaient ou non les recommandations, avec comme choix de réponse « oui » ou « non ». Mais cette question était trop faussée par le biais de désirabilité sociale, les MK répondaient plus facilement « oui », tout en nous confiant dans les commentaires que ce n'était pas le cas. La question avait donc été supprimée. D'autre part, une modification avait été apportée : un item concernant les recommandations avait été ajouté

à la question n°7 concernant l'origine des connaissances. Mais cette modification entraîne une perte de données : les MK ayant cochés l'item concerné déclarent seulement tirer des connaissances des recommandations pour la construction de leur PEC, mais cela ne nous apporte rien sur le fait qu'ils les suivent ou non. Nous ne pouvons donc pas savoir quels sont les MK qui suivent les recommandations et quels sont ceux qui ne les suivent pas.

La question n°8 concernant les raisons du non suivi des recommandations était destinée uniquement au MK ne s'inspirant pas des recommandations pour leur PEC. Cependant, certains MK s'en inspirant ont répondu à cette question, et d'autres ne s'en inspirant pas n'ont pas répondu à cette question. Seuls 152 MK ne s'inspirant pas des recommandations ont répondu à cette question, sur 166 réponses. Les consignes auraient pu être plus explicites.

Concernant les « autres moyens thérapeutiques » proposés à la question n°13, nous observons un faible taux de réponse. Il peut être dû à la longueur du questionnaire, qui a dissuadé les MK de compléter le champ prévu.

#### 4.2.4 Limites et améliorations

Notre enquête comporte des limites, que nous allons détailler dans cette partie.

Le questionnaire réalisé n'a pas la prétention d'être complet. Nous avons cherché le meilleur compromis entre un court temps de remplissage et un recueil maximal d'information. Des informations complémentaires auraient été intéressantes, notamment concernant la gestion du versant psycho-social. Par exemple, l'utilisation de questionnaires validés pour dépister les facteurs psycho-sociaux aurait pu être investiguée, tout comme l'adaptation du traitement effectué si l'un de ces facteurs était détecté. Ainsi, le questionnaire aurait pu fournir des réponses plus précises sur ce point, qui est perçu comme une difficulté par les MK.

De la même manière, des précisions concernant le refus du patient de suivre les conseils du MK auraient été utiles : sur quels points de la PEC est-il réfractaire ? Pour quelles raisons ? Nous pouvons également nous demander s'ils ont l'impression de tout mettre en œuvre pour impliquer le patient dans sa PEC. En effet, son manque d'investissement peut également venir d'un possible défaut de pédagogie du MK. Il aurait été intéressant de solliciter l'avis des MK sur ce point : se sentent-ils suffisamment formés vis-à-vis du versant relationnel de la PEC ? Sont-ils prêts à réaliser des formations complémentaires portant sur la pédagogie ?

Afin d'approfondir notre étude, il aurait également été intéressant de savoir pour quelles raisons les MK utilisent en particulier une technique de PEC, notamment celles avec de faibles niveaux de preuves. Est-ce par habitude ? Par demande du patient ? Leur expérience clinique montre elle une efficacité de ces techniques ? Notre étude ne permet pas de répondre à ces questions.

## **5. CONCLUSION**

L'objectif principal de ce mémoire était de réaliser un état des lieux de la PEC des patients LCNS en cabinet libéral. Pour cela, nous nous sommes particulièrement intéressés à la prise en compte par les thérapeutes des recommandations ou des articles de haut niveau de preuve. L'autonomisation du patient était également un point clé de notre travail et un de nos objectifs secondaires.

Les principaux points soulevés par notre étude sont les suivants. Les MK ne semblent pas accorder trop d'importance aux recommandations nationales/internationales, ni aux articles de haut niveau de preuve pour construire leur PEC. Ils se basent davantage sur leurs formations initiales et secondaires, ainsi que sur leur expérience professionnelle. Toutefois, les grandes lignes des recommandations sont respectées, notamment au niveau de la réalisation des exercices thérapeutiques. La majorité des MK font tout pour autonomiser leurs patients et augmenter leur niveau d'activité physique, en leur prodiguant des conseils, ce qui est un point essentiel de ces recommandations. Cependant, malgré leurs efforts, il semblerait que les patients ne suivent pas couramment ces conseils et qu'ils aient du mal à être acteurs de leur guérison. Cette réticence de la part du patient est davantage exprimée envers les MK de sexe féminin et les jeunes diplômés.

Ce travail a permis de soulever un deuxième problème majeur. La prise en compte du versant psychologique du patient est perçue par les MK comme une difficulté, ce qui va à l'encontre d'une PEC bio-psycho-sociale. Selon la littérature, cette difficulté serait due à une insuffisance de formation initiale ou continue sur le sujet.

Afin de remédier à ces difficultés, la formation des MK concernant la gestion du versant psychologique du patient et les interventions augmentant sa motivation pourrait davantage être développée.

Il serait intéressant de poursuivre la présente étude afin d'approfondir les deux difficultés mises en avant. Quels sont réellement les obstacles ressentis ? Les MK sont-ils prêts à faire des formations sur les deux thèmes proposés ? La prescription d'Activités Physiques Adaptées, un concept récent, peut-elle être une solution pour motiver les patients à augmenter leur niveau d'activité physique et leur permettre de se prendre en charge ?

L'étude réalisée pourrait également être reproduite dans quelques années, lorsque la réforme des études sera pérenne, pour voir l'impact de celle-ci sur les MK : axent-ils davantage leurs PEC sur les recommandations ou les articles de haut niveau de preuve ?

## **Bibliographie**

1. Andersson, GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet*. août 1999;354(9178):581-5.
2. HAS. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. mars 2019 [cited 2019 April 12]. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315\\_rapport\\_lombalgie\\_2019\\_04\\_02.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf)
3. Waddell, G. *The Back Pain Revolution*. Second Edition. Edinburg: Elsevier Science Limited; 2004. 489p. ISBN: 0-443-07227-2
4. Vos T et col. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 29 déc 2012; 380: 2163-96.
5. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J*. janv 2008; 8(1): 8-20.
6. HAS. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription. mai 2005. [cited 2018 Sept 2]. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie\\_2005\\_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf)
7. HAS. ARGUMENTAIRE Référentiel concernant la rééducation en cas de lombalgie commune. mars 2011. [cited 2019 nov 14]. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/actes\\_kine\\_lombalgies\\_-\\_argumentaire\\_v2.pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/actes_kine_lombalgies_-_argumentaire_v2.pdf.pdf)
8. Dunn KM, Croft PR. Epidemiology and natural history of low back pain. *Eur Medicophysica*. mars 2004; 40(1): 9-13.
9. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum*. mai 1998; 41(5): 778-99.
10. Smith JA, Osborn M. Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychol Health*. juill 2007; 22(5): 517-34.
11. Snelgrove S, Lioffi C. Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illn*. déc 2013;9(4):283-301.
12. Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH. Chronic low back pain: Patients' experiences, opinions and expectations for clinical management. *Disabil Rehabil*. janv 2007;29(24):1899-909.
13. Spaeth JM, Johanet G, Allemand H. Assurance-maladie, des soins de qualité pour tous. *Faits marquants:15 études*. Chapitre 2: La prise en charge des lombalgies. Assurance maladie; 2000 p. 35-42.

14. La Touche R et al. Psychological and physical factors related to disability in chronic low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 29 déc 2018;1-9.
15. O’Sullivan P. It’s time for change with the management of non-specific chronic low back pain. *Br J Sports Med.* mars 2012;46(4):224-7.
16. Kamper SJ et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2 sept 2014 [cité 8 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
17. 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.* 1 mai 2011;91(5):790-803.
18. Berquin A. The biopsychosocial model: much more than additional empathy. *Rev Med Suisse.* 11 août 2010;6(258):1511-3.
19. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Phys Ther.* 1 mai 2011;91(5):737-53.
20. HAS. Fiche mémo Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Mars 2019. [cited 2019 April 12]. Available from: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm\\_lombalgie\\_v2\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf)
21. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J.* nov 2018;27(11):2791-803.
22. Wong JJ et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *Eur J Pain.* févr 2017;21(2):201-16.
23. Côté P, Shearer H, Ameis A, Carroll L, Mior M, Nordin M and the OPTIMa Collaboration. Enabling recovery from common traffic injuries: A focus on the injured person. *UOIT-CMCC Centre for the Study of Disability Prevention and Rehabilitation;* 2015 janv.
24. Chou R et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2 oct 2007;147(7):478-91.
25. Toward Optimized Practice (TOP) Low Back Pain Working Group. Evidence-informed primary care management of low back pain: Clinical practice guideline. Edmonton: Toward Optimized Practice (TOP); 2017.
26. Van Wambeke P et al. Low back pain and radicular pain: assessment and management. *Good Clinical Practice (GCP).* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. Report No.: KCE Reports 287.

27. Drug Commission Of The German Medical Association (AkdÄ), Physicians (DEGAM) GCOGPAF, Medicine (DGAI) GSFAAIC, Surgery (DGCh) GSF, Toxicology (DGPT) GSFEACPA, Medicine (DGIM) GSFI, et al. National Disease Management Guideline 'Low back pain' – Short Version [Internet]. German Medical Association (Bundesärztekammer [BÄK]); National Association of Statutory Health Insurance Physicians (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV]); Association of Scientific Medical Societies (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF]); 2011 [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/archiv/kreuzschmerz-1aufl-vers5-short.pdf>
28. NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence; 2016 nov p. 1-18. Report No.: NG59.
29. NICE. Low back pain and sciatica in over 16s. National Institute for Health and Care Excellence; 2017 juill p. 1-23. Report No.: QS155.
30. Savigny P et al. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2009 mai.
31. The Diagnosis and Treatment of Low Back Pain Work Group. Clinical practice guideline for diagnosis and treatment of low back pain. Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2017 p. 1-110.
32. J.B. Staal, E.J.M. Hendriks, M. Heijmans, H. Kiers, A.M. Lutgers-Boomsma, G. Rutten, M.W. van Tulder, J. den Boer, R. Ostelo, J.W.H. Custers. Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with low back pain. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2013 juill.
33. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. mars 2006;15(S2):s192-300.
34. Chenot J-F, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pflingsten M, Schorr SG. Non-Specific Low Back Pain. Dtsch Arzteblatt Online [Internet]. 25 déc 2017 [cité 15 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0883>
35. Philippine Academy of Rehabilitation, Medicine. Clinical Practice Guidelines on the Diagnosis and Management of Low Back Pain. 2011.
36. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
37. Article R4321-62. Code de la Santé publique, nov 3, 2008.
38. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sports Phys Ther. avr 2012;42(4):A1-57.

39. Bussi res AE, Stewart G, Al-Zoubi F, Decina P, Descarreaux M, Haskett D, et al. Spinal Manipulative Therapy and Other Conservative Treatments for Low Back Pain: A Guideline From the Canadian Chiropractic Guideline Initiative. *J Manipulative Physiol Ther.* mai 2018;41(4):265-93.
40. Poitras S, Rossignol M, Dionne C, Tousignant M, Truchon M, Arsenault B, et al. An interdisciplinary clinical practice model for the management of low-back pain in primary care: the CLIP project. *BMC Musculoskelet Disord.* d c 2008;9(1):54.
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013 d c. Report No.: 136.
42. Dianne Liddle S, Gracey JH, David Baxter G. Advice for the management of low back pain: A systematic review of randomised controlled trials. *Man Ther.* nov 2007;12(4):310-27.
43. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 4 avr 2017;166(7):514.
44. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Noninvasive Treatments for Low Back Pain [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 [cité 9 avr 2019]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK350276/>
45. Gordon R, Bloxham S. A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare.* 25 avr 2016;4(2):22.
46. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rehabil.* d c 2015;29(12):1155-67.
47. Skelly AC, Chou R, Dettori JR, et al. Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review [Internet]. Rockville; 2018. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.bases-doc.univ-lorraine.fr/books/NBK519955/>
48. Hettinga DM, Jackson A, Moffett JK, May S, Mercer C, Woby SR. A systematic review and synthesis of higher quality evidence of the effectiveness of exercise interventions for non-specific low back pain of at least 6 weeks' duration. *Phys Ther Rev.* sept 2007;12(3):221-32.
49. Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Back and Neck Group,  diteur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 20 juill 2005 [cité 10 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000335.pub2>
50. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, et al. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. Cochrane Back and Neck Group,  diteur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 8 janv 2016 [cité 10 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012004>

51. Smith BE, Littlewood C, May S. An update of stabilisation exercises for low back pain: a systematic review with meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. déc 2014;15(1):416.
52. Stilwell P, Harman K. Contemporary biopsychosocial exercise prescription for chronic low back pain: questioning core stability programs and considering context. *J Can Chiropr Assoc*. mars 2017;61(1):6-17.
53. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 16 févr 2011 [cité 19 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008112.pub2>
54. Aoyagi K, Heller D, Hazlewood D, Sharma N, dos Santos M. Is spinal mobilization effective for low back pain?: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. févr 2019;34:51-63.
55. Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, Vernon H, Khorsan R, Suttrop Booth M, et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J*. mai 2018;18(5):866-79.
56. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 4 avr 2017;166(7):493.
57. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 1 sept 2015 [cité 10 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001929.pub3>
58. Bervoets DC, Luijsterburg PA, Alessie JJ, Buijs MJ, Verhagen AP. Massage therapy has short-term benefits for people with common musculoskeletal disorders compared to no treatment: a systematic review. *J Physiother*. juill 2015;61(3):106-16.
59. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Superficial heat or cold for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 25 janv 2006 [cité 19 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004750.pub2>
60. Khadilkar A, Odebiyi DO, Brosseau L, Wells GA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 8 oct 2008 [cité 10 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003008.pub3>
61. Resende L, Merriwether E, Rampazo ÉP, Dailey D, Embree J, Deberg J, et al. Meta-analysis of transcutaneous electrical nerve stimulation for relief of spinal pain. *Eur J Pain*. avr 2018;22(4):663-78.
62. 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*. mai 2018;43(4):425-33.
63. Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Brønfort G, et al. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database Syst Rev*

[Internet]. 19 août 2013 [cité 10 avr 2019]; Disponible sur:  
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003010.pub5>

64. van Duijvenbode I, Jellema P, van Poppel M, van Tulder MW. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 23 avr 2008 [cité 19 avr 2019]; Disponible sur:  
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001823.pub3>
65. Ministère des solidarités et de la Santé. Data. Drees études statistiques. In: Rapports publics-Professions de santé et du social-La démographie des professions de santé-La démographie des autres professions de santé-masseurs kinésithérapeutes. [2017]. Consulté le 2 septembre 2018. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
66. Javeau C. L'enquête par questionnaire: manuel a l'usage du praticien. 1992.
67. Tétreault S, Guillez P, Izard M-H, Morel M-C. Guide pratique de recherche en réadaptation. 2014.
68. Hendrick P, Mani R, Bishop A, Milosavljevic S, Schneiders AG. Therapist knowledge, adherence and use of low back pain guidelines to inform clinical decisions – A national survey of manipulative and sports physiotherapists in New Zealand. *Man Ther.* avr 2013;18(2):136-42.
69. NGAP. Nomenclature générale des Actes Professionnels restant en vigueur depuis la décision UNGAM du 11 mars 2005 [Internet]. Version 1er avril 2018. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375049/document/ngap\\_01.04.18\\_vd.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375049/document/ngap_01.04.18_vd.pdf)
70. Swinkels ICS, van den Ende CHM, van den Bosch W, Dekker J, Wimmers RH. Physiotherapy management of low back pain: does practice match the Dutch guidelines? *Aust J Physiother.* 2005;51(1):35-41.
71. Hanney WJ, Masaracchio M, Liu X, Kolber MJ. The Influence of Physical Therapy Guideline Adherence on Healthcare Utilization and Costs among Patients with Low Back Pain: A Systematic Review of the Literature. Thompson Coon J, éditeur. *PLOS ONE.* 10 juin 2016;11(6):e0156799.
72. Haskins R, Osmotherly PG, Southgate E, Rivett DA. Physiotherapists' knowledge, attitudes and practices regarding clinical prediction rules for low back pain. *Man Ther.* avr 2014;19(2):142-51.
73. Overmeer T, Linton SJ, Holmquist L, Eriksson M, Engfeldt P. Do evidence-based guidelines have an impact in primary care? A cross-sectional study of Swedish physicians and physiotherapists. *Spine.* 1 janv 2005;30(1):146-51.
74. Parr S, May S. Do musculoskeletal physiotherapists believe the NICE guidelines for the management of non-specific LBP are practical and relevant to their practice? A cross sectional survey. *Physiotherapy.* sept 2014;100(3):235-41.
75. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to Primary Care Clinician Adherence to Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies. *Clin J Pain.* sept 2016;32(9):800-16.

76. Bishop FL, Dima AL, Ngui J, Little P, Moss-Morris R, Foster NE, et al. "Lovely Pie in the Sky Plans": A Qualitative Study of Clinicians' Perspectives on Guidelines for Managing Low Back Pain in Primary Care in England. *SPINE*. déc 2015;40(23):1842-50.
77. Harting J, Rutten GM, Rutten ST, Kremers SP. A Qualitative Application of the Diffusion of Innovations Theory to Examine Determinants of Guideline Adherence Among Physical Therapists. *Phys Ther*. 1 mars 2009;89(3):221-32.
78. Côté A-M, Durand M-J, Tousignant M, Poitras S. Physiotherapists and Use of Low Back Pain Guidelines: A Qualitative Study of the Barriers and Facilitators. *J Occup Rehabil*. mars 2009;19(1):94-105.
79. Poitras S, Durand M-J, Côté A-M, Tousignant M. Guidelines on Low Back Pain Disability: Interprofessional Comparison of Use Between General Practitioners, Occupational Therapists, and Physiotherapists. *Spine*. juin 2012;37(14):1252-9.
80. 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*. avr 2015;61(2):68-76.
81. Rutten GM, Harting J, Bartholomew LK, Braspenning JC, van Dolder R, Heijmans MF, et al. Development of a theory- and evidence-based intervention to enhance implementation of physical therapy guidelines for the management of low back pain. *Arch Public Health*. déc 2014;72(1):1.
82. Bury M, Taylor D. Towards a Theory of Care Transition: From Medical Dominance to Managed Consumerism. *Soc Theory Health*. août 2008;6(3):201-19.
83. Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Chen X, Jin S, et al. Self-management program for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. janv 2017;100(1):37-49.
84. Solvang PK, Fougner M. Professional roles in physiotherapy practice: Educating for self-management, relational matching, and coaching for everyday life. *Physiother Theory Pract*. 16 nov 2016;32(8):591-602.
85. Matthews J, Hall AM, Hernon M, Murray A, Jackson B, Taylor I, et al. A brief report on the development of a theoretically-grounded intervention to promote patient autonomy and self-management of physiotherapy patients: face validity and feasibility of implementation. *BMC Health Serv Res*. déc 2015;15(1):260.
86. Alexandre NMC, Nordin M, Hiebert R, Campello M. Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. août 2002;12(2):86-94.
87. McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E. Addition of motivational interventions to exercise and traditional Physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy*. mars 2015;101(1):1-12.

88. Beinart NA, Goodchild CE, Weinman JA, Ayis S, Godfrey EL. Individual and intervention-related factors associated with adherence to home exercise in chronic low back pain: a systematic review. *Spine J.* déc 2013;13(12):1940-50.
89. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: A systematic review. *Man Ther.* juin 2010;15(3):220-8.
90. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: Focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract.* janv 2007;23(1):1-20.
91. Hay-Smith EJC, McClurg D, Frawley H, Dean SG. Exercise adherence: integrating theory, evidence and behaviour change techniques. *Physiotherapy.* mars 2016;102(1):7-9.
92. Babatunde FO, MacDermid JC, MacIntyre N. A therapist-focused knowledge translation intervention for improving patient adherence in musculoskeletal physiotherapy practice. *Arch Physiother.* déc 2017;7(1):1.
93. Cooper K, Smith BH, Hancock E. Patients' perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support. *Physiotherapy.* mars 2009;95(1):43-50.
94. Smith BH, Elliott AM. Active self-management of chronic pain in the community: *Pain.* févr 2005;113(3):249-50.
95. Young D, Callaghan M, Hunt C, Briggs M, Griffiths J. Psychologically informed approaches to chronic low back pain: Exploring musculoskeletal physiotherapists' attitudes and beliefs. *Musculoskeletal Care [Internet].* 30 janv 2019 [cité 8 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/msc.1384>
96. Sanders T, Foster NE, Bishop A, Ong BN. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2013;14(1):65.
97. Driver C, Kean B, Oprescu F, Lovell GP. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 23 oct 2017;39(22):2237-49.
98. Kawi J. Influence of self-management and self-management support on chronic low back pain patients in primary care: *J Am Assoc Nurse Pract.* déc 2014;26(12):664-73.
99. Ladeira CE. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Rev Bras Fisioter Sao Carlos Sao Paulo Braz.* juin 2011;15(3):190-9.
100. Hall A, Richmond H, Copsey 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.* 2 janv 2018;40(1):1-9.

# **ANNEXES**

## **ANNEXE I : questionnaire en format PDF**

### **Questionnaire concernant la prise en charge des patients lombalgiques chroniques**

Bonjour,

Cette enquête porte sur la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique non spécifique (LCNS) en cabinet libéral. Nous parlons donc ici uniquement des lombalgies durant depuis plus de 3 mois, sans causes tumorales, inflammatoires, traumatiques, ou infectieuses.

Nous vous rappelons que ce questionnaire est totalement anonyme. Il ne vous prendra pas plus de 5-10 minutes, et comporte 18 questions.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous allez y consacrer.

Si les résultats de mon enquête vous intéressent, ou pour tout autre renseignement, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : [sparisot2@gmail.com](mailto:sparisot2@gmail.com).

Solène Parisot, étudiante en 4ème année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Nancy.

\*Obligatoire

#### **Caractéristique des kinésithérapeutes**

**1. Quel âge avez-vous? \***

---

**2. Vous êtes: \***

*Une seule réponse possible.*

Un homme

Une femme

**3. En quelle année avez-vous eu votre Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute? \***

---

**4. Dans quel milieu exercez-vous? \***

*Une seule réponse possible.*

Rural

Urbain

## Prise en charge

LCNS: lombalgie chronique non spécifique (= lombalgie chronique commune)

PEC: prise en charge

HAS: Haute Autorité de Santé

APTA: American Physical Therapy Association

### 5. En moyenne, sur l'ensemble de votre patientèle, quel est le pourcentage de patients consultants pour Lombalgie Chronique Non Spécifique (LCNS) dans votre cabinet?

*Une seule réponse possible.*

- Je n'en prends jamais en charge
- Entre 1 et 25%
- Entre 26 et 50%
- Entre 51 et 75%
- Entre 76 et 100%

### 6. En moyenne, en combien de séances prenez-vous en charge un patient atteint de LCNS?

*Une seule réponse possible.*

- Moins de 10 séances
- Entre 10 et 20 séances
- Entre 20 et 30 séances
- Entre 30 et 40 séances
- Plus de 40 séances

### 7. D'où viennent vos connaissances sur la prise en charge (PEC) de cette pathologie ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- De votre formation initiale
- De formations spécifiques (ex : Mc Kenzie, thérapie manuelle, posturologie...)
- De votre expérience clinique
- De discussions avec d'autres professionnels
- De recherches personnelles
- De recommandations d'institutions nationales/ internationales (HAS, APTA, ...)
- Autre : \_\_\_\_\_

**Si vous avez suivi une ou plusieurs formation(s) spécifique(s), précisez-le(s):**

\_\_\_\_\_

## Prise en charge

PEC: prise en charge

**8. Si vous ne vous référez pas à des recommandations de bonne pratique d'institutions nationales ou internationales pour votre PEC, quelle en est la raison?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Vous estimez qu'elles sont obsolètes
- Vous estimez qu'elles sont incomplètes
- Vous estimez qu'elles ne correspondent pas à la réalité du terrain
- Vous ne les connaissez pas
- Autre : \_\_\_\_\_

---

## Prise en charge

LCNS: lombalgie chronique non spécifique

PEC: prise en charge

**9. Rencontrez-vous des difficultés dans la PEC de vos patients LCNS? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Gestion du versant psychologique, social ou émotionnel de la pathologie
- Sentiment d'impuissance face à la chronicité des symptômes
- Nombreuses séances avec le même patient
- Gestion de la kinésiophobie du patient (peur ou appréhension du mouvement dû à la douleur)
- Gestion du catastrophisme du patient (état d'anxiété lié à la douleur, focalisation sur les aspects négatifs de la douleur)
- Refus de vouloir mettre en pratique les conseils du kiné
- Gestion de la douleur en début de traitement
- Non
- Autre : \_\_\_\_\_

## Concernant le bilan

PEC: prise en charge

### 10. Réalisez-vous un bilan de votre patient en début de PEC? \*

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Presque toujours (sur 76 à 100% des patients LCNS)
- Souvent (sur 51 à 75%)
- Parfois (sur 26 à 50%)
- Rarement (sur 1 à 25%)
- Jamais *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 14.*

### 11. Réactualisez-vous ce bilan au cours de la PEC? \*

*Une seule réponse possible.*

- Non
- Oui, en fin de PEC
- Oui, régulièrement

### 12. Quelles évaluations figurent dans votre bilan? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- La douleur
- L'amplitude articulaire
- La force motrice
- L'environnement personnel de mon patient (facteurs psycho-sociaux/ yellow flags)
- Les troubles de la statique
- Les éventuelles contre-indications à la PEC (red flags)
- La limitation d'activité (désavantage)
- La restriction de participation (handicap)
- Autre : \_\_\_\_\_

### Concernant le traitement

PEC: prise en charge

LCNS: lombalgie chronique non spécifique (= lombalgie chronique commune)

#### 13. Quels moyens thérapeutiques utilisez-vous lors de la PEC de vos patients, et dans quelles proportions ? \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	A chaque séance	Souvent	Environ 1 séance sur 2	Rarement	Jamais	Je ne sais pas
Massages	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilisations/entretien articulaire (lombaire, pelvi-fémoral, membres inférieurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiothérapie (pack de chaud ou cryothérapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Electrothérapie antalgique (TENS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etirements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renforcement musculaire (spinaux, abdos, muscles pelvi-fémoraux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices proprioceptifs/contrôle moteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Correction posturale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tractions vertébrales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contentions lombaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Education du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exercices globaux d'endurance/travail en aérobic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre (à préciser)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Si vous utilisez d'autres moyens thérapeutiques, précisez-les:**

\_\_\_\_\_

### Concernant le traitement

#### 14. Quelle partie de la PEC vous paraît la plus importante? \*

*Une seule réponse possible.*

- Les traitements purement antalgiques
- Les exercices thérapeutiques (ex: mobilisations, étirements, renforcement)
- L'éducation du patient
- Autre : \_\_\_\_\_

**15. Donnez-vous à vos patients des exercices qu'ils peuvent réaliser à domicile ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Presque toujours (sur 75 à 100% des patients LCNS)
- Souvent (sur 50 à 75%)
- Parfois (sur 25 à 50%)
- Rarement (sur 1 à 25%)
- Jamais

**16. Parmi ces choix, le(s)quel(s) vous semble(nt) importants à mettre en œuvre dans la PEC ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Rassurer le patient concernant sa pathologie/ lui redonner confiance
- Améliorer son niveau d'activité/ le rendre acteur
- Lui apprendre l'ergonomie, les bonnes positions à adopter dans la vie courante et au travail
- Aucun de ces choix
- Autre : \_\_\_\_\_

**17. Donnez-vous souvent ces conseils à vos patients sur comment vivre avec leur pathologie au quotidien ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Privilégier un repos prolongé jusqu'à la disparition de la douleur
- Se reposer au lit que quand la douleur est forte
- Éviter de se reposer au lit autant que possible
- Ne pratiquer que des activités non douloureuses
- Effectuer des activités dans le cadre de votre tolérance
- Reprendre ses activités normales (loisirs et profession) malgré la douleur
- Retourner au travail à temps partiel
- Ne pas travailler tant que la douleur ne s'est pas atténuée
- Avoir une activité physique régulière
- Autre : \_\_\_\_\_

**18. Abordez-vous souvent l'éducation avec vos patients au travers des points suivants? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Gestion de la douleur au quotidien
- La solidité de la colonne vertébrale
- La cause spécifique de la douleur
- Le pronostic favorable de la lombalgie
- Base d'anatomie sur la colonne vertébrale
- Les explications de la perception de la douleur
- L'utilité de la bonne réalisation des exercices à domicile

**Nous vous remercions pour le temps que vous avez accordé à ce questionnaire. Avez-vous des remarques particulières?**

---

---

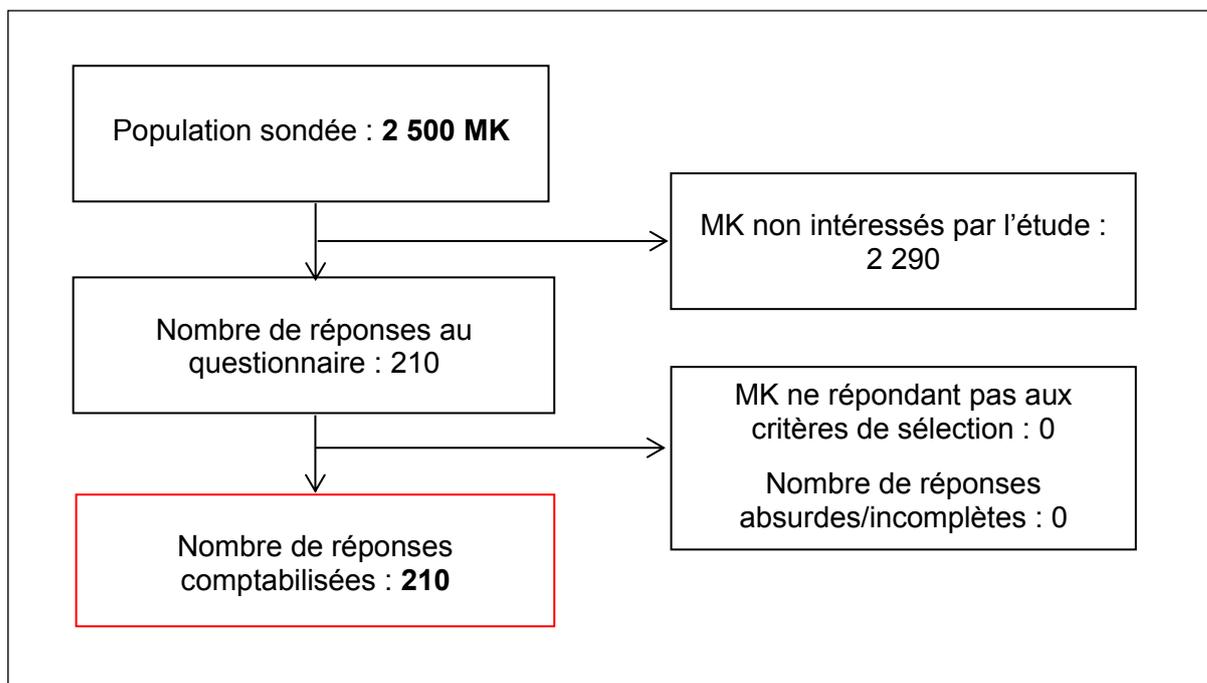
---

---

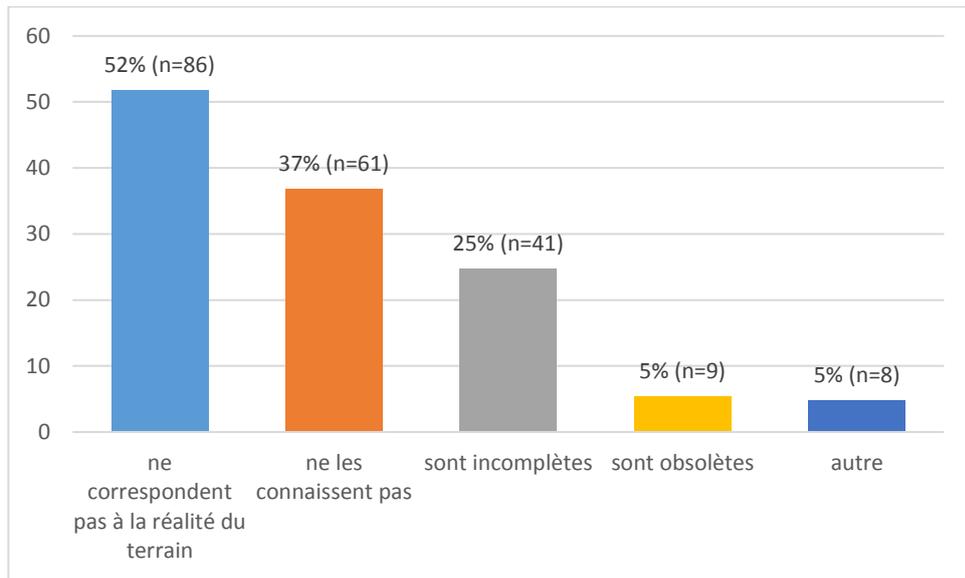
---

---

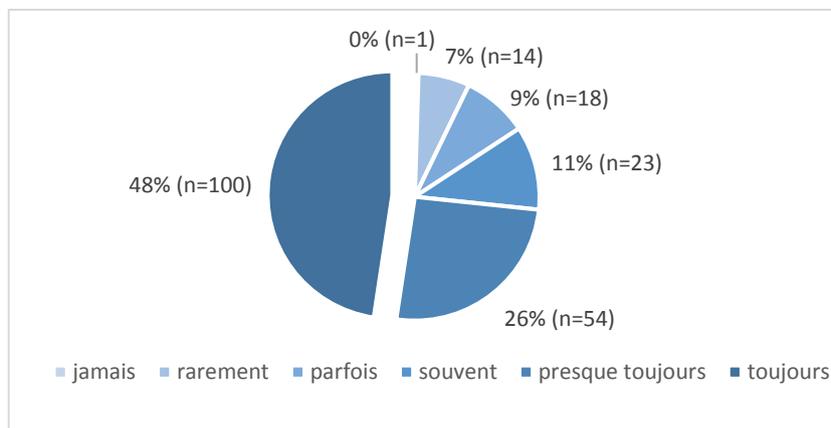
**ANNEXE II** : figures et tableaux relatifs à la présentation des résultats.



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



**Figure 2** : Histogramme présentant les raisons pour lesquelles les MK ne tiennent pas compte des recommandations pour leur prise en charge



**Figure 3** : Diagramme représentant la fréquence de réalisation d'un bilan par les MK

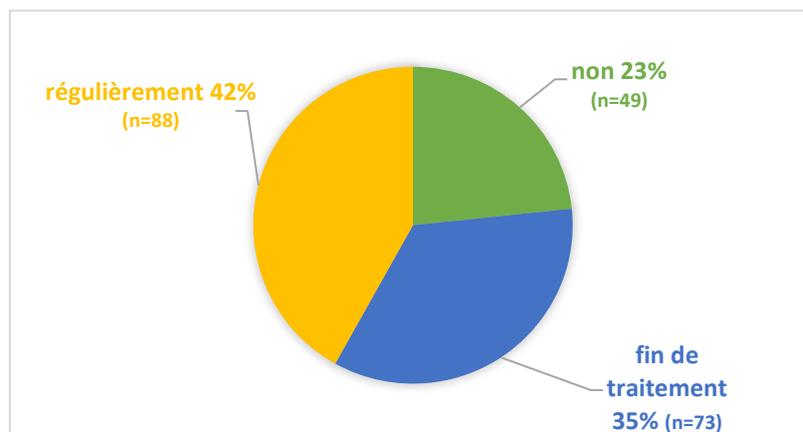
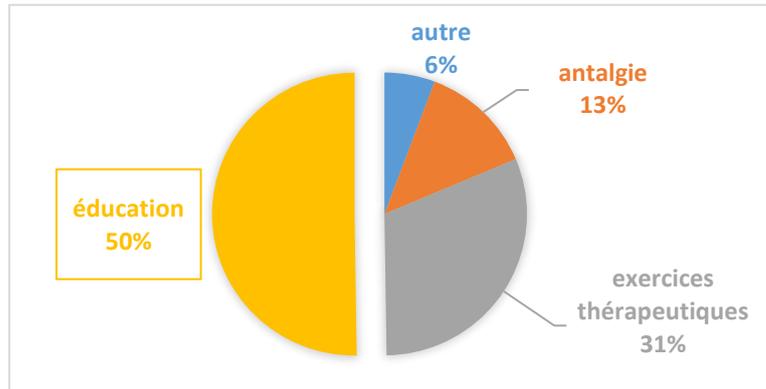


Figure 4 : Diagramme présentant la fréquence de réactualisation du bilan

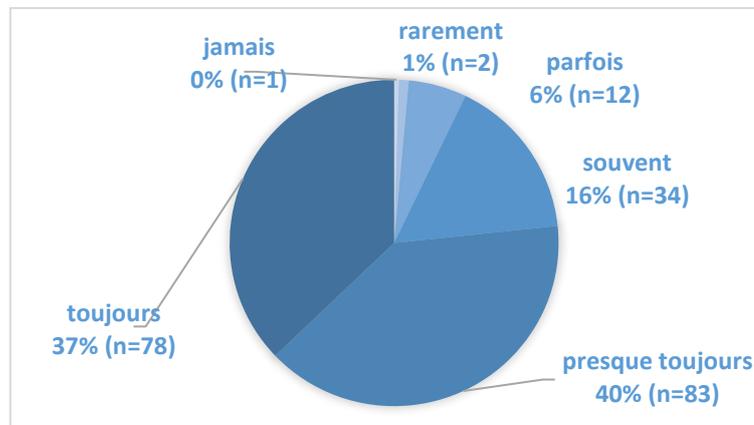
Tableau I : Tableau présentant les différences retrouvées sur les éléments du bilan selon les caractéristiques des MK

Caractéristiques des MK	Amplitude articulaire	Désavantage	Environnement	contre-indications à la PEC	force motrice	Handicap
Femmes	x	x	70%	x	x	50%
Hommes	x	x	p=0.04 57%	x	x	p<0.01 25%
MK exerçants depuis moins de 10 ans	x	81%	71%	60%	48%	51%
MK exerçants depuis plus de 10 ans	x	p=0.01 65%	p=0.05 58%	p<0.01 38%	p=0.03 34%	p<0.01 30%
MK suivants les recommandations	x	x	x	68%	x	x
MK ne les suivant pas	x	x	x	p<0.01 44%	x	x
MK formés	77%	x	x	x	x	x
MK non formés	p=0.04 64%	x	x	x	x	x

Remarque : si la différence entre les deux catégories n'est pas significative (si  $p > 0.05$ ), alors les valeurs ne sont pas indiquées.



**Figure 5 :** graphique représentant la partie de la prise en charge perçue comme la plus importante par les MK



**Figure 6 :** Graphique présentant la fréquence des exercices donnés à domicile

Tableau II : Tableau présentant les différences sur les domaines d'éducation selon les caractéristiques des MK

	Gestion de la douleur au quotidien	Solidité de la colonne	cause spécifique de la douleur	Utilité des exercices à domicile	Explication de la perception de la douleur
Femmes	72%	x	x	91%	x
Hommes	54%	x	x	72%	x
-10 ans d'exercice	x	x	47%	x	x
+ 10 ans d'exercice	x	x	34%	x	x
MK suivants les recommandations	x	51%	x	95%	x
MK ne les suivant pas	x	23%	x	80%	x
MK formés	x	33%	x	x	x
MK non formés	x	17%	x	x	x

Remarque : si la différence entre les deux catégories n'est pas significative (si  $p > 0.05$ ), alors les valeurs ne sont pas indiquées.

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

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

	29 ans[	[30-39 ans[	[40- 49 ans[	[50 59 ans[	[60 ans
Données DRESS	<b>34%</b>	<b>30%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>	<b>7%</b>
Données de notre étude	<b>21%</b>	<b>41%</b>	<b>13%</b>	<b>19%</b>	<b>5%</b>
Données DRESS pour les hommes	27%	28%	17%	16%	12%
Données de notre étude pour les hommes	13%	35%	17%	26%	9%
Données DRESS pour les femmes	41%	32%	12%	12%	3%
Données de notre étude pour les femmes	27%	46%	10%	14%	3%

## **RÉSUMÉ/ ABSTRACT :**

### **Lombalgie chronique non spécifique : état des lieux de la prise en charge masso-kinésithérapique en cabinet libéral**

**Introduction :** la lombalgie chronique non spécifique est une affection répandue. Elle engendre d'importantes souffrances personnelles chez les patients et induit des pertes économiques considérables. De nombreuses recommandations existent pour guider la prise en charge (PEC) de ces patients. La kinésithérapie est couramment prescrite. Il est actuellement conseillé de prendre en compte l'environnement psychosocial du patient et de l'impliquer dans la PEC. Mais quelle est aujourd'hui l'approche thérapeutique des masseurs-kinésithérapeutes (MK) pour ces patients ?

**Matériel et Méthode :** nous avons réalisé une enquête par questionnaire auprès des MK libéraux du Grand Est afin d'établir un état des lieux de cette PEC.

**Résultats :** à l'aide de nos 210 réponses, nous observons que la majorité des MK articule leur PEC autour de la réalisation d'exercices thérapeutiques (~80%), de massages (89%), et de l'autonomisation du patient. En effet, ils sont nombreux à leur prodiguer des conseils et à les éduquer (92%). Pourtant, la grande majorité d'entre-eux (81%) se heurte à des difficultés, notamment le refus du patient de mettre en œuvre leurs conseils (51%) et la gestion du versant psycho-social de la maladie (49%).

**Discussion :** les MK suivent en grande partie les recommandations sans pour autant s'y référer intentionnellement. Les difficultés qu'ils rencontrent sont également mises en avant dans la littérature où des solutions émergent. Une plus grande importance pourrait être accordée à la gestion du versant psycho-social dans les formations initiales et complémentaires des MK. De la même manière, les interventions de motivation pourraient être abordées dans ces formations.

**Conclusion :** malgré leur souhait d'autonomiser le patient et de le rendre acteur de sa PEC, certains MK sont confrontés à un manque de coopération de celui-ci. Le manque de prise en compte du versant psychosocial de la pathologie pourrait en être une explication. En effet, la détresse psychologique engendrée peut compromettre sa volonté de se prendre en main. Il est essentiel de trouver des solutions afin de remédier au fort impact personnel et sociétal de cette pathologie.

**Mots clés :** « lombalgie chronique non spécifique », « masso-kinésithérapie », « état des lieux », « recommandations », « autonomisation du patient »

---

### **Nonspecific chronic low back pain: survey of physiotherapy care in private practice**

**Introduction:** Chronic nonspecific low back pain is a widespread condition. It causes significant personal suffering for patients and leads to considerable economic losses. Many guidelines exist to guide the management of these patients. Physiotherapy is commonly prescribed. It is currently recommended to take into account the patients' psychosocial environment and to involve them in the care. But what is the therapeutic approach of physiotherapists for these patients today?

**Material and Method:** we carried out a questionnaire survey of the liberal physiotherapists of the Grand Est region (France) to make an overview of their care methods.

**Results:** using our 210 responses, we observe that the majority of physiotherapists articulate their care around the realization of therapeutic exercises (~80%), massages (89%), and patient empowerment. Many of them provide advice and educate them (92%). However, the vast majority of them (81%) face difficulties, notably the patient's refusal to implement their advice (51%) and the management of the psychosocial side of the disease (49%).

**Discussion:** physiotherapist largely follow the recommendations without referring to them intentionally. The difficulties they encounter are also highlighted in the literature where solutions emerge. Greater importance could be given to the management of the psycho-social aspect in initial and complementary physiotherapist training. In the same way, motivational interventions could be addressed in these trainings.

**Conclusion:** despite their desire to empower the patients and to make them actor of their care, some physiotherapists are confronted to a lack of cooperation from them. The lack of consideration of the psychosocial side of the pathology could be an explanation. Indeed, the psychological distress engendered can compromise his will to take charge of himself. It is essential to find solutions to address the strong personal and societal impact of this pathology.

**Key words:** "chronic non-specific low back pain", "physiotherapy", "survey", "recommendations", "patient empowerment"