HAL
open science

Les croyances au sein des programmes de restauration fonctionnelle du rachis

Caroline Khuner

To cite this version:

Caroline Khuner. Les croyances au sein des programmes de restauration fonctionnelle du rachis. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269170

HAL Id: dumas-02269170

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269170v1

Submitted on 22 Aug 2019

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

FORMATION ERGOTHÉRAPIE

Caroline KUHNER

UE5.6S6 : Mémoire d'initiation à la recherche

16 mai 2019

Les croyances au sein des programmes de restauration fonctionnelle du rachis

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie et de SCHAPIRO Nathalie

Diplôme d'état d'ergothérapie

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement,

Ma référente professionnelle Nathalie SCHAPIRO, pour sa disponibilité, son partage d'expérience et son soutien tout au long de ce travail.

Ma référente de méthodologie Sophie ALBUQUERQUE, pour ses conseils avisés et son accompagnement constant.

Tous les formateurs de la formation en ergothérapie pour leur accompagnement durant ses trois belles années.

Toutes les personnes qui ont répondu à mes questions pour la construction de cette étude.

Et enfin tous mes proches qui m'ont rassurée et motivée quotidiennement.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION 1

1.1 Le contexte 1

1.1.1 Emergence du thème 1

1.2 Le thème général 2

1.2.1 Définition de la lombalgie chronique 3

1.3 Les enjeux 4

1.3.1 Conséquences humaines 4

1.3.2 Enjeux du secteur sanitaire, social et économique 4

1.3.3 Enjeux pour la pratique professionnelle en ergothérapie 5

1.4 Prise en soin 6

1.4.1 Modèle biopsychosocial 6

1.4.2 La restauration fonctionnelle du rachis 7

1.4.3 Le syndrome de déconditionnement 8

1.5 Revue de littérature 9

1.6 Enquête exploratoire 13

1.7 Questionnement 21

1.8 Cadre de référence 22

1.8.1 Thérapies cognitivo- comportementales 22

1.8.2 Croyances 23

1.8.3 Réactivation physique 25

1.9 Question et objet de recherche 27

2. MATERIEL ET METHODE 28

2.1 Choix de la méthode de recherche 28

2.2 Choix de la population : critères d'inclusions et d'exclusions 29

2.3 Choix de l'outil théorisé de recueil de données 29

2.4 Construction de l'entretien 30

2.5 Biais de l'entretien et stratégies d'atténuation 32

2.6 Test du dispositif 32

2.7 Déroulement de l'enquête 32

2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données 33

3. Résultats 33

3.1 Les croyances ancrées autour de la douleur et du mouvement observées par les ergothérapeutes 34

3.2 Les deux comportements principaux observés par les ergothérapeutes 36

3.3 Moyens apportés par les ergothérapeutes face aux croyances 37

3.4 Les facteurs d'influences analysés par les ergothérapeutes sur les croyances des patients et leur rééducation : 38

4. Discussion des données 40

4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponse 40

4.2 Critiques du dispositif de recherche 43

4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle 43

4.4 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle 44

4.5 Perspectives de recherche à partir des résultats et ouverture vers une nouvelle question de recherche : 44

BIBLIOGRAPHIE 45

ANNEXES 48

Annexe 1 : bilans inclus au programme de restauration fonctionnelle du rachis 48

Annexe 2 : méthodologie de la revue de littérature 66

Annexe 3 : questionnaire 70

Annexe 4 : résultats du questionnaire 71

Annexe 4.1 : première question 71

Annexe 4.2 : deuxième question 72

Annexe 4.3 : troisième question 72

Annexe 4.4 : quatrième question 73
Annexe 4.5 : cinquième question 74
Annexe 4.6 : sixième question 74
Annexe 4.7 : septième question 75
Annexe 4.8 : huitième question 76
Annexe 4.9 : neuvième question 77
Annexe 5 : les 7 fausses croyances (« mythes ») décrites par Deyo 78
Annexe 6 : matrice conceptuelle 79
Annexe 7 : guide d'entretien 82
Annexe 8 : retranscription des entretiens 84
Annexe 8.1 : premier entretien 84
Annexe 8.2 : deuxième entretien 92
Annexe 8.3 : troisième entretien 99
Annexe 9 : analyse thématique sous forme de tableaux 109

1.Introduction

1.1 Le contexte

1.1.1Emergence du thème

Lors de mon troisième stage en ergothérapie, en centre de rééducation fonctionnelle, j'ai pu prendre en soin des personnes opérées depuis deux à trois semaines du rachis. Le but des séances en ergothérapie était d'expliquer les mouvements contre-indiqués. Il s'agissait de transmettre les bons gestes à réaliser durant les activités de la vie quotidienne afin de protéger le dos en réalisant un verrouillage lombaire. Ce type de prise en charge est présenté comme étant des séances « d'école du dos ».

L'école du dos est une méthode qui a été développée en 1969 reposant sur un enseignement éducatif accompagné d'informations majoritairement théoriques et parfois pratiques(1).

De plus, je suivais un groupe de six personnes tous les après-midis pendant trente minutes en ergothérapie. Ce groupe était constitué de personnes souffrant principalement de lombalgie chronique ayant subi une opération du rachis ou non. Leur pathologie impactait fortement sur toutes les activités nécessitant une mobilisation du corps dans la vie quotidienne et professionnelle jusqu'à les empêcher de vivre pleinement. Ces personnes suivaient un programme qui a été inspiré et adapté à partir d'une rééducation particulière nommée restauration fonctionnelle du rachis (RFR).

Dans le cas de personnes opérées, elles pouvaient intégrer ce programme seulement six mois après leur opération. Nous prenons aussi en compte que la plupart de ces personnes ont suivi les prises en charge post opératoires d'école du dos évoquées plus haut. Lors de ces séances, à la suite de leur opération, il s'agissait donc d'apprendre à protéger leur dos de façon à ne pas exercer de torsions sur le rachis en le gardant le plus droit possible. Et c'est malgré des douleurs persistantes et d'autres critères d'inclusions bien précis qu'ils peuvent intégrer le groupe de type restauration fonctionnelle du rachis au centre.

Dans ce centre, ce programme est réalisé en six semaines tous les après-midi du lundi au vendredi pendant trois heures. Tout au long de ces semaines les patients suivent des séances d'activités physique adaptées, de kinésithérapies, d'ergothérapies, de balnéothérapie accompagnées de quelques séances de relaxation et d'automassages. Lors de ces séances, on leur apprend à redynamiser leur dos. Ils réapprennent à enrouler leur dos, effectuer des torsions, porter des charges au fur et à mesure des séances adaptées, graduées en fonction des personnes.

Ce programme se concentre principalement sur trois paramètres tout en prenant en compte la globalité de la personne et ne se contentant pas de supprimer séparément un symptôme(1):

- La reprise du travail
- La douleur
- Le vécu physique et psychologique de la personne.

En découvrant cette technique, il m'est venu de la comparer à celle de l'école du dos que j'effectuais auparavant et actuellement pendant le stage en individuel.

Par la suite, plusieurs interrogations sont survenues :

Pourquoi ce groupe de personne suivait-il un programme de redynamisation du rachis et pas d'école du dos comme ceux en individuel ou autre ? Pourquoi cette différence de prise en charge ? Un programme de type restructuration fonctionnelle du rachis est -il plus efficace que d'autres ? Pour quelles raisons ?

Au départ et à la fin du programme, les personnes sont filmées en train de réaliser une série d'exercices pour que celles-ci puissent voir par elles même leur évolution. Mon intérêt pour cette technique m'a permis d'avoir accès aux anciens résultats retranscrit en vidéo et de suivre le groupe actuel qui venait de commencer. Sur ces vidéos, j'ai pu voir une succession d'évolutions des performances des individus pris en soins en remarquant des visages plus détendu et souriant en fin de programme.

1.2 Le thème général

La lombalgie, aussi dite douleur lombaire est « un symptôme extrêmement fréquent caractérisé par des douleurs au niveau de la partie basse du dos » (2).
Il existe deux types de lombalgies (3):

- Les **lombalgies dues à une maladie ou symptomatique**. Exceptionnellement, la lombalgie peut être secondaire à une pathologie. Dans ce cas, plusieurs situations sont à vérifier. Elles sont elles-mêmes répertoriés dans une liste nommée les « drapeaux rouges ».
- Les **lombalgies dites communes**, sont diagnostiqués dans plus de quatre-vingt-dix pour-cent des cas.

Les lombalgies communes varient en fonction de leur durée (2) :

- Une douleur est dite **aigue**, lorsqu'elle subsiste entre quatre et six semaines. Dans ce cas, quatre-vingt-dix pour-cent des personnes guérissent en quelques jours et reprennent le travail dans le mois. Toutefois, plus d'un quart des patients récidivent.
- Une douleur est dite **subaiguë** quand la durée de l'épisode douloureux est comprise entre six et douze semaines. C'est une période charnière pour trois pour-cent des patients, la douleur va soit se guérir normalement, soit devenir chronique. Ce risque de chronicité est ici évalué par des situations répertoriées dans « les drapeaux jaunes ».
- Et une douleur est dite **chronique** au-delà de trois mois.

1.2.1Définition de la lombalgie chronique

Selon la Haute Autorité de Santé(4), une lombalgie chronique chez l'adulte est définie par une douleur aigue en région lombaire évoluant depuis plus de trois mois. Cette douleur peut se compléter par une irradiation de la fesse, de la crête iliaque, ou de la cuisse, mais ne dépasse que rarement le genou.

La haute autorité de santé a aussi proposé une nouvelle définition de la lombalgie chronique en la différenciant selon plusieurs paramètres :

- La **lombalgie non dégénérative** autrefois appelée lombalgie spécifique ou lombalgie secondaire est principalement symptomatique. Dans ce cas-là elle peut donc être liée à plusieurs causes qui peuvent être traumatique, tumorale, infectieuse ou inflammatoire.

- La **lombalgie dégénérative** dont l'origine peut être associée à : une cause disco génique ou facettaire ou mixte, une cause ligamentaire, une cause musculaire, ou bien une cause liée à un trouble régional ou global de la statique rachidienne.

- La **lombalgie sans relations retenues,** mais avec lésions anatomiques.

Le thème se concentrera sur des personnes souffrant de lombalgie sans relations retenues et non dégénératives afin d'imaginer une partie de la population pour qui la douleur survenue n'est pas un effet secondaire à une pathologie.

1.3 Les enjeux

Le mal de dos est un symptôme très fréquent et son évolution peut être très différente d'une personne à une autre. De plus, cette pathologie a un fort retentissement dans la vie de la personne, c'est pourquoi sa prise en soin est devenue en enjeu majeur dans notre société.

1.3.1 *Conséquences humaines*

Les trois-quarts de la population entre vingt et quatre-vingt-dix ans auront des douleurs lombaires durant leur vie. Cela signifie que la prévalence de la lombalgie dans la population adulte sur une vie entière varie selon les études de soixante-six à soixante-quinze pour cent. Bien que, quatre-vingt-dix pour cent des lombalgies guérissent en moins d'un mois sans recours médical(5) , elles récidivent entre soixante à quatre-vingt-cinq pour-cent des cas pour les mois qui suivent l'épisode(2). Par ailleurs, dix à vingt-trois pour cent des lombalgies évoluent vers la chronicité.

La lombalgie chronique représente donc un enjeu majeur de santé publique en raison des répercussions sur la qualité de vie des personnes.

Dans le domaine des maux de dos, il existe des indicateurs de risques faisant parti des drapeaux jaunes. Ils regroupent les facteurs psychologiques et sociaux indiquant une chronicisation avec des obstacles possible lors du rétablissement (6) :

- Anxiété, dépression, isolement social
- Représentations du mal de dos pouvant entrainer un handicap majeur ou un danger pour la santé
- Comportement douloureux d'évitement induisant une baisse d'activité
- Activité professionnelle problématique

1.3.2. Enjeux du secteur sanitaire, social et économique

La lombalgie aiguë représente le deuxième motif de consultation et la lombalgie chronique le huitième(2).

Selon l'INRS[1], plus de deux salariés sur trois ont ou auront une lombalgie et une lombalgie sur cinq entraine un arrêt de travail(7).

Les lombalgies représentent vingt pour cent des accidents du travail et sept pour cent des maladies professionnelles en sachant que près de la moitié des accidents du travail sont survenus

[1] INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

lors de port de charges. Les manutentionnaires, conducteurs d'engins, travailleurs de force et/ou exposé à des postures contraignantes sont cependant confrontés à des répercussions plus importantes en termes de nombre et de durée des arrêts du travail.

Les arrêts de travail délivrés en cas de lombalgies durent en moyenne deux mois. Ce chiffre a triplé en 40 ans. Les arrêts de travail dus aux lombalgies et reconnus en maladies professionnelles durent un an en moyenne. Leurs coûts s'élèvent aux alentours des quarante-quatre mille euros. Ainsi, chaque année près de 11,5 millions de journées de travail sont perdues. Les lombalgies représentent donc trente pour cent des arrêts de plus de six mois et la troisième cause d'invalidité pour le régime général. Au total, les lombalgies en lien avec le travail représentent, pour la branche accident du travail/ maladies professionnelles, un coût de plus d'un milliard d'euros par an pour l'assurance maladie(3), dont cinq cent quatre-vingt millions d'euros pour les arrêts de travail, soit l'équivalent du coût de l'ensemble des autres troubles musculosquelettiques(7).

Selon une enquête européenne de l'INRS sur les conditions de travail (Eurofound[2] en 2010), quarante-sept pour cent des travailleurs européens disent avoir souffert du dos au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Chez les salariés de moins de quarante-cinq ans, les lombalgies chroniques représentent la première cause d'inaptitude médicale.

Dans certains pays, l'évaluation des coûts économiques et sociaux est proche d'un pourcent du produit intérieur brut à la suite des arrêts de travail et aux handicaps consécutifs aux lombalgies qui en sont les principales raisons.
Dans tous les pays industrialisés, les dépenses associées aux lombalgies représentent un enjeu économique. Les dépenses qui en découlent, incluent des coûts directs (traitements, visites médicales, hospitalisations) et indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de productivité). Ces dépenses sont générées à quatre-vingt-cinq pour cent par les lombalgies chroniques, ce qui ne concerne que sept pour cent des patients (7).

1.3.3 Enjeux pour la pratique professionnelle en ergothérapie

On peut établir plusieurs objectifs pour la pratique professionnelle. Tout d'abord en intervenant auprès des salariés en prévention primaire avant la survenu de la maladie afin d'éviter les arrêts de travail. Puis en prévention secondaire s'adressant au sujet ayant un passé de rachialgies afin de diminuer les symptômes, les incapacités fonctionnelles, prévenir la récidive et éviter la

[2] Eurofound : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

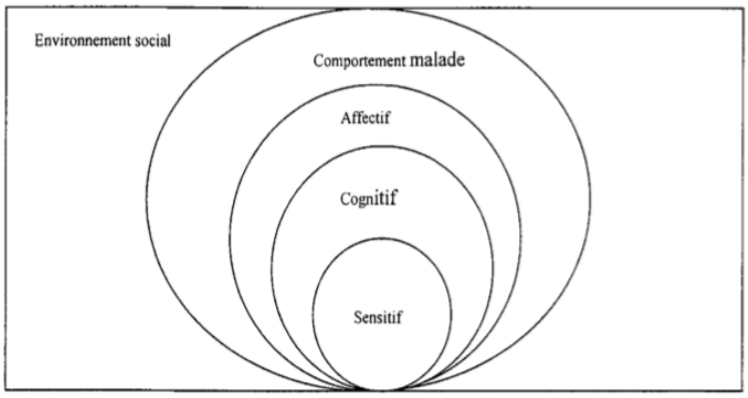
chronicité. De plus, l'enjeu ici pour l'ergothérapeute, serait d'intervenir en prévention tertiaire pour bloquer l'aggravation de la symptomatologie et permettre la réintégration des personnes à la vie professionnelle et sociale. Ainsi, la finalité est de structurer une démarche de soins adaptée en nous intéressant de plus près aux programmes développés autour de la réinsertion dans les activités de la vie quotidienne, dont celles de la vie professionnelle et sociale.

1.4 Prise en soin

1.4.1Modèle biopsychosocial

Les personnes lombalgiques chroniques ont des répercussions sur leur vie quotidienne comme dans toutes les maladies chroniques. On outrepasse alors le modèle biomédical qui est une vision plutôt structurale et fonctionnelle pour s'intéresser à la participation du patient et ses activités dans son environnement. C'est un modèle proposé par Engel en 1977 où il s'agit d'un élargissement du modèle biomédical en envisageant de façon simultanée les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux(8).

Un docteur en médecine rhumatologie met en évidence lors de sa thèse en 2013 que l'approche thérapeutique multidisciplinaire et globale de la lombalgie est indispensable lors de la prise en soin pour lutter contre le syndrome de déconditionnement en se basant sur le modèle bio-psycho-social de Waddell(9).



Modèle biopsychosocial de la douleur chronique et de l'incapacité de Waddell en 1993 (10)

De là, sont nés les différents programmes de rééducation du rachis tel que la restauration fonctionnelle du rachis qui prend en compte l'aspect physique avec réentrainement à l'effort, socioprofessionnel et comportementaliste(9).

1.4.1 La restauration fonctionnelle du rachis

La « restauration fonctionnelle du rachis » est un concept développé par le Docteur Tom Mayer en 1982 à Dallas (1). Il a été introduit en France par le centre Espoir à Lille en 1989 (11).

C'est un programme de réentrainement à l'effort de cinq semaines pour des groupes de quatre à huit personnes qui vise à lutter contre le déconditionnement physique, psychique et social lié à la lombalgie chronique**.** La réalisation de ce type de programme ne peut se faire qu'en secteur hospitalier en raison de la lourdeur logistique qu'il contient. C'est une prise en charge multidisciplinaire qui se compose principalement de : médecins de physique et de réadaptation, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux, diététiciens et médecins du travail.

Pour pouvoir intégrer un programme de ce type, quelques modalités en amont sont nécessaires. Tout d'abord, un médecin généraliste, spécialiste ou de travail prescrit une consultation en centre hospitalier disposant ce programme. Ensuite, une évaluation clinique se réalise lors de la consultation avec des critères d'inclusions et d'exclusions. S'il y a retentissement physique sans déconditionnement ou d'autres critères défavorables, une kinésithérapie libérale dynamique est recommandée. Si les critères sont favorables, la personne est retenue pour intégrer le programme mis en place par le service(1).

Le point clé de ce programme est avant tout d'éduquer le patient pour qu'il soit :

- Apte à gérer son stress pour diminuer les inquiétudes sur les risques comme la finalité d'être en fauteuil roulant.

- Moins gêné et plus actif.

- Moins dépendant du système de soins.

Ici les conseils d'économies rachidiennes sont exclusivement recommandés pour le port de charges lourdes sinon il y a risque de rétraction et perte de fonction des muscles dans l'idée d'agir sur un compromis entre la mobilité, la stabilité et l'endurance. Pourquoi ce compromis ?

- Le disque se nourrit du mouvement.

- Les courbures servent à la résistance et aux mouvements du corps.

- Le dos est le moteur de la marche.

- Le système de stabilité inter segmentaire doit être entretenu.

A travers un programme bien précis de séances avec les différents professionnels de santé, les objectifs sont d'assouplir, muscler et coordonner le corps tout en ayant de l'endurance afin de favoriser le reconditionnement physique en associant une réhabilitation sociale et professionnelle. Le patient est éduqué afin de l'aider à changer d'attitude face à la douleur, il se prend en charge petit à petit tout seul pour éviter les antalgiques en premier recours. C'est une rééducation de groupe intensive et active qui prend en charge les personnes dans leur globalité. Leur progression est généralement commune dans une ambiance de groupe dynamique.

Pour évaluer la progression des patients, plusieurs bilans et évaluations sont effectués au début, en cours et à la fin du programme (Cf annexe 1).

1.4.2 Le syndrome de déconditionnement

L'idée du syndrome de déconditionnement a aussi été définie par Tom Mayer afin de caractériser l'état chronique de la personne souffrant de lombalgie.

L'accumulation de plusieurs facteurs se répercutant sur le potentiel fonctionnel d'un individu caractérise le syndrome de déconditionnement (1):

- La personne est immobilisée par sa douleur et son traitement traduisant une raideur globale.
- La personne perd toute activité fonctionnelle en ce qui concerne principalement la perte de capacité de travail ou de loisir.
- Des lésions de tissus mous peuvent survenir accidentellement ou chirurgicalement à la suite de perte de force et d'endurance musculaire.
- La personne se retrouve dans des « pièges du vécu douloureux conditionné par les difficultés » (1) liées à l'histoire de la maladie.

La peur de se faire mal et l'incapacité fonctionnelle dirigent alors la personne.

Sur le plan physique, il existe tout d'abord une perte des capacités musculaires et de la flexibilité. Puis, sur le plan fonctionnel, la personne perd toute capacité gestuelle en lien avec le retentissement physique mais aussi psychique, social et professionnel. Après quatre à six mois d'inactivité, surviennent le déconditionnement ainsi que le retentissement psychologique et social avec augmentation des risques de dépression, d'anxiété et d'hypo mobilité avec rétraction musculaire.

1.5 Revue de littérature

Dans cette partie, nous allons établir un état des lieux de la recherche, des savoirs et des pratiques professionnelles concernant le programme de restauration fonctionnelle du rachis en effectuant des recherches scientifiques (Cf annexe 2).

Ce programme est-il vraiment efficace pour tout niveau de douleur ? L'évolution est positive pour tout type de douleur ?

Tout d'abord, l'article *« Functional restoration of the spine: effect of initial pain level on the performance of subjects with chronic low back pain »* (2014)(12) nous aide à démontrer que ce programme de restauration fonctionnelle du rachis peut convenir pour tout type de douleur, car les différences de douleurs qu'il pouvait y avoir entre les sujets en début de programme s'effacent en fin de programme. Ensuite, l'article *« effet d'un programme de restauration fonctionnelle du rachis chez des militaires lombalgiques chroniques »* (2015)(13) expose l'efficacité de ce programme et l'amélioration significative des paramètres fonctionnels ainsi que de la qualité de vie des personnes. Soixante-quinze pour-cent des militaires à la fin de l'étude sont jugés apte à reprendre le travail.

Par la suite, on peut se demander ce qu'il en ait pour les trente-cinq pour-cent restant et si les progrès acquis tout au long du programme pourront être bénéfique à court ainsi qu'à long terme.

C'est avec, l'article nommé *« Efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgie chronique : étude prospective sur un an »* (2010) (14), que l'on peut voir que ce programme de restauration fonctionnelle du rachis a permis pour deux patients sur trois de retrouver une qualité de vie meilleure ainsi que la possibilité de reprendre le travail et de rester en activité professionnelle un an après le programme. Les patients n'ayant pas repris le travail étaient les plus âgés et/ou avaient les scores des bilans les plus perturbés. L'étude remet en question ce programme pour les lombalgies les plus invalidantes et conseille une prise en charge le plus tôt possible, dès trois mois d'évolution. À la suite de ces résultats, nous pouvons nous concentrer sur l'existence d'un lien entre l'âge et les résultats des programmes de restauration fonctionnelle du rachis avec l'article *« Effet de l'âge sur les résultats de la réadaptation tertiaire pour les troubles rachidiens invalidants chroniques »* (2001) (15). Cette étude nous démontre que l'incapacité avant le traitement est liée avec l'âge et plus une personne est jeune plus elle aura de chance de retrouver du travail après le programme. Ainsi, le premier groupe étant le

plus jeune a eu cent pour cent de réussite contre soixante-neuf pour-cent dans le groupe le plus âgé (en moyenne 59 ans).

Et enfin, l'article *« Devenir des lombalgiques chroniques à distance d'une restauration fonctionnelle du rachis : à 3 et 42 mois »* (2016)(16) présente l'efficacité au long terme en termes de qualité de vie, capacités fonctionnelles et croyances des patients. Cette étude témoigne que le retour au travail est effectif et que les gains persistent de trois à quarante-deux mois et même au-delà mais à moindres mesures à cause des peurs et des croyances qui refont surfacent lors des activités physiques. De plus, cette étude a montré « sa supériorité parmi les thérapeutiques proposées aux lombalgiques » ce qui prouverait une meilleure efficacité par rapport à l'école du dos. D'après les recommandations de l'ANAES[3], l'école du dos ne comportant qu'un programme d'éducation n'a pas démontré d'efficacité. Toutefois en ajoutant des exercices physiques au programme, à court terme, une efficacité antalgique a été démontré (17). Enfin, une autre étude aux Etats-Unis « *Effects of functional restoration versus 3 hours per week physical therapy: a randomized controlled study » (2004)* (18) a démontré l'efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle du rachis particulièrement pour le retour au travail en comparant le programme à trois heures de kinésithérapie par jour pendant cinq semaines. Cependant les résultats des essais randomisés en Europe et au Canada sont moins favorables.

Pourquoi les peurs et croyances restent ancré et/ou refont surfaces avec le temps ? Est-ce néfaste pour la personne ? Manque-t-il quelque chose dans la prise en charge ?

Il a été prouvé que le repos pouvait nuire aux patients souffrant de maux de dos dans une étude nommé *« physical deconditioning in chronic low back pain »* (2009) (19). Chez les patients souffrant de douleurs lombalgiques chroniques, une hypothèse a été émise selon laquelle une diminution progressive de l'activité physique aurait un impact négatif sur la capacité aérobie maximale, créant ainsi un cercle vicieux dans lequel l'inactivité conduirait à un déconditionnement encore plus important et à une plus grande inactivité. La VO2max est le volume maximal d'oxygène qu'un sujet humain peut consommer par unité de temps lors d'un exercice dynamique aérobie maximal. Si elle devient trop faible, cela peut devenir dangereux pour la personne et causer des insuffisances cardiaques et/ou respiratoires. Une enquête a donc été mise en place où les capacités d'un sujet sain mais sédentaire ont été comparées à celles d'une personne déconditionnée. Les résultats montrent que le niveau de forme physique d'une

[3] ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

personne déconditionnée devient plus faible et donc plus dangereux qu'une personne sédentaire. Ainsi, l'évitement d'activités entrainant un processus de déconditionnement chez les personnes souffrant de lombalgie chronique est donc à prendre au sérieux.

Dans l'article « educational self-care objectives within a functional spine restoration program. Retrospective study of 104 patients. » (2016) (20), des chercheurs en médecine physique et de réadaptation ont mis en place un programme de restauration fonctionnelle du rachis pour personnes lombalgiques chroniques intégrant des séances d'auto-soins tout en utilisant le modèle bio psychosocial. Les objectifs éducatifs du programme étaient d'exposer progressivement le patient à des activités et des mouvements précédemment évités, associés à une formation cognitive sur les craintes et les croyances; renforcer les comportements adaptés, en mettant l'accent sur les attitudes préventives, travailler sur des composantes émotionnelles et améliorer le sentiment d'auto-efficacité du patient; acquérir des compétences en autogestion pour faire face à une maladie chronique (gestion de la douleur); et de renforcer l'acceptation de la douleur chronique. Pour quatre-vingt-dix pour-cent des patients à six mois, les objectifs éducatifs ou d'apprentissage ont été atteint. Ce programme a pu induire plusieurs changements de comportement comme la diminution de consommation d'analgésique (quarante pour cent à six mois contre quatre-vingt-six pour-cent des patients avant le programme), la pratique régulière d'exercices d'auto-réhabilitation et d'une activité sportive ainsi que la reprise du travail. Il a pu aussi modifier les croyances de peur et d'évitements dans l'activité physique. Ces avantages n'ont pas pu être montrés dans d'autres études en amont similaires sur le programme de restauration fonctionnelle du rachis. Cette différence pourrait s'expliquer par l'approche bio psychosociale avec des travaux spécifiques sur les croyances des activités professionnelles. De plus, une autre dimension est apportée par l'auto-soin, car les objectifs sont définis avec les patients et sont réévalués pendant le suivi et à la fin du programme pour leur permettre de progresser à leur propre rythme. Toutefois, plusieurs obstacles sont présents pour la réalisation d'activité physique. Ils peuvent être physiques, psychologiques, environnementaux et/ou socioprofessionnels. Cette étude souligne l'impact de l'information que les patients reçoivent sur leurs comportements.

L'utilisation du modèle biopsychosocial associant les thérapies cognitivo- comportementales peuvent donc aider à résoudre les multiples problématiques des patients, à avoir une meilleure compréhension de leur douleur chronique et acquérir des qualifications d'adaptation grâce à l'auto-soin. L'effet positif des composantes éducatives mise en place sont par ailleurs

indissociables du programme de restauration fonctionnelle et du traitement cognitivo-comportemental.

- Synthèse

- Le programme de restauration fonctionnelle du rachis convient à tout type de douleur en termes d'intensité. - Le programme est jugé comme efficace (à 75% selon une étude) - Le programme RFR permet à deux patients sur trois de retrouver une qualité de vie meilleure ainsi que la possibilité de reprendre le travail et de rester en activité professionnelle un an après le programme - Une étude prospective sur 42 mois démontre l'efficacité au long terme, mais au-delà de 42 mois, les gains se perdent en lien avec les peurs et les croyances qui refont surfacent lors des activités physiques. - Le programme RFR a été démontré comme supérieur par rapport aux autres thérapeutiques. - Le programme est remis en question pour les lombalgies les plus invalidantes, une prise en soin est conseillée dès trois moi d'évolution. - Le volume maximal d'oxygène (VO2 max) d'une personne déconditionnée est plus faible qu'une personne sédentaire ce qui est dangereux pour la santé. - En ajoutant des séances d'auto-soins (thérapie cognitivo- comportementale) tout en utilisant le modèle bio psychosocial, les objectifs éducatifs ou d'apprentissage ont été atteint pour 90% des patients à 6 mois.

La revue de littérature permet de compléter les connaissances. En effet, de nombreuses études ont pu démontrer l'efficacité de ce programme de restauration fonctionnelle du rachis.

Toutes ces informations nous amènent à une problématique pratique :

Quelles difficultés peuvent rencontrer les ergothérapeutes lors de l'utilisation du programme de restauration fonctionnelle du rachis pour adultes souffrant de lombalgie chronique ?

1.6 Enquête exploratoire

Pour l'enquête exploratoire, il est question de savoir si les ergothérapeutes en rééducation connaissent le programme de restauration fonctionnelle du rachis ou autre prise en charge impliquant la redynamisation du rachis. De plus, l'objectif est de savoir ce que l'ergothérapeute va mettre en place avec un patient souffrant de lombalgie chronique en première intention en fonction des différentes prises en soins qu'il connait. Il s'agit par la suite d'identifier les atouts et limites de ce programme de restauration fonctionnelle du rachis, afin de mettre en relation son utilisation plus ou moins fréquente.

Choix population et site d'exploration :

Nous aimerions connaitre la première intention de prise en charge pour un patient souffrant de lombalgie chronique, pour cela l'enquête exploratoire cible les ergothérapeutes travaillants ou ayant travaillés en rééducation fonctionnelle. Nous ne nous concentrons volontairement pas sur les centres où la restauration fonctionnelle du rachis se pratique exclusivement pour évaluer les connaissances de cette pratique en centre ordinaire de rééducation fonctionnelle. Les ergothérapeutes exerçant dans d'autres secteurs d'activités et/ou auprès des enfants, ne peuvent pas faire partie de notre enquête et seront donc exclu. Toutefois, l'âge ou le nombre d'années d'exercice des professionnels n'entrent pas dans les critères obligatoires d'inclusions et ne seront donc pas sujets d'exclusion.

Choix outil de recueil de données :

L'objectif étant de toucher le plus grand nombre de personne, la méthode qui nous parait la plus appropriée est le questionnaire. En effet, pour le recueil de données, il n'y a pas la contrainte du temps qui peut être restreint ainsi que celle du déplacement comme pour un entretien. La réalisation de cette enquête exploratoire se fera donc sous la forme d'un questionnaire sur Google Forms®. Ce logiciel permet de créer des formulaires pour réaliser des enquêtes et des questionnaires. Les données recueillies peuvent être répertoriés dans une feuille de calcul pour permettre une analyse des résultats sur Google Sheets®.

En sachant que les réseaux sociaux font partie des moyens de communication les plus importants en ce moment. Pour atteindre le plus de monde possible, le questionnaire pourra donc être envoyé sur différentes pages des réseaux sociaux qui sont elles-mêmes réservés aux ergothérapeutes.

Anticipations et stratégies afin de contrôler ou atténuer :

Utiliser les réseaux sociaux peut être avantageux par rapport au nombre de personnes ciblées, mais cela peut aussi être un inconvénient.

Nous ne pouvons pas être certains que ce soit bien un ergothérapeute en rééducation fonctionnelle qui remplit le questionnaire. Nous n'avons pas la possibilité de vérifier ces fonctions, en conséquent une description de ce que contient le questionnaire avec les définitions des termes particuliers seront faites en entête. Le tout sera accompagné d'une explication brève et explicite de la recherche en termes de population et du site d'exploration.

La période d'envoi du questionnaire est une période où beaucoup d'étudiants en troisième année d'ergothérapie publient pour les mêmes raisons. Le questionnaire peut donc se perdre dans les publications d'étudiants ou autres pubs. Pour envoyer la publication avec le questionnaire, il faudra donc faire attention au jour et à l'heure pour être dans une bonne tranche d'influence des utilisateurs sur les réseaux sociaux.

Certaines personnes peuvent ne pas être intéressées par manque de temps en pensant que le questionnaire est trop long. C'est pour cela, que dans l'en-tête de la publication, il faudra expliquer et préciser que le questionnaire ne prendra pas plus de cinq minutes et qu'il est totalement anonyme.

Pour ne pas induire ou même biaiser les réponses, il est préférable que les questions soient simples afin d'éviter la remise en question des valeurs professionnelles des ergothérapeutes.

Construction de l'outil :

Pour la réalisation de l'enquête exploratoire, un questionnaire de neuf questions a donc été construit (Cf annexe 3). Il est composé de questions fermées et ouvertes. En premier lieu, nous demandons à l'ergothérapeute s'il a pris en charge auparavant des patients souffrant de lombalgie chronique ainsi que la connaissance des différentes techniques existantes. Ensuite, quatre questions sont réservées à la prise en charge qu'aurait potentiellement un patient souffrant de lombalgie chronique dans la structure où l'ergothérapeute exerce. Et enfin, deux questions de types ouvertes sont réservées à la réflexion autour de ce thème.

Déroulement et choix outils d'analyse des données :

Le questionnaire a été envoyé sur les réseaux sociaux avec un délai d'un mois où le questionnaire a été bloqué à la suite de la date butoir. Le lien du questionnaire a été mis en ligne sur six groupes.
A partir d'une fiche de calcul des résultats, il est donc possible d'analyser les réponses en les visualisant sur un tableau organisé et de traiter les données en créant des graphiques. Enfin, pour l'analyse des questions ouverte, nous choisissons d'utiliser l'outil Tagcrowd® qui a pour but de réaliser un nuage de mots à partir d'un texte afin d'extraire les thématiques principales.

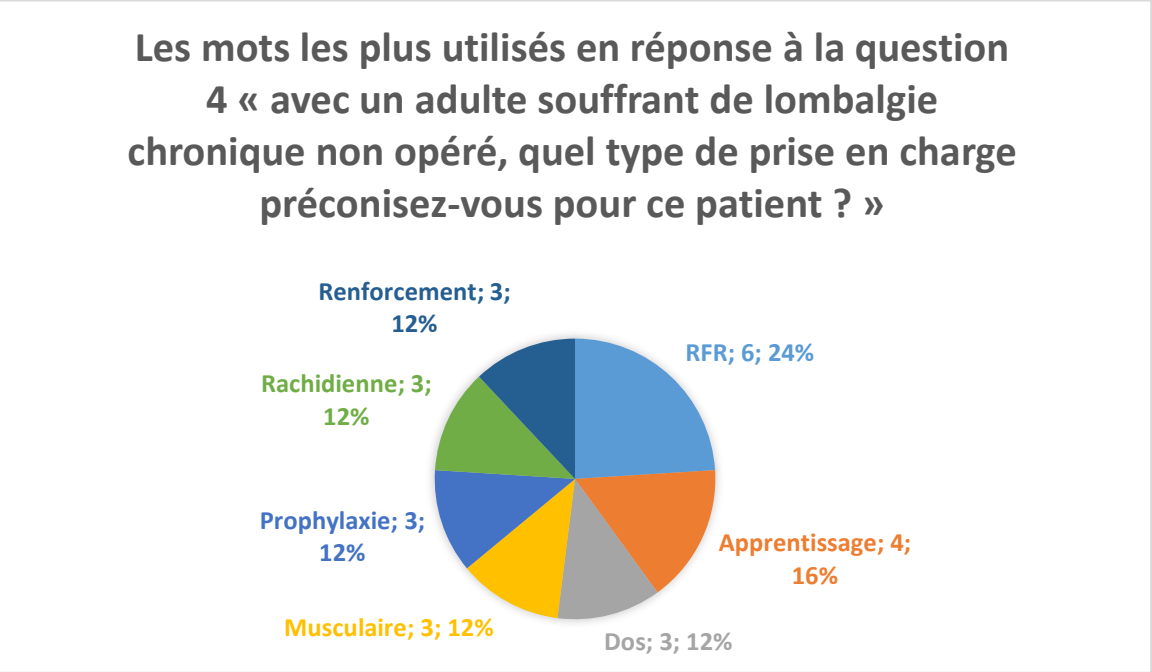
Résultats :

À l'issu de ce questionnaire, seul vingt-et-unes réponses ont été reçues (Cf annexe 4), ce qui est faible pour en tirer de véritables conclusions.

- C'est avec la **première question** *« avez-vous déjà eu des prises en charge de patients souffrant de lombalgie chronique ? »* que nous pouvons savoir que vingt personnes ont déjà pris en charge une personne souffrant de lombalgie chronique (Cf annexe 4.1).
- La **deuxième question** *« Connaissez-vous le programme de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) ? »* nous révèle que dix-neuf sur vingt et un ergothérapeutes connaissent le programme de restauration fonctionnelle du rachis (Cf annexe 4.2).
- À la **troisième question** non obligatoire *« connaissez-vous d'autres techniques de prise en charge dans le domaine de la redynamisation du rachis des personnes souffrant de lombalgie chronique ? Si oui, la(les)quelle(s) »*, quatorze ergothérapeutes ont répondu dont quatre ne savent pas. Les dix restants ont évoqué d'autres techniques de prise en charge dans le domaine de la redynamisation du rachis.

Tout d'abord, six ergothérapeutes nomment l'école du dos ce qui peut aider à comprendre notre questionnement de départ. Cela montre que cette méthode reste bien dans le panel de choix d'un ergothérapeute pour une prise en charge d'une personne souffrant de lombalgie chronique. L'un d'entre eux évoque aussi le « Renodos » et un autre nous parle de la mise en place d'une étude dans son établissement sur l'apport de la réalité virtuelle pour la lombalgie. De plus, un ergothérapeute cite la méthode McKenzie. Et enfin deux ergothérapeutes parlent de méthodes internes à leur établissement qui serait entre l'école du dos et la restauration fonctionnelle du rachis et une éducation thérapeutique avec redynamisation du patient en le mettant acteur (Cf annexe 4.3).

- À la **question numéro quatre** *« avec un adulte souffrant de lombalgie chronique non opéré, quel type de prise en charge préconisez-vous pour ce patient ? »* : les mots les plus utilisés sont : RFR (six fois), apprentissage (quatre fois), dos (trois fois), musculaire (trois fois), prophylaxie (deux fois), rachidienne (trois fois) et renforcement (trois fois) (Cf annexe 4.4).



Avec les réponses de la question précédente, on pourrait penser que l'école du dos ressortirait dans quelques réponses, mais aucun ergothérapeute ne l'évoque en première intention. Toutefois, six ergothérapeutes optent pour le programme de type restauration fonctionnelle du rachis. Certains évoquent la prophylaxie rachidienne, des analyses des habitudes de vie en utilisant des modèles comme le MCRO[4] et des auto-questionnaires. D'autres parlent d'apprentissage de l'économie rachidienne en lien avec les activités de la vie quotidienne en utilisant la fente ou le chevalier servant par exemple. Et la plupart mettent l'accent sur le renforcement musculaire, les activités sportives et de relaxations sans oublier les exercices écologiques avec travail de proprioception et prévention tout en prenant en compte le niveau de douleur et du déconditionnement des personnes (Cf annexe 4.4). Ces réponses montrent bien la diversité des prises en charge pour une pathologie. Sur les six personnes qui évoquent en première intention le programme de restauration fonctionnelle du rachis, nous ne pouvons pas savoir si leur établissement leur permet réellement la mise en place d'une telle prise en charge. Une précision en question suivante aurait pu avoir sa place en demandant ce que les ergothérapeutes préconisent dans les conditions réelles de leur exercice.

[4] MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

- À la **cinquième question** *« la prise en charge serait : en groupe ou individuelle »* : la prise en charge serait individuelle pour sept ergothérapeutes et groupale pour quatorze d'entre eux.

  Sur les six ergothérapeutes qui préconisent le programme de type restauration fonctionnelle du rachis en première intention, nous pouvons voir que deux ergothérapeutes recommandent une prise en charge individuelle, ce qui est contraire au principe du programme. Ces deux mêmes ergothérapeutes ont indiqué en amont dans le questionnaire à la question numéro deux qu'ils connaissaient le programme. Est-ce volontaire de leur part ou ne savaient-ils pas toutes les modalités du programme en profondeur ? Des questions supplémentaires sur les connaissances de ce programme auraient peut-être dû avoir lieu (Cf annexe 4.5).
- **Sixième question** *« combien de fois par semaine verrez-vous le patient dans la structure où vous travaillez ? »* : les ergothérapeutes recevraient en moyenne cinq fois par semaine les patients. Si nous revenons sur les six ergothérapeutes qui préconisent le programme de restructuration fonctionnel du rachis en première intention, cinq voient leurs patients cinq fois par semaine tandis que le dernier verrait son patient trois fois par semaine en prise en charge collective (Cf annexe 4.6).
- **Septième question** :*« combien de temps dure une prise en charge dans votre institution en générale pour une personne souffrant de lombalgie chronique ? ».*

Les réponses tendent de trente minutes à quelques mois ce qui signifie que cette question a malheureusement était mal comprise et aurait dû être reformulée. L'objectif était de savoir combien de temps dure une prise en charge dans sa globalité dans leur institution du début jusqu'à la fin pour ainsi en déduire la possibilité de mettre en place un programme qui dure en générale cinq à six semaines. Les résultats de cette question ne peuvent donc pas être analysés dans son intégralité, mais on peut constater qu'en générale la durée est de cinq semaines en moyenne. Si nous revenons sur les ergothérapeutes qui utiliseraient ce programme, cinq d'entre eux ont répondu cinq semaines ce qui serait donc réalisable (Cf annexe 4.7).

- Lorsque l'on demande à la huitième question *« Quelles sont selon vous les atouts et les limites des programmes actuels ? »*, l'analyse des données par occurrence sous forme de nuage de mots nous révèle ceci :

<u>Schéma d'analyse sémantique, sous la forme de nuage de mot répondant à la question « Quelles sont selon vous les atouts et les limites des programmes actuels ? »</u>

Il serait intéressant de se pencher sur les atouts et les limites des programmes actuels selon les ergothérapeutes en les divisant en deux groupes : les ergothérapeutes qui opteraient pour une prise en charge autre que le programme de type restauration fonctionnelle du rachis en première intention pour le groupe 1 et ceux qui utiliseraient en première intention le programme de type restauration fonctionnelle du rachis pour le groupe 2.

Le <u>premier groupe qui n'utiliserait pas le programme</u> de type restauration fonctionnelle du rachis voit de multiples bienfaits : comme la redynamisation de la personne avec le travail à l'effort, l'impact positif sur la perception de la douleur et les incapacités fonctionnelle et capacités motrices du patient. Les difficultés et les besoins des personnes sont cernés au mieux grâce à une large palette d'outils. Le travail en groupe est mis en avant, mais la prise de confiance des patients n'est pas évoquée.

Dans les limites, il en ressort la nécessité d'être formée pour pouvoir mettre en place le programme. L'organisation administrative et en équipe pourrait parfois être difficile à mettre en place, car les séances peuvent être mal réparties et les patients arriveraient épuisés en séance d'ergothérapie. La motivation du patient requise fait surface dans ce groupe ainsi que l'état psychologique qui peut être différent d'un patient à l'autre et difficile à gérer. Dans les

institutions où le programme est nouveau, il existerait un manque d'information sur la réinsertion professionnelle et la réorientation, le thème de la reprise du travail ne serait pas assez abordé. De même, un manque de suivi à moyen et long terme serait présent dans certaines institutions.

Selon les avis du deuxième groupe qui utiliserait le programme de type restauration fonctionnelle du rachis, ce programme redonne confiance au patient, permet une récupération de la souplesse, redynamise la personne et démontre que l'activité physique est indispensable tout au long de la vie. Elle permet ainsi de sortir du déconditionnement et retrouver une vie sociale et professionnelle quasi-normale.

Mais des limites sont quand même présentes liées au syndrome de déconditionnement de la personne impliquant des difficultés au niveau psychologique. Une très grande motivation de la part du patient serait requise, car le programme est assez intensif. Ce programme ne serait pas adapté à tous les patients et montrerait un manque d'individualité lié à la prise en charge groupale. Et enfin, il pourrait être difficile de mettre en place un tel programme dû à « la persistance du "verrouillage lombaire" ancrée dans les esprits de nombreux thérapeutes » (Cf annexe 4.8).

Dans le questionnaire, les atouts et les limites sont demandés dans la même question. Il aurait peut-être été plus simple de diviser cette question en deux pour l'analyse des résultats et peut être qu'il y aurait eu encore plus de contenu et de détails dans les réponses.

- Pour finir, la neuvième question *« quelles pistes de réflexion percevez-vous autour de ce thème ? »* l'analyse des données par occurrence sous forme de nuage de mots fait apparaître ceci :

Schéma sous forme de nuage de mots répondant à la question « Quelles pistes de réflexion percevez-vous autour de ce thème ? »

Pour analyser les réponses de cette question, nous divisons aussi les réponses en deux groupes comme précédemment : les ergothérapeutes qui opteraient pour une prise en charge autre que le programme de type restauration fonctionnelle du rachis en première intention pour le groupe 1 et ceux qui utiliseraient en première intention le programme de type restauration fonctionnelle du rachis pour le groupe 2.

Pour le premier groupe qui n'utiliserait pas le programme de type restauration fonctionnelle du rachis en première intention, une réflexion s'est faite autour de la prévention primaire :
« Pourquoi pas se questionner sur la prévention des douleurs. Comment peut-on limiter les douleurs chroniques de rachis ? Serait-il bénéfique que des professionnels se déplacent au sein d'entreprise pour faire de la prévention ? »
D'autres pistes de réflexions font surface comme l'amélioration du programme en lui-même :

- « Éducation thérapeutique du patient »
- « Création d'un vrai groupe d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire »
- « Intéressant de coupler avec école du dos »
- « Ces personnes arrivent de plus en plus en rééducation pour une prise en charge pluriprofessionnelle, la remise à niveau ou l'élaboration de nouveau programme est à réfléchir »
- « Une vraie prise de position des institutions. »
- « Implication du patient en ergo. »
- « Lien avec organisme pour le maintien dans le travail en cours de création. »
- « Approfondir les programmes »

Et enfin, d'autres réflexions se sont formées autour du suivi après le programme :

- « Améliorer le suivi »
- « Comment faire adhérer le patient au mieux et modifier des habitudes et les garder sur le long terme »
- « Les revoir en évaluation à distance pour corriger et re motiver ? »

Pour le deuxième groupe qui utiliserait en première intention le programme de type restauration fonctionnelle du rachis, les pistes de réflexion tournent autour de l'aspect psychologique du patient comme :

- « Trouble du schéma corporel fréquent »
- « Accompagnement psychologique pluridisciplinaire »
- « Comment travailler la réassurance chez des patients kinésiophobiques dus à un épisode lombalgique ? »
- « Comment la douleur est perçue chez la personne ? »

Il en ressort aussi d'autres pistes de réflexion par rapport à la place de l'ergothérapie dans un programme de type restauration fonctionnelle du rachis, mais aussi par quels moyens ou mécanismes la personne fait face à la douleur et s'il y aurait un lien entre ce programme et l'école du dos (Cf annexe 4.9).

1.7 Questionnement

Nous venons de voir grâce à l'analyse des réponses du questionnaire que les ergothérapeutes qui utiliseraient le programme en première intention mettent l'accent sur l'aspect psychologique des patients qui serait d'après eux difficile à prendre en charge à cause d'un processus de déconditionnement trop ancré. De plus, nous avons pu voir dans la revue de littérature que ce processus de déconditionnement est dangereux pour la santé des patients. Ainsi, le programme de restauration fonctionnelle du rachis est selon de nombreux articles, une des meilleures prises en charge avec une efficacité démontrée. Toutefois, des recherches sont encore en cours pour réussir à modifier pleinement toutes les croyances de peurs et d'évitements des patients en complétant le programme avec le modèle biopsychosocial par exemple.

Plusieurs interrogations nous viennent à l'esprit :

Comment changer les croyances des patients ?
Comment adapter son approche face aux croyances du patient et au syndrome de déconditionnement ?
Comment adapter sa prise en soin en fonction des croyances de la personne dans la réactivation physique face au syndrome de déconditionnement dans le programme de restauration fonctionnelle du rachis ?

Avant de chercher comment adapter sa prise en soin face aux différentes croyances des patients, il est important de définir une vision sur les croyances des personnes lombalgiques chroniques. Nous allons donc nous concentrer sur ce thème pour la suite ce qui nous permet d'établir une question initiale de recherche :

Quelles sont les croyances des patients souffrant de lombalgie chronique ainsi que les mécanismes qui mènent au déconditionnement et comment y faire face ?

1.8 cadre de référence

1.8.1Thérapies cognitivo- comportementales

Souvenons-nous que l'approche biopsychosociale utilise les dimensions biologiques, psychologiques et sociales. La dimension psychologique ne relève pas ici de la psychopathologie, mais à « des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux ». Une importance particulière est accordée aux « attitudes, croyances et attentes des patients » (8). Une évaluation de la douleur des patients lombalgiques chroniques nécessite donc une approche globale en se référant au modèle biopsychosocial. François Laroche Rhumatologue et Lizet Jammet psychologue ont montré en 2011 la continuité des thérapies comportementales et cognitives avec l'approche multidisciplinaire de la douleur chronique(21).

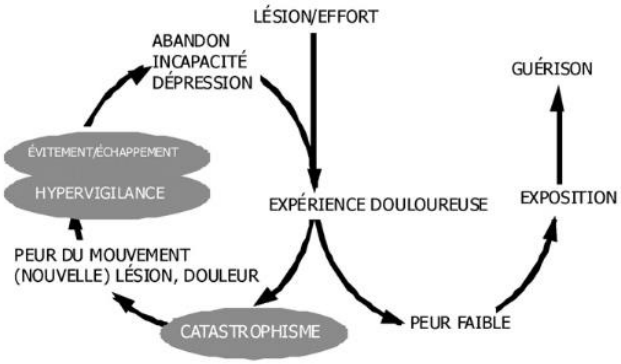
Sur le versant de la thérapie cognitive, des processus de mise en œuvre sont utilisés tel que la reformulation afin que les personnes puissent comprendre chaque étape de la prise en soin ainsi que des notions qui peuvent être différentes de ce qu'ils ont préalablement appris. Plusieurs outils sont utilisés tel que :« l'éducation et l'information, la reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter, l'apprentissage des stratégies de coping et la réassurance afin de renforcer l'efficacité personnelle » (21).

Sur le versant de la thérapie comportementale, une « réactivation physique » (21) est mise en place afin de limiter les peurs et évitements conduisant à un déconditionnement physique. De plus, des séances de relaxation transposables au domicile sont données ainsi que des séances de gestion du stress face aux situations redoutées ou évitées.

Ainsi, nous pouvons rappeler que le programme de restauration fonctionnelle du rachis fait partie des « interventions multidimensionnelles » et qu'il contient donc une approche cognitivo- comportementale « centré sur la réduction de l'incapacité fonctionnelle »(10).

Lorsqu'une douleur devient chronique, des retentissements multiples sur la personne surviennent que ce soit de l'ordre physique, psychologique mais aussi comportementales et sociales. Une douleur qui persiste devient nocive en perdant son rôle d'alarme. De plus, de l'anxiété peut s'ajouter à cela créant des pensées négatives conduisant à « des croyances erronées »(22). Il apparaît alors l'évitement physique associé à la peur conduisant à la « kinésiophobie ». C'est un terme proposé par Vlaeyen, venant du Grecque kinésis exprimant mouvement et phobos frayeur. La « kinésiophobie » se définit par l'expérience d'une personne ayant *« une peur excessive, irrationnelle et débilitante du mouvement et de l'activité physique résultant d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure douloureuse ou à une nouvelle blessure douloureuse* »(23).

Deux réponses comportementales à la douleur ont été identifiées par les études récentes cognitivo- comportementales qui sont : l'affrontement et l'évitement. Deux voies sont donc possibles où les patients se retrouvent entraînés dans une spirale. Une mauvaise interprétation « catastrophique » de la douleur en elle-même peut conduire à un comportement de sécurité délétère au long terme(23).



<u>Schéma du modèle cognitivo--comportemental de la peur liée à la douleur de Vlaeyen</u> (23)

<u>1.8.2Croyances</u>

D'où viennent les croyances ?

Le mot croyance vient de l'ancien français *creance*, du latin *credens (croyant)* du verbe *credere (croire)*(24).

Le dictionnaire français Larousse nous donne deux définitions (24) :

« Fait de croire à l'existence de quelqu'un ou de quelque chose, à la vérité d'une doctrine, d'une thèse : La croyance en Dieu, aux fantômes. »

« Ce qu'on croit ; opinion professée en matière religieuse, philosophique, politique : Respecter toutes les croyances. »

Un outil synthétique rassemblant tous les thèmes de questionnaires de pensée sur la douleur a été mis en place pour évaluer et mettre en évidence les dix croyances récurrentes chez les patients souffrant de lombalgie chronique. Elles sont classées en fonction des scores d'adhésions les plus significatives en premier (25).

- *Le handicap* : la personne pense que sa douleur l'empêche de vivre normalement. (7.07/9)
- *La psychologie* : la personne pense que le mental, la façon de penser influe sur l'intensité de la douleur. (6.20/9)
- *L'activité* : la personne pense que la douleur est causée par l'activité physique. (5.57/9)
- *La sollicitude* : la personne pense que l'entourage peut comprendre sa douleur au quotidien. (5.28/9)
- *Les médicaments* : la personne pense que seuls les médicaments réduisent l'intensité de la douleur. (5.00/9)
- *Le catastrophisme* : la personne pense qu'elle va avoir de plus en plus mal. (4.85/9)
- *Le contrôle* : la personne pense pouvoir contrôler sa douleur. (4.24/9)
- *Le mystère :* la personne pense qu'il n'y a pas d'explications à sa douleur. (3.65/9)
- *La permanence* : la personne pense que si elle se réveille avec une douleur, elle va l'endurer toute la journée. (3.57/9)
- *L'externalité* : la personne pense que sa douleur provient d'un manque de chance. (2.94/9)

Plusieurs personnes lombalgiques témoignent en 2011 sur leur expérience comme(21) :

- Une expérience d'isolement social
- Une idée d'augmentation de la douleur par différentes positions (assis, couché...), ou à cause de l'état physiologique ou émotionnel de la personne
- Un comportement d'évitement
- Des « recherches de solutions externes et passives » sans réelle confiance en leur efficacité (massages…)
- Des « attentes générales et peu précises ». La personne n'est pas prête pour une démarche autonome afin d'améliorer ses capacités fonctionnelles et ses performances.

De plus, une campagne nationale a été lancée par l'assurance maladie afin de communiquer les bonnes informations sur la lombalgie et sa prévention *« Mal de dos ? Le bon traitement c'est le mouvement »*. Le 14 septembre 2018, quarante-cinq pour cent des français et quatorze pour cent des médecins généralistes « déclarent que le meilleur remède contre le mal de dos est le repos ». En juin 2017, cette théorie était affirmée par soixante-huit pour cent des français et trente-trois

pour cent des médecins généralistes. Nous pouvons voir grâce aux études BVA[5], une évolution significative des opinions et des comportements, mais qu'il y a bien une existence de « fausses croyances » parmi la population entière(26), (Cf annexe 5).

Il existe donc plusieurs croyances qui peuvent être délétères pour la personne. Les croyances des patients ont une place importante dans le processus de chronicisation de la lombalgie. Les facteurs primaires pouvant influencer les croyances sont l'entourage familial, amical et professionnel, les médias et les expériences préalables de douleurs lombaires. Lorsqu'une personne souhaite avoir des informations supplémentaires concernant sa santé, elle va se tourner vers un professionnel de santé en qui elle a confiance. Les croyances du thérapeute peuvent cependant moduler le comportement du patient en fonction de l'information délivrée.
La façon dont le thérapeute va rassurer, expliquer et conseiller le patient tout en utilisant des mots adaptés afin d'éviter les malentendus et ainsi les fausses croyances sera donc primordiale. Si le thérapeute manifeste des croyances inadaptées, cela peut inculquer des croyances délétères ou bien renforcer des anciennes. Toutefois, le thérapeute peut lutter contre ces croyances délétères en les modifiant grâce à la mise en place de différents outils dans la pratique médicale comme : « l'information basée sur un modèle bio-psycho-social, l'éducation à la santé, les méthodes cognitivo- comportementales et la reprise d'activités physiques » (27).

1.8.3 Réactivation physique

Nous définissons le concept de réactivation physique comme le fait qu'un sujet souffrant de lombalgie chronique avec un syndrome de déconditionnement ancré doit se réhabituer à l'activité physique.

Tout d'abord, essayons de comprendre les mécanismes cérébraux qui peuvent conduire au déconditionnement de la personne souffrant de lombalgie chronique. Un chercheur en neuroscience a développé ce qu'est un « neurotag » lors du congrès de la WCPT[6] en 2015(28). Un neurotag correspond donc à l'activation de plusieurs neurones réalisant un signal spécifique (comme une perception, une pensée, un mouvement et bien d'autres). Nous pouvons imaginer le cerveau comme une multitude de neurotags réagissant et rivalisant entre eux créant ensemble une masse. Toutefois, les neurotags sont dirigés par trois principes(28) :

[5] BVA : Société d'études et conseil, spécialiste de l'analyse comportementale
[6] WCPT : The World Confederation for Physical Therapy *(Confédération Mondiale de la Physiothérapie)*

- Le principe de la **masse neuronale** : le nombre de neurones ainsi que l'efficacité synaptique traduisent la force.
- Le principe de la **précision neuronale** : la précision est engendrée par des interneurones inhibiteurs.
- Le principe de **neuroplasticité** dépend de l'utilisation des neurotags.

De plus, il a été montré que la perception et l'acuité tactile sont plus délétère lors d'une douleur chronique. Par la suite, la force des neurotags protecteurs augmente s'expliquant par le principe de plasticité. Puis, lors d'une douleur chronique des perturbations multi-systémiques font aussi surface grâce au principe de précision neuronale. Les neurotags protecteurs peuvent donc à ce moment-là être déclenchés par un danger quelconque et ainsi accentuer les comportements d'évitement et de peur pouvant amener à un syndrome de déconditionnement. C'est à ce moment-là que la douleur devient nocive en perdant son rôle d'alarme. La « réduction de la menace, l'exposition graduée, le réapprentissage de la précision et l'explication de la douleur » devraient donc aider le patient à réduire la douleur et l'incapacité lors de sa rééducation à travers le principe de neuroplasticité(28).

Une hypothèse a été émise concernant le comportement appris lors d'une douleur chronique qui peut persister sur le temps au-delà de la perception des stimulations qui produisent la douleur initialement. Une théorisation du comportement douloureux du patient a donc été proposée à travers les travaux de Fordyce (1974 ;1991). Un effet de mécanisme d'apprentissage est ici observé en retour à un comportement qui opère sur l'environnement (10).

Le mécanisme d'apprentissage peut s'expliquer par conditionnement opérant (ou skinnérien)(29). Le comportement d'une personne peut être dirigé par un « facteur de renforcement » qui s'ajoute ou qui se soustrait augmentant la probabilité du comportement observé. Par exemple, prenons une personne qui manifeste un comportement douloureux. Nous pouvons imaginer que son conjoint ou un proche peut éprouver de la compassion, être attentionné et porter de l'affection. Si cet épisode se répète, les réactions du proche peuvent être définies comme des renforcements positifs au comportement douloureux de la personne. Dans une autre situation, lorsqu'une personne manifeste un comportement douloureux, l'entourage peut intervenir afin d'aider la personne à réaliser une tâche par exemple et ainsi éviter une situation de stress pour la personne. Dans ce cas, le renforcement est dit négatif, car la personne évite une situation en renforçant son comportement douloureux(29).

Une réactivation physique est considérée comme essentielle lors de la prise en soin d'une personne ayant une douleur chronique(10). Ainsi, pour des personnes évitant toutes activités fonctionnelles par comportement d'évitement ou croyances erronées, un reconditionnement physique progressif à l'activité physique est recommandé(10). Une pédagogie du conditionnement opérant avec renforcement positif lors de la prise en soin en rajoutant l'activité physique peut donc être une ligne de conduite favorable pour la personne lombalgie chronique.

Afin de diminuer la peur liée à la douleur lors de la prise en soin, plusieurs techniques peuvent être utilisées en pratique clinique en réassurant la personne, l'éduquer, réaliser des activités physiques ainsi que des activités graduées et enfin être exposé in vivo à des « expériences comportementales » (23). Ces techniques suivent la théorie bio-informationnelle de Peter Lang (1979), éditeur en science humaines et sociales selon deux directives : l'activation du réseau de la peur et transmettre une nouvelle information afin de démentir « les attentes de peur inhérentes à la mémoire de peur » (23).

Lors d'un symposium du congrès de la WCPT en 2015 (28), il en ressort que la rééducation doit faire écho à des prises en soins intégrant des exercices thérapeutiques en considérant « les préférences des patients, leurs connaissances et leurs croyances ». Au lieu de rester concentrer sur les structures anatomiques, il a été mis en avant que les exercices doivent « agir sur le cerveau et l'esprit des patients douloureux chroniques ». Enfin, Jo Nils professeur en kinésithérapie recommande « d'abandonner » les rééducations de types écoles du dos afin de mettre en place une « rééducation cognitive ».

1.9 Question et objet de recherche

Tout d'abord nous nous sommes concentrés sur la rééducation des personnes souffrant de lombalgie chroniques dans les programmes de restauration fonctionnelle du rachis. Nous avons vu que son efficacité a été démontrée, mais qu'il y avait toutefois des difficultés rencontrées par les ergothérapeutes. Puis, l'enquête exploratoire nous révèlent que majoritairement les difficultés seraient d'ordre psychologique du côté des patients à cause du syndrome de déconditionnement qui serait trop ancré. C'est pourquoi nous avons voulu faire des recherches théoriques sur le sujet des croyances des patients. De plus, il nous a paru intéressant de comprendre les mécanismes amenant au syndrome de déconditionnement afin de discerner au mieux les outils de la réactivation physique lors du rétablissement.

Ainsi, les recherches théoriques nous amènent à nous interroger sur la perception des ergothérapeutes sur les croyances des personnes souffrant de lombalgie chronique lors de leur réactivation physique dans le programme de restauration fonctionnelle du rachis.

Ceci nous amène à la question de recherche suivante :

Comment les ergothérapeutes perçoivent les croyances des patients souffrant de lombalgie chronique lors de leur réactivation physique dans le programme de restauration fonctionnelle du rachis ?

2.MATERIEL ET METHODE

Dans cette partie, tous les choix permettant à la mise en place du travail de recherche seront décrits.

2.1 Choix de la méthode de recherche

A l'issu de notre question de recherche qui se concentre sur la perception des ergothérapeutes, et donc un vécu, nous retenons la méthode clinique pour la construction de notre dispositif de recherche.

La perception se saisit par les sens ou l'esprit, et elle peut être une sensation ou une compréhension(30). La recherche clinique aide à ce que *« le sujet exprime la dynamique de sa vie (c'est ce qu'on a l'habitude de nommer sa parole et sa vérité) »*, et étudie donc *« la singularité du sujet social »*(31).

C'est grâce à l'étude clinique phénoménologique que le vécu et les ressentis des enquêtés pourront être recueillis afin d'avoir une vision plus claire sur les croyances des patients souffrant de lombalgie chronique lors de leur réactivation physique dans le programme de restauration fonctionnelle du rachis.

Les résultats ne seront malheureusement pas généralisables étant donné l'étendue insuffisante de notre échantillon d'enquêtés. Cependant, cela pourra enrichir les sources de nos questionnements et ainsi notre enquête.

2.2 Choix de la population : critères d'inclusions et d'exclusions

La population ciblée est choisie selon les critères d'inclusions et d'exclusions suivants :

- Nous incluons toute personne ayant la possession du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.
- Nous excluons toute personne n'étant pas titulaire du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.
- Est inclus tout ergothérapeute ayant participé en tant qu'intervenant à un programme de restauration fonctionnelle du rachis. Cependant, nous nous attendons à ce que le protocole de ce programme soit différent selon les structures, car il a tendance à être aménagé en fonctions des possibilités des institutions. Sachant que nous nous concentrons sur les croyances des patients, nous ne pensons pas que ce soit un biais pour notre recherche, c'est pourquoi nous acceptons tout type de protocole pour le programme de restauration fonctionnelle du rachis.
- Nous excluons donc tout ergothérapeute n'ayant jamais suivi de patient lors d'un programme de type restauration fonctionnelle du rachis durant son exercice professionnel.

2.3 Choix de l'outil théorisé de recueil de données

Afin de recueillir les données lors de notre recherche clinique phénoménologique, nous avons choisi l'entretien clinique comme outil. Cet outil nous parait le plus approprié pour relever le vécu des enquêtés.

Parmi les différentes techniques d'entretien, nous avons choisi l'entretien non-directif. Son appellation vient de Carl Rogers et du *« counseling »*(32). C'est un entretien centré sur la personne où l'interrogé évoque librement ce dont il a envie à la suite d'une question principale en début d'entretien avec quelques relances. Cette technique de réponses ouvertes où l'enquêté mène en quelques sortes l'entretien comme il l'entend(33), pourrait amener quelques réticences et craintes à ce que la personne réponde hors sujet et/ou ne pas récolter assez d'informations pour notre recherche.

Cependant, Marie-France Castarède, professeure d'université honoraire en psychopathologie clinique classe les entretiens selon deux facteurs(34). Le premier facteur est le degré de liberté qui concerne les questions qui sont plus ou moins nombreuses durant l'entretien. Elles peuvent ainsi impliquer une réponse libre à la suite d'une question ouverte ou d'une réponse standardisée à la suite d'une question fermée. Le deuxième facteur est le niveau de profondeur où les réponses sont « *riches et complexes* » en fonction du degré de liberté qui est élevé. Et

inversement, les réponses sont *« précises et univoques »* en fonction du degré de liberté qui se retrouve réduit. Il suffit alors de bien cibler la première question afin que le sujet reste sur le thème choisit et anticiper des relances. Ainsi l'entretien en profondeur appelé « interview non directif » (34) semble être l'outil le plus approprié pour notre recueil de données.
Nous pouvons identifier plusieurs avantages à l'utilisation de cet outil. Durant l'entretien, le chercheur est en contact direct avec l'interlocuteur ce qui permet un recueil spontané des impressions ainsi qu'une analyse de la communication non verbale. De plus, lorsque l'enquêté ne comprend pas une question, il est possible de lui expliquer directement, ce qui n'est pas le cas pour un questionnaire où les questions sont figées. Étant donnée que les réponses se font à l'oral sans que l'enquêté ait à se soucier d'écrire ses réponses ou de prendre des notes, cela donne la possibilité à ce que plus de détails soient donnés dans les explications. Toutefois, cet outil ne nous permet pas d'avoir un grand échantillonnage, ce qui ne permet pas d'être généralisable.

2.4 Construction de l'entretien

La construction de cet outil se fait en lien avec les concepts développé plus haut dans la partie 1.8 que nous déclinons en principe et indicateurs, le tout schématisé sous la forme d'un tableau appelé matrice conceptuelle (Cf annexe 6).

Tout d'abord, Lydia Fernandez, enseignante en psychologie nous montre qu'une attitude clinique est indissociable de la technique de l'entretien non-directif afin de faciliter l'expression de l'enquêté(33).
Une attitude définit par Carl Rogers sous une relation centrée sur le client qui amène à ce que l'enquêteur n'oriente pas l'enquêté lors de l'entretien. Le chercheur doit avoir confiance envers l'enquêté sur ses capacités d'auto-direction lors de l'entretien. La personne en face du chercheur doit ressentir qu'il est à son écoute sans aucun jugement de valeur, dans le respect de ses actes et pensées afin qu'elle ne se sente pas gênée d'exprimer son vécu.
Avant tout, le chercheur établit le contact avec l'enquêté. Il se présente et explique les modalités du déroulé de l'entretien. Il lui indique ensuite quels sont ses droits selon le RGPD[7] (35) et lui demande son autorisation d'enregistrer l'entretien pour faciliter la retranscription des discussions à l'écrit dans le cadre de cette recherche.

[7] RGPD : Règlement Général Européen sur la protection des données

La technique de l'entretien non directif repose sur deux paramètres (32): la question inaugurale et les relances.

Nous avons donc la première question inaugurale ouvrant par définition l'entretien. Elle se doit d'être ouverte en abordant le thème voulu.

- Est-ce que vous voulez bien que l'on parle de votre vision sur les différentes croyances que peuvent avoir les patients durant le programme de restauration fonctionnelle du rachis ?

Ensuite, nous avons les relances(31) :

- La reformulation avec nos propres mots de ce que dit l'enquêté afin de demander si nous avons bien compris.
- La réitération où nous pouvons reprendre les derniers mots évoqués sous forme de question pour que l'enquêté puisse terminer sa phrase en donnant plus de détails sur le sujet.
- Le questionnement sans donner l'impression que l'on a la réponse afin d'alimenter le raisonnement de l'enquêté.
- S'étonner de ce qui est dit afin de mettre en place une écoute active et provoquer des explications plus détaillées de la part de l'enquêté.

De plus, nous nous mettons en garde sur les silences qui peuvent apparaître au cours de l'entretien. Ceux-ci doivent être vus comme un temps de réflexion de la part de l'enquêté qui sera donc rempli par celui-ci. Un silence est par défaut rempli, à nous de laisser le temps à l'enquêté de le remplir avec les mots qu'il souhaite.

Lorsque l'enquêté fait comprendre au chercheur qu'il n'a plus rien à ajouter généralement en disant que celui-ci a fait le tour de la question, le chercheur peut alors demander des informations plus standards.
Le chercheur demande alors à l'enquêté le temps d'exercice dans ce type de programme dans le but de jauger/d'évaluer une certaine expérience dans le domaine ainsi que la fiabilité de ses réponses.
Nous gardons cette question pour la fin et non en début d'entretien, afin que l'enquêté ne soit pas restreint dans ses réponses en anticipant des questions de type fermé pour la suite de l'entretien.
Puis le chercheur remercie l'enquêté de sa collaboration, lui demande s'il veut être tenu au courant des résultats de la recherche et clôture l'entretien.

2.5 Biais de l'entretien et stratégies d'atténuation

Plusieurs biais propres à l'outil d'entretien non directif sont identifiables :

- Peu d'ergothérapeutes correspondent aux critères d'inclusions dans la région, nous serons donc contraints d'effectuer des entretiens téléphoniques. L'entretien téléphonique supprime un avantage majeur qui est la communication non verbale et donc le présentiel chercheur-enquêté. Nous pouvons essayer cependant, de proposer un entretien en vidéo conférence par l'intermédiaire de Skype® par exemple.
- Notre entretien repose sur le déclaratif de l'enquêté, cependant nous ne pouvons pas vérifier ce qui est dit et devons rester conscient de l'état phénoménologique de cette enquête.
- L'entretien non directif implique au chercheur de ne pas mener le discours et laisser l'enquêté réfléchir et prendre les directions qu'il veut. Cependant, le chercheur sera indéniablement un biais par sa volonté consciente et inconsciente à ce que la direction du discours suive une même logique que sa recherche. C'est pourquoi les différentes techniques de relances seront à travailler afin d'atténuer ce biais le plus possible.
- Lors de l'entretien, il se peut qu'un des participants doit couper court à la discussion pour raisons personnelles, c'est pourquoi le rendez-vous doit être convenu en avance et en accord avec les deux participants.

2.6 Test du dispositif

Afin d'évaluer la faisabilité et la validité de cet entretien, nous l'avons présenté à une cohorte d'essais. Cette cohorte comporte un ergothérapeute entrant dans les critères d'inclusions et un autre ergothérapeute n'exerçant pas dans des groupes de restauration fonctionnelle du rachis. Le but principal était de tester l'introduction, la question principale avec ses relances et la clôture de l'entretien afin de vérifier la clarté des formulations et leurs compréhensions. Cela nous a permis de nous projeter davantage pour la réalisation des entretiens. Grâce aux conseils donnés, la question principale d'ouverture a été reformulée pour qu'elle puisse mieux se transposer dans le langage parlé.

Enfin, tous ces éléments nous permettent de construire un guide d'entretien final (Cf annexe 7).

2.7 Déroulement de l'enquête

Le public cible a été contacté personnellement par téléphone à la suite de recherches internet et par l'intermédiaire de regroupements de la profession sur les réseaux sociaux. Grâce à des contacts sur un lieu de stage, un entretien avec un ergothérapeute exerçant en Belgique a été

réalisé. Cependant, cet entretien n'a pas pu être inclus à la recherche, car le programme s'apparentait à de la redynamisation du rachis, mais n'était pas lié au protocole même du programme restauration fonctionnelle du rachis. Trois ergothérapeutes ont donc donné suite à notre requête : deux ergothérapeutes au travers des réseaux sociaux et un ergothérapeute à la suite d'un appel téléphonique dans sa structure. Malheureusement, les trois entretiens se sont déroulés par téléphone, car les situations géographiques ne nous permettaient pas de les réaliser en présentiel. Le premier entretien a été réalisé sans convenir d'un moment spécial, car l'ergothérapeute nous a recontacté lors d'une pause ce qui nous a quelque peu déstabilisé car nous ne nous attendions pas à ce que l'entretien se mette en place si rapidement. Le deuxième et le troisième entretien se sont organisés par le biais des réseaux sociaux. Au fur et à mesure des entretiens notre posture a été plus calme et naturelle. Les enregistrements des trois entretiens se sont réalisés par le biais d'un ordinateur portable et d'un téléphone portable. Ses deux moyens ont été utilisés pour anticiper la possibilité d'un non-fonctionnement d'un des appareils, ce qui a pu être observé lors du premier entretien pour l'enregistrement par téléphone.

2.8 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Après avoir retranscrit manuellement les données recueillis auprès des entretiens cliniques, l'étape suivante se définit par l'analyse de ces données. Nous choisissons d'utiliser le logiciel Nvivo11 Starter ® afin d'effectuer une analyse thématique et d'en interpréter son contenu en aval. Ce logiciel est connu pour sa capacité d'utilisation en analyse qualitative lors des recherches. Il permet au chercheur de « stocker les informations, de les qualifier et de les organiser »(36). La première étape consiste à se décontextualiser en réalisant des nœuds correspondant aux thèmes apparents puis lors de la deuxième étape le but est de recontextualiser les nœuds en leur trouvant un sens. Nous traduirons alors l'arbre de nœuds en plusieurs tableaux tout en nous inspirant de notre matrice conceptuelle.

3.Résultats

Trois entretiens ont donc été réalisés et retranscrit manuellement (Cf annexe 8). Pour garder l'anonymat nous nommons les ergothérapeutes des entretiens 1, 2 et 3 respectivement avec les abréviations E1, E2 et E3. Ce sont trois ergothérapeutes qui correspondent aux critères d'inclusions : E1 exerce dans les programmes de type restauration fonctionnelle du rachis depuis au moins dix ans, E2 a exercé un an dans un centre qui a mis en place la restauration fonctionnelle du rachis il y a environ dix ans et E2 exerce en ce moment depuis huit mois dans un autre centre. Enfin E3 exerce depuis sept ans dans ce type de programme.

À travers le logiciel Nvivo11 Starter ® nous réalisons un arbre de nœud à thèmes que nous traduisons en tableaux (Cf annexe 9). Grâce à ces données recueillis, nous pouvons donc mettre en évidence plusieurs thèmes.

3.1Les croyances ancrées autour de la douleur et du mouvement observées par les ergothérapeutes

Tout d'abord, nous pouvons voir lors des entretiens, que tous les ergothérapeutes nous décrivent et nous expliquent des croyances qu'ils ont pu observer chez les patients lors des séances.

Les patients arrivent souvent avec des croyances en lien avec la cause initiale de leur douleur (E3 nous dit *[163-164] « C'est vrai que moi les croyances je les rencontre surtout en lien avec ce qu'ils pensent, fin le… d'où vient la douleur. »*) :

- Certains patients pensent que leur douleur ne s'en ira jamais et que l'on ne peut plus rien pour eux (E1 dit *[76-79] « Un monsieur qui n'y croyait pas du tout, qui a fait un très bon séjour et le séjour s'est très bien passé mais qui malheureusement à la sortie disait « de toute façon j'ai toujours mal et je ne pense pas que ce soit le sport qui heu et l'activité physique qui va résoudre mes problèmes même si ça m'a fait du bien et tout ça » ».).*
- D'autres pensent qu'une action particulière ou un certain mouvement sont à l'origine de leur douleur. (E2 annonce *[56-58] « de toute façon il était parti avec le principe qu'il se ferait mal en portant une charge. Donc euh… Donc du coup en fait il s'est fait mal mais pas pendant le port de charge mais pour lui c'était le port de charge »).*

Puis il y a des personnes qui vont chercher à identifier ces douleurs en cherchant une explication rationnelle sur des images de radiologie par exemple, comme E3 qui raconte ce qu'il a pu entendre en séance : [35-36] *« « ben je ne comprends pas j'ai rien au niveau des images et euh ben pourtant j'ai quand même très très mal » ».*

Certains ergothérapeutes ont remarqué que la plupart des patients vont aussi s'inquiéter pour leur avenir en rapport avec leur douleur comme par exemple ce que nous raconte E1 [9-11] *« les gens pensent tout de suite que ben il ne vont plus travailler et qui ne vont plus faire leur emploi parce qu'ils pensent qu'ils ne sont plus capables de porter ou plus capable de rester dans certaines positions pendant longtemps ».*

La majorité des ergothérapeutes ont vu que certaines croyances chez les patients étaient portées sur différentes méthodes afin de diminuer la douleur. Ainsi une des plus grandes croyances

selon un ergothérapeute porte sur le repos qui serait bénéfique au regard des patients. (E1[3-4] « *La plus grosse croyance des patients c'est surtout de penser que c'est le repos qui favorise la récupération.* »). En plus du repos, certains patients préfèrent s'épargner de la réalisation d'une action pour diminuer leur douleur (E2 raconte [53-54] *« il était complètement bloqué sur le port de charge et il voulait plus du tout en faire. »*).

Ainsi, la majorité des ergothérapeutes ont aussi observé des croyances destinées à augmenter la douleur. L'activité physique chez certains patients est donc catégorisée comme une activité qui augmenterait les effets de la douleur : E3 [42-43] *« du genre « je peux plus bouger, faut pas que je bouge sinon ça va vraiment s'accentuer » »*. En plus de l'activité physique, les personnes peuvent penser que prendre une position particulière avec son corps peut aussi augmenter la douleur comme nous le spécifie l'ergothérapeute E3 : [60-61] *« « si je plie mes genoux, si je me penche en avant comme ça je vais me faire mal au dos » »*.

Durant leur exercice, les ergothérapeutes ont observé que les patients se remettaient beaucoup à ce qu'on leur disait, expliquait avant la rééducation. (E3, 5- *« on m'a dit que… »*. ».) Plusieurs facteurs d'influences peuvent donc exister. Ici les ergothérapeutes ont eu plusieurs témoignages où ce sont des personnes du système de santé qui ont indiqués des informations aux patients portant à confusion comme : selon E1 [191-192] *« Leur médecin, lui-même a dit « ah non non surtout vous faîtes rien, vous ne faites pas d'activités sportives, vous ne bougez pas. ». »* ; E2 [7-8] *« Du coup quand ils arrivent en RFR on leur dit de faire complètement l'inverse »* ; et E3 13- (ce que les patients s'imaginent) *« je repense aux "vertèbres de déplacées" quand ils vont voir un ostéo »*.

Ce thème nous montre donc les différentes croyances observées par les ergothérapeutes chez les patients dans les programmes de restauration fonctionnelle du rachis ainsi que l'existence d'influences extérieurs notamment du secteur médical sur ces croyances observées.

3.2Les deux comportements principaux observés par les ergothérapeutes

Durant les séances, tous les ergothérapeutes ont pu observer en plus des croyances, deux types de comportements principaux chez les patients.

D'un côté certains patients arrivent avec beaucoup de motivations, ont confiance en l'équipe, écoutent et réalisent tous les exercices sans appréhension. Notamment E1 confirme en disant *[30-32] « on a des gens qui arrivent en disant « je vous fais confiance ! Je vais faire tout ce qu'il faut et puis votre centre à une bonne réputation donc je m'en remets entre vos mains et je vais tout faire »*.

La majorité des ergothérapeutes ont pu voir des résultats remarquables concernant la diminution des peurs des personnes tout au long du programme en comparant par exemple les résultats des bilans en début et fin de programme comme E1 [136-138] *« c'est quasiment systématique* (=que les chiffres des bilans baissent) *on va dire dans à peu près 90% des cas. Ça veut dire que le programme les fait changer heu par rapport à leur kinésiophobie et par rapport à leur croyance. »*.

Puis, il y a des patients qui ne craignent pas d'accomplir des mouvements particuliers lors des exercices mêmes s'ils ressentent des douleurs et vont d'autant plus à l'encontre de celles-ci comme le voit E2 [135-137] *« Il y en a qui malgré la douleur qui vont à fond quand même quitte à se… fin à te dire « j'ai une douleur à 8 ou 9 » mais qui persistent et qui continuent et qui vont quand même à fond parce qu'ils y croient et tout ça. »*.
En générale, une évolution positive des patients est relevée de la part des ergothérapeutes lors du programme de restauration fonctionnelle du rachis. (E1, [90-91] *« ça se passe très bien. Les récupérations des performances sont vraiment superbes. »*)

D'un autre côté, tous les ergothérapeutes ont pu voir des patients qui n'adhéraient pas totalement au programme proposé en émettant des refus comme peut illustrer E1 en disant : [32-35] *« puis il y a des gens qui disent « ah mais de toute façon je ferais pas si et je ferais pas de port de charge et je ferais pas d'activités et puis toute façon on m'a dit que il fallait que je fasse rien heu, et puis de toute façon vous allez faire un dossier pour que j'aie une femme de ménage »*. Les patients vont être plus en retraits, éviter certains mouvements jusqu'à ne pas réaliser tout simplement ce qui est demandé lors des séances selon E3.

Ce comportement a tendance à apparaitre le plus souvent lors du port de charge impliquant un blocage complet du patient sur les activités comme a pu le voir E2 [67-69] *« à chaque fois que*

j'ai rencontré le plus de soucis c'était avec le port de charge où c'est là vraiment où euh pour beaucoup de gens ça bloque complètement ».

Les peurs du patient peuvent prendre de l'ampleur comme le voit E3 [27-29] *« ils ne peuvent pas bouger (…) il ne faut pas qu'ils bougent de trop leur dos parce qu'ils ont peur de majorer la douleur ou d'accentuer le trouble au niveau du rachis »),* mais aussi prendre une attitude dramatique sur la situation *(*E2 en disant : [14-15] *« ils se disent « Oh mon dieu, on fait tout ce qui nous a toujours été interdit ! ». »*) jusqu'à devenir kinésiophobe (E1, 14- *« ils arrivent souvent très kinésiophobe avec beaucoup d'aprioris »*)

En tenant compte de ces paramètres, la majorité des ergothérapeutes font ressortir le coté vigilant du patient pendant la rééducation comme l'explique E2 [137-138] *« il y en a d'autres effectivement dès qu'ils ont un peu mal là c'est « tout doux on y va euh…, on y va tout doucement » ».*

3.3Moyens apportés par les ergothérapeutes face aux croyances

Face aux croyances et aux comportements des patients, les ergothérapeutes nous ont fait part de quelques réactions, actions pour palier ses difficultés tout au long du programme.

Tout d'abord, il en ressort majoritairement, que les ergothérapeutes accompagnent les patients au cours des séances comme le spécifie E1 : 47- *« l'idée c'est de l'accompagner et de l'accompagner dans le changement. ».*

Les ergothérapeutes sont présents en demandant aux patients continuellement comment cela se passe pour eux, comment ils se sentent, s'ils arrivent à appliquer les mouvements en dehors des séances tout en les rassurant. (E2, 71- *« on les rassure »*)

Puis, il a été mis en avant que le protocole du programme se doit parfois d'être adapté à la personne selon les situations, particulièrement lorsqu'une personne renonce à aller plus loin dans les graduations des exercices comme l'explique E2 [45-50] *« du coup on adapte en fait, (…) en ergo en fait il ne faisait pas de port de charge, en fait il a continué la flexibilité. ».*

Enfin, principalement, il y a beaucoup d'explication de la part des ergothérapeutes. Certains s'adaptent et travaillent sur les expériences, en fonctions des différents comportements. Quelquefois, le programme peut être couplé à d'autres programmes comme un programme d'éducation thérapeutique par exemple (E1, [41-45] « *on a un programme de RFR qui est jumelé à un programme d'éducation thérapeutique du patient. (…) Donc en fait on compte beaucoup sur ce programme et ses ateliers d'éducation thérapeutique pour changer les aprioris*

du patient. ») ou se concentrer particulièrement sur la prophylaxie rachidienne comme E3 ([47-48] *« dans notre protocole de RFR en ergo on fait vraiment beaucoup de prophylaxie. »).*

Chez certains, les équipes se mettent en accord afin qu'il y ait une même ligne directrice dans les explications. (E3, 109- *« que ce soient tous les professionnels, on a le même discours »*) Plusieurs supports peuvent être utilisés comme principalement des explications orales, les mises en situations lors des exercices et même des projections écrites.

3.4Les facteurs d'influences analysés par les ergothérapeutes sur les croyances des patients et leur rééducation

Lors des discussions, plusieurs réflexions ont fait surface de la part des ergothérapeutes sur le sujet. Il a donc été affirmé *« que les croyances influent forcément chaque patient »* ([178-179] E1) et que la prise en soin est *« forcément plus compliquée » « si on n'arrive pas à lutter contre ses fausses croyances »* selon E3 [304-306].

Tout d'abord, selon la majorité des ergothérapeutes, la personne en elle-même est à prendre en compte, chacun va avoir ses propres représentations et un propre fonctionnement dans la rééducation. (E1, [122-125] *« les gens arrivent avec ce qu'ils sont (…) il y a une part d'individualité dans la prise en charge parce que les gens ont une certaine façon de fonctionner*).

Les croyances sont liées d'après les ergothérapeutes à une grande part de psychologie. (E3,146- *« C'est vraiment lié* (les croyances) *aussi je pense aussi au… (à) une grosse part de psychologie ».)*

La personne va vivre sa rééducation en tenant compte de son passé et de son vécu. Il y a alors là, une prise en compte du temps que la personne a vécu avec ses douleurs qui selon certains ergothérapeutes est important. Il serait plus difficile de prendre en soin une personne qui a des douleurs depuis des années qu'une personne qui souffre depuis quelques mois. (E3, [149-152] *« je pense qu'aussi suivant le temps (…) depuis qu'ils ont mal (…) Si ça fait des années c'est plus compliqué).*

Une autre notion est ressortie en lien avec le mode de vie passé en considérant les activités passées de la personne. Il serait plus facile de prendre en soin une personne qui a fait des activités physiques auparavant qu'une personne qui n'en a jamais fait. (E3 [133-135] *« Oui*

encore une fois (l'évolution des croyances dépend) de l'activité physique, si c'est quelqu'un n'est pas du tout sportif depuis 35-40 ans c'est assez compliquer de pouvoir faire changer (…) pouvoir mettre en place cette activité au quotidien. »)

De plus, certains ergothérapeutes exposent les attentes des personnes sur le programme qui peuvent selon eux parfois être surréaliste. (E2 [195-196] *« la RFR c'est un peu la… Les patients voient ça un peu comme un truc qui va leur révolutionner la vie »*)

Puis, une autre sphère serait en facteur d'influence qui serait la situation psychosociale des personnes. L'environnement dans lequel la personne grandit et évolue serait un facteur d'influence des croyances, qu'il soit social, familial ou socio-professionnel. (E1[182-183] *Je pense que c'est plutôt le contexte social et familial et même le contexte socio-professionnel*)

En restant sur l'entourage de la personne, d'autres ergothérapeutes mettent en évidence l'apport du groupe pendant la rééducation qui serait positive sur chacun d'eux. Malheureusement, cet apport pourrait devenir un manque à la sortie du programme selon E1 : [91-96] *« tant qu'ils sont en centre et qu'ils font ça en groupe et qu'ils sont coachés ça va bien (…) Mais à long terme les gens finissent par souvent par abandonner quand ils se retrouvent tout seul chez eux. »*.

A l'heure actuelle, les indications données mèneraient à confusion les patients car les affirmations sont encore trop différentes selon les thérapeutes. Le besoin d'un consensus et d'une mise à jour de tous les thérapeutes est ressenti par tous les ergothérapeutes. E1 [187-196] *« malheureusement je trouve que les patients ne sont pas suffisamment accompagnés. (…) Leur médecin, lui-même a dit « ah non non surtout vous faîtes rien, vous ne faites pas d'activités sportives, vous ne bougez pas » (…) ils sont malheureusement influencés dans le système de santé qui a du mal à évoluer »*. *E3 [291-297] « que ce soit le médecin de rééducation ou le médecin qui annonce (…) je pense qu'ils ont une grosse place aussi là-dedans parce que forcément quand le médecin dit quelque chose ce n'est pas la même chose que quand… c'est l'ergothérapeute ou le kiné (…) On n'a pas forcément le même poids là-dedans »*.

4. Discussion des données

Cette partie est dédiée premièrement à interpréter les données recueillis tout en proposant des éléments de réponse à l'objet de recherche. Nous évoquerons ensuite quelques critiques en lien avec le dispositif de recherche ainsi que les apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle. Et enfin nous apporterons des propositions concernant la transférabilité pour la pratique professionnelle pour terminer avec les perspectives de recherches que notre étude peut apporter.

4.1Interprétation des résultats et éléments de réponse

Notre démarche s'est initiée autour de la rééducation des lombalgiques chroniques dans les programmes de restauration fonctionnelle du rachis. À travers notre problématique pratique nous avons pu répondre à nos questions de départ sur les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes. Cela nous a permis d'établir une question initiale de recherche que nous avons confronté à des recherches théoriques concernant les croyances des patients lors de leurs rétablissements. Tout cela nous a amené à notre question de recherche finale :

Comment les ergothérapeutes perçoivent les croyances des patients souffrant de lombalgie chronique lors de leur réactivation physique dans le programme de restauration fonctionnelle du rachis ?

Tout d'abord, nous pouvons voir que les croyances observées par les ergothérapeutes sont similaires à ce que nous avons pu trouver en amont de l'enquête dans la partie 1.8.2. Toutefois, toutes les croyances n'ont pas été énumérées même si les ergothérapeutes nous ont fait comprendre qu'ils en voyaient plusieurs, différentes les unes des autres en fonctions des personnes. Nous pouvons penser cependant que les thèmes ressortis correspondent aux croyances les plus observées. En revanche, nous ne pouvons pas en être certains, il faudrait alors réaliser une enquête statistique sur les croyances observées. Peut-être qu'en interrogeant un nombre plus conséquent d'ergothérapeutes, les observations se corroboreraient avec les résultats trouvés en première partie.

Concernant les comportements des patients observés par les ergothérapeutes, nous pouvons bien affirmer l'existence de deux réponses comportementales à la douleur d'une personne qui

sont l'affrontement et l'évitement. Les ergothérapeutes voient en majorité une évolution positive des patients ce qui corrobore avec les résultats trouvés dans notre revue de littérature.

Face aux croyances, l'explication des thérapeutes envers les patients est majoritairement ressortie que ce soit pendant les séances même de restauration fonctionnelle du rachis en se basant sur la prophylaxie rachidienne par exemple selon E3 ou d'autres groupes assemblés au programme comme des ateliers d'éducation thérapeutique selon E1. D'après nos recherches de la partie 1.8.3 l'explication de la douleur nous fait penser à l'utilisation du principe de neuroplasticité afin de réduire la douleur et l'incapacité lors de la réactivation physique pendant la rééducation.

De plus, le but principal des ateliers d'éducation thérapeutique chez E1 est donc d'éduquer le patient avant tout. On peut ajouter à ça le fait qu'instinctivement, le thérapeute peut rassurer le patient face à ses peurs lors des activités physiques qui sont graduées selon le protocole. E1 nous dit aussi *« on travaille beaucoup sur l'expérience » (l.62)*. Le tout nous fait penser à la théorie bio-informationnelle de Peter Lang expliqué plus haut qui rassemble donc le fait de réassurer, éduquer, réaliser des activités physique et graduées en étant exposé in vivo à des expériences comportementales.

E2 a mis en évidence lors de l'entretien que le programme doit parfois être adapté suivant les patients. Ce dernier nous a donné un exemple où les exercices des séances ont été adaptés en fonction des préférences d'un patient à la suite de croyances l'empêchant de réaliser ce qu'il était prévu au départ. On pourrait dire qu'en s'adaptant à la personne de cette façon, cela tend vers une rééducation cognitive intégrée au programme. Rappelons que cette notion intègre des exercices thérapeutiques en considérant les préférences, les connaissances et les croyances des patients en agissant sur l'esprit et le cerveau.

Enfin, le principe de reconditionnement physique est par définition intégré au programme de restauration fonctionnelle du rachis par l'utilisation d'une pédagogie de conditionnement opérant avec renforcement positif en ajoutant donc l'activité physique et des réactions positives des thérapeutes en conséquence.

Concentrons-nous maintenant sur les pensées des ergothérapeutes en rapport avec ces croyances observées.

Une notion mise en avant par les ergothérapeutes, est la prise en compte de la personne en elle-même. Toute personne n'a pas les mêmes antécédents avant d'arriver en rééducation. E3 nous parle de la vie passée de la personne en considérant ses activités physiques passées. Si la personne réalisait des activités physiques auparavant, la prise en charge serait plus simple que

si la personne était sédentaire. Cela a un sens pour nous par rapport au principe de reconditionnement physique. Si la personne a déjà appris auparavant ce qu'est l'activité physique avec ses sensations multiples, cela sera plus simple de lui faire réapprendre quelque chose qu'il a déjà connu que quand il ne l'a jamais connu. Ensuite il y a la personne avec son côté psychologique mit majoritairement en avant par E3. Cela corrobore avec les résultats de notre enquête exploratoire qui disait que l'aspect psychologique de la personne était justement difficile à gérer quelques fois en raison du syndrome de déconditionnement plus ou moins ancré.

La personne peut penser, s'imaginer tellement de chose qu'il est important de le prendre en compte pour savoir comment agir lors de la rééducation. De plus nous avons vu que l'utilisation des neurotags influent sur le principe de neuroplasticité. Souvenons-nous que les neurotags correspondent à l'activation de plusieurs neurones réalisant un signal spécifique comme une perception, une pensée positive ou négative qui peut donc être reliée aux croyances.

Nous avons aussi le coté psychosocial qui a été mis en avant par E1 en considérant le contexte familial, socio-professionnel et social. Le milieu dans lequel la personne grandie, interagi, peut influencer sa manière d'agir et d'appréhender les choses qu'il rencontre au cours de la vie.

La rééducation dans le programme de restauration fonctionnelle du rachis s'effectue exclusivement en groupe, ce qui apporte aussi au patient une part d'échanges sur leur vécu. E1 nous dit que les patients s'apportent les choses rien qu'en communiquant entre eux et relève l'idée qu'ils abandonnent quand ils se retrouvent tout seul chez eux après le groupe. E2 nous dit que les patients voient que la rééducation fonctionne sur le groupe. Quelques fois, nous pouvons dire qu'il est plus difficile de voir les progrès sur soi-même, ici les patients ont des témoins devant eux ce qui peut les aider à avancer d'eux même grâce aux différents apports du groupe.

E3 met en avant la prise en compte du temps vécu avec la douleur. Plus une personne est déconditionnée avec des automatismes ancrés, plus il sera difficile d'enlever toutes les mauvaises réactions du schéma de la douleur et plus difficile à prendre en soin.

Enfin, les ergothérapeutes ont tous les trois mis en avant une problématique du système de santé actuelle qui a du mal à se mettre à jour alors qu'il influence majoritairement les patients. Ceci est en accord avec nos résultats trouvés en première partie où nous avons pu voir que l'assurance maladie réalise des actions afin de pallier ce problème existant.

4.2Critiques du dispositif de recherche

Premièrement même si cela a été précisé plus haut, nous pouvons émettre une critique sur la réalisation des entretiens par téléphone. Ceci supprime l'observation d'une communication non verbale. De plus, un entretien clinique, particulièrement lorsqu'il est non directif demande une certaine maitrise, et cela est loin d'être aisé de paraitre affirmée, et ainsi rebondir avec des relances ajustées tout en prenant des notes durant l'entretien. Nous avons donc pu voir qu'il est plus difficile d'appliquer cette méthode lorsque le discours de l'enquêté est rapide. Cependant, sur les trois entretiens, nous avons pu voir une évolution sur notre discours ainsi que sur la prise de note qui a été meilleure lors du troisième entretien. Ceci nous montre qu'il aurait peut-être été profitable de réaliser plusieurs entretiens d'entrainements en amont. Cela aurait pu nous exercer sur les différentes techniques de relances lors d'un entretien non directif afin d'amener l'enquêté sur sa réflexion sans qu'il ne soit biaisé par le chercheur.

4.3Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Lors de la recherche, nous avons récolté les perceptions des ergothérapeutes sur les croyances des patients. Ainsi, nous avons pu acquérir des témoignages sur les croyances observées. Cependant, sur cette partie, le regard de l'ergothérapeute est déjà un biais sur les descriptions des croyances des patients. L'ergothérapeute ne peut pas savoir exactement ce que ressent le patient. On aurait donc pu récolter le regard des patients directement, mais dans ce cas-là, nous n'aurions pas eu la complémentarité du regard expert d'un thérapeute. Ensuite, nous pensons qu'il est quand même difficile d'expliquer sa pratique, d'expliquer ce que l'on voit, ce que l'on perçoit sur le terrain en seulement quelques minutes d'entretiens. Des temps d'observations de l'ergothérapeute sur son lieu de travail pourraient alors être bénéfiques à notre recherche. Cependant, beaucoup d'exemples concrets ont été énoncés, ce qui nous aide à avoir ne serait-ce qu'une petite image de ce à quoi peut ressembler leur exercice professionnel.

De plus, les résultats nous ont confirmé une problématique que l'on a pu explorer en première partie en lien avec les croyances du système de santé qui ne sont pas encore uniformisées et qui avec des informations différentes pourrait donc perturber les patients.

Par ailleurs, ce dispositif pourra peut-être aider des thérapeutes ou autres personnes à y voir plus clair sur les croyances des personnes souffrant de lombalgie chronique, plus particulièrement dans les programmes de type restauration fonctionnelle du rachis.

4.4Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Les résultats nous ont montrés que les croyances d'une personne peuvent être assez facilement influençables par son entourage aussi différent qu'il puisse être selon les personnes. C'est pourquoi le thérapeute doit rester attentif et essayer de penser aux conséquences des informations qu'il peut divulguer.

Le programme de restauration fonctionnelle du rachis agit en prévention tertiaire, afin que les personnes lombalgiques chroniques puissent retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant et retrouver une activité professionnelle sans aménagement. En tenant compte de tous les facteurs d'influences existants, si les informations promulguées s'uniforme dans le système de soin, notamment dans ce genre de programme, nous pouvons espérer que les patients puissent communiquer à leur tour toutes les informations acquises autour d'eux et ainsi avoir une place dans la prévention primaire et secondaire.

4.5Perspectives de recherche à partir des résultats et ouverture vers une nouvelle question de recherche :

À travers nos données recueillis nous avons choisis de séparer les croyances des comportements observés afin de les mettre en évidence. Par ailleurs, nous pouvons nous demander si les comportements sont forcements liés à une croyance. Nous pouvons imaginer intuitivement qu'une personne qui va avoir peur de réaliser des mouvements va adopter un comportement d'évitement et inversement. Toutefois, normalement, tous les patients arrivent déconditionnés dans ce programme. Un déconditionnement implique forcément des croyances ? Le comportement d'affrontement est donc visible quand le changement de croyances opère ?
Une question se pose alors sur les liens entre les comportements et les croyances.

Enfin, lors de notre étude, pour trouver notre problématique théorique en première partie, nous nous sommes questionnés au regard du positionnement adéquat de l'ergothérapeute face aux croyances des patients. Avant de nous concentrer sur l'adaptation de l'ergothérapeute face aux croyances des patients, il nous a semblé judicieux d'avoir un œil plus avisé sur la perception des ergothérapeutes sur les croyances des personnes lombalgiques chroniques durant ces programmes. C'est pourquoi il nous parait logique de proposer en tant qu'ouverture à notre étude, de s'intéresser à la meilleure posture que l'ergothérapeute puisse adopter face aux différentes croyances et comportements des patients pendant leur rééducation.

Bibliographie

1. Jacques Vanvelcenaher, Eric Aernoudts, Philippe Bibre, Martin Goethals, Jean-luc Havez, Sylviane Lambert, Paule Lebeco, Valérie Lesaffre, pierre Masse, Dr Gérard O'Miel, Dr Danièle Raevel, Patrick Struck, Philippe Voisin, Thierry Weissland. Restauration fonctionnelle du rachis® dans les lombalgies chroniques [Internet]. Ma librairie Médicale. 2003 [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: https://www.ma-librairie-medicale.fr/livre-de-medecine/133-restauration-fonctionnelle-du-rachis-dans-les-lombalgies-chroniques.html

2. Charline D. Lombalgie chronique, un enjeu économique [Internet]. Lombalgie. 2017 [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: https://www.lombalgie.fr/lombalgie-chronique-enjeu-economique/

3. INRS. Lombalgie. Effets sur la santé - Risques - INRS [Internet]. 2018 [cité 28 déc 2018]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/effets-sur-la-sante.html

4. Haute Autorité de Santé - Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie [Internet]. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie

5. Quelques chiffres sur la lombalgie et le mal de dos [Internet]. Lombalgie. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: http://www.lombalgie.fr/comprendre/quelques-chiffres/

6. Cedraschi C, Piguet V, Luthy C, Rentsch D, Desmeules J, Allaz A-F. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Rev Rhum. 76(6):587-92.

7. mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf

8. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Médicale Suisse. 2010;3.

9. Hdj M. UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL VAL DE MARNE. :92.

10. Inserm. Lombalgies en milieu professionnel : Quels facteurs de risque et quelle prévention ? [Internet]. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/36

11. Estelle Saget. Mal de dos: pour les éclopés, des stages commandos! [Internet]. LExpress.fr. 2012 [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/mal-de-dos-pour-les-eclopes-des-stages-commandos_1120561.html

12. Caby I, Olivier N, Mendelek F, Bou Kheir R, Vanvelcenaher J, Pelayo P. Functional restoration of the spine: effect of initial pain level on the performance of subjects with chronic low back pain. Pain Res Manag. oct 2014;19(5):e133-138.

13. Ksibi I, Kessomtini W, Maaoui R, Bejaoui A, Rahali Khachlouf H. Effet d'un programme de restauration fonctionnelle du rachis chez des militaires lombalgiques

chroniques. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. 1 juin 2015;35(2):62-8.

14. Beaudreuil J, Kone H, Lasbleiz S, Vicaut E, Richette P, Cohen-Solal M, et al. Efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgie chronique : étude prospective sur un an. Rev Rhum. 1 mai 2010;77(3):291-5.

15. Mayer T, Gatchel R J, Evans T. Effet de l'âge sur les résultats de la réadaptation tertiaire pour les troubles rachidiens invalidants chroniques. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2001 [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=low%20back%20pain%20functional%20restoration%20program%20&_sort=auto&_start=3

16. Azanmasso H, Lahrabli S, Alagnide E, Ahannougbé C, Tournier S, Andresz V, et al. Devenir des lombalgiques chroniques à distance d'une restauration fonctionnelle du rachis : à 3 et 42 mois. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. 1 juin 2016;36(2):99-106.

17. agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Rev Rhum. mars 2002;69(3):338-43.

18. Jousset N, Fanello S, Bontoux L, Dubus V, Billabert C, Vielle B, et al. Effects of functional restoration versus 3 hours per week physical therapy: a randomized controlled study. Spine. 1 mars 2004;29(5):487-93; discussion 494.

19. Duque I, Parra J-H, Duvallet A. Physical deconditioning in chronic low back pain [Internet]. 2009 [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2009/00000041/00000004/art00009#

20. Tavares Figueiredo I, Dupeyron A, Tran B, Duflos C, Julia M, Herisson C, et al. Educational self-care objectives within a functional spine restoration program. Retrospective study of 104 patients. Ann Phys Rehabil Med. 1 déc 2016;59(5):289-93.

21. Laroche F, Jammet L. Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique. Rev Rhum. mars 2011;78:S83-6.

22. Sichère P, Zeitoun F. La lombalgie (commune) en évolution. Douleurs Eval - Diagn - Trait. oct 2013;14(5):234-44.

23. Vlaeyen JWS, Crombez G. La psychologie de la peur et de la douleur. Rev Rhum. juin 2009;76(6):511-6.

24. Larousse É. Définitions : croyance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/croyance/20740

25. Tison P, Hautekeete M, Bardiaux C, Roussez A. Croyances dans la douleur chronique. J Thérapie Comport Cogn. juin 2009;19(2):67-71.

26. Campagne qui dénonce les fausses croyances sur la lombalgie ! [Internet]. Lombalgie. 2018 [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lombalgie.fr/campagne-fausses-croyances-lombalgie/

27. Demoulin C, Roussel N, Marty M, Mathy C, Genevay S, Henrotin Y, et al. LES CROYANCES DÉLÉTÈRES DES PATIENTS LOMBALGIQUES. Rev Med Liège. :7.

28. Vaillant J, Dupuis C, Pallot A, Bolla B, Mougel J, André-Vert J. Pratique professionnelle et douleurs chroniques. Kinésithérapie Rev. oct 2015;15(166):48-54.

29. Boureau F, Luu M, Doubrère JF, Fatio MM. Réactivations physique et comportementalè chez le patient douloureux chronique. Douleur Analgésie. 1 sept 1993;6(3):67-73.

30. Encyclopaedia Universalis. Définition de perception - Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: https://www.universalis.fr/dictionnaire/perception/

31. Vial M, Thuilier O, Eymard C. Le travail de fin d'études: s'initier à la recheche en soins infirmiers 2eme édition: UE 3.4 - UE5.6. Rueil-Malmaison: Lamarre; 2011. 153 p.

32. Duchesne S. Pratique de l'entretien dit « "non-directif" ». :37.

33. Fernandez L. La conduite de l'entretien. :15.

34. Castarède M-F. Chapitre VII. L'entretien clinique à visée de recherche [Internet]. Presses Universitaires de France; 2013 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.cairn.info/l-entretien-clinique--9782130621287-page-139.htm

35. Meunier S. Quels sont les droits des personnes concernées selon le RGPD ? [Internet]. IT Governance Blog FR. 2018 [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.itgovernance.eu/blog/fr/quels-sont-les-droits-des-personnes-concernees-selon-le-rgpd

36. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. 10 mai 2013;17.

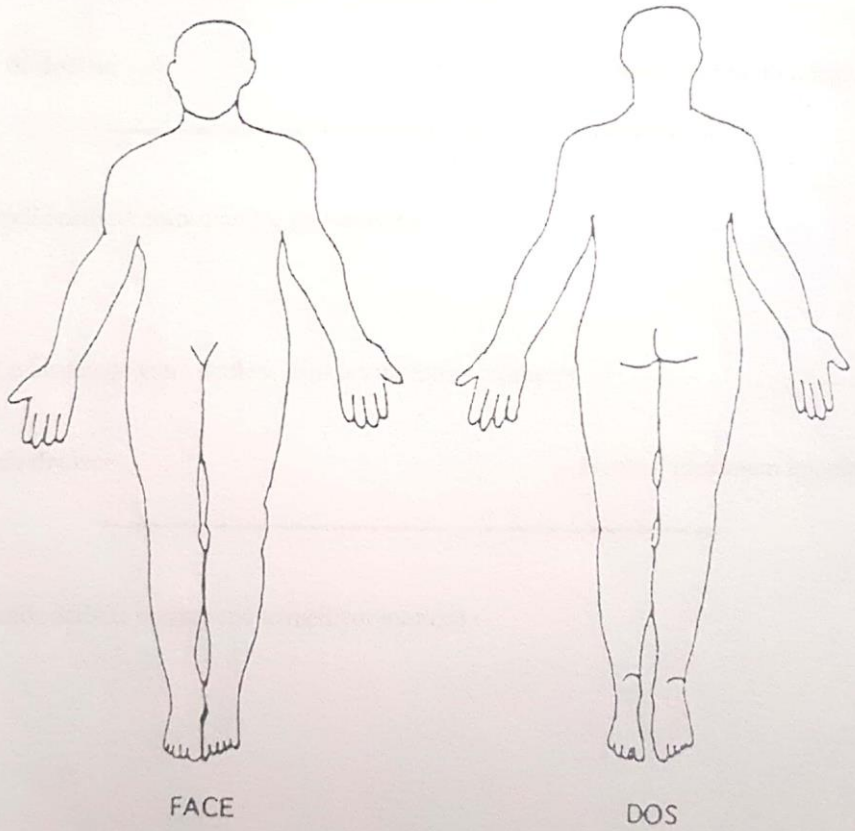
ANNEXES

Annexe 1 : bilans inclus au programme de restauration fonctionnelle du rachis

BILAN DE LA DOULEUR

Date :

Ergo :



Localisation : Colorier (jaune, orange, rouge, selon l'intensité) les parties du corps douloureuse

La ligne ci-dessous représente un « thermomètre » de la douleur

1 - Le niveau habituel de votre douleur

Pas de douleur Douleur maximum imaginable

2 - Le niveau de votre douleur dans les pires moments

Pas de douleur Douleur maximum imaginable

A quelle activité correspond le pire moment :

3 - Le niveau de votre douleur dans les meilleurs moments

Pas de douleur Douleur maximum imaginable

A quelle activité correspond le meilleur moment :

F. Gallovédec
REEDUCATION & MEDECINE

Bilan de l'activité fonctionnelle

Ergo :

	date												
	Epreuves	n°1	n°2	n°3	TOTAL	n°1	n°2	n°3	TOTAL	n°1	n°2	n°3	TOTAL
Temps													
	sur 10												
Mobilité	Déplacement M I												
	Transfert du poids du corps												
	Ecartement des pieds												
	Stabilité												
	Dissociation des ceintures												
	Utilisation des membres sup												
	sur 60												
Rythme	Rachis : souple												
	Coxo fémorales : recul du bassin												
	Genoux : flex/ext												
	sur 30												
Total	sur 100												

Commentaires :

cotation du temps : 10 : de 1'45 à 2', **8 :** de 2' à 2'15, **6 :** de2'15 à 2'30, **4 :** de 2'30 à 2'45, **2 :** de 2'45 à 3', **0 :** + de 3'

Echelle HAD

Date :

nom de l'ergo :

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et **soulignez la réponse** qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.
Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

		Je me sens tendu ou énervé :
	3	la plupart du temps
	2	souvent
	1	de temps en temps
	0	jamais
		Je prends plaisir aux même choses qu'autrefois :
0		oui, tout autant
1		pas autant
2		un peu seulement
3		presque plus
		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
	3	oui, très nettement
	2	oui, mais ce n'est pas grave
	1	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	0	pas du tout
		Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
0		autant que par le passé
1		plus autant qu'avant
2		vraiment moins qu'avant
3		plus du tout
		Je me fais du souci :
	3	très souvent
	2	assez souvent
	1	occasionnellement
	0	très occasionnellement
		Je suis de bonne humeur :
3		jamais
2		rarement
1		assez souvent
0		la plupart du temps

		Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :
	0	oui, quoi qu'il arrive
	1	oui, en général
	2	rarement
	3	jamais
		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
3		presque toujours
2		très souvent
1		parfois
0		jamais
		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :
	0	jamais
	1	parfois
	2	assez souvent
	3	très souvent
		Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
3		plus du tout
2		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0		j'y prète autant attention que par le passé
		J'ai la bougeotte et n'y arrive pas à tenir en place :
	3	oui, c'est tout à fait le cas
	2	un peu
	1	pas tellement
	0	pas du tout
		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
0		autant qu'auparavant
1		un peu moins qu'avant
2		bien moins qu'avant
3		presque jamais
		J'éprouve des sensations soudaines de panique :
	3	vraiment très souvent
	2	assez souvent
	1	pas très souvent
	0	jamais
		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :
0		souvent
1		parfois
2		rarement
3		très rarement

D = **A =**

Total : D + A =

Q.S.C.A

Date :

Les gens qui souffrent de douleurs utilisent parfois certains moyens pour lutter contre leur douleur ou pour mieux y faire face. Lorsqu'ils éprouvent la douleur ils peuvent par exemple se tenir des propos particuliers ou entreprendre certaines activités.

Vous trouverez ci-dessous une liste de ce que des patients ont rapporté faire lorsqu'ils ressentent la douleur.

Pour chaque proposition, indiquez au moyen de l'échelle ci-dessous si vous agissez de même quand vous éprouvez la douleur.

0 : Vous ne faites JAMAIS cette activité lorsque vous éprouvez la douleur
3 : Vous faites PARFOIS cette activité lorsque vous éprouvez la douleur
6 : Vous faites TOUJOURS cette activité lorsque vous éprouvez la douleur

Pour nuancer votre réponse, pensez à utiliser toute l'étendue de l'échelle.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais			Parfois			Toujours

Considérez chaque question séparément. Ne vous préoccupez pas du fait que inévitablement certaines question sont très proches.

Quand je ressens la douleur :

	1. J'essaye de prendre du recul par rapport à la douleur, à peu près comme si ma douleur était dans le corps de quelqu'un d'autre.
	2. Je quitte la maison et fais quelque chose comme aller au cinéma ou faire des courses.
	3. J'essaye de penser à quelque chose d'agréable.
	4. Je n'y pense pas comme si c'était une douleur, mais plutôt une sensation sourde ou de chaud.
	5. C'est terrible et je pense que jamais ça n'ira mieux.
	6. Je me dis d'être courageux et de continuer malgré la douleur.
	7. Je lis.
	8. Je me dis que je peux maîtriser la douleur.
	9. Je fais du calcul mental ou je fredonne une chanson.
	10. J'y pense comme s'il s'agissait d'une autre sensation comme par exemple un engourdissement.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais			Parfois			Toujours

	11. C'est affreux et je sens que cela me submerge.
	12. Je cherche à me divertir tout seul, mentalement pour garder mon esprit loin de la douleur.
	13. Je pense que ma vie ne vaut pas le peine d'être vécue.
	14. Je pense qu'un jour quelqu'un sera là pour m'aider et que ça partira pour un temps.
	15. Je prie Dieu que ça ne dure pas longtemps.
	16. J'essaye d'y penser comme s'il ne s'agissait pas de mon corps mais quelque chose séparé de moi.
	17. J'évite de penser à tout ce qui se rapporte à ma douleur.
	18. J'essaye de m'imaginer plusieurs années plus tard, et de penser comme tout ira bien lorsque je me serai débarrassé de ma douleur.
	19. Je me dis que ça ne fait pas mal.
	20. Je me dis que je ne peux pas laisser durer la douleur compte tenu de ce que j'ai à faire.
	21. Je n'y porte aucune attention.
	22. J'ai foi en la médecine qui un jour trouvera un traitement pour ma douleur.
	23. Peu importe la sévérité de ma douleur, je sais comment m'y prendre.
	24. Je fais comme si elle n'était pas là.
	25. Je me tourmente tout le temps pour savoir si ça ne va pas finir.
	26. Je repense aux moments agréables que j'ai vécu
	27. Je pense à des personnes avec lesquelles je me sens bien.
	28. Je prie pour que la douleur s'arrête
	29. J'imagine que la douleur est en dehors de mon corps.
	30. Je continue comme si de rien n'était.
	31. Je la vois comme un défit à relever et je ne la laisse pas m'ennuyer.
	32. Bien que ça fasse mal, je continue ce que j'ai à faire.

0	1	2	3	4	5	6
Jamais			Parfois			Toujours

	33. Je sens que je ne peux la supporter plus longtemps.
	34. J'essaye de ne pas rester seul.
	35. Je l'ignore.
	36. Je compte sur ma foi en Dieu.
	37. Je sens que je ne peux plus continuer comme ça.
	38. Je pense à des choses que j'aime faire.
	39. Je fais n'importe quoi pour soustraire mon esprit de la douleur.
	40. Je fais quelque chose que j'aime comme regarder la télévision ou écouter de la musique.
	41. Je me dis qu'elle ne fait pas partie de moi.
	42. Je ne reste pas inactif, au contraire, je fais le travail de la maison ou je fais des projets.

43. Si l'on considère un jour habituel, grâce à ce que vous faites pour lutter contre votre douleur et pour faire face, quel niveau de contrôle pensez vous avoir ?
Encerclez le chiffre correspondant :

0	1	2	3	4	5	6
Aucun contrôle			Contrôle partiel			Contrôle parfait

44. Si l'on considère un jour habituel, grâce à ce que vous faites pour lutter contre votre douleur et pour faire face, quel soulagement pensez vous obtenir ?
Entourez le chiffre correspondant :

0	1	2	3	4	5	6
Aucune diminution			Diminution Partielle			Diminution complète

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ : ÉCHELLE D'IMPOTENCE FONCTIONNELLE DE LA LOMBALGIE DE *QUEBEC*

Date :

Ergo :

▸ Objectif :
Evaluation de l'influence de la douleur sur les activités quotidiennes.

▸ Méthode :
Ce questionnaire porte sur la façon dont votre douleur au niveau du dos affecte votre vie de tous les jours. Les personnes souffrant de maux de dos trouvent difficile d'entreprendre certaines activités quotidiennes. Nous aimerions savoir si vous éprouvez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous *en raison de vos douleur au dos.*

Veuillez marquer d'une croix dans chaque ligne horizontale de 1 à 20, la case qui correspond le mieux à vos difficultés, et ceci pour chacune des activités (sans exception).

Eprouvez-vous de la difficulté aujourd'hui à accomplir les activités suivantes *en raison de votre douleur au dos ?*

	Aucune Difficulté 0	Légèrement Difficile 1	Moy. Difficile 2	Difficile 3	Très Difficile 4	Incapable 5
1 Sortir du lit						
2 Dormir toute la nuit						
3 Vous retourner dans le lit						
4 Vous promener en voiture						
5 Rester debout 20 à 30 minutes						
6 Rester assis(e) sur une chaise durant plusieurs heures						
7 Monter un seul étage à pied						
8 Faire plusieurs coins de rue à pied (300-400 mètres)						
9 Marcher plusieurs kilomètres						
10 atteindre des objets sur des tablettes assez élevées						
11 Lancer une balle						
12 Courir un coin de rue (à peu près 100 mètres)						
13 Sortir des aliments du réfrigérateur						
14 Faire votre lit						
15 Mettre vos bas ou chaussettes						
16 Vous pencher pour laver la baignoire						
17 Déplacer une chaise						
18 Tirer ou pousser des portes lourdes						
19 Transporter deux sacs d'épicerie						
20 Soulever et transporter une grosse valise						
Total :						

Date :
Ergothérapeute :

FABQ

Voici quelques affirmations recueillies auprès d'autres patients à propos de leur douleur. Pour chaque affirmation, entourez un chiffre de 0 à 6 concernant les conséquences de certaines activités sur votre douleur de dos.

1. Ma douleur a été provoquée par l'activité physique.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

2.. L'activité physique aggrave ma douleur.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

3.. L'activité physique pourrait abîmer mon dos.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

4.. Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent (ou pourraient) aggraver ma douleur.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

5.. Je ne peux pas faire d'activités physiques qui peuvent (ou pourraient) aggraver ma douleur.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

Résultat /24 :

Les affirmations suivantes concernant la façon dont votre travail affecte (ou pourrait) affecter votre mal de dos.

6.. Ma douleur a été provoquée par mon travail ou par un accident du travail.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

7.. Mon travail a aggravé ma douleur.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

8.Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident du travail.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

9.. Mon travail est trop lourd pour moi.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

10.. Mon travail aggrave (ou aggravait) ma douleur.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

11.. Mon travail pourrait endommager/ abîmer mon dos.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

12.. Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

13.Je ne peux pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

14.Je ne peux pas effectuer mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

15.. Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail dans les 3 prochains mois.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

16.Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail.

0	1	2	3	4	5	6
Pas du tout d'accord			Pas certain			Tout à fait d'accord

Résultat /42 :

ECHELLE DE RATHUS

(Rathus Assertive Schedule – RAS)

Date :

Indiquer à quel degré les affirmations suivantes sont caractéristiques ou descriptives de votre comportement. Utiliser la cotation ci-dessous et mettre une note à chaque affirmation.

+ 3 : Très caractéristique
+ 2 : Plutôt caractéristique
+ 1 : Un peu caractéristique

- 1 : Un peu non caractéristique
- 2 : Plutôt non caractéristique
- 3 : Vraiment caractéristique

1- La plupart des gens me semblent être plus agressifs et défendre mieux leurs droits que moi.

2- Il m'est arrivé d'hésiter par timidité au moment de donner ou d'accepter des rendez-vous .

3- Quand la nourriture dans un restaurant ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur ou à la serveuse.

4- Je fais attention à ne pas heurter les sentiments des autres, même lorsque je sens que l'on m'a blessé(e).

5- Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal à me montrer une marchandise qui ne me convient pas parfaitement, j'ai un moment difficile lorsque je dois dire non.

6- Lorsqu'on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en savoir la raison.

7- Il y a des moments ou je cherche une bonne et vigoureuse discussion

8- Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession.

9- A vrai dire, les gens tirent souvent parti de moi.

10- J'ai du plaisir à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances ou des étrangers.

11- Souvent je ne sais rien dire à des personnes séduisantes du sexe opposé.

12- J'hésiterais à téléphoner à un grand établissement de commerce ou à une administration.

13- Je préférerais poser ma candidature pour un autre travail par lettre plutôt que par entretien personnel.

14- Je trouve embarrassant de renvoyer une marchandise.

15- Si un parent proche et respecté est en train de m'ennuyer, j'étoufferais mes sentiments plutôt que d'exprimer cette gêne.

16- Il m'est arrivé de ne pas poser des questions par peur de paraître stupide.

17- Pendant une discussion serée, j'ai souvent peur d'être boulversé(e) au point de tembler de tout mon corps.

18- Si un conférencier réputé et respecté dit quelque chose que je pense inexact, j'aimerais que le public entende aussi mon point de vue.

19- J'évite de discuter les prix avec les représentants et les vendeurs.

20- Lorsque j'ai fait quelque chose d'important et de valable, je m'arrange pour le faire savoir aux autres.

21- Je suis ouvert et franc au sujet de mes sentiments.

+ 3 : Très caractéristique
+ 2 : Plutôt caractéristique
+ 1 : Un peu caractéristique

- 1 : Un peu non caractéristique
- 2 : Plutôt non caractéristique
- 3 : Vraiment caractéristique

22- Si quelqu'un à répandu des histoires fausses et de mauvais goût à mon sujet, je le vois aussi vite que possible pour une explication. ☐

23- J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire non. ☐

24- J'ai tendance à contenir des émotions plutôt que de faire une scène. ☐

25- Je me plains lorsque les service est mal fait, dans un restaurant ou ailleurs. ☐

26- Souvent je ne sais pas quoi dire lorsqu'on me fait un compliment. ☐

27- Au cinéma, au théatre, ou lors d'une conférence, un couple près de moi est en train de parler à voix haute, je lui demande de se taire et d'aller autre part. ☐

28- Quiconque cherche à passer devant moi dans la queue risque une bonne explication. ☐

29- Je suis rapide dans l'expression de mes opinions. ☐

30- Il y a des moments ou je ne sais pas quoi dire. ☐

AUTO-QUESTIONNAIRE DE DALLAS

Date :
Ergo :

A lire attentivement : Ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (x) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue.
(de 0%à100% chaque extrémité correspond à une situation extrême).

1 La douleur et son intensité : Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?
Pas du tout — Parfois — Tout le temps

0% [ ] 100%

2 Les gestes de la vie quotidienne : Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc…) ?
Pas du tout (pas de douleur) — Moyennement — Je ne peux pas sortir du lit

0% [ ] 100%

3 La possibilité de soulever quelque chose : Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?
Pas du tout (comme avant) — Moyennement — Je ne peux rien soulever

0% [ ] 100%

4 La marche : Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?
Je marche comme avant — Presque comme avant — Presque plus — Plus du tout

0% [ ] 100%

5 La position assise : Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?
Pas du tout (pas d'aggravation de la douleur) — Moyennement — Je ne peux pas rester assis(e)

0% [ ] 100%

6 La position debout : Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?
Pas du tout (je reste debout comme avant) — Moyennement — Je ne peux pas rester debout

0% [ ] 100%

7 Le sommeil : Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?
Pas du tout (je dors comme avant) — Moyennement — Je ne peux pas dormir du tout

0% [ ] 100%

Total x 3 =---------- % de répercussion sur les activités quotidiennes

8 Activité sociale : Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danser, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc…) ?

Pas du tout (ma vie sociale est comme avant) — Moyennement — Je n'ai plus aucune activité sociale

0% [ ] 100%

9 Les déplacements en voiture : Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

Pas du tout (je me déplace comme avant) — Moyennement — Je ne peux pas me déplacer en voiture

0% [ ] 100%

10 Les activités professionnelles : Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

Pas du tout (elle ne me gêne pas) — Moyennement — Je ne peux pas travailler

0% [ ] 100%

Total x 5 = ----------% de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

11 L'anxiété/le moral : Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

Je fais entièrement face(pas de changement) — Moyennement — Je ne fais pas face

0% [ ] 100%

12 La maîtrise de soi : Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

Je les contrôle entièrement(pas de changement) — Moyennement — Je ne les contrôle pas du tout

0% [ ] 100%

13 La dépression : Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

Je ne suis pas déprimé(e) — Je suis complètement déprimé(e)

0% [ ] 100%

Total x 5 = ---------- % de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

14 Les relations avec les autres : Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

Pas de changement — Changement radical

0% [ ] 100%

15 Le soutien dans la vie de tous les jours : Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc…) ?

Aucun soutien nécessaire — Soutien permanent

0% [ ] 100%

16 Les réactions défavorables des proches : Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque chez vos proches de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

Pas du tout — Parfois — Tout le temps

0% [ ] 100%

Total x 5 = ----------% de répercussion sur la sociabilité

HIERARCHIE DES ACTIVITES QUOTIDIENNES

Ergo :

JE PEUX FAIRE SANS DIFFICULTES :

-
-
-
-
-
-
-
-
-

J'AI DES DIFFICULTES A :	Evaluation de la difficulté de l'activité de 0 à 100 %	Réévaluations		
Dates				

Protocole bilan Dallas

Passation du bilan :

- Ce bilan s'adresse à des patients lombalgiques chroniques.
- Laisser le patient lire les instructions du bilan. L'ergothérapeute pourra les lire avec lui, si nécessaire (illétrisme, manque de compréhension).
- Le bilan peut se remplir seul ou accompagné.
- Il est effectué en début et fin de séances de rééducation.

Il est important de préciser au patient :

- qu'il doit répondre en tenant compte de la semaine passée.

Objectifs :

- Apprécier la répercussion de la douleur dans les activités de vie quotidiennes, dans les activités professionnelles et de loisirs, sur le rapport anxiété / dépression, sur la sociabilité
- Comparer les résultats entre le début et la fin des séances.
- Aborder les difficultés réelles du patient.
- Expliquer les résultats des bilans instantanément, pour mettre en évidence les domaines où la douleur a le plus de répercussion.

Cotation :

Il existe 16 items différents découpés en 4 rubriques. A chaque item, correspond une note. La note 0 correspond au segment le plus à gauche, la note 1 au segment voisin, jusqu'à 5 pour le dernier segment. L'ergothérapeute marque la note à chaque bout de lignes. Ces notes sont additionnées entre elles et se multiplie par un coefficient (indiqué sur la feuille) pour donner un pourcentage différent aux 4 types de rubriques.

Remarques :

Question 10 :
« Dans quelle mesure votre douleur perturbe t'elle votre travail »

Quelqu'un qui est à la retraite doit se coter dans la première case (pas gêné)
Quelqu'un qui est en arrêt de travail, se cote dans la case ne peut pas travailler, même si la reprise de travail est projetée.

Question 11 :
« Dans quelle mesure estimez -vous que vous arrivez à faire face à ce que l'on exige de vous ? »

Explications : arrivez vous à réaliser les tâches que l'on vous demande de faire (exercices de rééducation, activités quotidiennes, le travail). Vous arrive-t-il de refuser des activités ou d'essayer de les faire et de ne pouvoir les mener à bien à cause de votre problème.

Question 12 :
« Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ? »

Bien situer le cadre en faisant référence aux problèmes de dos et à ses conséquences sur les émotions du patient.

Que veut dire : « Réactions émotionnelles » : peurs, angoisse, colère, larmes , hyper réactivité, fleur de peau.

Si le patient demande : pourquoi me posez vous toutes ces questions ?

Répondre :
- références validées de la lombalgie multicausale
- notre démarche au CMFG dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire
- quand la douleur persiste, il y a des répercussions dans différents domaines et le bilan permet de voir où vous êtes le plus gênés

N.B : Pendant le bilan rassurer le patient sur le fait qu'une évaluation ne tient compte que d'un moment précis par rapport à son parcours douloureux.

Protocole PILE

Test d'endurance fonctionnelle qui permet, lors de l'action de soulever une charge, une évaluation de la capacité physique et une évaluation de l'endurance à l'effort.

Objectif :
- Renforcement et rééquilibrage de toute la chaîne biomécanique
- Coordination musculo-ligamentaire
- Diminution de l'appréhension du port de charge
- Reprise de confiance et d'estime de soi

Passation du bilan :

- Soulever des charges disposées à l'intérieur d'une caisse en plastique.
  - Les sujets féminins démarrent le test avec une charge de 2,5 kg.
  - Les sujets masculins démarrent le test avec une charge de 5 kg.
- Le test consiste à lever la charge 4 fois, du sol à une hauteur de table (75 cm), en un temps de 20s.
- Ne donner aucune indication sur la façon de porter.
- Attendre que les 20s soit écoulées, ajouter un poids identique à celui de départ, et renouveler l'opération.
- Arrêt du test suivant l'apparition de l'un de ces critères :
  - Dépassement des 20s
  - Fatigue obligeant à arrêter l'effort
  - Fréquence cardiaque dépassant 85 % de la fréquence cardiaque maximale si le patient dispose d'un cardio fréquence mètre.
- La limite de la charge est la moitié du poids du corps de la personne. (entre 45% et 55% du poids du corps).

Objectifs :

-Evaluation de l'endurance à l'effort.
-Quantification de la performance fonctionnelle en terme de travail et de puissance moyenne.

- Les croyances :
  - TAMPA – (annexe 7). Peur que le problème s'aggrave par le mouvement ou d'être gravement malade. Plus le chiffre est important et plus la peur est importante, le score de Mr C. est 32/51 à l'inclusion et de 19/51 à la fin du stage.
  - Q.S.C.A – (annexe 8). Il permet d'apprécier si les cognitions sont utilisées pour faire face à la douleur, plus le score est élevé et plus les stratégies de « coping » son utilisées de manière efficace. Mr C. a un score de 71/264 à l'inclusion contre un score de 122/264 à la fin du stage.

Annexe 2 : méthodologie de la revue de littérature

Notre thème fait référence aux champs disciplinaires médical, de la santé publique et des sciences humaines et sociales. Ces champs disciplinaires vont nous aider à définir nos bases de données. Tout d'abord nous pouvons nous concentrer sur PubMed connu pour être dans le domaine de spécialisation en biologie et en médecine. Nous avons un thème de rééducation assez récent, c'est pourquoi nous choisissons aussi ScienceDirect qui publie aussi des articles à visé scientifiques, techniques et de santé complète. Puis, concernant la santé publique, nous pouvons utiliser la banque de données sur la santé publique. Et enfin, pour le domaine des sciences humaines et sociales nous utiliserons Cairn.

Pour effectuer les recherches, nous avons défini nos mots clefs en français et traduis en anglais à l'aide de HeTOP® pour garantir une bonne traduction.

Mots clés :

- Lombalgie : low back pain
- Maladie chronique : chronic disease
- Douleur : pain
- Qualité de vie : life quality
- Restauration fonctionnelle du rachis : functional restoration program

- Critère d'inclusions des articles :

  - Adultes
  - Lombalgie chronique sans opération
  - Arrêt maladie, reprise du travail en vue
  - Prise en charge selon le programme de restauration fonctionnelle du rachis
  - A partir des années 2000
  - En français et en anglais

- Critères d'exclusions :

  - Enfants
  - Personnes opérées
  - Lombalgie aigue, autres pathologies du rachis
  - Personnes ayant une autre pathologie en plus de la lombalgie chronique
  - En dessous des années 2000
  - Langues autres que le français et l'anglais
  - L'accès payant

Voici un tableau récapitulatif des bases de données avec le nombre d'articles retenus :

Bases de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
Cairn	50	41	5	0
Science direct	28	18	8	5
BDSP	3	3	3	1
PubMed	114	13	10	2

Lecture opportuniste : nous avons jugé utile d'utiliser des informations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Enfin, un tableau de synthèse regroupant une brève description des différents articles retenues est disponible ci-dessous :

Sources	Thème	Méthode utilisée	Population	Champs disciplinaires d'études	Principaux résultats	Questions / Limites
12 PubMed 2014	Effet du niveau initial de douleur sur les performances au cours du programme RFR	Quantitative	144 Personnes souffrant de lombalgie chronique	Santé, social	Les différences significatives évaluées au début entre les deux groupes s'effacent à la fin du programme	Notion de reprise du travail et de la vie après la rééducation
13 ScienceDirect 2015	Effet d'un programme de RFR sur des militaires	Quantitative	60 patients souffrant de lombalgie chronique	Santé, social, psycho-social	Amélioration significative de la douleur, de la qualité de vie. 75% de récupération du travail	Vison à long terme
14 ScienceDirect 2010	Efficacité d'un programme de RFR après 1an	Quantitative et qualitative	39 patients souffrant de lombalgie chronique	Santé, social, psycho-social, sociologie, psychologie	Amélioration de la qualité de vie, reprise du travail sauf pour ceux ayant des scores initiaux anxiodépressifs	Gestion de la douleur en elle-même au long terme
15 BDSP 2001	Effet de l'âge sur les résultats de la réadaptation tertiaire pour les troubles rachidiens invalidants chroniques	Quantitative et qualitative	1052 patients souffrant de lombalgie chronique	Santé, social, psycho-social	Incapacité avant le groupe liée à l'âge. Plus une personne est jeune plus elle aura de chance de retrouver du travail après le programme	
16 ScienceDirect 2016	Devenir des lombalgie chronique à 3 et 42 mois suite au programme RFR	Quantitative	170 patients souffrant de lombalgie chronique	Santé, social	A 3 et 42 mois, les gains perdurent et la reprise du travail est effective	Echantillon pas assez grand
17 Google ® 2000	Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de	Quantitative	Environ 40 patients souffrant	Santé	L'école du dos simple n'a pas démontrée	

	lombalgie chronique		de lombalgie chronique		d'efficacité. Avec des exercices physiques, une efficacité à court terme a été démontre	
18 PubMed 2004	Effets du programme RFR versus 3 heures par semaine de thérapie physique : étude contrôlée randomisée.	Quantitative	44 patients en programme RFR et 42 patients en kinésithérapie individuelle	Santé, santé publique, social	Efficacité du programme RFR pour le retour au travail aux Etats-Unis	Non réalisé en France
19 ScienceDirect 2009	Déconditionnement physique dans les lombalgies chroniques	Quantitative	70 patients atteints de lombalgies chronique	Santé	VO2max plus faible chez les patients déconditionnée	
20 ScienceDirect 2016	Objectifs éducatifs de soins personnels dans le cadre d'un programme de restauration fonctionnelle de la colonne vertébrale.	Quantitative	104 patients souffrant de douleurs lombaires chroniques	Santé, social	43,4% travaillaient à l'inclusion, 64,2% à 6 mois et 58,2% à 12 mois	

Annexe 3 : questionnaire

Bonjour, ce questionnaire s'adresse à tous les ergothérapeutes travaillant en rééducation, les réponses restent anonymes. Merci de votre attention !

**réponse obligatoire*

1) Avez-vous déjà eu des prises en charge de patients souffrant de lombalgie chronique ?*

Oui

Non

→Intérêt : avoir une idée sur l'expérience professionnelle

2) Connaissez-vous le programme de restauration fonctionnel du rachis (RFR) ?*

Oui

Non

→Intérêt : savoir si le programme est connu par les professionnels.

3) Connaissez-vous d'autres techniques de prise en charge dans le domaine de la redynamisation du rachis des personnes souffrant de lombalgie chronique ? Si oui, la(les)quelle(s) ?

→Intérêt : savoir si les ergothérapeutes connaissent d'autres types de rééducation en lien avec la redynamisation du rachis.

Partie prise en charge :

4) Avec un adulte souffrant de lombalgie chronique non opéré, quel type de prise en charge préconisez-vous pour ce patient ?*

→Intérêt : connaitre la première intention pour ce type de patient par un ergothérapeute.

5) La prise en charge serait :* en groupe individuelle

→Intérêt : avoir une vision sur le type de prise en soin.

6) Combien de fois par semaine verrez-vous le patient dans la structure où vous travaillez ?*

→Intérêt : avoir une vision plus détaillée sur le type de prise en soin

7) Combien de temps dure une prise en charge dans votre institution en général pour une personne souffrant de lombalgie chronique ?*

→Intérêt : avoir une vision plus détaillée sur le type de prise en soin dans la structure de l'ergothérapeute.

Partie réflexion :

8) Quelles sont selon vous les atouts et les limites des programmes actuels ?*

→Intérêt : obtenir un avis des ergothérapeutes sur le programme en lui-même.

9) Quelles pistes de réflexion percevez-vous autour de ce thème ?*

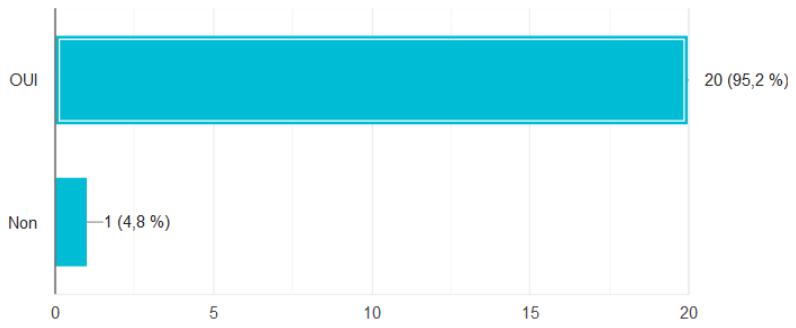
→Intérêt : Apporter un avis sur le sujet, peut-être des problématiques que les ergothérapeutes rencontrent.

Annexe 4 : résultats du questionnaire

Annexe 4.1 : première question

1) Avez-vous déjà eu des prises en charge de patients souffrant de lombalgie chronique?

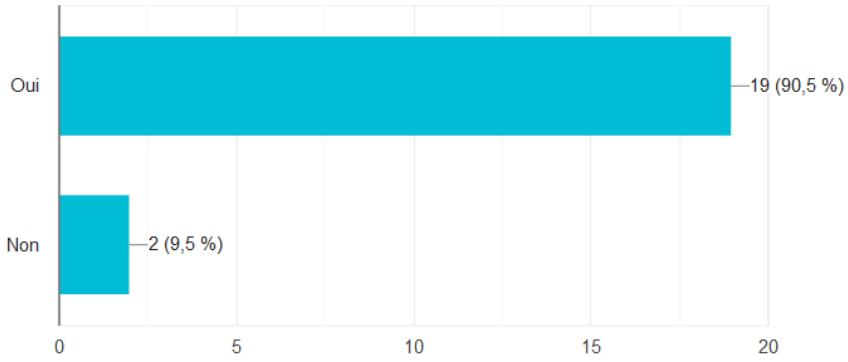
21 réponses



Annexe 4.2 : deuxième question

2) Connaissez-vous le programme de restructuration fonctionnel du rachis (RFR) ?

21 réponses



Annexe 4.3 : troisième question

3) Connaissez-vous d'autres techniques de prise en charge dans le domaine de la redynamisation du rachis des personnes souffrant de lombalgie chronique? Si oui, la(les)quelle(s)?

14 réponses

J
Programme interne a l' établissement Une étude va être mener dans le établissement sur l' apport de la réalité virtuelle pour lombalgique École du dos avec mise en situation du quotidien
ecole du dos
McKenzie
École du dos
La notre, module de 6j d'education Thérapeutique et de redynamisation du patient en le mettant acteur
Je ne connais pas de programme précis mais dans les différents centre où j'ai travaillé, c'était un programme entre école du dos et rfr.
L'école du dos
Oui : école du dos , renodos et clinique du dos
Prise en charge individuelle et pluridisciplinaire
Ecole du dos

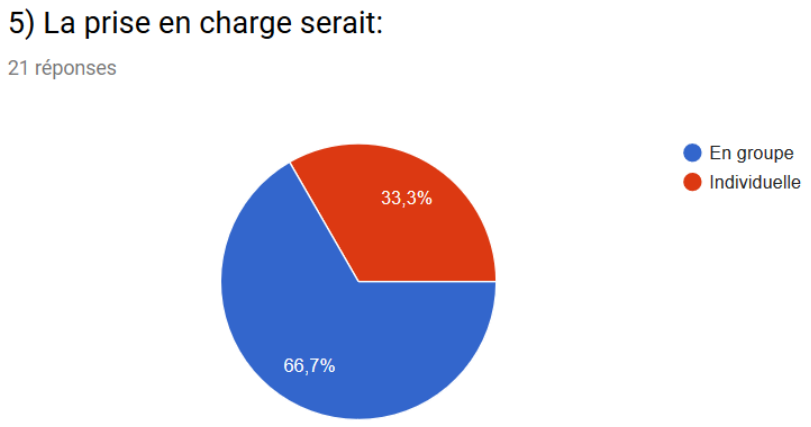
Annexe 4.4 : quatrième question

Avec un adulte souffrant de lombalgie chronique non opéré, quel type de prise en charge préconisez-vous pour ce patient ?

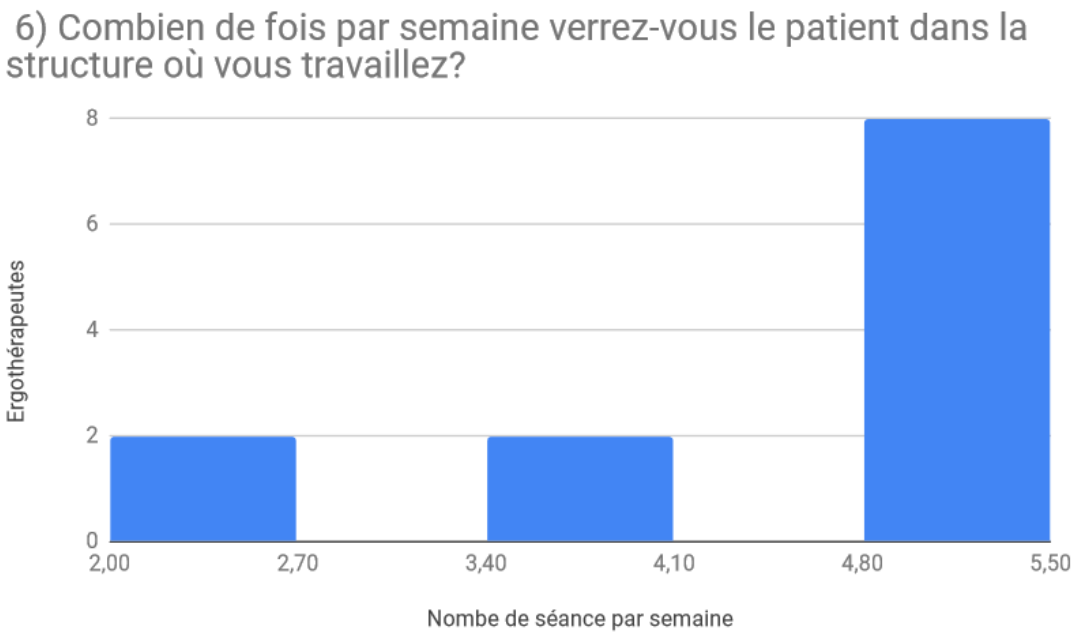
21 réponses

Prophylaxie rachidienne avec mise en situation en fonction des habitudes de vie du patient
J
RFR
Réentrainement a l' effort
Apprentissage des gestes et postures, renforcement musculaire globale
analyse des habitudes de vie et bcp d auto questionnaires (douleur qualité de vie, croyances...) utilisation du modele mcro. bcp educatif
Rfr couplé a de la prophylaxie rachidienne
etirement chaine posterieur, renforcement musculaire (MI les kines le font aussi en plus du dos et abdos) w propriocepton
Apprentissage de l'économie rachidienne(fente, chevalier servant, pivot...) en lien avec les avq réalisées au domicile, en reproduisant le mieux possible le poste de travail ou les loisirs
rfr
Activité physique et ateliers éducatifs
PEC de reprise de confiance en soi par exercices écologiques.
Rfr ou hygiène vertébrale + prise de conscience corporelle
Reprise activité physique, apprentissage gestuelle mise en situation
Etp en ergo avec mise en situation concrète, assouplissement et renforcement musculaire (ergo, kiné et apa)
L' education gestuelle et le entraînement à l effort/relax
Clinique du dos : méthode RFR
Tout dépend de sa douleur et de son déconditionnement pour décider d'une PEC en groupe ou individuelle (moins intensive, adaptée au patient) Nous proposons un apprentissage postural, des mises en situations sur les activités du quotidien et professionnelles pour apprendre à economise son dos au quotidien
De combiner des séances d'eapa (sport), kiné et ergos. Pourquoi pas faire des séances en commun également. En ergo, se baser sur les avq et de les adapter en fonction des douleurs/difficultés.
RFR
Prévention, aide techniques, réadaptation

Annexe 4.5 : cinquième question



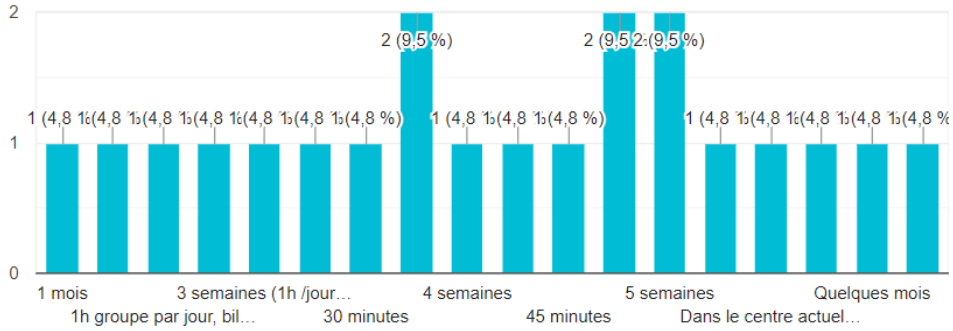
Annexe 4.6 : sixième question



Annexe 4.7 : septième question

7) Combien de temps dure une prise en charge dans votre institution en générale pour une personne souffrant de lombalgie chronique ?

21 réponses



→Impossible de traiter les données

Annexe 4.8 : huitième question

8) Quelles sont selon vous les atouts et les limites des programmes actuels

21 réponses

Je ne sais pas

U

le manque d'individualité / la trop faible prise en charge psychique / la persistance du "verouillage lombaire" ancré dans les esprits de nombreux thérapeutes

Atout : remettre le corps en mouvement
Limites : le thème de la reprise du travail n'est pas assez abordé/travaillé

L'ecole Du dos et le rfr devrait être combiné pour effectue une prise en charge complète. Je pense qu'on osse à côté de qqch si on fait l'un ou l'autre

tres analytique et peu basé sur la qualité de vie du patient

Atouts: redynamisation, conscience de ses capacités
Limite : si les douleurs lombaires sont trop intense la prise en charge en est fortement impacté. RFR ne signifie pas diminuer les douleurs mais apprendre a vivre autrement avec pour ma part.

I observance

Ne peux pas être flexible pour tous les patients

Il y a quand même une palette d'outil large pour cerner au mieux les difficultés et les besoins des personnes

les limites : toutes personnes souffrant de lombalgies chroniques ne peut prétendre a integrer le programme rfr. La motivation doit etre presente +++ car c'est intensif
les atouts : son efficacité, le prise de conscience que cela permet chez ces personnes qui suite au programme vont tres souvent (mais pas tjrs) maintenir une activité physique

+ impact positif sur la perception douloureuse , les incapacités fonctionnelles et les capacités motrice des patients
- nouveau programme dans l'institution, manque d'information sur la réinsertion professionnelle et la réorientation.

Peu nombreux.

Les problèmes psychologiques fréquemment liés au problème de lombalgie chronique

Sur le notre nous avons beaucoup de retour positif d'ou 2 a 3 mois d'attente mis les limites seraient le manques de suivi des patients à moyen et long terme.

Programme très chargé et mauvaise répartition des temps de rééducation (4× plus de kiné que tout le reste). Les patients sont donc souvent épuisés en ergo.

Motivation requise du patient

Atouts : Les progrès sont rapides et visibles et facilement applicable dans les activités de la vie quotidienne.
Limites : cette prise en charge n'est pas adaptée à tous les patients. Pour cela , un programme est mis en place « Rachis dynamique » : prise en charge en individuel.

Tout dépend de la motivation du patient à vouloir changer ses habitudes et se prendre en charge, tout dépend aussi de son état psychologique. De plus ils peuvent être motivés après le groupe mais qu'en est il dans les mois qui suivent ?

Les atouts : travaille en groupe, intensif qui réadapte le corps à l'effort et au mouvement (souvent perdue par le patient car il ne fait plus d'activités).
Les limites : formation (on n'est pas tous formé au RFR par exemple), l'organisation (pas des séances avec trop de patients ni pas assez, bien combinés les différentes séances des professionnels...), la partie ergo du RFR est vraiment ciblé sur la rééducation (répétition des mouvements) et un peu moins sur la réadaptation dans le quotidien (même si elle est présente)

Programme RFR: redonne confiance au patient, permet une récupération de la souplesse, démontre que l'activité physique est indispensable tout au long de la vie, qu'elle permet de sortir du déconditionnement et retrouver une vie sociale et professionnelle quasi normale.

Maintenir le mouvement mais l'adapter à la personne et ses douleurs
Maintenir les bénéfices sur la durée

Annexe 4.9 : neuvième question

9) Quelles pistes de réflexion percevez-vous autour de ce thème?

21 réponses

Je ne sais pas

J

?

Éducation thérapeutique du patient

Je ne sais pas trop

creation d un vrai groupe etp pluridisciplinaire

La place de l'ergothérapie dans un programme type RFR ?

interessant de coupler avec ecole du dos

Ces personnes arrivent de plus en plus en rééducation pour une pec pluriprofessionnelle, la remise à niveau ou l'élaboration de nouveau programme est à réfléchir

- cmt la douleur est percue chez l personne et par quels moyens/mecanismes elle y fait face,
- qui peut integrer ces programmes et pourquoi, comment le medecin va prendre sa decision sur l'integratio ou non de la personne dans son service

Lien avec organisme pour le maintien dans le travail en cours de création

Une vraie prise de position des institutions.

Accompagnement psychologique pluridisciplinaire

Troubles du schéma corporel fréquent

Améliorer le suivi

Implication du patient en ergo.

Comment faire adhérer le patient au mieux et modifier des habitudes et les garder sur le long terme

Lien entre rfr et école du dos

Les revoir en évaluation à distance pour corriger et re motiver ?

Pourquoi pas te questionner sur la prévention des douleurs ! Comment peut-on limiter les douleurs chroniques de rachis ? Serait-il bénéfique que des professionnels se déplacent au sein d'entreprise pour faire de la prévention ?
Voilà ! Bon courage

Comment travailler la réassurance chez des patients kinesiophobiques dus à un épisode lombalgique.

Appronfondir les programmes

Annexe 5 : les 7 fausses croyances (« mythes ») décrites par Deyo

• Lorsqu'on a une protrusion/hernie discale, il faut se faire opérer.
• Les radios et les nouvelles techniques d'imagerie médicale (CT-Scan, IRM) permettent toujours d'identifier la cause de la douleur.
• Lorsqu'on a mal au dos, il faut y aller en douceur jusqu'à ce que la douleur disparaisse.
• La plupart des lombalgies sont causées par des lésions ou un port de charge lourde.
• Les lombalgies sont souvent invalidantes.
• Toutes les personnes souffrant de lombalgies doivent passer une radio.
• Le repos au lit est le pilier de la thérapie.

Annexe 6 : matrice conceptuelle

CONCEPTS	PRINCIPES	INDICATEURS
Thérapie cognitivo-comportementale	Affrontement	Peur diminuée
		Exposition
		Guérison
	Evitement	Peur augmentée
		Catastrophisme
		Kinésiophobie
		Hypervigilance
		Incapacité
Croyances	Causes de la douleur	**La psychologie** (que la façon de penser influe sur l'intensité de la douleur)
		A cause de l'**activité** (mettre en mouvement son corps)
		Le contrôle (la personne pense qu'elle peut contrôler sa douleur)
		Le mystère (pas d'explication à la douleur)
		La permanence (si la personne se réveille avec la douleur elle pense que la douleur va durer toute la journée)
		L'externalité (la douleur provient d'un manque de chance)
		Lésions ou port de charge lourdes

Croyances	Identification de la douleur	Radio, nouvelles technologies d'imageries médicales
	Avenir de la douleur	Handicap grave
		Fauteuil roulant
		Isolement social
	Réduction des effets de la douleur	Repos
		Evitement
		La prise de médicaments
		Opérations chirurgicales
	Augmentation des effets de la douleur	L'activité physique
		Position particulière du corps
		Etat physiologique de la personne
		Etat émotionnel de la personne
	Facteurs d'influence	Secteur médical
		Entourage familial
		Entourage amical
		Entourage professionnel
		Médias
		Expériences préalables de douleurs lombaires

Réactivation physique	Principe de neuroplasticité	Réduction de la menace
		Exposition graduée
		Réapprentissage de la précision
		Explication de la douleur
	Reconditionnement physique	Conditionnement opérant avec renforcement positif
		Activité physique
	Théorie bio-informationnelle	Réassurer
		Eduquer
		Réaliser des activités physiques
		Réaliser des activités graduées
		Être exposé in vivo à des « expériences comportementales
	Rééducation cognitive intégrée	Exercices thérapeutiques en considérant les préférences des patients
		Exercices thérapeutiques en considérant les connaissances des patients
		Exercices thérapeutiques en considérant les croyances des patients
		Exercices agissant sur le cerveau et l’esprit

Annexe 7 : guide d'entretien

INTRODUCTION	
Bonjour Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour le temps que vous allez consacrer à cet entretien. Cet entretien entre dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche qui porte sur les personnes souffrant de lombalgie chronique dans les programmes de restauration fonctionnelle du rachis. Alors, Je vais d'abord commencer par vous expliquer les modalités de cet entretien : tout restera strictement anonyme et le règlement général européen sur la protection des données vous donne plusieurs droits liés à vos données personnelles. Vous avez ainsi le droit de stopper l'entretien à tout moment, de demander que des choses que vous avez dites ne soient pas traité même quand l'entretien sera terminé. L'entretien sera enregistré si vous le voulez bien, uniquement pour faciliter sa retranscription écrite et le traitement des données. Ce sera un entretien assez libre où le but est de discuter de votre vision sur les croyances des patients dans ces programmes. Etes-vous toujours partant(e) ?	
QUESTION PRINCIPALE	**INTERET**
Lors de votre pratique, Qu'est-ce que vous avez pu constater à propos des croyances des patients souffrant de lombalgie chronique pendant leur rééducation ?	Replonger l'ergothérapeute dans son vécu par rapport aux croyances des patients observées
RELANCES	**INTERETS**
Leur vision des choses pendant la rééducation ? Leur avis ? Les aprioris ? Les préjugés ? L'avis des patients ? Leurs sentiments par rapport à la rééducation ? Est-ce que vous avez remarqué des similitudes ou des différences ?	Préciser le terme croyance
Parlez-moi de votre pratique durant ce programme, votre vision sur les différentes croyances que peuvent avoir les patients ? Leurs comportements par exemple	Obtenir Précision sur la pratique de l'ergothérapeute et les comportements qu'il peut voir
Ont-ils une vision particulière sur certains thèmes par exemple ? Est-ce qu'il y a des thèmes auxquelles elles sont liées ces croyances ?	Définir des thèmes de croyances observés par l'ergothérapeute

A quoi d'autre pensez-vous ? Et quand vous me parlez de ça, vous voulez dire quoi ?	Définir plus d'informations sur le vécu de l'ergothérapeute
Si vous deviez me décrire une situation, comment vous me la décririez ? De quoi parlent-ils et que font-ils dans ces cas-là ? Vous auriez un exemple ?	Définir une situation concrète vécu par l'ergothérapeute
Quand vous êtes dans cette situation, que faites-vous ?	Définir les moyens apportés par l'ergothérapeute lors de la rééducation
Vous aimeriez rajouter quelque chose sur votre vision des croyances des patients ?	Définir des précisions sur la propre vision et analyse de l'ergothérapeute sur les croyances des patients
QUESTION SUPPLEMENTAIRE	**INTERET**
Depuis combien de temps vous exercez dans ce type de programme ?	Expérience dans ce domaine
CONCLUSION	**INTERET**
Je vous remercie de votre collaboration. Si vous voulez je peux vous tenir au courant de l'avancé de mon travail afin de discuter plus tard des résultats ?	Eventuellement, pouvoir revenir vers l'enquêté pour lui faire part des résultats (triangulation écologique)

Annexe 8 : retranscription des entretiens

Annexe 8.1 : premier entretien

L'entretien a été réalisé le 30/04/2019 à 15h55 durant 17minutes.

→*Chercheur* / enquêté E1

« Lors de votre pratique, qu'est-ce que vous avez pu constater à propos des croyances des patients souffrant de lombalgie chronique pendant leur rééducation ?

La plus grosse croyance des patients c'est surtout de penser que c'est le repos qui favorise la récupération.

Oui...

Heuu, c'est vraiment le la le.. la chose principale ! Heuuu après heu c'est surtout alors moi je suis heu on a orienté notre programme surtout spécialisé sur le retour à l'emploi.

Oui

Et donc heu, heuu les gens pensent tout de suite que ben ils ne vont plus travailler et qui ne vont plus faire leur emploi parce que ils pensent qu'ils ne sont plus capable de porter ou plus capable de rester dans certaines positions pendant longtemps et….. voilà les principales.

D'accord, donc si on devait définir des thèmes ça serait plus le retour à l'emploi, le repos. Est-ce qu'il y aurait peut-être d'autres aprioris dans cette rééducation ?

Effectivement ils arrivent heu ils arrivent souvent très kinésiophobe avec beaucoup d'aprioris oui.

Oui ?

Du fait que le sport ne résoudra pas leur heuu leur problématique de santé.

Oui ?

Heuu, quelques fois même heu ils sont convaincus que, ils savent tout, qu'ils ont tout essayé et que heuu on ne peut rien pour eux, à ce demander aussi ce qu'ils font dans les centres de rééducation.

Oui ?

Heuu voila

Si vous deviez me décrire une situation par exemple, qu'est-ce que vous me diriez ? Sur une personne ? Qu'est-ce que disent les patients ? Ce qu'ils font ? Peut-être un comportement particulier ?

Alors, moi j'accueil des patients heu, j'accueil beaucoup beaucoup de patients donc heu en restauration fonctionnelle rachidienne

Ouais

et on a des gens qui heu arrivent en disant heu « je vous fais confiance ! Je vais faire heu je vais faire tout ce qu'il faut et puis heu votre centre à une bonne réputation donc je je m'en remet entre vos mains et je vais tout faire » et puis il y a des gens qui disent « ah mais de toute façon je ferais pas si et je ferais pas de port de charge et je ferais pas d'activités et puis toute façon on m'a dit que il fallait que je fasse rien heu, et puis de toute façon heuu.. vous allez faire un dossier

pour que j'ai une femme de ménage, et puis de toute façon heu.. » Voilà, il n'y a pas de, il n'y a pas de règles par rapport à ça heu..

Et dans ces situations, quand vous disiez que les patients pensaient que de toute façon la rééducation n'allait rien faire, en gros c'est ça ?

Oui

Que faites-vous ?

Baaaah, onnnnn a un programme qui est jumelé en fait, un programme de RFR qui est jumelé à un programme d'éducation thérapeutique du patient.

D'accord

Donc en fait on compte beaucoup sur ce programme et ses ateliers d'éducation thérapeutique pour changer les aprioris du patient. De tout façon l'objectif heu d'un séjour quand même chez nous c'est le, c'est d'être dans le changement. Donc le patient n'y est pas forcément au départ. Heuuu donc l'idée c'est de l'accompagner et de l'accompagner dans le changement.

D'accord

Voilà, donc il y a des gens qui vont être plus enclin et qui vont dire « ben oui je sais que je dois changer et voilà » et il y en a d'autre va falloir effectivement tout en douceur et voilà les amener vers le changement.

Dans le changement ? c'est-à-dire ? Leur vision des choses ou vraiment sur un comportement ?

Bah tout hein, l'objectif de toute façon en séjour de restauration fonctionnelle rachidienne, c'est que les gens acquièrent une certaine hygiène de vie, d'accord...

D'accord

Heu pour pouvoir continuer et pour que le séjour soit bénéfique à long terme. Donc heuuu, il va falloir déjà effectivement essayer de changer leurs aprioris eeet et leur façon de voir les choses par rapport à leur problématique et puis petit à petit leur montrer que le fait d'avoir un programme d'hygiène de vie va vaa leur permettre le changement.

D'accord

Donc après nous on travaille beaucoup sur l'expérience, c'est-à-dire que onn on reçoit les patients quasiment les patients qu'en groupe. Fin les RFR on les voit qu'en groupe. Et dans un groupe heu on a quand même eu toujours la chance d'avoir tous les comportements possibles. C'est-à-dire que, heuu ça veut dire que les gens sont tellement différents et heuu qui vont s'apporter les choses rien que en communiquant entre eux et en passant quatre semaines en groupe.

Tout à fait. Et quand vous parlez d'aprioris, est ce que vous pouvez me donner plus d'exemples ?

Oh c'est difficile là comme ça.

(Rires)

Heuu

Leurs visions, leurs sentiments par rapport à leur rééducation ?... Par rapport au début et à la fin du programme peut être ?

On a, on a encore quand même quelque fois des récalcitrants. J'en ai eu un sur le programme qui s'est terminé la semaine dernière hein. Un monsieur qui n'y croyait pas du tout, qui a fait un très bon séjour et le séjour s'est très bien passé mais qui malheureusement à la sortie disait « de toute façon j'ai toujours mal et je ne pense pas que ce soit le sport qui heu et l'activité physique qui va résoudre mes problèmes même si ça m'a fait du bien et tout ça ». le tout n'était pas négatif, il a passé un très bon séjour et c'est vrai que le séjour lui avait fait énormément de bien mais il sort quand même en disant que c'est pas l'activité physique régulière qui va changer ses problèmes de santé.

D'accord, donc vous pensez qu'il va quand même heuu ne pas faire d'activités physique ?

Ah ben de toute façon malheureusement après même s'ils sortent du centre et qui ont vraiment eu un bénéfice heuu super positif et tout ça, même eux on a quand même plus de 50% j'ai pas de chiffre en tête mais plus de 50% des gens qui a 6 mois ont arrêté toutes activités physique régulière.

D'accord, d'accord

Oui c'est la grande problématique effectivement heu du RFR actuellement. C'est que c'est très bien ce qu'on fait effectivement pendant les 4 semaines de rééducation, ça se passe très bien. Les récupérations des performances sont vraiment superbes mais heuu la problématique est encore dans la poursuite à long terme des objectifs parce que tant qu'ils sont en centre et qu'ils font ça en groupe et qu'ils sont coachés ça va bien

Oui

Mais heu à long terme les gens finissent par heu souvent par abandonner quand ils se retrouvent tout seul chez eux.

D'accord. Et vous pensez que plus les croyances sont ancrées chez les patients, plus ça sera difficile pour eux à long terme ?

Pas forcément

Pas forcément ?

Heuuu non, parce qu'il y a des gens qui ont… non je ne pense pas que ça vienne de là heuuu moi je pense que bon alors il y a le contexte sociale qui est important. S'ils vont avoir un contact positif dynamique avec euh des gens et de la famille par exemple autour qui font une activité physique régulière et qui voit bien l'intérêt, qui vont être stimulé ben ils vont continuer. Heuuu des gens qui ne sont pas du tout encadrés, stimulés effectivement chez eux vont rapidement abandonnés.

D'accord

Mais heuu j'aurai tendance à dire que ce n'est pas forcément lié à leurs fausses croyances au départ mais plutôt à… une situation psychosociale.

D'accord

Voilà, mais... mais... (silence) c'est-à-dire, il faudrait il faudrait refaire des questionnaires en fait systématiques heu d'études en fait systématique à 6 mois d'un séjour rfr par exemple.

D'accord

Il faudrait pouvoir rappeler tous les patients au bout de 6 mois pour savoir où ils en sont dans leur pratique.

D'accord

Voila

Et du coup, si on vous demandait vraiment votre vision sur les différentes croyances que peuvent avoir les patients. Qu'est-ce qu'il se passe dans la rééducation ? Est-ce que vous pensez que les croyances influent sur les patients ? Est-ce que…

…Ben oui forcément ! La question est dans la réponse, la réponse est dans la question pardon ! (Rire) Mais heu heuuu oui de toute façon les gens arrivent avec ce qu'ils sont et avec tout ce qu'ils ont comme croyances. Donc forcément heu donc même s'ils sont en groupe euhh il y a une part d'individualité dans la prise en charge parce que les gens ont une certaine façon de fonctionner qui va forcément influencer leur rééducation.

D'accord.

Ça c'est, c'est, c'est évident !

D'accord, oui je vois. Est-ce que vous aimeriez rajouter quelque chose sur ça ?

Heuu non.

Ok.

Concernant heuu, alors nous heu… moi en en questionnaire par exemple. Heu on fait le le FABQ, le Tempa et l'OSWESTRI et donc ce qui permet de voir effectivement heu on le fait en début de séjour et en fin de séjour et dans 90% des cas les chiffres ont baissé quand même en fin de séjour. Ça veut dire que euuh les croyances ont évolués quand même.

Oui

D'accord ça c'est quasiment systématique on va dire dans à peu près 90% des cas. Ça veut dire que le programme les fait changer heu par rapport à leur kinésiophobie et par rapport à leur croyance.

Oui je vois. D'accord.

Voila

Je me demandais par rapport à ce j'avais vu sur le site du centre dans lequel vous travaillez, est ce que le programme dans lequel vous travaillez est un programme que l'on peut qualifier de « pur » ou il a été adapté par votre institution ?

C'est quoi un programme pur ?

Par rapport à la formation rfr, j'avais vu que dans plusieurs institutions, ce programme était arrangé par rapport au nombre de semaine, au cours…

Alors je crois qu'il ne faut pas se leurrer, il n'y a personne qui fait le programme de la même manière. Et donc euh le programme de restauration fonctionnelle rachidienne hein il a été mis en place par l'espoir à Lille

C'est ça

Il y a une 15ene d'années même plus maintenant. Huum, beaucoup plus, et il faut savoir que l'espoir à Lille est en train de le refaire hein.

D'accord

Ils sont eux même en train de remettre ennn en cause euh tout leur programme. Mais voilà de toute façon il n'y a pas heuu, je ne pense pas, il n'y a pas deux centres en France qui font la même chose déjà. Tout le monde l'adapte par rapport à son personnel, par rapport à ses possibilités d'accueil, par rapport plein de choses.

D'accord.

Voila, mais heu de manière générale on se trouve dans l'état d'esprit et dans la… la manière de faire de la restauration fonctionnelle rachidienne.

D'accord.

Mais tu ne pourras pas comparer exactement deux programmes identiques, ça n'existe pas en fait.

Oui c'est sûr, c'était prévu. Et depuis combien de temps vous exercez dans ce type de programme ?

15 ans

15 ans d'accord. Ben super, je vous remercie de votre collaboration.

Avec plaisir !

Et si vous voulez, je peux vous tenir au courant de l'avancé de mon travail.

Avec plaisir effectivement ! Heuuu est ce que tu veux que je te donne mon mail professionnel ?

Oui je veux bien.

Alors : ********** et puis si tu as d'autres questions, n'hésite pas. C'est quoi l'objectif de ton mémoire exactement ?

Alors, ma question de recherche c'est de voir la vision des ergothérapeutes sur les croyances des patients dans ces programmes-là. Donc je pense qu'on en a bien parlé.

Oui. Bon après voilà c'est c'est… Moi après de manière plus globale, parce que là tu parlais beaucoup de croyances des patients en fait hein, effectivement chaque patient arrive avec son bagage de croyance et donc même si c'est une prise en charge de groupe. Les croyances vont forcément influencer chaque patient. Voilà, heuu on ne peut pas dire que ce soit les croyances du patient à la base qui font la réussite ou non du programme ou la réussite à long terme.

Hm

Je pense que c'est plutôt le contexte heuu sociale et familiale et même le contexte socio-professionnel. Voilà, heuu…

Après les croyances peuvent aussi venir de ces contextes-là...

Les croyances peuvent aussi venir de ces contextes-là

Donc ça, c'est lié aussi je pense…

Moi ce qui est important aujourd'hui c'est que, malheureusement je trouve que les patients ne sont pas suffisamment accompagnés. C'est-à-dire que quand ils arrivent en chambre de rééducation, ça fait quand même longtemps qu'ils sont suivis sur le plan médical et heuu..

Hum ?

Heu... Quelque fois heu... Leur médecin, lui-même a dit « ah non non surtout vous faîtes rien, vous ne faites pas d'activités sportives, vous ne bougez pas »

Oui c'est un problème

Et donc dans les croyances, c'est surtout d'où viennent ces croyances ?

C'est ça, exactement

Comment ils sont malheureusement influencés dans le système de santé qui a du mal a évoluer. Fin moi ça fait 15 ans que je fais du heuu je ne peux pas dire du RFR parce qu'évidemment au départ ça ne ressemblait pas tout à fait à ce qu'on appelle le RFR aujourd'hui, mais... ça fait au moins 10 ans qu'on fait du RFR ! Euh... Et ça fait plus de 15 ans quand même que je travaille quand même dans cette dynamique-là de « il faut bouger, il faut surtout arrêter le le... L'école du dos comme on l'entendait il y a 15 ans où on s'assoit où on met ses mains sur les accoudoirs en gardant le dos droit et tout ça. On travaille plus du tout dans cette optique là et dieux sait

qu'on arrive encore à rencontrer des médecins qui disent « ils faut plus bouger, il ne faut rien faire, il faut rester au repos » et voilà ! Et en 15 ans j'ai l'impression que le taux ne bouge pas quoi. Donc euh... Voila ! J'ai quand même fait un colloque, une présentation adjointe à un colloque, où il y a un kiné qui m'a répondu euh quand je disais que « le massage ça sert à rien, il faut effectivement que les gens se prennent en charge » et le kiné m'a répondu « Bah oui mais si on les masse pas, ils reviennent pas et c'est quand même notre gagne-pain » !

(Rire étonnement)

Donc on a quand même du souci à se faire quoi !

Oui…

Donc effectivement quand on entend ça euh voilà. Alors après tu me lance sur le sujet je peux parler pendant des heures parce que vraiment c'est euh...

Moi ça me va (rire)

Ma collègue m'a donnée ton numéro en me disant « on a une spécialiste internationale », voilà non je ne suis pas une spécialiste internationale mais c'est vrai que je lis beaucoup beaucoup sur le sujet. Je ne veux pas dire que j'achète tous les bouquins mais presque qui sortent sur le dos et la rééducation et tout ça, j'en ai encore un que je n'ai pas commencé euh voilà. Effectivement je suis passionnée par le sujet. Et aujourd'hui je suis contente de voir qu'il y ait des ergos en formation qui s'y intéressent

(Rire)

Parce que sincèrement, nous on accueille des stagiaires. Ils vont tous en neurologie, personnes ne vient en ergonomie rachidienne travailler avec moi et quand on accueille des remplaçants c'est la croix et la bannière je n'ai personne pour me remplacer parce que personne n'est formé correctement.

C'est dommage

Pour moi c'est une problématique, aujourd'hui tous les ergothérapeutes sortent formés formateurs PRAP mais ils ne savent pas faire de l'ergonomie rachidienne ! C'est une aberration !

Hm

Pour moi c'est une aberration ! je veux dire on ne peut pas faire du PRAP, moi je suis moi-même passé formatrice PRAP

Oui ?

Et euh.. je dis mais on peut pas faire du PRAP si on a pas fait, si sn sait pas faire de l'économie rachidienne correctement quoi. Si on ne sait pas tenir un programme de rééducation fonctionnelle rachidienne on ne sait pas faire du PRAP ce n'est pas possible.

Hm

En tout cas on ne fait pas du PRAP comme une ergo devrait faire du PRAP. Après je suis peut-être exigeante hein mais…

(Rire)

Mais voilà ! donc à un moment donné, moi il y a une problématique qui me choque dans les écoles. Ça va pas du tout dans les écoles, dans la manière de… je ne reçois jamais de stagiaire qui veulent venir faire de l'économie rachidienne. Ah oh moins j'ai la paix hein ! Je ne remplis pas de portfolio et je ne sais même pas à quoi ça ressemble !

(Rire)

Mais euh mais c'est franchement dommage !

Oui

Voilà, il y a vraiment du travail à faire, il y a vraiment des choses intéressantes à faire euh... et... C'est vraiment passionnant quoi. Fin voila

Hm

C'est quelque fois un peu chiant surtout quand ça fait 15 ans.

(Rire)

Il y a des fois on a envie de changer un peu mais euh mais je reste passionnée surtout maintenant que je suis formatrice PRAP et je développe la réinsertion socio-professionnelle par ce biais-là, il y a vraiment des choses à faire quoi.

Hm

(Respiration) Voilà ! Donc n'hésite pas à échanger si tu veux, tu m'envoie des… des questions par mails hein, il n'y a pas de souci.

Ça va super.

D'accord ?

Merci beaucoup

Avec plaisir ! Bonne continuation.

Merci beaucoup.

Aurevoir.

Aurevoir. »

Annexe 8.2 : deuxième entretien

L'entretien a été réalisé le 30/04/2019 à 16h40 durant 16 minutes.

→ *Chercheur/* enquêté E2

« Lors de votre pratique, qu'est-ce que vous avez pu constater à propos des croyances des patients souffrant de lombalgie chronique pendant leur rééducation ?

Alors, les croyances des patients c'est souvent heu ben en fait euh, nous on a beaucoup de patients qui font la RFR qui ont déjà fait en fait l'école du dos il y a X temps.

Hm

Où l'école du dos c'est plus protéger son dos donc heu pas faire de de flexion vers l'avant, pas faire de rotations, protéger son dos dans tous les mouvements etc. Du coup quand ils arrivent en RFR on leur dit de faire complètement l'inverse c'est-à-dire ben on leur apprend à rebouger, on leur apprend ben finalement surtout en ergo quand on fait la flexi ben heu la flexibilité c'est on se penche en avant et on fait des rotations.

Hm ?

Puis après on porte une charge alors qu'on leur a dit qu'il ne fallait pas porter de charge donc du coup il y a énormément d'appréhensions moi je trouve des patients par rapport à ça, quand ils commencent l'ergothérapie parce qu'ils se disent « Oh mon dieu, on fait tout ce qui nous a toujours été interdit ! ». Euh... Voila donc il y a ce truc là un peu d'où les mouvements sont interdits, « on n'a pas le droit de faire ça » et c'est un peu compliqué au niveau de… parfois de passer le cap. Euh... Voila c'est juste par rapport à ça, par rapport à ces croyances là et je pense aussi à... ce qu'ils attendent aussi c'est de ne plus du tout avoir mal.

Oui

Et euh... Sauf que nous on leur dit bien qu'on n'est pas là pour euh fin, en fait ils auront toujours mal c'est juste qu'ils vont vivre, apprendre à vivre avec leur douleur quoi.

Oui

Voilà c'est les deux principales euh

Les deux principaux thèmes ?

Ouais. Sur la douleur et sur la mobilité du rachis.

D'accord, donc si vous deviez me décrire une situation par exemple, comment vous me la décririez ?

Une situation comment ça ?

Où la croyance prend le dessus par exemple, une croyance n'importe laquelle…

(Rire) Ben par exemple par rapport à… je ne sais pas moi j'ai vu un patient là il n'y a pas longtemps. D'emblé il m'avait dit que le port de charge ça allait être compliqué, qu'il ne pouvait pas porter euh de charge du tout etc parce que on lui avait toujours dit qu'il ne fallait pas qu'il porte de charge.

Hum

Et en fait euhm, il appréhendait tellement le passage au port de charge qu'il s'est complètement bloqué et à un moment donné en fait il a fait un faux mouvement mais pas du tout en ergo, c'était euh, c'était en APA. Et en fait il a focalisé sur le fait que c'était le port de charge qui lui avait fait mal.

Oui ?

Alors qu'il avait porté 5 kilos quoi, donc ce n'est pas ça qui va le blesser et surtout qu'il avait fait les mouvements très correctement et du coup lui il était focalisé sur euh sur ça. C'était le port de charge qui lui avait fait mal et du coup il a plus voulu du tout de faire de port de charge parce que c'était ça qui lui avait fait mal.

Ok. Et du coup dans cette situation vous faites quoi ?

Euh bah alors du coup on adapte en fait, là il y avait vraiment une douleur qui s'était déclenchée mais par rapport à l'APA donc du coup en fait il y a eu, sur une semaine il a fait surtout de la kiné avec réduction de… rééducation de la douleur, en fait tout ce qui était antalgique possible donc euh notamment avec le chaud ou avec le froid, les étirements etc. Et après il a repris le programme RFR mais on a aménagé en fait en ergo en fait euh il ne faisait pas de port de charge, en fait il a continué la flexibilité.

D'accord

Voilà, ce qui n'est pas l'idéal parce que je trouve que du coup c'est plus suivre le programme en ergo mais euh en fait il était complètement bloqué sur le port de charge et il voulait plus du tout en faire.

D'accord. Du coup c'était vraiment l'idée du port de charge…

Ah ouais ça l'avait vraiment bloqué, fin voilà c'était euh… de toute façon il était parti avec le principe qu'il se ferait mal en portant une charge. Donc euh… Donc du coup en fait il s'est fait mal mais pas pendant le port de charge mais pour lui c'était le port de charge.

Est-ce qu'il y a par exemple d'autres croyances qui mettent des freins à la rééducation par exemple ? D'autres aprioris ?...

Euh… Non franchement après ils arrivent euh même tout ce qui est le travail de la flexibilité, franchement ils arrivent bien à se détacher de ça. Ils y vont, ils se rendent compte qu'en fait ils se font pas mal en fait au final en faisant des mouvements qui leur ont toujours été interdits. Donc franchement ils s'investissent bien dans la flexibilité. Euh, ils sont contents parce qu'il y a des résultats qui sont visibles très rapidement.

Hm

Après euh, après moi franchement à chaque fois que j'ai rencontré le plus de soucis c'était avec le port de charge où c'est là vraiment où euh pour beaucoup de gens ça bloque complètement parce que porter du poids c'est horrible pour eux.

D'accord. Et du coup vous les rassurez…, vous les…

Ben on les rassure, on leur dit que fin voilà on y va vraiment doucement. Moi je sais que je ne respecte pas tout le temps le protocole du port de charge comme il est, comme il est fait à la base parce que franchement ce n'est pas, ce n'est pas possible pour certains patients. Donc euh..

Hm

Fin genre moi à un moment donné j'ai eu une patiente elle avait eu un cancer du sein donc là pour le coup elle ne pouvait pas vraiment porter de charge lourde quoi donc du coup je n'allais pas augmenter le poids au fur et à mesure comme ça se fait d'habitude quoi. Donc on est resté sur des poids très très bas parce que là elle ne pouvait pas faire plus quoi mais euh mais c'est vrai que le principal, moi je trouve que la principale difficulté c'est le port de charge en programme RFR.

D'accord. Oui après vous vous adaptez au patient quoi, à la personne…

Oui on s'adapte à la personne et puis on voit en fonction euh comment on fait quoi. Mais suivre vraiment le protocole du RFR ce n'est pas toujours simple, moi je trouve euh

Hm d'accord

A appliquer vraiment pour tous les patients. En fait, en fait voilà, j'ai travaillé à l'Espoir là le centre qui a mis euh qui a amené le RFR en France.

Oui ?

Et c'est vrai que l'à bas c'est hyper protocolisé. Le protocole est le protocole et ils font le protocole quoi.

Hm

Et euh…Mais en fait euh fin… Concrètement pour eux ça va parce qu'ils ont, ils font ça sur 5 semaines en hospitalisation complète, ils ont les machines isocinétiques etc. Dans les autres centres où tu bosses, t'as pas forcément toutes ces possibilités-là.

Oui

Tu vois, moi là le centre où je suis actuellement, ils viennent en hôpital de jour, ben c'est fait que sur la matinée et il n'y a pas les machines isocinétiques donc du coup le programme est pas du tout le même. Ils ne font pas de balnéo non plus alors qu'en RFR à l'Espoir ils ont la balnéo et puis c'est tout étalé sur la journée quand c'est en hospitalisation complète, là tout est concentré sur la matinée. Ça leur demande plus d'effort, fin bah concrètement après si tu ne

fais pas exactement le protocole euh mis en place pour la RFR, du coup t'es obligée de beaucoup plus t'adapter en fait au patient.

Hm, je vois. (Silence) Et du coup, est ce que vous aimeriez rajouter quelque chose par rapport à votre vision propre sur les différentes croyances des patients ?

Entre l'école du dos et le RFR ?

Non plutôt pendant le programme RFR. Après si un patient a fait de l'école du dos avant la RFR vous pouvez le prendre en compte, si cela implique selon vous d'autres croyances. Donc vraiment votre vision sur les croyances des patients ?

Ben non, je trouve qu'on arrive assez bien à leur euh, à leur enlever de la tête euh

Hm ?

Fin de les sortir un petit peu de ce circuit, fin de ce cercle vicieux on va dire de la lombalgie

Oui

En général c'est un programme qui marche plutôt très bien.

Hum

Euh… Que ça soit au niveau de la posture, au niveau de la douleur, au niveau de la souplesse. Fin je veux dire les patients gagnent vraiment euh moi j'ai vu des patients qui arrivaient en début de programme qui étaient vraiment pliés en deux dans leur démarche et puis euh et à la fin du RFR ils sont beaucoup plus libres, la marche est de meilleure qualité, ils sont redressés euhm… Globalement je trouve qu'on arrive vraiment bien à les sortir de voilà de ces croyances de de douleurs et de mouvements interdits et à leur faire comprendre que ben avoir une activité physique c'est très important et euh… que ben le rachis, un rachis ça se bouge comme toutes les parties du corps hein

Hm

Si tu te fais mal au genou bah on ne va pas te dire euh « arrêtes de marcher » bah le rachis c'est pareil hein c'est pas parce que tu te fais mal au dos que tu dois arrêter toutes activités. Donc ça on arrive plutôt bien à leur faire comprendre. Après voila faut que les patients aussi jouent le jeu et… bah nous on les met bien au courant de ça. Que bah ce n'est pas parce que le RFR se termine, qu'ils ne doivent pas continuer leur activité physique.

C'est ça, hm

Parfois ça arrive, bah tu les vois revenir, donc euh… donc voila mais heu moi je trouve fin les expériences ne sont pas forcément ancrées. Mais comme ils voient que ça marche en fait au final c'est un programme qui marche plutôt bien je trouve.

D'accord, oui. Et du coup leur comportement… Est-ce que vous avez pu voir des choses différentes des uns par rapport aux autres ou euh…

Il y en a qui malgré la douleur qui vont à fond quand même quitte à se… fin à te dire « j'ai une douleur à 8 ou 9 » mais qui persistent et qui continuent et qui vont quand même à fond parce qu'ils y croient et tout ça. Euh et puis il y en a d'autres effectivement dès qu'ils ont un peu mal là c'est euh « tout doux on y va euh…, on y va tout doucement » mais bon globalement ils y vont quoi. Donc euh… c'est plutôt des comportements face la douleur qui de toute façon on a pas du tout la même réaction. Donc là c'est vraiment par rapport à ça. Et globalement non, on a plutôt des euh des patients qui sont investi. On en a quelques-uns qui abandonnent avant la fin du programme parce qu'ils trouvent ça trop difficile mais trop difficile plutôt dans le sens euhm c'est fatiguant en fait euh… Ben nous ils enchainent quand même APA, ergo, kiné

Oui

Donc voilà, c'est euh, c'est c'est en fait au final c'est comme s'ils faisait 3h de sport dans la matinée et euh sauf qu'ils sont pas habitués donc du coup même si on s'adapte au rythme du patient, voilà, ils sont, ils sont complètement crevés. Donc du coup il y en a qui abandonne plus par rapport à ça, par rapport à la fatigue.

D'accord

Mais euh… Mais voilà. Après ce sont des patients qui sont déconditionnés donc forcément

Hm

Forcément c'est un peu plus compliqué d'être en activité… mais bon globalement voilà, je trouve qu'on arrive assez à casser les croyances qu'ils ont à la base.

D'accord (silence) Super, est ce que vous auriez quelque chose à rajouter par rapport à votre vision ?

Non non ça va, moi je trouve que c'est un bon programme (rire) C'est plus dans ma vision des choses et euh et euh voilà. C'est un peu, en tant qu'ergo c'est un peu chiant par contre le programme RFR (rire).

C'est un peu la même chose.

C'est un peu répétitif oui mais bon après on voit le progrès des patients donc c'est toujours ça qui est bien.

(Rire) Et du coup vous disiez par rapport à l'école du dos vous trouvez que c'est mieux ?

Bah… Moi je trouve que les deux ne sont pas incompatibles parce que ce n'est pas parce que on est à nouveau en activité qu'on peut pas non plus ben fin voilà prendre correctement une charge. Même si on a fait euh.. Je trouve que c'est important de bien se positionner pour justement pour pas se faire mal.

Hm

Après pareil, moi je sais que dans la vie de tous les jours j'utilise le balancier ou je me mets accroupi pour aller chercher des choses. Je trouve que ça voilà, ça les patients peuvent l'utiliser.

Oui

Mais après, fin tu vois, adapter à toutes les taches ménagères, fin faire les fentes latérales machin, les trucs ou passer l'aspirateur, je trouve que concrètement on ne peut pas appliquer en permanence en fait ce que nous dit l'école du dos.

Oui

Fin je veux dire, ce n'est pas… quand tu interroges les gens après qu'ils aient fait l'école du dos, tu leur dis « est-ce que vous appliquez vraiment toutes les postures d'économie rachidienne dans la vie quotidienne ? », ils te disent tous que c'est super compliqué.

Oui

Toi la première, fin je veux dire euh… faire aucune rotation du rachis, aucune flexion en avant, aucun truc c'est impossible dans la vie.

Ça c'est sûr (rire)

Donc moi je suis plus du principe où ben voila effectivement, ce que tu peux éviter bon ben voila te pencher en avant pour ramasser un objet ou une charge lourde tu peux la porter correctement. Bon ben ça tu le fais, mais après euh il faut que ton dos il soit fin que tout ton corps soit musclé pour pouvoir vivre en fait euh une vie normale et sans réfléchir à tous les mouvements que tu dois faire parce que ce n'est pas, ce n'est pas… ce n'est pas possible au quotidien quoi.

Hm

Donc c'est pour ça que moi je trouve que le RFR est mieux parce que, fin est mieux… Est plus dans la conception de ben je revis quoi, normalement avec euh avec les douleurs de dos quoi.

Oui

Donc voilà, mais euh… Mais bon après de toute façon la RFR c'est un peu la… Les patients ils voient ça un peu comme un truc qui va leur révolutionner la… la vie (rire)

Oui

Mais bon après il faut qu'ils soient investis dans le programme, enfin voilà.

D'accord

Voilà !

Super ! Juste une dernière petite question, depuis combien de temps vous exercez dans ce type de programme ?

Euhmmm… Ben moi je, c'est un peu compliqué parce que j'ai travaillé à l'Espoir il y a … euh… 10 ans maintenant

Hm

Après j'ai plus du tout fait de RFR parce qu'après euh… Bon l'Espoir j'ai dû y travailler 1 an. Après j'ai plus du tout travaillé dans ce type de programme et là je refais ça depuis euhm… depuis octobre là.

D'accord.

Voilà. (Silence) Donc finalement pas longtemps, en tout cas actuellement pas longtemps mais… c'est un programme que je connais depuis longtemps.

Oui, d'accord. Je vous remercie de votre collaboration.

De rien, bon courage pour l'écriture du mémoire.

Merci beaucoup. Si vous voulez je peux vous tenir au courant de l'avancé de mon travail.

Oui je veux bien oui, moi j'aime bien lire les mémoires. Ça m'intéresse.

Voilà

Ok pas de souci, je veux bien le résultat final !

(Rire)

Ça va

Ça marche

Merci beaucoup, aurevoir

Aurevoir »

Annexe 8.3 : troisième entretien

L'entretien a été réalisé le 01/05/2019 à 14h40 durant 22 minutes.

→ *Chercheur/* enquêté E3

« Lors de votre pratique, qu'est-ce que vous avez pu constater à propos des croyances des patients souffrant de lombalgie chronique pendant leur rééducation ?

Alors, ils arrivent souvent avec euh… des images et des idées sur ce qu'il se passe au niveau de leur dos au niveau anatomique et euh… et qui sont assez souvent assez fortes à l'arrivées du genre euh « on m'a dit que… », fin une représentation au niveau de la colonne au niveau de la hernie s'il y en a une, au niveau du trouble, au niveau du rachis qui est assez... qui est souvent fausse

Hm

Et euh souvent majorée par l'esprit du patient. Ils s'imaginent quelque chose euh…

Oui ?

Des normes au niveau anatomique qui n'est pas forcément euh…

Ils s'imaginent quoi par exemple ?

Alors euh, je repense aux vertèbres de déplacées quand ils vont voir un ostéo

Oui ?

Euh… (silence : 10 secondes environ) Ils ont une représentation de leur rachis qui n'est pas… qui n'est pas adaptée. Les mots, fin ils ressortent certains mots qu'on a peut-être pu leur dire

Hm

Et qui sont euh et qui majorent. Je suis désolée je n'arrive pas à trouver d'exemple là euh...

Hm, oui ?

Concrets mais souvent effectivement la représentation n'est pas… pas celle de l'imagerie, pas celle euh…

Oui ?

Elle est souvent majorée et du coup une idée euh

Est-ce qu'ils ont des aprioris par exemple ? Parfois sur des thèmes particuliers peut être pendant la rééducation ?... Des comportements ?... Qu'est-ce qu'ils font ? Qu'est-ce qu'ils disent par rapport à ces représentations ?

Bah qu'ils ne peuvent pas bouger du coup parce qu'ils ont peur de majorer euh… C'est surtout ça effectivement que euh… il ne faut pas qu'ils bougent de trop leur dos parce qu'ils ont peur de majorer la douleur ou d'accentuer le trouble au niveau du rachis.

Oui ? (Silence) *Donc la douleur principalement c'est ça ?*

Ouais ouais

Est-ce qu'il y aurait peut-être d'autres thèmes liés à ces croyances, ces aprioris ?

La douleur et puis ouais vraiment la représentation anatomique de leur dos. Soit… Ce que je disais accentuée et vraiment ils s'imaginent quelque chose d'impressionnant au niveau de sa

colonne. Soit à l'inverse « ben je ne comprends pas j'ai rien au niveau des images et euh ben pourtant j'ai quand même très très mal quoi »

Donc ça c'est suite à des images qu'ils ont eues de leur…

Soit, ouais, soit des mots, soit quand ils ont vu les imageries.

D'accord, donc après avoir eu rendez-vous avec le médecin ?

Ouais ouais

Oui ?

C'est vrai que c'est souvent dans le sens inverse euh… euh ouais du genre « je peux plus bouger, faut pas que je bouge sinon ça va vraiment s'accentuer » euh. Ils ont une image de leur dos assez euh assez fragile et euh… une image de leurs troubles disproportionnés par rapport à la réalité.

D'accord et du coup ben ça se ressent pendant la rééducation ?

Ouais ! Oui, quand on… Nous on est vraiment sur la prophylaxie dans notre protocole de RFR en ergo on fait vraiment beaucoup de prophylaxie

Oui ?

Et euh…

Et ça consiste en quoi du coup exactement ?

Ce qu'on fait nous ?

Oui

Notre gros objectif, nous c'est vraiment euh…euh réapprendre à bouger dans leur quotidien, dans la vie quotidienne au niveau travail, sur le port de charge aussi et réapprendre vraiment les bonnes postures dans tout ce qui est quotidien

D'accord, et du coup quelquefois c'est un peu difficile par rapport à leur vision ?

Oui, oui

Oui ?

Parce que… si « si je plis mes genoux, si je me penche en avant comme ça je vais me faire mal au dos » euh… « on m'a dit de pas bouger ! »

Oui ?

(Silence)

Ouais c'est surtout dans ce sens-là… Et puis euh… Ils ont aussi beaucoup besoin de, fin certains ont aussi beaucoup besoin de discuter ce qu'ils savent au niveau de leur dos, ils ont beaucoup de questions qui n'ont pas forcément euh… Nous malheureusement euh… Ils n'ont pas beaucoup de temps avec le médecin

Hm

Donc euh… Ils ont beaucoup de questions, alors que ce soit en ergo, en kiné fin dans tous les… autour de tous les professionnels mais euh.. et du coup ça prend aussi du temps sur euh…sur euh sur euh nos objectifs à nous et notre programme à nous

Oui ?

On est vraiment obligé aussi nous contre les fausses croyances à ce niveau là et… On doit tous le faire mais je pense que nous… notre médecin peut-être pourrait s'investir un petit peu plus demain

D'accord. Et quand vous dites qu'ils ont beaucoup de questions, elles ressemblent à quoi ?

« Qu'est-ce qu'il se passe au niveau de mon dos ? »

Oui ?

« D'où vient, d'où vient ce trouble, d'où vient la douleur ? » en fait

Oui ? Beaucoup par rapport à l'anatomie ?...

Ouais

Besoin de comprendre ce qu'il se passe ?

Oui, oui

D'accord

Ouais, « Pourquoi j'ai une douleur ?» et euh…

Oui ?

Ouais

Et du coup quand on leur dit, ben qu'il faut qu'ils bougent, que l'activité c'est bon pour la santé, comment ils réagissent ?

C'est vraiment propre à chacun, on a beaucoup, on a un peu les deux. Après ça dépend aussi du… est ce que la personne est sportive

Hm ?

Si elle a déjà, elle est déjà dans une activité physique régulière ou est ce que c'est une personne très sédentaire et dans ce cas là ça peut aussi être plus difficile et en plus de ça effectivement on a le travail de… de réexpliquer pourquoi parce que c'est vrai que pendant des années il y a eu l'idée de bah « il faut plus bouger »

Hm

Euh.. pour protéger les dos et pas se refaire mal et que ça se soigne.

Oui

C'est vrai que maintenant on est beaucoup plus dans… on a complètement changé de discours et euh c'est vrai que l'ancien discours est quand même très implanté euh…est quand même très implanté oui.

Hm, oui. Et quand vous vous retrouvez face à des personnes qui ont du mal, à entrer dans ce processus…

D'activité ?

Voilà, comment vous faites ? Comment vous réagissez face à ça ?

Et ben on essaye vraiment d'expliquer euh l'intérêt

Oui ?

Nous on a vraiment euh… et puis que ce soit tous les professionnels, on a le même discours. Dans notre programme c'est vraiment l'importance de l'activité physique, les étirements et euh des postures.

D'accord

Donc ce sont les choses qu'on qu'on dit dès le début, que le médecin dit dès le début dans… la présentation qu'on fait et qu'on… réexplique euh plusieurs fois par semaine pendant nos séances.

D'accord

Euh c'est vraiment ouais de l'explication de… l'intérêt de… l'intérêt de bouger, l'intérêt des étirements, l'intérêt de renforcer euh l'ensemble du corps et notamment les muscles du dos

Hm ?

Euh… Ouais ça passe vraiment par l'explication, nous on a un power point aussi qu'on… qu'on a fait et qu'on passe à nos patients en début de, en début de séjour qui qui reprennent anatomiquement ce qui se passe et qu'est ce qui se passe quand on bouge au niveau du dos

Oui ?

Et pourquoi faire certains mouvements plus que d'autres

Hm

Pourquoi éviter certains mouvements et les faire dans quelles conditions.

Et du coup vous arrivez à voir un peu cette évolution de ces croyances ?

Pas chez tout le monde

Pas chez tout le monde ? D'accord

Non ça dépend vraiment… Ouais de l'implication, de la compréhension du… de l'objectif du groupe

Oui ?

Euh… Ouais de… Oui encore une fois de l'activité physique si c'est quelqu'un qui est pas du tout sportif depuis 35-40 ans c'est assez compliquer de… de… de pouvoir faire changer un peu euh et puis pouvoir mettre en place cette activité au quotidien.

D'accord et du coup si vous deviez me décrire vraiment une situation d'un patient avec qui c'est un petit peu plus compliqué comment vous me la décririez ?

Un patient en particulier ?

Oui euh ou un exemple type où les croyances font surfaces dans la rééducation

(Silence)

En fait, tout est un peu imbriqué euh l'un dans l'autre en fait euh des fois c'est .. on peut avoir aussi l'impression que des fois ça peut être une excuse aussi

Oui ?

Euh… parfois ouais c'est euh

Une excuse, intéressant… Oui ?

On… Ouais on… C'est vraiment lié aussi je pense aussi au… une grosse part de psychologie dans la…

Hm

Prise en charge de la…lombalgie chronique et des fois suivant… Oui je pense qu'aussi suivant le… le temps depuis lequel… oui le temps depuis qu'ils ont mal

Oui ?

Si ça fait des années c'est plus compliqué aussi de… ça peut être plus compliqué hein c'est toujours pareil ça dépend vraiment des gens et euh certains vont vraiment euh s'impliquer… s'impliquer dans le groupe et euh vraiment prendre tout ce qu'on peut leur apporter euh pendant les 4 semaines

Hm ?

D'autres avec une douleur depuis des années ont déjà des difficultés pour tous les gestes du quotidien, ont une douleur qui est présente constamment et c'est vrai que changer, et puis changer les habitudes, changer les activités des gens mais c'est vrai que là je m'éloigne peut-être un peu de ton sujet euh sur les croyances

(Rires)

Ah non ce n'est pas grave

C'est vrai que moi le les croyances je les rencontre surtout en lien avec ce qu'ils pensent, fin le… d'où vient la douleur.

Oui

C'est vraiment là-dessus où on est un peu en difficulté sur euh… fin ça prend tellement de place encore une fois psychologiquement, ils ont tellement l'impression qu'il y a quelque chose au niveau de leur dos qui est euh… qui est vraiment majoré qui ça fait que dans la prise en charge après ils ont besoin de beaucoup en parler et de…

(Silence)

Et du coup est-ce que ça impact sur leur comportement ? Cette inquiétude sur leur douleur ? De pas savoir pourquoi, comment…

Ouais, oui

Ouais ?

Certaines personnes ont… fin ne peuvent pas euh… entendre ce qu'on peut leur apporter nous avant d'avoir euh… d'avoir vraiment compris, fin ils restent un peu en boucle sur euh… sur cette douleur et cette représentation qu'ils ont de leur dos

Hm ?

Et du coup ils ne peuvent pas vraiment intégrer euh, fin. Euh... Oui prendre tout ce qu'on peut, tout ce qui peut être apporté euh tout au long du groupe. Ils ont… Ils sont tellement dans la douleur et dans cette image d'eux et de leur dos que certains ont du mal à… oui à s'impliquer et à voir autre chose quand ça fait plusieurs mois, plusieurs années et euh…

Hm ?

(Silence)

En même temps : *Et du mal* Cette repr…

Oui ?

Oui cette représentation euh vraiment a du mal à evoluer, parfois et euh…

(Silence)

Et ben du coup l'entrée et l'implication dans euh changer le mode de vie, changer les habitudes et euh pratiquer une activité physique et tout ça ! Parfois ça peut être un peu plus compliquer que… ça dépend du stade où ils en sont de l'acceptation et de la compréhension de leur pathologie aussi

Oui ?

Je pense

Et quand vous dites « prendre tout ce qui peut être apporté », du coup euh c'est-à-dire ? c'est euh par rapport à ce qui est apporté en information ou euh plus par rapport aux exercices ?

En informations, en oui. Tout.

Tout ?

Ils ont du mal du coup à s'impliquer dans la prise en charge donc nous, fin que ce soit kiné, ergo, APA euh

Oui ?

On a des… Oui des… l'information euh orale, on a des mises en situations surtout. Et oui que ce soit l'information ou la mise en application quand ils sont euh fixés sur la représentation

qu'ils ont de leur douleur et du mécanisme douloureux au niveau du rachis ça peut être euh, ils peuvent être en difficulté pour entendre autre chose et euh… et ouais oui encore une fois changer les habitudes de vie euh...

Hm, d'accord. Et par rapport du coup à la mise en application ? Ils n'y arrivent pas parce qu'ils ont peur ou ils n'y arrivent pas parce qu'ils ne comprennent pas ? A votre avis par rapport à ce que vous avez pu voir, quand les patients on du mal à justement mettre en application euh ce que vous dites

Oui

C'est par rapport à quoi à votre avis euh, comment ça se passe ?

Il y a plusieurs choses

Qu'est-ce qu'ils font, qu'est-ce qu'ils disent ?

Il y a plusieurs choses effectivement. Je pense qu'il y a la peur de se refaire mal, ça c'est évident. Il y en a beaucoup qui se sont fait mal en faisant un mouvement en particulier

Oui ?

Et euh ont peur du coup de rebouger et de…fin oui de rebouger tout simplement.

Hm ?

Il y a la compréhension, de l'intérêt du euh de… (silence) fin oui de rebouger de se remuscler pour vraiment comprendre l'intérêt des étirements et tout ça pour pouvoir euh bah s'impliquer parce que ce n'est quand même pas forcément à mettre en place quotidiennement pour des gens qu'ont, qui sont habitués à plus rien, plus faire grand-chose depuis euh souvent des mois ou des années suivant…suivant quand est ce qu'ils nous sont adressés nous en rééducation.

Hm ?

Euh… Et comment ça se manifeste euh (silence) bah… Ils vont euh pas le mettre en application en fait tout simplement. On va les voir petit à petit dans le long du groupe, ils vont avoir besoin de beaucoup discuter. Nous en ergothérapie, beaucoup trouver d'excuses « bah oui mais je ne pourrais pas faire comme ça, ça fait bizarre de faire comme ça… ». Sur les gestes et les postures c'est vrai que c'est souvent ce qu'on entend. Euh et puis ben nous on questionne tout au long du groupe pour savoir comment ça se passe, parce que c'est bien de savoir comment ça se passe quand il est euh quand le patient est… est en rééducation mais l'important c'est aussi de savoir ce qu'il met en application le soir, le weekend

Oui, hm

Ça nous donne déjà une idée de… de la suite en fait et… ben voilà pour ces patients-là souvent euh s'ils ne comprennent pas l'intérêt, si… s'ils ont l'impression que bouger leur refera mal au dos

Hm ?

Ben ce n'est pas mis en application en fait. Ils vont rester, ils vont avoir le même rythme de vie, les mêmes types d'activités que ce qu'ils faisaient avant… avant le groupe.

D'accord

Ce n'est pas pour autant fin… Ce n'est pas pour autant qu'ils ne vont pas trouver certaines choses dans le groupe et se… se saisir de certaines choses qu'on peut leur dire, ça dépend en fait, ça dépend vraiment de chacun. Chacun va prendre plus ou moins euh… euh s'impliquer en fait plus ou moins dans l'éducation et euh…

Oui ?

Et va plus ou moins changer ses habitudes mais c'est vrai que c'est… c'est très dépendant des… bah de ce qu'ils ont entendu à droite à gauche, de ce qu'ils ont compris de leur dos.

Oui ?

De ce qu'il se passait au niveau de leur dos. Voilà, certains vont fin oui oui non après je m'éloigne du sujet mais euh…

(Rires)

Oui du coup par rapport à la mise en application vous avez dit que c'est beaucoup sous formes d'excuses en fait c'est ça ? Comme vous avez dit au début quand ils ne le font pas…

Oui, ben soit « j'aurais p.. » alors « pour les activités physiques je n'aurais pas le temps » ou les étirements ça peut être ça aussi.

Hm ?

Nous en ergothérapie c'est ben… bah oui ça prend plus de temps de changer surtout au début donc euh ben « j'au rai pas le temps de le faire » euh…

Ça c'est pour le « après » c'est ça ?

Oui

Quand ils seront chez eux ?

Oui

D'accord

Quand ils sont chez nous c'est plus euh « Ben non j'y ai pas… » fin… ça peut être une excuse ou pas hein « mais je n'y ai pas pensé » euh… encore une fois, ça dépend de si ils voient l'intérêt, si ils comprennent l'intérêt et puis oui encore une fois où est ce qu'ils en sont dans l'acceptation de la maladie, est ce que… parce que finalement c'est aussi une euh certain sont dans un… sont entrés dans un, sont entrés aussi dans un cycle de douleur et c'est… c'est un peu ce qu'ils sont maintenant, ça fait un peu parti de leur image euh actuelle quand ça fait des années.

Hm

Donc euh peut être changer aussi ça, ça peut après voilà il y a vraiment encore une fois une grosse part de psychologie qui je pense qui est à prendre en compte euh

Oui

Dans le… dans la prise en charge. C'est vraiment vraiment important parce que… on aura beau nous tout faire suivant où est ce qu'ils en sont euh…

C'est ça

Oui si encore une fois si si maintenant leur image euh fin dans leur image la composante douloureuse est… est intriqué ben forcément changer ça, ça peut aussi être euh… euh anxiogène

Hm

Mouais

D'accord, humm du coup est ce que vous aimeriez rajouter quelque chose par rapport à votre vision sur les croyances des patients ?

Ouais, je pense que c'est vraiment primordial dès le début de…de de bien expliquer par tous les biais qu'on peut avoir. Nous voilà c'est le power point et puis euh l'explication sous différents... fin voila expliquer différemment et rap fin et répéter souvent

Hm ?

les choses, pour que ce soit vraiment…imprégné faut aussi que toute la… toute l'équipe soit, ait aussi le même discourt. Nous on a la chance de l'avoir et puis on… voilà quand tout le monde avance dans le même euh dans le même sens et je pense que le médecin… donc que ce soit le médecin de rééducation ou le médecin qui annonce euh voilà ou l'ortho…pédiste fin voilà, peu importe ils ont tous un…je pense une grosse place aussi là-dedans parce que forcément quand on... Quand le médecin dit quelque chose ce n'est pas la même chose que quand… voilà ce n'est pas l'ergothérapeute ou le kiné euh

Tout à fait

On n'a pas forcément le même poids là-dedans

Hm

Euh… Mais oui fin je pense que pour l'implication et pour la… pour la réussite du programme pour chaque patient c'est important que…ben de lutter contre ces fausses croyances et…pour repartir ben sur de nouvelles bases et puis euh qu'ils comprennent l'importance du programme et l'importance de toute l'éducation qu'on va faire pendant 4 semaines en fait.

Hm

S'ils ne comprennent pas ça, si… si oui s'ils ne passent pas… si on arrive pas à à… à lutter contre ça, contre ces fausses croyances c'est vrai que la prise en charge est forcément du coup beaucoup plus compliquée.

Hm, tout à fait… Merci… J'ai juste une petite toute dernière question. Heum, est ce que vous pouvez me dire depuis combien de temps vous exercez dans ce type de programme ?

Heu… ça fait 7 ans

7ans, d'accord. Ben super ! Je vous remercie de votre collaboration !

Je vous en prie !

Et si…

J'espère que j'ai pu t'aider

Oui oui oui merci, si vous voulez que je vous tienne au courant pour l'avancée

Je veux bien, oui

Oui ?

Oui je veux bien et puis ouais hésite pas si heu n'hésite pas.

Ça va

Si tu as d'autres questions, s'il y a quoi que ce soit

Ben merci beaucoup !

De rien, bon courage !

Merci, aurevoir

Aurevoir

Bonne journée »

Annexe 9 : analyse thématique sous forme de tableaux

Les croyances ancrées autour de la douleur et du mouvement observées par les ergothérapeutes.

Thèmes	E1, E2 et E3
Causes de la douleur :	*[163-164] « C'est vrai que moi les croyances je les rencontre surtout en lien avec ce qu'ils pensent, fin le… d'où vient la douleur. »*
Mystère	*[19-21] « quelques fois même heu ils sont convaincus que, ils savent tout, qu'ils ont tout essayé et que heuu on ne peut rien pour eux, à se demander aussi ce qu'ils font dans les centres de rééducation. »* *[76-79] « Un monsieur qui n'y croyait pas du tout, qui a fait un très bon séjour et le séjour s'est très bien passé mais qui malheureusement à la sortie disait « de toute façon j'ai toujours mal et je ne pense pas que ce soit le sport qui heu et l'activité physique qui va résoudre mes problèmes même si ça m'a fait du bien et tout ça » ».* *35- « Ben je ne comprends pas je n'ai rien au niveau des images et euh ben pourtant j'ai quand même très très mal »*
Port de charge	*[56-58] « de toute façon il était parti avec le principe qu'il se ferait mal en portant une charge. Donc euh… Donc du coup en fait il s'est fait mal mais pas pendant le port de charge mais pour lui c'était le port de charge »* *[67-68] « à chaque fois que j'ai rencontré le plus de soucis c'était avec le port de charge »*
Mise en activité du corps	*215- « y a la peur de se refaire mal, ça c'est évident. Il y en a beaucoup qui se sont fait mal en faisant un mouvement en particulier »*

Identification de la douleur :	[35-36] *« « ben je ne comprends pas j'ai rien au niveau des images et euh ben pourtant j'ai quand même très très mal » »*
Avenir de la douleur :	[9-11] *« les gens pensent tout de suite que ben il ne vont plus travailler et qui ne vont plus faire leur emploi parce qu'ils pensent qu'ils ne sont plus capables de porter ou plus capable de rester dans certaines positions pendant longtemps »*
Réduction de la douleur :	
Repos	[3-4] « *La plus grosse croyance des patients c'est surtout de penser que c'est le repos qui favorise la récupération. »*
Evitement	[15-16] *« les mouvements sont interdits, « on n'a pas le droit de faire ça » »* [53-54] *« il était complètement bloqué sur le port de charge et il* ***voulait plus du tout en faire.*** *»* [42-43] *« du genre « je peux plus bouger, faut pas que je bouge sinon ça va vraiment s'accentuer » »*
Augmentation de la douleur :	
Activité physique	[14-17] *« ils arrivent souvent très kinésiophobe avec beaucoup d'aprioris (…) Du fait que le sport ne résoudra pas leur heuu leur problématique de santé. »* [191-192] *« Leur médecin, lui-même a dit « ah non non surtout vous faîtes rien, vous ne faites pas d'activités sportives, vous ne bougez pas. » »* [27-29] *« ils ne peuvent pas bouger du coup parce qu'ils ont peur de majorer euh… C'est surtout ça effectivement que euh… il ne faut pas qu'ils bougent de trop leur dos parce qu'ils ont peur de majorer la douleur ou d'accentuer le trouble au niveau du rachis. »* [42-43] *« du genre « je peux plus bouger, faut pas que je bouge sinon ça va vraiment s'accentuer » »*
Position particulière du corps	[60-61] *« « si je plis mes genoux, si je me penche en avant comme ça je vais me faire mal au dos » »*

Facteurs d'influence :	12- *« on leur a dit qu'il ne fallait pas porter de charge »* [32-33] *« on lui avait toujours dit qu'il ne fallait pas qu'il porte de charge. »* [3-5] *« ils arrivent souvent avec des images et des idées sur ce qu'il se passe au niveau de leur dos au niveau anatomique et qui sont assez souvent assez fortes à l'arrivées du genre euh « on m'a dit que… ». ».* 61- *« « on m'a dit de pas bouger ! » »*
Système de santé	[191-192] *« Leur médecin, lui-même a dit « ah non non surtout vous faîtes rien, vous ne faites pas d'activités sportives, vous ne bougez pas. ». »* [3-4] *« Alors, les croyances des patients c'est souvent heu ben en fait euh, nous on a beaucoup de patients qui font la RFR qui ont déjà fait en fait l'école du dos il y a X temps. »* (…) [7-8] *« Du coup quand ils arrivent en RFR on leur dit de faire complètement l'inverse »* 13- (ce que les patients s'imaginent) *« je repense aux "vertèbres de déplacées" quand ils vont voir un ostéo »*

Observation des comportements principaux par les ergothérapeutes

	E1, E2 et E3
Affrontement :	*[30-32] « on a des gens qui arrivent en disant « je vous fais confiance ! Je vais faire tout ce qu'il faut et puis votre centre à une bonne réputation donc je m'en remets entre vos mains et je vais tout faire »* [49-50] *« il y a des gens qui vont être plus enclin et qui vont dire « ben oui je sais que je dois changer ». »* [64-66] *« Ils ont aussi beaucoup besoin (…) de discuter ce qu'ils savent au niveau de leur dos, ils ont beaucoup de questions. »*
Peur diminuée	[136-138] *« c'est quasiment systématique* (=que les chiffres des bilans baissent) *on va dire dans à peu près 90% des cas. Ça veut*

	dire que le programme les fait changer heu par rapport à leur kinésiophobie et par rapport à leur croyance. » [62-63] *« ils arrivent bien à se détacher de ça. Ils y vont, ils se rendent compte qu'en fait ils se font pas mal. »*
Exposition	[62-63] *« ils se rendent compte qu'en fait ils se font pas mal en fait finalement en faisant des mouvements qui leur ont toujours été interdits. »* [135-137] *« Il y en a qui malgré la douleur qui vont à fond quand même quitte à se… fin à te dire « j'ai une douleur à 8 ou 9 » mais qui persistent et qui continuent et qui vont quand même à fond parce qu'ils y croient et tout ça. »*
Guérison	[90-91] *« ça se passe très bien. Les récupérations des performances sont vraiment superbes »* [133-134] *« dans 90% des cas les chiffres* (=des bilans) *ont baissé quand même en fin de séjour. Ça veut dire que les croyances ont évolués quand même. »* [64-65] *« ils sont contents parce qu'il y a des résultats qui sont visibles très rapidement. »* [115-118] *« Que ça soit au niveau de la posture, au niveau de la douleur, au niveau de la souplesse. Je veux dire les patients gagnent vraiment, moi j'ai vu des patients qui arrivaient en début de programme qui étaient vraiment pliés en deux dans leur démarche et puis euh et à la fin du RFR ils sont beaucoup plus libres, la marche est de meilleure qualité, ils sont redressés »*
<u>Evitement :</u>	[32-35] *« puis il y a des gens qui disent « ah mais de toute façon je ferais pas si et je ferais pas de port de charge et je ferais pas d'activités et puis toute façon on m'a dit que il fallait que je fasse rien heu, et puis de toute façon vous allez faire un dossier pour que j'ai une femme de ménage, et puis de toute façon heu… ». »* 75- *« on a encore quand même quelques fois des récalcitrants. »* [30-31] *« j'ai vu un patient là il n'y a pas longtemps. D'emblée il m'avait dit que le port de charge ça allait être compliqué »*

	[226-229] *« Ils ne vont pas le mettre en application en fait tout simplement. On va les voir petit à petit dans le long du groupe, ils vont avoir besoin de beaucoup discuter. Nous en ergothérapie, beaucoup trouver d'excuses « bah oui mais je ne pourrais pas faire comme ça, ça fait bizarre de faire comme ça… ». »* [239-240] *« Ben ce n'est pas mis en application en fait. Ils vont rester, ils vont avoir le même rythme de vie, les mêmes types d'activités que ce qu'ils faisaient avant… avant le groupe. »* *259- « « j'aurai pas le temps de le faire ». »*
Peur augmentée	[27-29] *« ils ne peuvent pas bouger (…) il ne faut pas qu'ils bougent de trop leur dos parce qu'ils ont peur de majorer la douleur ou d'accentuer le trouble au niveau du rachis »* 215- *« il y a la peur de se refaire mal, ça c'est évident. »*
Catastrophisme	[14-15] *« ils se disent « Oh mon dieu, on fait tout ce qui nous a toujours été interdit ! ». »* 69- *« porter du poids c'est horrible pour eux. »*
Kinésiophobie	14- *« ils arrivent souvent très kinésiophobe avec beaucoup d'aprioris »* 218- *« ont peur du coup de rebouger et de…fin oui de rebouger tout simplement. »*
Hypervigilance	[50-51] *« il y en a d'autre va falloir effectivement tout en douceur et voilà les amener vers le changement. »* [137-138] *« il y en a d'autres effectivement dès qu'ils ont un peu mal là c'est « tout doux on y va euh…, on y va tout doucement ». »*
Incapacité	[67-69] *« à chaque fois que j'ai rencontré le plus de soucis c'était avec le port de charge où c'est là vraiment où euh pour beaucoup de gens* ***ça bloque complètement*** *»*

Moyens apportés pendant la rééducation des patients :

	E1, E2 et Mme E3
Accompagner	47- *« l'idée c'est de l'accompagner et de l'accompagner dans le changement. »*

	[230-233] *« nous on questionne tout au long du groupe pour savoir comment ça se passe, parce que c'est bien de savoir comment ça se passe quand il est (…) en rééducation mais l'important c'est aussi de savoir ce qu'il met en application le soir, le weekend. »*
Rassurer	[59-60] *« leur montrer que le fait d'avoir un programme d'hygiène de vie va leur permettre le changement »* 71- *« on les rassure »*
S'adapter	62- *« on travaille beaucoup sur l'expérience »* [156-157] *« Tout le monde l'adapte* (le programme) *par rapport à son personnel, par rapport à ses possibilités d'accueil, par rapport plein de choses »* [45-50] *« du coup on adapte en fait, (…) en ergo en fait il ne faisait pas de port de charge, en fait il a continué la flexibilité. »* [83-84] *« on s'adapte à la personne et puis on voit en fonction comment on fait. Mais suivre vraiment le protocole du RFR ce n'est pas toujours simple, »*
Expliquer	[41-45] *« on a un programme de RFR qui est jumelé à un programme d'éducation thérapeutique du patient. (…) Donc en fait on compte beaucoup sur ce programme et ses ateliers d'éducation thérapeutique pour changer les aprioris du patient. »* [20-21] *« on leur dit bien qu'ils auront toujours mal c'est juste qu'ils vont vivre, apprendre à vivre avec leur douleur quoi. »* [47-48] *« dans notre protocole de RFR en ergo on fait vraiment beaucoup de prophylaxie. »* 107- *« on essaye vraiment d'expliquer l'intérêt »* 109- *« que ce soit tous les professionnels, on a le même discours »* [113-115] *« ce sont les choses qu'on dit dès le début, que le médecin dit dès le début dans la présentation qu'on fait et qu'on réexplique plusieurs fois par semaine pendant nos séances. »* 117- *« C'est vraiment oui de l'explication »* 120- *« on a un power point aussi »* 202- *« l'information orale, on a des mises en situations surtout. »*

Les facteurs d'influences analysés par les ergothérapeutes sur les croyances des patients et leur rééducation

	E1, E2 et E3
Facteurs d'influences :	[178-179] *« Les croyances vont forcément influencer chaque patient. »* [141-142] *« on peut avoir aussi l'impression que parfois ça peut être une excuse »* [247-248] *« c'est très dépendant de ce qu'ils ont entendu à droite à gauche, de ce qu'ils ont compris de leur dos. »* [304-306] *« si on n'arrive pas à lutter contre ça, contre ces fausses croyances c'est vrai que la prise en charge est forcément beaucoup plus compliquée. »*
La personne	[122-125] *« les gens arrivent avec ce qu'ils sont (…) il y a une part d'individualité dans la prise en charge parce que les gens ont une certaine façon de fonctionner qui va forcément influencer leur rééducation »* 9- (la représentation de leur colonne qui est souvent fausse) *« souvent majorée par l'esprit du patient. »* [90-94] *« C'est vraiment propre à chacun, on a un peu les deux. Après ça dépend aussi du… est ce que la personne est sportive (…) Si elle est déjà dans une activité physique régulière ou est-ce que c'est une personne très sédentaire et dans ce cas-là ça peut aussi être plus difficile »* [133-135] *« Oui encore une fois (l'évolution des croyances dépend) de l'activité physique, si c'est quelqu'un n'est pas du tout sportif depuis 35-40 ans c'est assez compliquer de pouvoir faire changer (…) pouvoir mettre en place cette activité au quotidien. »* 146- *« C'est vraiment lié* (les croyances) *aussi je pense aussi au… (à) une grosse part de psychologie »*

	[166-167] *« ça prend tellement de place encore une fois psychologiquement »* [273-280] *« il y a vraiment encore une fois une grosse part de psychologie qui je pense qui est à prendre en compte (…) dans la prise en charge. C'est vraiment vraiment important (…)* *Oui si encore une fois si maintenant dans leur image la composante douloureuse est intriquée ben forcément changer ça, ça peut aussi être anxiogène. »*
Attentes de la personne	18- *« je pense que ce qu'ils attendent aussi c'est de ne plus du tout avoir mal. »* [195-196] *« la RFR c'est un peu la… Les patients voient ça un peu comme un truc qui va leur révolutionner la vie »*
Entourage social	[102-106] *« je pense qu'il y a le contexte social qui est important. S'ils vont avoir un contact positif dynamique avec des gens et de la famille par exemple autour qui font une activité physique régulière et qu'ils voient bien l'intérêt, qu'ils vont être stimulés ben ils vont continuer. Des gens qui ne sont pas du tout encadrés, stimulés effectivement chez eux vont rapidement abandonnés. »* [108-109] *« j'aurai tendance à dire que ce n'est pas forcément lié à leurs fausses croyances au départ mais plutôt à… une situation psychosociale. »* [178-185] *« Les croyances vont forcément influencer chaque patient. Voilà, on ne peut pas dire que ce soient les croyances du patient à la base qui font la réussite ou non du programme ou la réussite à long terme. (…) Je pense que c'est plutôt le contexte sociale et familiale et même le contexte socio-professionnel. (…) Les croyances peuvent aussi venir de ces contextes-là. »*
Système de santé	[187-196] *« malheureusement je trouve que les patients ne sont pas suffisamment accompagnés. (…) Leur médecin, lui-même a dit « ah non non surtout vous faîtes rien, vous ne faites pas d'activités*

	sportives, vous ne bougez pas » (…) ils sont malheureusement influencés dans le système de santé qui a du mal à évoluer. » [203-208] *« on arrive encore à rencontrer des médecins qui disent « ils faut plus bouger, il ne faut rien faire, il faut rester au repos ». Et en 15 ans j'ai l'impression que le taux ne bouge pas. J'ai quand même fait un colloque, une présentation adjointe à un colloque, où il y a un kiné qui m'a répondu quand je disais que « le massage ça ne sert à rien, il faut effectivement que les gens se prennent en charge » et le kiné m'a répondu « Bah oui mais si on les masse pas, ils reviennent pas et c'est quand même notre gagne-pain » ! »* [227-229] « P*our moi c'est une problématique, aujourd'hui tous les ergothérapeutes sortent formés formateurs PRAP mais ils ne savent pas faire de l'ergonomie rachidienne ! C'est une aberration ! »* [6-14] *« l'école du dos c'est plus protéger son dos donc ne pas faire de de flexion vers l'avant, pas faire de rotations, protéger son dos dans tous les mouvements etc. Du coup quand ils arrivent en RFR on leur dit de faire complètement l'inverse (…) du coup il y a énormément d'appréhensions moi je trouve des patients par rapport à ça, quand ils commencent l'ergothérapie »* [74-75] *« notre médecin peut-être pourrait s'investir un petit peu plus demain »* [95-102] *« on a le travail de réexpliquer pourquoi parce que c'est vrai que pendant des années il y a eu l'idée de « il faut plus bouger » (…) C'est vrai que maintenant (…) on a complètement changé de discours et c'est vrai que l'ancien discours est quand même très implanté…est quand même très implanté oui. »* [291-297] *« que ce soit le médecin de rééducation ou le médecin qui annonce (…) je pense qu'ils ont une grosse place aussi là-dedans parce que forcément quand le médecin dit quelque chose ce n'est pas la même chose que quand… c'est l'ergothérapeute ou le kiné (…) On n'a pas forcément le même poids là-dedans »*

Apport du groupe	[65-67] *« les gens sont tellement différents et ils vont s'apporter les choses rien que en communiquant entre eux et en passant quatre semaines en groupe. »* [91-96] *« tant qu'ils sont en centre et qu'ils font ça en groupe et qu'ils sont coachés ça va bien (…) Mais à long terme les gens finissent par souvent par abandonner quand ils se retrouvent tout seul chez eux. »* [131-132] *« ils voient que ça marche en fait finalement c'est un programme qui marche plutôt bien je trouve. »*
Le temps	[149-158] *« je pense qu'aussi suivant le temps (…) depuis qu'ils ont mal (…) Si ça fait des années c'est plus compliqué (…) c'est toujours pareil ça dépend vraiment des gens et certains vont vraiment (…) s'impliquer dans le groupe et vraiment prendre tout ce qu'on peut leur apporter euh pendant les 4 semaines (…) D'autres avec une douleur depuis des années ont déjà des difficultés pour tous les gestes du quotidien, ont une douleur qui est présente constamment »* [180-182] *« Ils sont tellement dans la douleur et dans cette image d'eux et de leur dos que certains ont du mal à… oui à s'impliquer et à voir autre chose quand ça fait plusieurs mois, plusieurs années. »*

Résumé :

Des études ont démontré l'efficacité du programme de restauration fonctionnelle du rachis dans la rééducation des personnes souffrant de lombalgie chronique. Cette étude explore cependant les difficultés rencontrées par les ergothérapeutes dans le suivi de ces patients au sujet de leurs croyances dans leur rétablissement.

Une recherche clinique a été mise en place afin de comprendre la perception des ergothérapeutes sur les croyances des patients à ce sujet lors du processus de réactivation physique. L'analyse thématique a principalement fait ressortir l'idée que chez les patients la mise en action du corps serait néfaste en augmentant les douleurs et inversement que le repos serait bon pour la récupération. Puis l'observation des comportements d'affrontement et d'évitement face à la douleur ont été mis en avant par les ergothérapeutes. Enfin, les avis des ergothérapeutes sur les influences des croyances confirment une problématique actuelle concernant le système de santé qui a du mal à se mettre à jour.

Mots clefs : ergothérapie, lombalgie, chronique, programme de restauration fonctionnelle du rachis, croyances.

Abstract :

Studies have shown the effectiveness of the spinal cord functional rehabilitation program for people suffering from chronic low back pain. However, this study explores the difficulties experienced by occupational therapists in monitoring these patients about their beliefs in their recovery.

Clinical research has been put in place to understand occupational therapists' perceptions of patients' beliefs about occupational therapists during the physical reactivation process. The thematic analysis mainly highlighted the idea that putting the body into action for patient would be harmful by increasing pain and vice versa that rest would be good for recovery. Then the observation of confrontational and avoidance behaviours toward pain were put forward by occupational therapists. Finally, their opinions on the beliefs influence exposes a current problem with the health care system, struggling to keep up to date.

Key words : occupational therapy, low back pain, chronic disease, functional spine restoration program, beliefs.