



**HAL**  
open science

# Prise en compte des facteurs psychosociaux dans la rééducation de la lombalgie par les masseurs-kinésithérapeutes : une évaluation des pratiques

Salomé Le Gall

► **To cite this version:**

Salomé Le Gall. Prise en compte des facteurs psychosociaux dans la rééducation de la lombalgie par les masseurs-kinésithérapeutes : une évaluation des pratiques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02270775

**HAL Id: dumas-02270775**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02270775>**

Submitted on 26 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



INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

22 avenue Camille Desmoulins

29238 Brest Cedex 3

# Prise en compte des facteurs psychosociaux dans la rééducation de la lombalgie par les masseurs-kinésithérapeutes : une évaluation des pratiques

LE GALL Salomé

En vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

Promotion 2015-2019

Juin 2019

## **Remerciements**

A Hélène Bissériex, ma directrice de mémoire, pour la qualité de ton accompagnement, tes conseils et ta réactivité tout au long de ce travail.

A mes relecteurs, et à toutes les personnes avec qui j'ai pu échanger et qui ont ainsi contribué à nourrir la réflexion de ce mémoire.

A toute l'équipe enseignante et administrative pour m'avoir permise de m'épanouir dans cette formation.

A ma famille, et particulièrement à mes grands-parents, pour votre soutien inconditionnel, vos encouragements et votre amour qui m'ont portée durant toutes ces années d'études.

A mes amis, futurs collègues de Brest et d'ailleurs, pour l'entraide et tous ces bons moments passés ensemble.

A Yuna, la reconnaissance que je te porte va au-delà de ton amour pour le fromage et le saucisson.

## **Table des abréviations**

MK : masseur(s)-kinésithérapeute(s)

HAS : Haute Autorité de Santé

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

IDRES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

EHIS-ESPS : Enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation en Santé

OSPRO-YF : Optimal Screening for Prediction of Referral and Outcome for Yellow Flags

Introduction.....	1
1. Etat de l'art .....	2
1.1. Définition de la lombalgie et de ses différents stades .....	2
1.2. Epidémiologie de la lombalgie .....	3
1.2.1. En France et dans le monde .....	3
1.2.2. La lombalgie dans le milieu professionnel .....	5
1.3. La douleur et sa chronicisation .....	6
1.3.1. La nociception .....	6
1.3.2. La douleur, phénomène multidimensionnel .....	8
1.3.3. Le processus de chronicisation .....	10
1.4. Les facteurs de risque psycho-sociaux .....	12
1.5. Recommandations de prise en charge de la lombalgie .....	15
1.6. Présentation de la problématique et des hypothèses .....	18
2. Méthodologie .....	19
2.1. Choix du mode d'enquête .....	19
2.2. Détail du questionnaire.....	20
2.2.1. Profil .....	20
2.2.2. Bilan.....	21
2.2.3. Traitement .....	21
2.2.4. Approfondissement .....	23
2.3. Elaboration et diffusion.....	23
2.4. Analyse.....	24
3. Résultats.....	24
3.1. Profil des répondants .....	24
3.2. Prise en charge de la lombalgie.....	25
3.3. Connaissance des yellow flags .....	26
3.4. Bilans.....	28
3.4.1. Stades aigu et subaigu.....	28
3.4.2. Stade chronique .....	29
3.4.3. Evaluation des yellow flags .....	29

3.4.4.	Outils d'évaluation .....	29
3.5.	Conformité aux recommandations de prise en charge .....	31
3.6.	Prise en charge des yellow flags.....	34
3.7.	Freins.....	35
3.8.	Formation et facteurs psychosociaux.....	37
3.9.	Nombre de patients et évaluation des yellow flags .....	39
3.10.	Ancienneté et évaluation des yellow flags .....	39
3.11.	Lieu de formation et évaluation des yellow flags.....	41
3.12.	Stades d'évolution et recherche de yellow flags .....	41
3.13.	Conformité aux recommandations de bonne pratique .....	41
4.	Discussion .....	42
4.1.	L'évaluation des yellow flags.....	42
4.1.1.	Connaissance des yellow flags .....	42
4.1.2.	Bilan et recherche des yellow flags .....	45
4.1.3.	Formation initiale .....	45
4.1.4.	Formation continue.....	46
4.1.5.	Expérience professionnelle .....	48
4.1.6.	L'utilisation des échelles, scores, questionnaires .....	48
4.2.	Prise en compte des yellow flags dans la rééducation .....	51
4.2.1.	Conformité aux recommandations de bonnes pratiques .....	51
4.2.2.	Freins à la prise en compte des yellow flags .....	55
4.2.3.	Pistes de réflexion pour une meilleure adéquation des pratiques à l'état actuel des connaissances .....	59
4.3.	Limites de l'étude et projection professionnelle .....	61
4.3.1.	Biais et limites .....	61
4.3.2.	Projection professionnelle .....	62
	Conclusion.....	63
	Bibliographie	
	Annexes	

## Introduction

La lombalgie est une pathologie fréquemment prise en charge par les masseurs-kinésithérapeutes (MK), qu'ils exercent en libéral ou bien en salariat. Elle représente un enjeu de santé publique important, étant la maladie la plus déclarée par les français et touchant quatre individus sur cinq au cours de leur vie, avec une prévalence en constante augmentation(1). La lombalgie chronique, définie par la persistance des douleurs au-delà de trois mois, ne représente qu'une faible proportion du total des lombalgies mais en concentre pourtant la majeure partie des coûts. Au-delà de l'aspect financier, c'est une pathologie qui peut être très invalidante et lourde de conséquences dans la vie de la personne atteinte.

J'ai eu l'opportunité lors de mes différents stages de premier cycle d'études de constater à la fois que la lombalgie chronique était fréquente en rééducation kinésithérapique, et que dans bien des cas elle peut sembler longue et fastidieuse tant pour le patient que pour le professionnel. Mais ce qui m'a le plus interpellée, c'est le besoin d'écoute et d'empathie que j'ai constaté chez bon nombre de ces patients. Il m'a également semblé retrouver des similitudes dans le profil de certains patients, avec par exemple une vision pessimiste ou une insatisfaction dans leur vie professionnelle.

Ces caractéristiques communes m'ont fait m'interroger sur la place du kinésithérapeute dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Plus particulièrement, je me suis demandé quels soins autres que ceux du corps apportent le MK aux patients lombalgiques chroniques, ayant le sentiment que l'approche thérapeutique avec ces patients ne pouvait se résumer à des étirements et des exercices. C'est ainsi que j'ai appris que de plus en plus de MK utilisent des techniques de thérapies cognitivo-comportementales dans la rééducation de la lombalgie chronique. Ces techniques ont pour objectif de déconstruire des croyances erronées et des comportements délétères chez le patient, qui sont tenus pour partie responsables de la persistance de leurs douleurs(2). En poursuivant mes recherches, j'ai pu apprendre plus sur les facteurs de risque de chronicisation de la lombalgie, dont certains sont justement pris en charge grâce aux thérapies cognitivo-comportementales. En effet, les recherches scientifiques s'accordent sur l'existence de facteurs de risque pouvant expliquer que certains patients atteignent le stade

chronique alors même que les causes initiales de leur lombalgie ont disparu(3,4). Ces facteurs de risque de chronicisation sont appelés des yellow flags, ou facteurs psychosociaux. Il peut s'agir de dispositions psychologiques comme la dépression ou une attitude passive, de croyances erronées à propos de la lombalgie et de la douleur, ou encore de problèmes au travail(5,6). Les recommandations de bonnes pratiques s'accordent pour préconiser à différentes professions de santé la recherche de ces facteurs de chronicisation chez les personnes lombalgiques, afin de détecter au plus tôt les personnes à risque et également de proposer aux patients chroniques la prise en charge adaptée(7).

La problématique qui émerge alors est de savoir si les MK libéraux suivent ces recommandations en prenant suffisamment en compte ces facteurs psychosociaux, qu'il s'agisse de leur bilan ou de leur traitement, et quels sont les paramètres influençant leurs pratiques dans ce domaine. Nos hypothèses sont qu'il existe un manque de prévention secondaire, c'est-à-dire une détection insuffisante des patients à risque de chronicisation. Les MK seraient plus nombreux à rechercher ces facteurs dans leurs prises en charges de patients chroniques mais insuffisamment formés pour y apporter une réponse efficace. Dans l'objectif de répondre à ces interrogations nous aborderons en première partie les données épidémiologiques de la lombalgie, puis la douleur et son processus de chronicisation, avant d'étudier les connaissances actuelles sur les facteurs psychosociaux et de préciser les différentes recommandations de prise en charge de la lombalgie. Nous justifierons ensuite notre choix de diffusion d'un questionnaire d'évaluation des pratiques à destination des MK libéraux ainsi que la méthodologie de construction de celui-ci. La partie suivante sera consacrée à l'exposition des résultats. Enfin nous discuterons ceux-ci par rapport à nos hypothèses, en détaillant les pratiques des MK concernant les facteurs psychosociaux puis en évoquant les freins potentiels expliquant l'écart entre le contenu des recommandations et les prises en charge actuelles. Des pistes de réflexion pour une meilleure adéquation entre les connaissances scientifiques et les pratiques des professionnels seront alors proposées.

## **1. Etat de l'art**

### **1.1. Définition de la lombalgie et de ses différents stades**

La lombalgie est définie par l'Assurance Maladie comme une « ***douleur siégeant dans la partie basse de la colonne vertébrale*** »(8). Cette douleur peut

s'accompagner d'une irradiation au(x) membre(s) inférieur(s)(9). Cependant, si l'irradiation dépasse le pli fessier, nous préférons le terme de lombosciatique.

L'étiologie de la douleur menant au diagnostic de lombalgie permet d'en distinguer deux types : la lombalgie symptomatique et la lombalgie commune.

La lombalgie symptomatique est une douleur du rachis lombaire ayant pour origine une cause fracturaire (suite à un traumatisme ou à de l'ostéoporose notamment), une cause tumorale, une cause infectieuse, ou encore causée par une pathologie inflammatoire telle que la spondylarthrite ankylosante (9). Lors de l'évaluation initiale, le professionnel de santé recherchera des signes évoquant une lombalgie symptomatique, signes appelés des drapeaux rouges, et conclura en leur absence à une **lombalgie dite commune**, ou aspécifique(9). C'est cette seconde forme de lombalgie qui sera traitée dans ce mémoire.

Dans un guide de recommandations sur les modalités de prescription de la kinésithérapie pour la lombalgie édité en 2005(10) la Haute Autorité de Santé (HAS) a repris la classification d'experts internationaux pour différencier la lombalgie commune en trois stades selon la durée d'évolution des symptômes. Sont ainsi différenciées :

- La lombalgie aiguë pour une durée inférieure ou égale à 4 semaines
- La lombalgie subaiguë pour une durée comprise entre 4 et 12 semaines
- La lombalgie chronique lorsque les symptômes persistent après 3 mois

Ce même groupe d'experts a également défini la lombalgie récidivante comme la « *survenue d'au moins deux épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle* ».

## **1.2. Epidémiologie de la lombalgie**

### **1.2.1. En France et dans le monde**

La lombalgie commune est devenue un véritable **enjeu de santé publique**, à tel point qu'elle est même décrite dans nos pays industrialisés comme « le mal du siècle ». Un article publié dans « The Lancet » en 2018(11) rapportait que le nombre d'années vécues avec des incapacités causées par une lombalgie avait augmenté de 54% entre 1990 et 2015, notamment de par l'augmentation de la population mondiale et de l'espérance de vie. Ce chiffre serait amené à s'accroître encore dans les décennies à venir, d'autant que la progression la plus rapide s'observe dans les pays en voie de développement, où l'efficacité des systèmes de soin reste à améliorer. Ce

même article affirmait que la lombalgie est maintenant devenue la **première cause d'incapacité** à travers le monde.

Une méta-analyse publiée en 2012 par le Collège Américain de Rhumatologie estimait la prévalence moyenne de la lombalgie dans la population mondiale à **31%**, tous stades confondus(12). De manière plus analytique, la prévalence estimée de la lombalgie aiguë était de 18,3%, la lombalgie d'une durée supérieure à un mois 30,8%, et celle supérieure à un an était de 38%. Cette revue systématique a aussi étudié la prévalence selon le sexe, et a conclu à une prévalence plus forte chez les femmes, quelle que soit la catégorie d'âge. Concernant la répartition par âge, l'étude a démontré une augmentation progressive de la prévalence à partir de 30 ans jusqu'à atteindre un pic se situant entre 40 et 69 ans.

L'hétérogénéité des définitions de la lombalgie ainsi que des méthodes de recueil des données des différentes études ayant conduit à ces résultats nécessite cependant de considérer ces chiffres avec du recul selon les conclusions de l'étude.

Dans un rapport publié en 2018(1), l'Assurance Maladie estime qu'en France **quatre personnes sur cinq** souffriront de lombalgies au cours de leur vie, et qu'une personne sur deux a eu au moins un épisode douloureux au cours de l'année écoulée.

Elle constate que c'est un motif de consultation très fréquent en médecine générale, puisque les données classent la lombalgie aiguë au deuxième rang des motifs de consultation, tandis que la lombalgie chronique est classée au huitième rang.

De 1993 à 2012, la Société Française de Médecine Générale a conduit un Observatoire de la Médecine Générale (OMG) qui a permis de recueillir des données sur les pratiques des médecins. Ils devaient notamment remplir un thesaurus de diagnostics standardisés à la fin de chaque consultation. Ce recueil d'informations a permis d'aboutir à un grand nombre de données sur l'état de santé de la population française. Concernant la lombalgie, l'OMG a permis de confirmer une **augmentation constante** (+14%) sur 15 ans de ce motif de consultation(13).

Dans l'Enquête de santé et protection sociale conduite en 2012(14) par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IDRES), 23 000 individus y ont été interrogés sur leur état de santé et leur recours ou renoncement aux soins. La place de la lombalgie y est importante, elle est même prédominante par rapport à d'autres pathologies que l'on aurait pu estimer plus fréquentes. En effet, au sein d'une liste proposant les principales maladies chroniques déclarées, la lombalgie arrive en tête (19,2% des répondants), loin devant l'hypertension artérielle (13,1%) ou

encore le diabète (8,5%). Il faut néanmoins garder à l'esprit que ces chiffres ont été établis sur la base de déclaration des personnes interrogées et non à partir de mesures.

Dans l'enquête suivante effectuée par l'IDRES en 2014 et publiée en 2017, alors intégrée dans un programme européen et appelée « L'enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale » (EHIS-ESPS)(15), la lombalgie en France métropolitaine reste la **première maladie déclarée**. Sa prévalence est également en augmentation par rapport au recueil de 2012.

Si les données épidémiologiques concernant la prévalence de la lombalgie peuvent varier sensiblement d'une étude à l'autre, son importance fait donc consensus au sein de la communauté scientifique. Cela concorde également avec le ressenti de la population, comme l'a montré l'enquête EHIS-ESPS.

### 1.2.2. La lombalgie dans le milieu professionnel

La forte prévalence de cette pathologie en France entraîne donc des **dépenses importantes**. Ces dépenses commencent dès les premiers jours de la lombalgie aiguë, dans le cadre d'un arrêt de travail. En effet, ces douleurs sont très invalidantes et entraînent dans un cas de lombalgie sur cinq un arrêt de travail(16). L'Assurance Maladie estime(17) que 30% des personnes en arrêt depuis plus de 6 mois le sont à cause d'une lombalgie, et que celle-ci représente la troisième cause d'invalidité en 2017 chez les personnes assurées au régime général.

Si la lombalgie implique souvent un arrêt de travail, c'est également une conséquence très fréquente des accidents de travail. En effet, les données rapportées pour l'année 2015 ont estimé que 167 000 accidents du travail ont eu pour conséquence une lombalgie, soit 20% du nombre total(17). En d'autres termes, pour **une personne sur cinq** ayant subi un accident du travail en 2015, cela s'est traduit par une lombalgie.

Si aucun secteur professionnel n'est réellement épargné, cinq principaux regroupent à eux seuls plus de la moitié du coût direct lié à la lombalgie, et le risque d'y subir un accident de travail ou une maladie professionnelle est 1,5 à 2 fois plus élevé que dans les autres secteurs. Ces domaines d'activité sont le transport et la logistique, le bâtiment, l'aide et les soins à la personne, la gestion des déchets, et enfin le commerce(1). Si ces secteurs ont en commun les exigences physiques pour les

personnes y travaillant, ce n'est pas l'unique cause qui peut expliquer cette forte prévalence, comme nous le verrons par la suite.

Enfin, la lombalgie concerne près de 15% des accidents de trajet, ainsi que 7% des gens reconnus en maladie professionnelle(17). Toujours selon ce dossier de l'Assurance Maladie, les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles s'élèvent à un milliard d'euros par an, ce qui équivaut à l'ensemble du coût de la prise en charge annuelle des autres troubles musculo-squelettiques.

En plus des coûts directs qu'implique la prise en charge des soins des personnes lombalgiques, s'ajoutent donc des frais indirects très élevés, liés aux indemnités journalières ou à la perte de productivité par exemple. Ce deuxième type de dépense est engendré à **85% par les lombalgies chroniques**, alors même qu'elles ne représentent que 7% du total des lombalgies.

Les coûts indirects liés à la lombalgie sont donc extrêmement lourds. Ils sont cependant très difficiles à chiffrer précisément, car liés, pour certains, à des facteurs plus durs à objectiver. De plus, une partie de ces coûts indirects est supporté par les entreprises. En effet, la lombalgie chez un travailleur peut entraîner une perte de productivité, une désorganisation des équipes liée à un changement de poste ou un arrêt de travail, ou encore une dégradation du climat social au sein de l'entreprise.

### **1.3. La douleur et sa chronicisation**

Si les coûts liés à la prise en charge de la lombalgie chronique représentent la majeure partie du coût total des lombalgies tout en ne concernant qu'un faible pourcentage de la population des lombalgiques, c'est que la lombalgie chronique est bien plus longue et complexe à prendre en charge car elle implique de multiples dimensions.

#### **1.3.1. La nociception**

Différentes structures peuvent être en souffrance et engendrer des douleurs conduisant à une lombalgie. La douleur a ici un **rôle d'alerte**, afin que l'individu prenne conscience qu'une partie de son corps est en souffrance, c'est-à-dire qu'une structure est lésée ou sursollicitée, et adapte son comportement afin de rétablir l'homéostasie(18).

Afin que l'individu ressente ce qu'il nommera douleur, l'écart avec la norme doit être perçu. C'est le rôle des nocicepteurs, qui vont être activés soit de manière directe (étirement trop intense d'un mécanocapteur par exemple) soit indirecte via la diffusion de substances chimiques par des cellules lésées(19). Cela entraîne une douleur spontanée et accrue par la stimulation du foyer des dégâts tissulaires, qui est appelée l'hyperalgésie primaire. Elle disparaîtra avec la guérison de la lésion.

Le message sera ensuite transmis par voie médullaire, via des faisceaux spinaux ascendants. Les neurotransmetteurs véhiculant les informations entre les afférences nociceptives et les neurones nociceptifs spinaux peuvent être également à l'origine d'une sensibilisation de ces neurones. Cela crée des phénomènes douloureux à la fois autour et à distance de la lésion, c'est l'hyperalgésie secondaire(19). Cela explique par exemple l'extrême sensibilité de l'ensemble du pied lors de l'effleurement au lendemain d'une entorse de cheville, mais aussi les douleurs dorsales éloignées de la lésion initiale que peuvent décrire certains patients chroniques.

Le message nociceptif sera ensuite analysé et intégré grâce à de nombreuses structures cérébrales, interagissant les unes avec les autres et ayant chacune une fonction spécifique dans la participation aux différentes composantes (abordées plus tard) de l'expérience douloureuse.

Il existe différents échelons **de contrôle et de modulation** de la transmission de ce message nociceptif(18), ainsi que des voies descendantes inhibitrices dont tous les mécanismes n'ont pas encore été élucidés. Il nous paraît intéressant cependant de mentionner à ce stade l'existence d'influences descendantes facilitatrices qu'on assimile à un conditionnement pavlovien douloureux(19). Pour donner un exemple pratique, un patient à qui l'on fait régulièrement des injections douloureuses va non seulement appréhender la prochaine, mais peut de surcroît ressentir cette douleur avant même que l'injection n'ait été commencée. Ce phénomène est également observable en kinésithérapie, certains patients se plaignant de douleurs avant même la réalisation de l'exercice demandé.

Enfin, le système des effecteurs va générer la réponse qu'il juge adaptée à la situation. Cela comprend notamment une réponse réflexe motrice de retrait pour éloigner le corps de l'agression, et une activation du système sympathique efférent(19).

Les voies nociceptives constituent donc un **système sophistiqué** d'alerte en réponse à une agression ou une situation perçue comme telle, avec pour finalité la préservation de l'intégrité de l'organisme.

### 1.3.2. La douleur, phénomène multidimensionnel

Nous venons d'aborder succinctement le phénomène de la nociception qui permet d'appréhender les mécanismes en jeu lors d'une lésion tissulaire menant à une douleur ressentie. Cependant cette compréhension ne suffit pas à expliquer comment et pourquoi certaines personnes, dont une majorité des lombalgiques chroniques, continuent d'exprimer une souffrance alors même que les causes initiales de la douleur - c'est-à-dire les contractures musculaires, surtension ligamentaire, etc. – ont généralement disparu. Pour cela, il est nécessaire d'accepter que la douleur ne correspond pas toujours à une lésion, et qu'il faut la considérer comme un phénomène multidimensionnel(20).

La douleur a été définie par l'International Association for the Study of Pain, et reprise par la HAS, comme une « **expérience sensorielle et émotionnelle désagréable**, liée à une lésion tissulaire **existante ou potentielle**, ou décrite en termes évoquant une telle lésion »(20).

La douleur est donc tout d'abord une expérience, traduisant qu'elle peut être vécue différemment par chacun. Ensuite, cette définition confirme qu'elle n'est pas nécessairement provoquée par une lésion existante, mais elle en traduit pourtant cette perception. Enfin, la définition d' « *expérience émotionnelle* » permet d'aller plus loin que le seul corps physique pour aborder le corps psychique.

La douleur est décrite comme ayant quatre grandes composantes (21)(22) :

- Composante sensori-discriminative : elle correspond au **ressenti physique** et permet de préciser la nature de la douleur (piqûre, brûlure..), sa localisation, son intensité et la durée du stimulus. Cependant, si l'on compare avec d'autres systèmes sensoriels, la performance de décodage des informations nociceptives est faible. Par exemple, une brûlure sera ressentie pour une température extrême, qu'il s'agisse de chaud ou de froid. De même, la localisation peut être imprécise pour les douleurs profondes, comme les douleurs viscérales.
- Composante affectivo-émotionnelle : c'est celle qui donne son **caractère désagréable** à la douleur, et peut retentir sur l'humeur sous forme d'angoisse, d'anxiété, ou de dépression. Elle peut avoir un rôle d'amplification de la perception subjective, notamment avec la mémoire de la douleur et la douleur

anticipatoire. Elle dépend beaucoup du caractère et de la personnalité du sujet. Cette composante est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif mais également par le contexte dans lequel il est appliqué. L'incertitude quant à l'évolution de la maladie, comme cela peut être le cas dans les douleurs chroniques, y joue également un rôle important.

- Composante cognitive : ce sont l'ensemble des **processus mentaux** susceptibles d'influencer la perception douloureuse, et les réactions comportementales qui en découlent. Elle comprend entre autre l'attention que le sujet va porter à sa douleur, l'interprétation qu'il va en faire et la signification ainsi que les valeurs qu'il va lui donner, ou encore des références à des expériences douloureuses antérieures, qu'elles soient personnelles ou observées.

Ainsi, la douleur sera certainement perçue différemment par quelqu'un dont le pied nu aurait malencontreusement glissé sur le charbon embrasé d'un barbecue au sol, que chez un jeune homme qui aurait relevé le défi de marcher sur des charbons ardents lors d'un rite initiatique de sa tribu. Notre premier sujet, qui subit pleinement sa situation, aura certainement « plus mal » que le second pour qui cette douleur a un caractère positif (passage à l'âge adulte, encouragements de sa tribu, exemple de ses aînés que cette action est réalisable sans trop souffrir..).

On retrouve également dans cette composante les éventuels bénéfices primaires (attention accordée au sujet par exemple) et secondaires (compensation financière dans le cadre d'un arrêt de travail) qu'auraient le sujet à ressentir cette douleur.

- Composante comportementale : elle englobe les **manifestations** physiologiques, verbales et motrices **observables** chez le sujet douloureux. Ces réactions sont en partie conditionnées par les apprentissages antérieurs (nous lâchons la casserole brûlante par réflexe, sauf si en tombant elle risque de blesser l'enfant qui joue à nos pieds), par l'environnement familial et ethnoculturels (dans de nombreux pays asiatiques il est très mal vu d'exprimer sa souffrance par exemple), ainsi que par les standards sociaux (« un garçon ne pleure pas »).

Dans toute expérience douloureuse est présente chacune des quatre composantes, en des proportions variables, qui vont moduler le ressenti du sujet et l'expression qu'il en fera. Ces composantes seront donc représentées différemment en

fonction de l'individu et du contexte du stimulus douloureux, mais également en fonction du type de douleur.

En effet, la douleur aiguë relève toujours d'une agression tissulaire, révélée par le système nociceptif, et en est donc le signal d'alarme(18). Elle est un symptôme qui a pour finalité la préservation de l'intégrité de l'organisme, en engendrant des réactions – réflexes ou comportementales- bénéfiques (contracture musculaire pour immobiliser le foyer lésionnel par exemple) mais également délétères (conséquences néfastes de l'immobilité à moyen et long termes). La stimulation nociceptive va également laisser des **traces mnésiques** somato-sensorielles et affectives(19). Le corps n'a donc pas d'intérêt à laisser perdurer la douleur, elle disparaîtra normalement à la suite de la guérison de sa cause. Ainsi, la douleur aiguë peut avoir un effet anxiogène en ceci qu'elle est l'alarme qui va faire porter l'attention du sujet sur la zone à traiter et que celui-ci peut donc s'inquiéter lorsqu'il la ressent avant d'en avoir déterminé la cause(18).

La douleur chronique quant à elle relève d'une stimulation nociceptive durable, d'une lésion du système nerveux ou d'un trouble psychique, ou de l'association de ces mécanismes. Elle n'est plus un signal d'alarme mais peut être considérée comme une maladie en soi. Elle mènera plus aisément à l'angoisse et à la dépression en réaction à l'incertitude d'une évolution favorable et au désarroi lié à la persistance de la douleur que rien ne semble pouvoir éradiquer définitivement. Dans la douleur chronique, les **composantes affectivo-émotionnelles et cognitives prennent le dessus** sur la composante sensori-discriminative(21).

Ainsi, puisque l'expérience douloureuse ne résulte pas uniquement d'une agression tissulaire réelle, il conviendra dans l'objectif de la diminuer d'en **explorer tous ses champs** chez l'individu singulier.

### 1.3.3. Le processus de chronicisation

Nous venons de commencer à aborder le fait qu'il y aurait des différences entre les mécanismes déclenchant ou entretenant la douleur aiguë et la douleur chronique.

En effet, si la douleur aiguë peut être analysée comme le ressenti conscient d'un message nociceptif en lien avec une lésion, dans la douleur chronique cette corrélation entre nociception et lésion n'est plus aussi évidente. La douleur chronique nécessite d'être analysée d'un point de vue plus global, selon un **modèle bio-psycho-social** qui considère les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un même

ped d'égalité dans un système complexe de causalités multiples(23). Ce modèle vers lequel s'oriente actuellement le domaine du soin se situe au carrefour de la démarche scientifique et de la prise en compte de l'humain, et nécessite la participation active du patient, dont le corollaire est son éducation.

Concernant la physiologie, nous avons vu qu'il existait différents niveaux de modulation des informations, notamment au niveau de la moelle épinière et du cerveau. L'un des phénomènes se mettant en place lors de la persistance d'une douleur est la **sensibilisation**, qui est la traduction du dérèglement du système d'alarme(18). Ce phénomène peut avoir lieu d'abord au niveau de la moelle épinière, car en fonction de l'inhibition ou de la facilitation qu'elle recevra du cerveau elle peut augmenter sa sensibilité et donc les messages transmis au cerveau en retour. La douleur aiguë ayant laissé son empreinte, le corps devient plus vigilant, jusqu'à l'être excessivement(24). Si l'on compare cela avec une alarme incendie, c'est comme si suite à un départ de feu le propriétaire aurait décidé d'abaisser le seuil de détection de son alarme par peur d'un nouveau danger. Mais l'alarme sonnerait maintenant presque à chaque fois qu'il fume une cigarette dans son salon, ce qui est pourtant une situation courante et maîtrisée dans son cas.

La moelle épinière peut également confondre les informations qu'elle reçoit avec des informations nociceptives ou un danger potentiel(24). Elle va alors transmettre au cerveau de la nociception ce qui engendrera de la douleur, au lieu de simplement transmettre une information de pression ou de mouvement par exemple. Ici, l'alarme incendie ne se déclenche plus seulement en cas de détection de fumée mais également si une mouche se pose sur le boîtier par exemple.

Le cerveau est le décisionnaire final du devenir de l'information qu'il reçoit, c'est-à-dire de la transformer en douleur ou d'envoyer en retour un message d'inhibition de la nociception. Cette décision n'est pas prise uniquement en fonction de la nature de l'information nociceptive, d'autres paramètres interviennent tels que les expériences passées, le contexte de survenue de l'information, ou encore la nature d'autres informations qui sont reçues en même temps. Ce qui peut se passer en cas de douleurs persistantes, c'est que le cerveau est resté en état d'alerte permanente et ne va plus arriver à prioriser les informations reçues, à les hiérarchiser. Une situation normale entraînera donc une réaction excessive(18,20).

Le phénomène de sensibilisation peut donc être périphérique, c'est-à-dire que les capteurs nociceptifs s'activent plus facilement, ou central au niveau du cerveau et de la moelle épinière ce qui mènera à une réponse exagérée. La sensibilisation est

donc en lien avec la nociception mais également avec d'autres facteurs de la vie tels que certaines représentations et croyances, des émotions telle que l'anxiété, ou encore le stress. C'est en cela qu'il est nécessaire d'aborder la douleur chronique dans sa dimension multifactorielle.

#### **1.4. Les facteurs de risque psycho-sociaux**

Concernant la lombalgie, la recherche s'est considérablement développée à partir des années 1990 afin d'identifier les facteurs menant à la chronicisation(17,18,19). Ces facteurs, impliqués dans le processus neurophysiologique de sensibilisation, sont appelés facteurs de risque psychosociaux, ou drapeaux jaunes(26). Les publications scientifiques étant principalement rédigées en langue anglaise, la traduction en « **yellow flags** » est fréquemment retrouvée en français et c'est ce terme que nous utiliserons dans ce travail.

Les yellow flags sont définis comme un ensemble de dispositions psychologiques et comportementales, de caractéristiques socioprofessionnelles, et de représentations qui participent au processus de chronicisation de la lombalgie. Ces facteurs diffèrent selon les auteurs bien que la communauté scientifique s'accorde sur leur existence et l'importance de les repérer dans le but de prévenir la chronicisation(4,3,27). Le terme de yellow flags a été mentionné pour la première fois par Kendall et ses collaborateurs dans un guide d'évaluation des facteurs psychosociaux prédictifs de la transition du stade aigu à chronique de la lombalgie, paru en 1997(28). Leur classification a ensuite été reprise par divers travaux et guides de recommandations(29,30). Plus récemment est apparue une nouvelle classification différenciant les drapeaux jaunes, bleus et noirs ; ces deux derniers étant plus liés au travail. Nous avons fait le choix de conserver le terme de yellow flags pour l'ensemble car c'est ainsi que sont encore désignés les facteurs psychosociaux dans la quasi-totalité des études.

L'identification des facteurs de risque comporte des difficultés méthodologiques, car les études prospectives sont rares et les études rétrospectives doivent être considérées avec précaution. Néanmoins, il est possible de définir six grandes catégories de facteurs impliqués dans la chronicisation de la lombalgie selon une étude prospective de 2006(31) : facteurs propres à la pathologie, facteurs personnels, facteurs psychologiques, facteurs professionnels, facteurs socio-économico-culturels, et facteurs médico-légaux.

Les facteurs propres à la pathologie, ou caractéristiques cliniques, incluent l'incapacité fonctionnelle, la durée de l'épisode lombalgique et la présence d'une sciatique, avec un fort niveau de preuve scientifique. La sévérité de la douleur autoévaluée et l'avis du médecin sur le risque de chronicisation sont des facteurs avec un niveau de preuve intermédiaire. Parmi les facteurs de risque avec un faible niveau de preuve scientifique, sont rapportés la majoration des douleurs en position debout et couchée, un indice de masse corporelle élevé, la raideur lombaire, ou encore la spécificité du diagnostic clinique(32).

Dans les facteurs personnels, ou individuels, de chronicisation l'étude(32) rapporte avec un fort niveau de preuve scientifique l'âge élevé. Le fait d'être de sexe féminin serait un facteur de risque avec un niveau de preuve intermédiaire.

Dans les facteurs de risque psychologiques identifiés comme favorisant le passage au stade chronique de la lombalgie, sont retrouvés avec un niveau de preuve intermédiaire le mauvais état psychologique global, la dépression, et la mauvaise capacité du patient à mettre en place des stratégies d'adaptation, à « faire face » (on parle de « coping »). La peur et la croyance du patient qu'il y aurait une relation entre sa lombalgie et son activité professionnelle est citée comme facteur de risque avec un faible niveau de preuve(32).

Les facteurs professionnels font partie des yellow flags les plus étudiés, comme en démontre le nombre élevé d'articles à ce sujet à travers le monde(33)(34). L'insatisfaction au travail est maintenant nettement établie comme facteur de chronicisation, avec un niveau de preuve scientifique fort. Avec un niveau de preuve intermédiaire, sont rapportés l'absence de poste aménagé, une faible qualification professionnelle, la notion d'indemnisation, l'inadéquation du salaire, ainsi qu'un arrêt de travail supérieur à 8 jours. Les facteurs cités par cette étude ayant un faible niveau de preuve scientifique sont la charge élevée de travail et le stress au travail(32). Certaines professions paraissent également plus touchées, comme précédemment annoncé dans la partie sur les données épidémiologiques. Ces professions sont principalement celles qui imposent un port de charge lourde, une posture prolongée ou une exposition aux vibrations, mais également celles où les travailleurs sont en contact avec un public (commerce et soins à la personne), ce qui peut générer un stress supplémentaire(1).

De plus, les facteurs appelés dans cette étude « litiges médico-légaux » sont retrouvés de manière quasi constante dans la lombalgie chronique. Différentes

recherches ont ainsi démontré que l'arrêt de travail était plus long dans un épisode lombalgique pris en charge au titre d'accident de travail, indépendamment de la sévérité de l'accident, du sexe ou de l'âge(35). Il a même été démontré(32) que la persistance de la lombalgie chez certains patients était liée de manière presque exclusive à la recherche d'une reconnaissance sociale du handicap ou d'un bénéfice secondaire - financier ou non.

Concernant les facteurs socio-économico-culturels, on retrouve avec un niveau de preuve scientifique intermédiaire un statut social insatisfaisant autoévalué par le patient. Avec un faible niveau de preuve, sont cités l'insatisfaction dans les loisirs, le statut parental (personne seule), le fait d'être divorcé ou veuf sans enfant, un nombre élevé d'enfants, et une charge élevée de travail domestique(32).

Parmi les **facteurs de risque** d'un passage à la chronicité identifiés jusqu'à présent, un certain nombre sont **en lien avec la prise en charge initiale de l'épisode lombalgique**. Ainsi, il a été démontré(32) que la durée de l'invalidité était en corrélation avec le nombre de visites chez des professionnels de santé et le recours à des spécialistes, avec le recours à l'imagerie précoce et à la « *positivité* » de l'imagerie. Si l'imagerie diagnostique est bien souvent inutile en cas de lombalgie commune (c'est-à-dire lorsque les red flags ont été éliminés), elle aggrave même souvent le pronostic. En effet, cela influence nettement les croyances du patient, ainsi que celles du médecin, et engendre un effet nocebo. Une étude canadienne effectuée en 1995(36) a démontré que lorsqu'un diagnostic de lésion (de la vertèbre ou du disque) était porté dans la première semaine de la lombalgie cela augmentait de presque cinq fois le risque de chronicisation, en comparaison avec des diagnostics non spécifiques de lombalgie (étirement, dérangement, tour de rein..). L'attitude des médecins vis-à-vis des lombalgiques, et plus généralement de tous les professionnels de santé les prenant en charge, est alors en soi un facteur favorisant la chronicité.

Les **croyances et représentations des patients** sont donc aussi au cœur des facteurs psychosociaux associés à la survenue, au maintien et au renforcement du processus de douleur chronique. Ces pensées y participent de deux manières principales : soit en modifiant la structure même du cerveau, soit en engendrant des comportements délétères pour la pathologie. Le catastrophisme par exemple désigne les pensées négatives du patient concernant sa pathologie, comme la croyance que ses douleurs vont persister à vie ou que rien ne pourra jamais le soulager(18). On retrouve également fréquemment la croyance que la douleur est liée à un problème

physique grave, ce qui engendre souvent la représentation que les mouvements seront aggravants. Les patients vont alors généralement s'autolimiter dans leur mouvements, soit par peur du mouvement et l'on parle alors de kinésiophobie, soit par peur de provoquer de la douleur. Ce phénomène nommé « appréhension-évitement » - fear-avoidance beliefs en anglais - a fait l'objet de plusieurs études, dont une revue systématique parue en 2014 qui a conclu que travailler avec le patient sur ses fausses représentations et son comportement d'évitement permettait de diminuer la douleur et les incapacités(37). Les facteurs de risque psychologiques et comportementaux sont donc intimement liés et forment un cercle vicieux qu'il est nécessaire de briser lors de la prise en charge d'un patient lombalgique chronique.

Nous avons pu observer que parmi les facteurs de risque d'un passage à la chronicité, les facteurs liés à la prise en charge de la personne lombalgique (diagnostic, durée d'arrêt de travail, multiplication des imageries..) ou les facteurs pouvant être traité précocement (anxiété, fausses croyances et représentations..) sont nombreux. Ainsi, nous avons tout lieu de nous demander quelles sont les recommandations de prise en charge actuelles au sujet des personnes souffrant d'une lombalgie.

### **1.5. Recommandations de prise en charge de la lombalgie**

De par sa grande prévalence et la complexité d'une prise en charge efficace au stade chronique, la lombalgie fait l'objet de très nombreux guides cliniques et recommandations de prise en charge à travers le monde.

Une revue de littérature publiée en 2018(7) dans l'European Spine Journal s'est donnée pour objectif de faire un état des lieux des recommandations actuelles concernant le diagnostic et le traitement de la lombalgie commune, basé sur des guides édités entre 2008 et 2017 dans différents pays du monde. Quinze guides ont ainsi été analysés, permettant de constater un certain nombre de recommandations communes.

Concernant le diagnostic, ces guides recommandent :

- d'identifier la présence ou non de drapeaux rouges/red flags
- d'effectuer des tests neurologiques pour identifier un syndrome radiculaire

- d'avoir recours à l'imagerie en cas de suspicion d'une pathologie grave mais de ne pas l'utiliser en routine
- d'évaluer les facteurs de risque psychosociaux/yellow flags

Concernant le traitement de la lombalgie aiguë, les recommandations sont :

- rassurer le patient sur le bon pronostic de sa pathologie
- l'encourager à reprendre ses activités courantes et lui faire éviter le repos au lit
- l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'opiacés légers sur une courte période

Concernant le traitement de la lombalgie chronique, les recommandations sont :

- l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'antidépresseurs si besoin
- la rééducation avec des exercices physiques
- des interventions psychosociales ciblées sur les facteurs identifiés

Cette dernière recommandation est retrouvée **dans 100% des guides analysés**, ce qui démontre peut-être le consensus quant à l'importance de cet aspect de la rééducation dans la lombalgie chronique, ainsi que du consensus qui a lieu à son égard. L'évaluation des facteurs de risque psychosociaux et des barrières professionnelles étaient déjà présentes dans les résultats d'une revue de la littérature des guides à l'international de 2003(38).

Cette revue de littérature a également constaté quelques évolutions dans les recommandations depuis la revue précédente effectuée dix ans auparavant. Une majorité des guides recommandait déjà d'évaluer les yellow flags et de les prendre en charge, mais cette préconisation est maintenant retrouvée dans tous les guides analysés dans l'étude. De plus, il a été constaté une augmentation de 33% des guides recommandant l'usage d'échelles validées concernant le pronostic d'un passage du stade aigu à chronique(7). Il s'agit du questionnaire d'Örebro et du STarT Back Screening Tool (annexes I et II).

Selon le guide de pratique clinique sur la lombalgie validé par l'agence de santé publique québécoise et édité en 2006(39), les trois seuls traitements avec un niveau de preuve scientifique fort dans la lombalgie chronique sont l'approche multidisciplinaire, les thérapies cognitivo-comportementales ciblées sur les facteurs psychosociaux identifiés, et l'exercice physique. Il a été également démontré avec un niveau de preuve fort que le repos au lit était nocif, et les tractions vertébrales inefficaces.

Publiées en 2016, les recommandations(40) du National Institute for Health and Care Excellence (NICE, l'organisme anglais chargé d'élaborer les recommandations) rejoignent celles-ci. Le NICE ajoute que l'usage de ceintures ou corsets lombaires ne doit pas être conseillé, et insiste sur l'importance **d'évaluer les facteurs de risque d'une chronicisation en première intention** afin de proposer un traitement adapté au patient.

En France, l'on ne peut que déplorer l'absence de guide récent prenant en compte l'évolution des connaissances et des techniques, le dernier guide de pratique sur la lombalgie(41) ayant en effet été édité par l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES) en 2000. L'analyse des facteurs psychosociaux y est déjà recommandée. Parmi les autres points importants à mentionner, le repos au lit est décrit comme non recommandé quel que soit le stade. L'exercice physique est recommandé, sans pour autant donner d'indications sur le type d'exercices à privilégier.

Dans la lombalgie chronique, une prise en charge multidisciplinaire associant une écoute et des conseils, des exercices physiques et une prise en charge psychologique est recommandée. L'évaluation initiale doit comporter une analyse des facteurs psychosociaux, mais le guide ne fournit pas de liste ni ne mentionne le terme de yellow flags ou de drapeaux jaunes.

Néanmoins l'Assurance Maladie a lancé récemment, en novembre 2017, une grande campagne de sensibilisation(16) sur les maux de dos à destination du grand public, avec un volet spécifique sur le lien avec le travail, et intégrant les employeurs dans cette démarche de prévention. Des propositions concrètes d'améliorations des conditions de travail y sont faites, et un chapitre est consacré aux facteurs de risque psychosociaux.

Dans le guide de recommandations sur les modalités de prescription de la masso-kinésithérapie pour la prise en charge de la lombalgie commune édité en 2005(10), les experts jugent au stade aigu que le traitement est avant tout médical et la kinésithérapie n'est donc pas recommandée. Des séances peuvent cependant être prescrites dans de rares cas et avec un nombre limité, et doivent être à visée antalgique et d'éducation. Pourtant, l'introduction du guide déclare la rééducation comme essentielle pour prévenir les récurrences et le risque de chronicisation.

Concernant les lombalgies subaiguës récurrentes et chroniques, pour le guide la kinésithérapie a toute sa place dans le traitement et les exercices physiques doivent prédominer, alors que les actions à visée antalgique comme les massages ne doivent

pas prendre une place trop importante dans la prise en charge. Par ailleurs, le guide insiste sur l'importance de l'éducation du patient, via des conseils d'hygiène de vie et des exercices d'autorééducation à faire à domicile. Enfin, « *les problèmes psychosociaux, fréquents chez les patients lombalgiques chroniques, peuvent demander une prise en charge spécialisée* » selon les experts.

Les recommandations générales, concernant tous les stades, demandent aux masseurs-kinésithérapeutes de rassurer les patients sur la faible gravité d'une lombalgie, de les inciter à avoir des activités physiques régulières et à s'entretenir via des exercices à domicile. Les experts insistent également sur l'importance d'une concertation et d'une communication régulière entre le médecin prescripteur et le MK.

Enfin, si le guide insiste dans divers paragraphes sur l'importance de prendre en compte les composantes psychosociales dans le traitement, il ne donne aucune indication sur la manière dont les MK doivent le faire, ni n'indique l'évaluation de ces facteurs dans sa liste des éléments devant figurer sur le bilan diagnostique kinésithérapique.

## **1.6. Présentation de la problématique et des hypothèses**

Nous avons donc vu que si la grande majorité des cas de lombalgie aiguë évolue spontanément vers la guérison, les conséquences en termes de coût pour la société et de diminution de la qualité de vie pour l'individu atteint de manière chronique sont importantes. L'enjeu est donc de proposer une prise en charge adaptée dès le premier épisode aigu afin d'éviter la chronicité. Il est désormais admis que le modèle biomédical pur est dépassé et que les yellow flags, ou facteurs de risque psychosociaux, influencent le processus de chronicisation. Les recommandations françaises et internationales s'accordent pour préconiser aux MK de rechercher ces facteurs lors de la rééducation d'une personne lombalgique.

Ainsi nous pouvons nous demander si la prise en charge des MK prend suffisamment en compte les facteurs psychosociaux dans la lombalgie, que ce soit au niveau du bilan ou du traitement, et quels sont les facteurs influençant leurs pratiques dans ce domaine. Nos hypothèses sont qu'il y a un manque d'évaluation de ces yellow flags aux stades aigu et subaigu, conduisant à un manque de prévention secondaire effectuée par les MK en libéral. Au stade chronique les MK seraient plus nombreux à rechercher ces facteurs mais seraient plus démunis quant à la réponse à y apporter. Différents facteurs tels que le lieu d'études, l'année d'obtention du diplôme d'état ou

encore les formations continues effectuées par les MK auraient une influence sur la conformité des pratiques aux guides de recommandations.

## **2. Méthodologie**

### **2.1. Choix du mode d'enquête**

La problématique principale de ce travail étant de savoir s'il existe un écart entre les recommandations de prise en charge des patients lombalgiques en matière de facteurs psychosociaux et ce qui se pratique réellement en masso-kinésithérapie actuellement en France, il a fallu d'abord tenter de définir ces pratiques. Il a donc été décidé de construire un questionnaire (annexe III) qui serait diffusé aux MK libéraux afin de les interroger sur leur prise en charge rééducative des patients lombalgiques.

Le but de ce questionnaire était d'évaluer la place que donnent les MK libéraux aux facteurs de risque psycho-sociaux dans leur prise en charge de patients lombalgiques, et plus précisément de savoir dans quelles mesures leurs pratiques sont en adéquation avec les guides de recommandations. Afin de pouvoir inclure ces facteurs dans sa rééducation et proposer une prise en charge cohérente et adaptée au patient, le MK doit les avoir préalablement évalués. C'est pourquoi ce questionnaire, qui avait vocation initialement à être centré sur la rééducation des yellow flags, comporte finalement une partie plus importante sur le bilan du MK.

Il a été décidé que ce questionnaire ciblerait la population de MK exerçant en libéral. Il s'agit d'abord du mode d'exercice le plus représenté dans notre profession, et qui traite donc la plus grande partie des patients lombalgiques. Mais surtout, un des objectifs du questionnaire étant de tenter de définir la prise en charge de la lombalgie aiguë et subaiguë afin de voir si les MK accordent une attention particulière aux facteurs de risque d'un passage à un état chronique de la pathologie, il apparaissait cohérent d'effectuer cette étude chez la population libérale. En effet, les patients sont adressés par leur médecin généraliste lors d'un épisode lombalgique aigu dans un « cabinet de ville » ; les centres de rééducation, établissements de soin de suite et de réadaptation ou autres structures étant réservées pour les cas sévères de lombalgie chronique, lorsque les différents traitements mis en place auparavant ont échoué. Pour tenter de mettre à jour les pratiques des MK dans la lombalgie et d'évaluer s'ils font une différence de prise en charge selon le stade de la lombalgie, il paraissait donc cohérent de ne diffuser ce questionnaire qu'à la population des MK libéraux qui reçoit des patients aux trois stades de la pathologie.

## 2.2. Détail du questionnaire

### 2.2.1. Profil

La première partie du questionnaire tente d'établir le profil du répondant. L'âge et l'année de diplôme ont été demandés, et c'est notamment ce dernier critère qui pourrait influencer grandement la pratique du MK. En effet, la recherche sur les facteurs psycho-sociaux avec des études plus poussées et significatives s'est considérablement développée à partir du début des années 1990(4,28). On peut donc supposer que les MK diplômés avant ces années n'auront pas eu la même sensibilisation à ces facteurs de risque que les MK diplômés postérieurement. De même, les MK diplômés depuis peu sont plus susceptibles d'avoir reçu des enseignements en accord avec les recommandations de bonnes pratiques et donc d'avoir une méthode de traitement plus conforme aux guides de recommandations, reflets des connaissances scientifiques actuelles. Suivant cette même idée, le lieu d'études (France ou étranger) a été demandé afin d'explorer l'hypothèse d'une différence de prise en charge suivant la formation initiale, les programmes d'enseignement étant propres à chaque pays.

Les formations continues ayant été effectuées par les MK dans le domaine de la lombalgie sont également un paramètre qu'il nous a semblé important de relever. Le postulat est que ces formations ont une influence sur les connaissances des MK et donc leur pratique. La fréquence d'utilisation des acquis de leur formation a pour but de recueillir une indication plus précise sur leurs techniques de prise en charge. L'intérêt est de savoir si un MK utilisant « *systématiquement* » la méthode X pour la rééducation de la lombalgie rechercherait quand-même les yellow flags, bien que ce ne soit pas dans les principes de la méthode X.

La fréquence de prise en charge de patients lombalgiques a été recueillie dans l'objectif de différencier les MK prenant en charge souvent cette pathologie, que l'on suppose donc plus expérimentés et formés que leurs confrères qui en rencontrent plus rarement. L'objectif de cette question est donc de déterminer si les MK plus spécialisés dans la prise en charge de la lombalgie ont une pratique plus conforme aux recommandations que les autres.

Enfin, des questions ont été posées pour évaluer la connaissance des MK par rapport aux facteurs psychosociaux. Il leur a été demandé de citer tous ceux qu'ils connaissaient afin de pouvoir analyser l'importance que les MK donnent à tel ou tel

facteur selon sa fréquence de citation, et également d'essayer de voir si les MK avaient des croyances erronées par rapport à des facteurs psychosociaux qui n'en seraient pas. Une brève explication des facteurs psychosociaux, ou yellow flags, a été donnée à la suite de cette question afin d'avoir une définition commune à tous les répondants pour la suite du questionnaire. Cette définition était volontairement peu précise dans le but de ne pas apporter de nouveaux éléments aux répondants pour pouvoir analyser leurs connaissances actuelles au moment du remplissage du questionnaire.

### **2.2.2. Bilan**

La partie suivante s'intéresse au bilan du MK. Le but était de connaître la fréquence de réalisation de bilans de prise en charge (initial et final) selon les stades de la lombalgie, et de voir s'ils accordent une attention particulière aux facteurs de risque psychosociaux lors de cette évaluation. Il était important de connaître ces données du bilan car pour pouvoir rééduquer efficacement un facteur ou mettre en place avec le patient des stratégies il est primordial de savoir auparavant où le patient se situe. De plus, nous voulions évaluer une éventuelle différence entre l'attention que portent les MK à ces facteurs suivant le stade de chronicisation de la pathologie.

### **2.2.3. Traitement**

La troisième partie du questionnaire propose une série d'affirmations qui sont à coter suivant la pratique du MK dans le cadre d'une prise en charge aux stades aigu et subaigu, puis pour le stade chronique de la lombalgie. Les stades aigu et subaigu ont été regroupés car la HAS dans ses recommandations de 2000(42) fait la différence entre les « *lombalgies de moins de trois mois d'évolution* » et les lombalgies chroniques, et afin de ne pas rallonger la taille du questionnaire. Les phrases proposées dans le questionnaire sont inspirées des facteurs psychosociaux présentés dans le guide de recommandations sur la prise en charge de la lombalgie de la HAS. D'autres ouvrages de recommandations(39,43,44), étrangers et internationaux, ont également été consultés afin de s'assurer de couvrir tous les risques psychosociaux reconnus. L'objectif majeur de cette partie du questionnaire était de savoir si les MK sont vigilants dès le début de la pathologie aux facteurs de chronicisation, et de voir s'ils mettent en place des stratégies pour éviter cette chronicisation. La série d'affirmation à coter aux stades aigu et subaigu tente d'avoir des éléments de réponses à cette problématique. Les réponses concernant le stade de lombalgie

chronique permettront de savoir si les MK portent une plus grande attention aux facteurs psychosociaux une fois que la pathologie est installée, où l'on peut supposer qu'une partie des traitements proposés en première intention a échoué et que le MK va donc aller explorer d'autres aspects peut-être négligés à la phase mécanique de la pathologie.

L'autre objectif qui en découle dans cette deuxième partie du questionnaire était donc de voir si les pratiques sont conformes aux recommandations de la HAS en matière de prise en compte des facteurs psychosociaux, puisque les activités pour lesquelles les MK doivent indiquer leur fréquence de réalisation sont inspirées de ces recommandations.

Cette partie du questionnaire, centrée sur la prise en compte des yellow flags dans la rééducation, est donc basée sur les recommandations de la HAS principalement. Chaque facteur psychosocial reconnu a été intégré dans une phrase pour tenter d'évaluer l'attitude des MK à son égard. La difficulté ici a été de trouver une formulation centrée sur le traitement. En effet, il eut été plus facile de rédiger une affirmation pour savoir si les MK évaluaient le facteur, plutôt que de trouver une manière de demander s'ils l'intégraient dans leur prise en charge. Plusieurs raisons expliquent cette difficulté de formulation : d'une part il existe différentes manières d'intégrer le résultat de l'évaluation d'un facteur dans la prise en charge kinésithérapique, il fallait donc trouver une formulation intégrant ces diverses possibilités. D'autre part, certains facteurs doivent être évalués par le MK mais ne seront pas forcément traités par eux bien que pris en compte dans la rééducation. C'est le cas de la dépression par exemple. A la différence, il appartiendra au MK pour un facteur de chronicisation et d'entretien de l'état pathologique tel que la kinésiophobie de lutter contre cette croyance erronée qui rentre spécifiquement dans le champ de compétences de la kinésithérapie. C'est pourquoi, pour reprendre ces deux exemples, l'affirmation concernant la dépression concerne l'évaluation tandis que celle concernant la kinésiophobie s'intéresse au traitement.

Une autre difficulté dans la rédaction de cette partie a résidé dans la recherche de neutralité des affirmations. Il s'agissait de ne pas orienter la réponse du sondé, de trouver la formulation qui exprime l'idée de manière juste et la plus précise possible mais sans donner d'indication sur la réponse attendue. Il convenait d'essayer de ne pas sous-entendre la recommandation de bonne pratique sur laquelle était basée l'affirmation, afin de ne pas induire la « bonne » réponse. Les phrases sont donc toutes écrites à l'affirmative, pour suivre un même modèle. C'est suivant cette logique par exemple que l'affirmation concernant le conseil par le MK de porter une ceinture

lombaire a été rédigée : cela est recommandé dans de rares cas précis, sa prescription « *systématique* » selon les réponses des sondés donnera des informations sur le niveau de connaissance des répondants.

#### **2.2.4. Approfondissement**

Une question ouverte a été posée afin que les répondants puissent s'exprimer sur d'autres moyens de prise en charge des facteurs de risque psychosociaux, non mentionnés dans les affirmations précédentes.

A la suite de cela, une question a été posée afin d'approfondir sur les freins potentiels à une prise en charge efficace de ces facteurs. Elle prend la forme d'une liste non exhaustive à laquelle les répondants ont pu rajouter leurs propres idées.

Enfin, le questionnaire se conclut sur une question ouverte non obligatoire afin de recueillir d'éventuelles remarques des sondés sur les thèmes abordés lors de l'enquête.

### **2.3. Elaboration et diffusion**

Une première version du questionnaire a donc été élaborée à partir des données de la littérature, et notamment des recommandations de la HAS concernant la prise en charge de la lombalgie et d'autres recommandations étrangères et internationales. Cette première version a fait l'objet d'une relecture et de remarques de la part d'un médecin et de deux MKDE. Une deuxième version a été rédigée en prenant en compte ces réflexions, puis soumise à deux autres MKDE. Enfin, la version finale du questionnaire sur la plateforme Limesurvey a été testée par une dernière personne, différente de toutes les précédentes et étudiante en quatrième année de masso-kinésithérapie, afin de corriger d'éventuels soucis techniques avant diffusion.

Le questionnaire a été diffusé sur le réseau social Facebook, dans 3 groupes dans lesquels ne sont admis que des MK après vérification par l'administrateur. Le premier groupe s'intitule « Le réseau des kinés » et compte 32 696 membres travaillant en France. Il a pour fonction de faciliter l'échange entre ces professionnels sur des sujets divers liés à la rééducation, tels que des difficultés rencontrées dans une prise en charge spécifique d'un patient, des soucis techniques liés à des logiciels utilisés par les libéraux, ou encore pour s'informer d'avancées scientifiques utiles dans notre pratique. Les deux autres groupes ont pour membres 912 MK travaillant en Bretagne pour le

premier et 107 MK travaillant dans le Finistère pour le second, et ont pour vocation première de permettre à ceux-ci de publier des offres ou des demandes d'emploi.

Il a été décidé d'annoncer dans le message d'invitation à répondre au questionnaire qu'il traitait de la lombalgie et non pas plus spécifiquement des risques psychosociaux pour ne pas rajouter un biais de sélection en recrutant plus particulièrement des personnes qui seraient intéressées ou sensibilisées au sujet. Dans la même idée, le questionnaire a été diffusé sur Facebook dans des groupes généraux et non dans d'autres groupes plus orientés de MK tel un groupe traitant des techniques pour gérer la douleur, afin de limiter les biais de recrutement. Il a également été précisé dans le message d'introduction en début de questionnaire que les réponses devaient être basées sur les connaissances actuelles des MK, sans recherches sur internet en parallèle par exemple, afin d'obtenir un portrait plus objectif.

Le questionnaire a été diffusé pour la première fois le 10 novembre 2018 et les réponses ont été enregistrées jusqu'au 8 décembre 2018, date de clôture.

## **2.4. Analyse**

Suite à la diffusion du questionnaire, 455 réponses ont été enregistrées mais un peu plus de la moitié d'entre elles étaient incomplètes, c'est-à-dire qu'une réponse a été comptabilisée alors que le questionnaire a seulement été ouvert, ou bien que le MK a fermé le questionnaire avant d'avoir répondu à la totalité des questions. Afin de rendre les données exploitables, et également de limiter certains biais, le choix a été fait de ne sélectionner que les questionnaires complets. Au total, ce sont donc **206 réponses** qui ont été analysées.

Le traitement statistique des données a été réalisé via Excel et le logiciel d'analyses statistiques JASP.

## **3. Résultats**

### **3.1. Profil des répondants**

Parmi les gens ayant complété le questionnaire, on retrouve environ **deux tiers de femmes** (63,29%) et un tiers d'homme (36,89%).

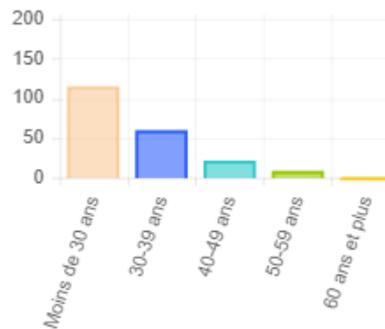


Figure 1 : Diagramme de la répartition des répondants par âge

Ce sont majoritairement des personnes jeunes qui ont répondu au questionnaire puisque plus de la moitié (55,34%) a déclaré avoir **moins de 30 ans**, et 29,13% des gens se situent dans la tranche d'âge entre 30 et 39 ans. On ne retrouve que 10,63% des répondants dans la catégorie des 40-49 ans, et environ 4,83% chez les plus de 50 ans.

La médiane de l'année d'obtention du diplôme se situe en **2013**. Le premier quartile se situe en 2006 et le troisième quartile en 2016. Seulement 24 personnes ont déclaré avoir été diplômées avant l'année 2000.

La grande majorité des répondants (80,58%) a effectué sa **formation initiale en France**.

### 3.2. Prise en charge de la lombalgie

A la question « *Combien de séance avec un patient lombalgique (tous stades confondus) avez-vous par semaine en moyenne ?* », 38,35% des gens ont répondu en avoir entre 0 et 2, 16,02% entre 2 et 5, et 45,63% des gens ont répondu voir plus de 5 patients lombalgiques durant une semaine type.

Réponse	Pourcentage	Réponse	Pourcentage
<b>Non</b>	18,45 %	Fasciathérapie	8,74 %
<b>Thérapie manuelle</b>	49,03 %	Techniques spéciales de massage	7,77 %
<b>Méthode Mc Kenzie</b>	35,44 %	Méthode Pilate	7,28 %

<b>MTCM</b>	15,05 %	<b>TCC</b>	3,88 %
<b>Ecole du dos</b>	14,56 %	Techniques de relaxation	3,40 %
<b>Autre</b>	14,08 %	Posturologie	3,40 %
<b>Education thérapeutique</b>	12,62 %	Programmation neuro-linguistique	2,91 %

Figure 2 : Réponses à la question « Avez-vous une formation spécifique en lien avec la prise en charge des patients lombalgiques ? »

La question suivante portait sur les formations complémentaires en lien avec la lombalgie effectuées par les répondants. Seulement 18,45% des personnes ont déclaré n'avoir aucune formation spécifique en lien avec la prise en charge de patients lombalgiques. Parmi les 29 personnes ayant répondu de manière libre dans la catégorie « *autre formation* », les réponses ne permettent pas de dégager une tendance réelle. On peut relever cependant que 4 personnes ont déclarés être formées à l'ostéopathie, 3 personnes à l'hypnose, et 3 personnes également en éducation aux neurosciences de la douleur. Par ailleurs, plusieurs réponses peuvent être classées dans la thématique de la prise en charge des yellow flags (« *éducation aux neurosciences de la douleur* », « *communication* », « *mindfulness* », « *douleur chronique* », « *Tamar Pincus : comprendre et utiliser la psychologie dans le traitement des affections musculo-squelettiques* »).

### 3.3. Connaissance des yellow flags

A la question « *connaissez-vous les yellow flags/drapeaux jaunes/risques psychosociaux ?* », les MK interrogés ont été **62,62% à répondre oui**. Cependant, lorsqu'à la question suivante il leur était demandé de citer tous les facteurs de risque psychosociaux qu'ils connaissent, ce sont 65% des sondés qui ont été capables d'en citer, soit 5 personnes de plus (134 personnes).

Au total, 524 mots ou expressions ont été cités. Rapportés au nombre de personnes ayant répondu à cette question, chaque répondant a cité en moyenne **3,91 facteurs de risque**. L'étendue va de 1 à 11 facteurs cités par personne.

<b>Yellow flag cité</b>	<b>Nombre de fois cité</b>
<b>Environnement professionnel (reconnaissance, insatisfaction, burn-out, conflit...)</b>	<b>77</b>
<b>Stress</b>	<b>54</b>
<b>Dépression</b>	<b>53</b>
<b>Environnement familial</b>	<b>32</b>
<b>Problèmes personnels (décès, difficultés financières, séparation...)</b>	<b>31</b>
<b>Croyances</b>	<b>28</b>
<b>Anxiété</b>	<b>26</b>
<b>Kinésiophobie</b>	<b>24</b>
<b>Facteurs psychologiques individuels/coping</b>	<b>24</b>
<b>Arrêt de travail/accident de travail</b>	<b>20</b>
<b>Pénibilité du travail/posture/type d'activité</b>	<b>18</b>
<b>Fatigue/qualité du sommeil</b>	<b>17</b>
<b>Sédentarité</b>	<b>15</b>
<b>Catastrophisme</b>	<b>14</b>
<b>Isolement social</b>	<b>11</b>
<b>Niveau social</b>	<b>10</b>
<b>Antécédents/histoire de la maladie/comorbidités</b>	<b>9</b>
<b>Hygiène de vie (tabac, alcool, alimentation..)</b>	<b>6</b>
<b>Diagnostic médical</b>	<b>5</b>
<b>Age</b>	<b>5</b>

<b>Surcharge pondérale</b>	<b>5</b>
<b>Bénéfices secondaires</b>	<b>4</b>
<b>Sexe</b>	<b>3</b>
<b>Discours médical nocebo</b>	<b>2</b>
<b>Loisirs</b>	<b>2</b>
<b>Auto-évaluation de la douleur</b>	<b>2</b>
<b>Perception de la maladie</b>	<b>2</b>
<b>Colère, pré/post-partum, harcèlement, langage, conduite en voiture, attentes, sentiment d'injustice, contexte avec les professionnels de santé</b>	<b>1</b>

Figure 3 : Classement des yellow flags cités par les MK

Trois yellow flags arrivent nettement en tête des réponses. **L'environnement professionnel**, qui regroupe notamment l'insatisfaction au travail, le burn-out, une situation de conflit ou encore la reconnaissance perçue, a été cité 77 fois, soit par plus de la moitié des répondants. Viennent ensuite le **stress**, cité 54 fois, et la **dépression** citée 53 fois, ce qui correspond à environ 40% des répondants. Le tableau ci-dessus présente la classification des facteurs cités par les MK dans le questionnaire.

### 3.4. Bilans

#### 3.4.1. Stades aigu et subaigu

	<b>Systematiquement</b>	<b>Souvent</b>	<b>Occasionnellement</b>	<b>Jamais</b>
<b>Bilan initial</b>	78,16%	13,59%	6,28%	2,42%
<b>Bilan final</b>	26,1%	25,24%	31,07%	17,48%

Figure 4 : Fréquence de réalisation d'un bilan aux stades aigu et subaigu

### 3.4.2. Stade chronique

	Systématiquement	Souvent	Occasionnellement	Jamais
<b>Bilan initial</b>	76,21%	16,50%	5,80%	1,93%
<b>Bilan final</b>	24,27%	24,72%	33,50%	17,47%

Figure 5 : Fréquence de réalisation d'un bilan au stade chronique

### 3.4.3. Evaluation des yellow flags

	Systématiquement	Souvent	Occasionnellement	Jamais
<b>Aigu/Subaigu</b>	36,89%	27,18%	16,50%	19,42%
<b>Chronique</b>	45,63%	25,24%	10,19%	18,93%

Figure 6 : Fréquence d'évaluation des yellow flags selon le stade de la lombalgie

Nous pouvons constater à la lecture de ce tableau que tous stades confondus environ **20% des MK** n'évaluent jamais les facteurs de risque psychosociaux. Ils sont cependant **plus nombreux** à rechercher ces signes de manière systématique au **stade chronique** que lorsque la pathologie a moins de 3 mois.

### 3.4.4. Outils d'évaluation

Concernant la manière d'évaluer et de rechercher ces drapeaux jaunes, les MK sont **très peu nombreux à utiliser des échelles** ou questionnaires : 77,67% ont déclaré ne pas en utiliser, contre 9,71% à le faire. Les 12,62% des MK restants ont répondu en utiliser parfois.

Les MK ont également été interrogés sur les questionnaires et échelles qu'ils utilisent en pratique. Au total, ce sont 33 MK sur les 206 interrogés qui ont répondu à cette question, soit 16,02%. 25 questionnaires ou échelles différentes ont été mentionnées par les répondants (figure 6).

Nom du questionnaire	Nombre de MK l'ayant cité
<b>Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire</b>	<b>8</b>
<b>STarT Back Screening Tool</b>	<b>7</b>

<b>Inventaire de Sensibilisation Centrale</b>	<b>6</b>
<b>Echelle visuelle analogique</b>	<b>5</b>
<b>Questionnaire Tampa de Kinésiophobie</b>	<b>5</b>
<b>Bilan McKenzie</b>	<b>4</b>
<b>Pain Catastrophizing Scale</b>	<b>3</b>
<b>10-minutes Screening Test for Chronic Back Pain Patients, Questionnaire de Roland-Morris, Beck Depression Inventory, Questionnaire d'Orebrö, Auto-questionnaire de Dallas</b>	<b>2</b>
<b>Coping Strategies Questionnaire, Neurophysiology Pain Questionnaire, Chronic Pain Self Efficacy Scale, Injustice Experience Questionnaire, Brief Illness Perception Questionnaire, Patient Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale, Echelle de Dépression de Hamilton, Inventaire de Détresse Péritraumatique, Pain Anxiety Symptom Scale Short, Fear-Avoidance Comportments Scale, Avoidance Endurance Questionnaire, Echelle de confiance à réaliser une activité</b>	<b>1</b>

*Figure 7 : Classement des outils d'évaluation par fréquence de citation*

Enfin, les MK ont été interrogés pour savoir s'il leur était déjà arrivé de consulter des guides de recommandations de bonne pratique en matière d'évaluation et de prise en charge des patients lombalgiques. Il s'avère que **plus d'un tiers** (35,44%) d'entre eux n'en a jamais consulté.

### 3.5. Conformité aux recommandations de prise en charge

Dans la deuxième grande partie du questionnaire, une série d'affirmations avait été rédigée en reprenant les principaux actes de prise en charge kinésithérapique des patients lombalgiques concernant les yellow flags, en fonction des recommandations de bonne pratique. Les MK devaient répondre à cette affirmation selon leur fréquence de réalisation par « *systématiquement* », « *souvent* », « *occasionnellement* » ou « *jamais* ». Les réponses ont été regroupées dans un tableau (figure 8) afin de pouvoir comparer plus aisément les réponses en fonction du stade d'évolution de la lombalgie.

	Stades aigu et subaigu				Stade chronique			
	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Systématiquement	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Systématiquement
Je rassure le patient sur sa lombalgie (faible gravité et bon pronostic).	0	4,85	37,86	<b>57,28</b>	0,97	10,19	33,50	<b>55,34</b>
Je m'informe des attentes et objectifs du patient.	0	3,40	26,70	<b>69,90</b>	0,49	1,46	29,61	<b>68,45</b>
Je conseille au patient d'arrêter ses activités car il est douloureux.	50,97	46,12	2,91	0	64,08	<b>33,98</b>	1,46	0,49
J'encourage le patient à rester actif et à continuer ses activités.	0,49	0,49	<b>23,30</b>	75,73	0	1,94	18,45	<b>79,61</b>
J'évalue la motivation du patient.	2,91	11,17	39,32	<b>46,60</b>	2,91	12,62	35,92	<b>48,54</b>

J'interroge les représentations du patient sur ses douleurs et leurs origines.	4,85	16,02	39,32	<b>39,81</b>	0,97	11,65	39,81	<b>47,57</b>
J'évalue le niveau d'anxiété et les signes de dépression chez le patient.	3,40	25,73	39,32	<b>31,55</b>	2,43	14,56	34,47	<b>48,54</b>
J'évalue les stratégies cognitives que le patient met en place.	26,70	29,13	33,01	<b>11,17</b>	22,82	19,90	31,55	<b>25,73</b>
Je prends en compte l'environnement de travail et ses enjeux.	0,97	3,88	33,50	<b>61,65</b>	0,49	5,83	<b>31,07</b>	62,62
Je tente de corriger les fausses croyances du patient.	0	6,80	<b>44,17</b>	49,03	0,49	6,31	<b>37,38</b>	55,83
Je pratique l'éducation thérapeutique auprès du patient.	0,97	<b>8,74</b>	<b>32,52</b>	57,77	1,46	7,28	<b>21,36</b>	<b>69,90</b>

Je donne des exercices d'autorééducation au patient.	0	3,40	25,24	71,36	0	2,91	18,45	78,64
Je fournis des outils (brochure, site internat..) au patient pour qu'il puisse s'informer.	34,95	33,01	23,79	8,25	33,01	30,58	23,79	12,62
Je demande des imageries et examens complémentaires.	16,02	62,62	12,62	8,74	19,90	54,85	16,50	8,74
Je conseille/prescris une ceinture lombaire.	54,37	45,15	0,49	0	54,37	43,20	1,94	0,49
Je communique et agis en concertation avec les autres professionnels prenant en charge le patient.	10,68	53,88	32,52	2,91	8,74	44,66	34,95	11,65

Je réoriente facilement le patient vers un autre professionnel (non MK) lorsque j'identifie que cela pourrait le faire progresser.	3,88	37,86	41,26	16,99	4,37	35,92	41,16	18,45
--	------	-------	-------	-------	------	-------	-------	-------

Figure 8 : Fréquence (en pourcentages) de réalisation de certains actes par les MK en fonction du stade de la lombalgie

Le tableau ci-dessus regroupe les réponses des MK pour chaque affirmation pour laquelle ils devaient donner leur fréquence de réalisation. Les résultats sont présentés de manière à pouvoir mettre en parallèle les différences suivant le stade de la lombalgie.

### 3.6. Prise en charge des yellow flags

La question suivante interrogeait les MK pour savoir s'ils proposent une autre prise en charge des yellow flags que celles proposées par les affirmations ci-dessus, en donnant pour exemples la lutte contre la kinésiophobie, le non recours abusif aux imageries ou la lutte contre les fausses croyances et représentations. 22,33% des interrogés ont répondu à l'affirmative, mais seuls 19,90% ont laissé un commentaire par la suite pour développer leur vision.

Sur les 40 personnes ayant ainsi laissé un commentaire, 22 personnes ont parlé d'**activité physique**. Elles ont mentionné leur travail pour faire comprendre au patient l'importance de l'activité physique, pour redonner un bon schéma corporel et de bonnes postures, ainsi que leur lutte contre la kinésiophobie chez leurs patients. Trois MK ont précisé essayer de redonner goûts aux activités physiques en favorisant les activités en groupe, et deux autres en proposant des activités ludiques et/ou valorisantes. Un MK a déclaré miser sur la progression dans l'intensité et la difficulté, et un autre travailler sur la prise de conscience des comportements d'évitement.

11 personnes ont parlé du **recours à un psychologue** comme moyen complémentaire à leur prise en charge rééducative.

Le troisième point le plus cité (10 fois, soit un quart des répondants) est l'utilisation de **techniques de relaxation**, telles que la méditation en pleine conscience ou la sophrologie. Les 6 personnes ayant justifié cette approche l'utilisent dans un objectif de diminution du stress, et de diminution et meilleure gestion des douleurs.

7 personnes ont parlé de leur travail pour lutter contre les **fausses croyances** de leurs patients, à l'aide de techniques de thérapies cognitivo-comportementales notamment.

Pour participer à l'**éducation** de leurs patients, les MK déclarent leur donner des notions d'anatomie, parler des indications et risques de la chirurgie rachidienne, leur expliquer ce qu'est la psychosomatisme et la sensibilisation centrale, ou encore qu'il n'y a pas toujours de concordance entre les résultats d'imageries et les aptitudes fonctionnelles (chaque notion a été citée une fois). Certains s'appuient sur des études scientifiques, des infographies, ou encore des formations comme « Explain Pain » (cité une fois). Deux MK ont également dit utiliser des techniques d'entretien (« *entretien motivationnel* » et « *entretien socratique* »). La communication thérapeutique, la thérapie émotionnelle, ou encore le reflet et la reformulation des paroles du patient sont trois autres techniques ayant chacune été mentionnée par un répondant.

Selon les réponses des MK à cette question, ils essaient également d'inclure le **contexte** de la lombalgie dans leur rééducation, en remettant en question la charge de travail ou en essayant d'adapter l'environnement de leur patient (cité deux fois). Un MK a également écrit les inciter à être en contact avec leur famille et amis, et un autre à sortir et avoir des loisirs. Cette **prise en charge globale** du patient passe également selon un autre professionnel par des conseils sur l'hygiène de vie, comme l'importance du sommeil ou de perdre du poids.

Enfin, une personne a déclaré proposer à certains patients de faire des séances d'acupuncture, et une autre a dit lutter contre la médication prolongée.

### 3.7. Freins

La dernière question du questionnaire propose aux MK de s'exprimer sur ce qu'ils considèrent être des freins à une prise en charge efficace des risques psychosociaux en kinésithérapie. Une liste de proposition a été établie (Figure 9), et la possibilité a été donnée aux MK de donner leurs propres propositions.

---

Frein potentiel	Pourcentage de MK en accord
-----------------	-----------------------------

---

<b>Formation initiale insuffisante</b>	72,33%
<b>Manque de communication avec le médecin prescripteur</b>	49,51%
<b>Manque de communication avec les autres professionnels</b>	41,26%
<b>Manque de temps</b>	35,44%
<b>Les patients s'opposent à ce type de prise en charge</b>	30,10%
<b>Manque d'outils d'évaluation (échelles, scores...)</b>	28,16%
<b>Formations continues inappropriées</b>	12,14%
<b>Pas d'intérêt à la prise en compte de ces facteurs dans la rééducation</b>	4,85%
<b>Cela ne rentre pas dans le champ de compétences du MK</b>	4,85%

*Figure 9 : Freins à la prise en charge efficace des yellow flags selon les MK*

5,83% des répondants, soit 12 MK, ont également laissé un commentaire pour parler des freins qu'ils ont identifiés.

Pour quatre MK, un des freins à une prise en charge efficace des yellow flags est le **discours opposé des professionnels de santé** induisant des fausses croyances chez le patient.

Pour trois MK la réussite de la prise en charge peut-être compromise par le **manque d'investissement** du patient.

Un MK a parlé de la motivation insuffisante de certains thérapeutes, un autre a déclaré que ce type de prise en charge n'est ni dans les attentes du médecin prescripteur ni dans les mœurs. Un MK a rappelé l'absence de première intention en kinésithérapie comme frein à une prise en charge efficace des facteurs de risque. Un MK a mentionné la difficulté parfois d'interagir avec l'environnement du patient, notamment professionnel. Un MK a dit qu'il serait nécessaire que toute la profession soit formée en technique d'entretien motivationnel. Enfin, pour un MK la prise en

charge des yellow flags n'est pas « *Evidence Based Practice* » (pratique basée sur les preuves).

### 3.8. Formation et facteurs psychosociaux

81,75% des MK ayant déclaré avoir effectué au moins une formation continue en lien avec la prise en charge des patients lombalgiques, nous nous sommes posé la question de savoir s'ils prêtaient plus attention aux facteurs psychosociaux dans leur bilan que les autres MK non formés. Un tableau de contingence a donc été réalisé grâce à un test de  $X^2$ . La première variable est le fait que les MK aient réalisé ou non une ou des formations spécifique(s), et la seconde a été obtenue en faisant deux groupes par rapport à la question demandant aux MK s'ils évaluent les yellow flags dans leur bilan initial. Les personnes ayant répondu « *systématiquement* » ou « *souvent* » ont été classées comme recherchant les yellow flags, les personnes ayant répondu « *occasionnellement* » ou « *jamais* » ont été classées comme ne les recherchant pas.

Aux stades de lombalgies aiguë et subaiguë, les résultats ne sont pas significatifs ( $X^2=0,661$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,882$ ). Au stade de lombalgie chronique non plus ( $X^2=0,136$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,713$ ). Il n'y a donc pas de différence significative concernant la prise en compte des yellow flags, quel que soit le stade de la lombalgie, entre les personnes formées spécifiquement pour la prise en charge de lombalgies et les autres.

Une deuxième analyse a été réalisée ensuite en faisant deux catégories entre les MK ayant réalisé une ou plusieurs formations continues spécifiquement en lien avec la rééducation des yellow flags dans la liste proposée (thérapies cognitivo-comportementales, relaxation, éducation thérapeutique et programmation neuro-linguistique), et les autres MK.

Lorsque l'on sépare la recherche des yellow flags en deux catégories (systématiquement/souvent et occasionnellement/jamais), les résultats ne sont pas significatifs aux stades aigu et subaigu ( $X^2=0,750$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,387$ ). Cependant, lorsque l'on analyse la table de contingence avec les quatre fréquences proposées dans le questionnaire les résultats, bien que non significatifs ( $X^2=7,573$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,056$ ), sont très intéressants.

---

Jamais	Occasionnellement	Souvent	Systématiquement	Total
--------	-------------------	---------	------------------	-------

---

<b>Non formé</b>	36	28	51	57	172
<b>Formés</b>	4	6	5	19	34
<b>Total</b>	40	34	56	76	206

Figure 10 : Fréquence d'évaluation des yellow flags selon les formations spécifiques

Il semblerait que ce résultat dégageant une forte tendance soit dû à la proportion de réponses « *systématiquement* » chez les MK ayant effectué une ou plusieurs formations en lien avec la prise en charge des facteurs psychosociaux. En effet, la majorité des MK formés spécifiquement (19 sur 34 soit 55,9%) **recherche systématiquement les yellow flags** lors d'un bilan de lombalgie aiguë ou subaiguë. Chez les MK non formés, seuls 33,1% font cette évaluation de manière systématique. De plus, les MK n'évaluant « *jamais* » les yellow flags lors de leur bilan de lombalgie aiguë sont deux fois plus nombreux (20,2%) chez les personnes n'ayant pas fait de formation spécifiques que chez les personnes formées (11,7%).

Au stade chronique, les résultats de cette analyse faisant une différence entre les MK ayant effectué une des 4 formations spécifiques mentionnées ci-dessus et les autres ne montrent pas de significativité, que l'on regroupe la fréquence d'évaluation en deux catégories ( $X^2=2,599$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,107$ ) ou en faisant l'analyse avec les quatre réponses proposées ( $X^2=6,025$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,110$ ). Une tendance semble pourtant se dégager, puisque 64,7% des MK formés spécifiquement font une évaluation systématique des yellow flags quand seuls 41,8% des non formés la font. De plus, les MK non formés restent deux fois plus nombreux à ne jamais évaluer les yellow flags (20,4%) que les MK ayant suivi au moins une des quatre formations (11,7%).

Ainsi, nous pouvons constater une **tendance forte à inclure l'évaluation des yellow flags** dans leur pratique chez les MK ayant effectué une ou plusieurs formations directement en lien avec des techniques utilisées dans la prise en charge des facteurs psychosociaux, par rapport aux autres MK.

### 3.9. Nombre de patients et évaluation des yellow flags

L'analyse suivante s'est intéressée à une potentielle corrélation entre le nombre de patients lombalgiques qu'un MK suit en moyenne dans la semaine, et sa fréquence d'évaluation des yellow flags lors du bilan.

Au stade aigu, les résultats sont non significatifs lorsque l'on effectue cette analyse en classant l'évaluation des yellow flags en deux catégories, c'est-à-dire la non-évaluation pour les réponses « *jamais* » et « *occasionnellement* » et l'évaluation pour les réponses « *souvent* » et « *systématiquement* » ( $X^2=1,926$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,382$ ). Cependant, on observe une légère augmentation de la recherche des facteurs psychosociaux avec l'augmentation du nombre de patients pris en charge : 58,2% des MK recherchent les yellow flags lorsqu'ils prennent en charge jusqu'à 2 patients par semaine, 66,6% des MK le font lorsqu'ils ont entre 2 et 5 patients lombalgiques, et ce sont 68% des MK qui évaluent ces facteurs lorsqu'ils ont plus de 5 patients lombalgiques par semaine en moyenne.

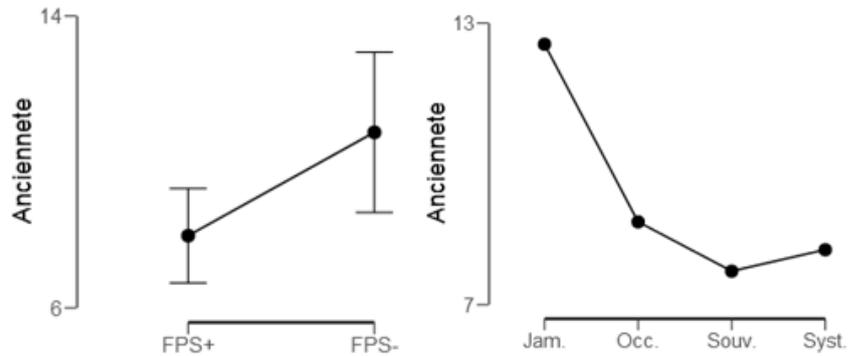
Au stade chronique les résultats sont également non significatifs lorsque l'on regroupe la fréquence de recherche des yellow flags en deux catégories comme ci-dessus ( $X^2=1,649$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,438$ ). Lorsque l'on analyse cette fréquence de recherche avec les quatre propositions du questionnaire, le résultat reste non significatif ( $X^2=7,376$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,287$ ) mais on peut observer une plus nette augmentation du nombre de MK évaluant « *systématiquement* » les yellow flags à mesure que le nombre de patients augmente. En effet, 37,9% des MK prenant en charge moins de 2 patients dans la semaine les évaluent « *systématiquement* », 39,4% lorsque les MK ont entre 2 et 5 patients lombalgiques, et 54,2%, soit plus de la moitié des MK, recherchent systématiquement les facteurs psychosociaux dans leur évaluation lorsqu'ils prennent en charge plus de 5 patients lombalgiques par semaine.

### 3.10. Ancienneté et évaluation des yellow flags

Afin d'explorer l'hypothèse que l'année de diplôme des MK était différente selon qu'ils évaluent les yellow flags (réponses « *systématiquement* » et « *souvent* », noté FPS+) ou non (réponses « *occasionnellement* » et « *jamais* », noté FPS-) dans leur bilan, un test de Mann-Whitney a été réalisé.

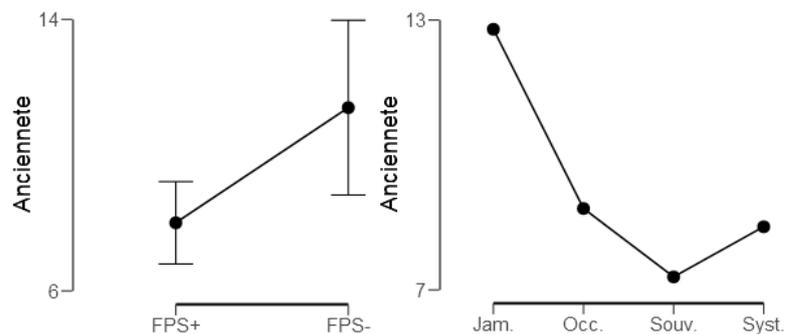
Aux stades aigu et subaigu de la lombalgie, les **MK n'évaluant pas les yellow flags ont significativement un diplôme plus antérieur** à celui des MK les évaluant ( $U=3895,5$  et  $p=0,016$ ) (Figure 11). Un Anova a été réalisé afin d'essayer de

déterminer plus précisément la corrélation. Il semblerait que la significativité des résultats soit liée à la réponse « *jamais* » concernant la fréquence d'évaluation des yellow flags : plus la formation initiale des MK est ancienne, plus ils sont nombreux à ne jamais rechercher les facteurs de risque de chronicisation ( $F=3,199$  et  $p=0,024$ ) (Figure 12).



Figures 11 et 12 : Ancienneté en années des MK suivant leur fréquence de recherche des yellow flags

Au stade chronique, les résultats sont similaires puisque les **MK diplômés le plus récemment restent ceux qui recherchent significativement avec une plus grande fréquence les yellow flags** selon le T-test de Mann-Withney ( $U=3483,5$  et  $p=0,021$ ). L'Anova ayant permis d'analyser les années de diplôme selon les quatre catégories de fréquence d'évaluation possibles est également significatif ( $F=3,704$  et  $p=0,013$ ).



Figures 13 et 14 : Ancienneté en années des MK suivant leur fréquence de recherche des yellow flags

### 3.11. Lieu de formation et évaluation des yellow flags

Nous nous sommes ensuite intéressés à la fréquence d'évaluation des yellow flags selon si le MK avait été formé en France ou à l'étranger. Nos résultats indiquent qu'il n'existe pas de différence significative dans cette évaluation suivant le lieu de formation initiale aux stades aigu et subaigu, lorsqu'on regroupe les fréquences d'évaluation dans deux catégories ( $X^2=0,018$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,892$ ). Il n'existe pas non plus d'écart significatif dans la fréquence d'évaluation au stade chronique de la lombalgie ( $X^2=0,064$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,801$ ).

### 3.12. Stades d'évolution et recherche de yellow flags

Nous avons voulu savoir si les MK évaluent plus régulièrement les yellow flags dans leur bilan initial aux stades aigu et subaigu, ou bien lorsqu'ils reçoivent un patient lombalgique chronique. Pour cela un test de  $X^2$  a été réalisé, et les résultats ont indiqué une **différence significative d'évaluation initiale en fonction des stades** ( $X^2=9,544$ ,  $ddl=204$ ,  $p=0,022$ ).

	Jamais	Occasionnellement	Souvent	Systematiquement	Total
Aigu et Subaigu	40	34	56	76	206
Chronique	39	21	52	94	206
Total	79	55	108	170	412

Figure 15 : Fréquence d'évaluation des yellow flags suivant le stade de la lombalgie

Il apparaît donc que les MK évaluent plus les yellow flags lorsqu'ils prennent en charge un patient au stade chronique que lorsqu'ils le reçoivent avant le quatrième mois d'évolution de la lombalgie. Il semblerait qu'ils fassent cette évaluation plus « *systematiquement* » au stade chronique.

### 3.13. Conformité aux recommandations de bonnes pratiques

Pour tenter d'évaluer s'il existe une différence significative de conformité aux recommandations de bonne pratique établies par les guides entre les stades aigu et subaigu et le stade chronique, les fréquences données en réponse dans la partie du

questionnaire comportant une série de 17 affirmations ont été analysées. Pour cela, il a été créé un score de conformité aux recommandations. Par mesure de simplification pour l'analyse statistique, les 3 affirmations où une fréquence basse de pratique (« *jamais* » ou « *occasionnellement* ») étaient attendue ont été écartées de l'analyse. Cela correspond aux affirmations conseillant d'arrêter les activités en cas de douleur, la prescription d'une ceinture lombaire, et le recours aux imageries. Les 14 autres affirmations ont été traitées en attribuant un point à chaque fréquence : 0 pour la réponse « *jamais* », 1 pour « *occasionnellement* », 2 pour « *souvent* » et 3 pour « *systématiquement* ». Les points à chaque affirmation ont été additionnés pour obtenir le score de conformité aux recommandations. Plus le score est élevé, plus la pratique du MK est donc proche des recommandations.

Les scores ainsi obtenus pour les stades aigu et subaigu et pour le stade chronique ont été analysés via un test de Wilcoxon. Une différence significative a ainsi été établie ( $W=2952,0$ ,  $p<0,001$ ), avec un score final plus élevé dans les pratiques en lombalgie chronique (Figure 16). **Les recommandations sont mieux suivies au stade chronique** qu'aux stades précédents, cette différence de score étant significative.

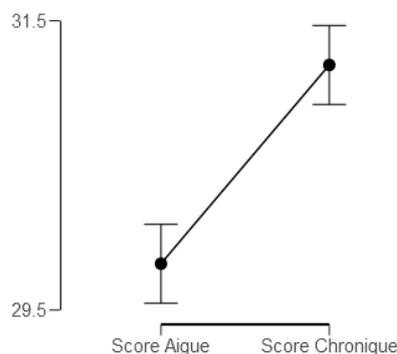


Figure 16 : Score moyen de conformité aux recommandations en fonction du stade

## 4. Discussion

### 4.1. L'évaluation des yellow flags

#### 4.1.1. Connaissance des yellow flags

Nous avons étudié dans la première partie de ce travail les principales différences qu'il existe entre une douleur aiguë et une douleur persistante dans le temps. L'étude des facteurs psychosociaux qui induisent ou maintiennent la douleur chronique dans la lombalgie nous a ensuite conduit à nous intéresser aux

recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge en kinésithérapie. Un questionnaire a alors été diffusé afin d'évaluer la pratique des MK libéraux en matière de prise en compte des yellow flags.

Afin d'étudier l'intégration des yellow flags détectés dans la rééducation, il a fallu d'abord évaluer les connaissances des MK à ce sujet. Spontanément, 62,62% des praticiens interrogés lors du questionnaire ont répondu savoir ce que sont les yellow flags ou facteurs psychosociaux. En d'autres termes, environ 2 MK sur 5 ont déclaré ne pas les connaître. Cependant, si **un grand nombre de professionnels a répondu ne pas savoir ce que sont les yellow flags**, nombre d'entre eux les recherchent et les intègrent dans leur rééducation, comme nous le verrons plus tard.

La question ouverte où il était demandé aux MK de citer tous les yellow flags qu'ils connaissent permet d'avoir une vision plus spécifique de leur maîtrise du sujet. D'une manière générale, tous les grands champs des yellow flags (facteurs personnels, environnement professionnel et arrêt de travail, facteurs socio-économiques, dispositions psychologiques et facteurs propres à la pathologie) ont été cités dans les réponses des MK au questionnaire, et peu d'idées reçues se dégagent clairement. La réponse à cette question ayant été classée comme « optionnelle » dans les paramètres, on peut supposer que les personnes n'ayant pas de connaissance sur les yellow flags ou ayant peur de se tromper n'ont pas répondu.

Ainsi, les presque deux tiers des MK ayant réussi à citer des yellow flags semblent globalement **informés sur les principaux facteurs de risque**, puisque ceux qui sont cités le plus sont parmi les facteurs qui ont la plus grande influence et dont les preuves scientifiques sont les plus concordantes. Pour rappel, les trois facteurs les plus cités, chacun par plus de 40% des répondants, ont été l'environnement professionnel, le stress et la dépression. Parmi les six grands champs des yellow flags détaillés en première partie de ce travail, les facteurs professionnels et psychologiques semblent bien connus, de même que les facteurs socio-économico-culturels. Étonnamment, les facteurs propres à la pathologie (comme la présence d'un syndrome sciatalgique) et les facteurs individuels (tels que l'âge avancé ou le sexe féminin) ont été peu souvent mentionnés, alors même que ce sont des caractéristiques qu'un MK va habituellement rechercher pour toute pathologie lors d'une prise en charge, et qui influenceront la manière dont il adaptera sa rééducation. Il est possible d'émettre les hypothèses que ces deux facteurs de risque n'ont pas semblés aux MK faire partie des yellow flags, ou bien au contraire que ceux-ci étaient tellement évidents qu'ils ont oublié de les mentionner. La dernière catégorie de facteurs que nous avons développée est celle des facteurs médico-légaux, comprenant entre autre le fait que la

lombalgie soit survenue suite à un accident de travail, ou que le patient lombalgique soit en arrêt de travail. Seules 20 personnes, soit environ 14% des MK qui ont cité des yellow flags, ont mentionné ce facteur. Pourtant, puisque l'environnement professionnel, intégrant l'insatisfaction au travail ou le burn-out par exemple, a été cité par plus d'un MK sur deux l'on pouvait s'attendre à ce que ces facteurs médico-légaux, qui incluent la notion de bénéfice secondaire lié à l'arrêt du travail, soient repris par un plus grand nombre de répondants.

Si quasiment tous les facteurs cités par les MK sont effectivement des yellow flags reconnus, une nuance est à faire cependant pour la catégorie « environnement familial », qui arrive en quatrième place. Il a en effet été regroupé lors du classement différentes notions (« *problème relationnel familial* », « *enfants en bas âge* »..) qui peut-être pour les répondants ne signifiaient pas la même chose. De plus, il n'y a pas beaucoup de preuves que l'environnement familial ait une influence directe dans le processus de chronicisation de la lombalgie, mais devrait plutôt être considéré selon les cas comme un facteur aggravant ou aidant pour vivre avec sa lombalgie(32). Les « problèmes personnels », classés à la cinquième place des facteurs cités par les MK, ne se retrouvent pas non plus en tant que tels comme facteurs de risque de chronicisation dans la littérature. On peut cependant considérer qu'ils participent à concourir à un « mauvais état psychologique global » de la personne, qui est décrit comme facteur de risque avec un fort niveau de preuve(32). De plus, parmi les points cités que nous avons regroupés dans la catégorie des problèmes personnels il a été régulièrement mentionné le veuvage ou un divorce, et le fait d'être une personne seule est un facteur de chronicité démontré.

Parmi les autres réponses des MK, une proportion faible concerne des facteurs dont l'influence n'est pas encore complètement reconnue, ou bien que rien n'a permis jusqu'alors de classer comme facteur de chronicisation, tels que la consommation de tabac ou d'alcool. Certaines réponses, comme « *conduite en voiture* », sont également difficiles à interpréter.

En résumé, si tous les champs des yellow flags ont été mentionnés par les MK et que les trois premiers facteurs cités ont un niveau de preuve élevé, la fréquence de citation de chacun des facteurs ne correspond pas toujours à l'importance de leur influence démontrée dans le processus de chronicisation de la lombalgie. De plus, certaines notions mentionnées comme des yellow flags n'en sont pas vraiment, ou très

indirectement, au vu de l'état actuel des connaissances. Ces notions citées, qui sont par exemple l'environnement familial, les difficultés financières ou l'alimentation, peuvent laisser penser que certains MK ont mentionné tous les facteurs de la vie de leurs patients qui pouvaient expliquer qu'ils étaient toujours douloureux malgré une prise en charge adéquate. Il semblerait donc que certains MK aient de fausses idées reçues concernant les yellow flags, qui ne seraient pas pour eux les facteurs de risque de chronicisation, mais engloberaient plus largement un certain nombre d'autres aspects de la vie d'une personne pouvant influencer la douleur et son ressenti. Notons cependant que les yellow flags qui ont été décrits comme tels en première partie l'ont été sur la base d'études scientifiques et les preuves étant difficiles à établir dans ce domaine il est possible d'envisager que cette classification continue d'évoluer dans les années futures.

#### **4.1.2. Bilan et recherche des yellow flags**

Si presque deux tiers des MK interrogés ont pu citer en moyenne 4 yellow flags chacun, ils sont **moins nombreux à les évaluer** lors de leur bilan. En effet, seuls 36,89% des MK déclarent les évaluer de manière systématique aux stades aigu et subaigu, et 45,63% au stade chronique. Si l'on rajoute la catégorie « *souvent* », l'on arrive aux chiffres de 64,07% d'évaluation aux stades aigu et subaigu, et 70,87% par la suite. Ces résultats sont bien supérieurs aux résultats d'une enquête de pratique effectuée par Dora Sadani dans le cadre de sa thèse en médecine générale(45), où elle a questionné 98 MK travaillant en libéral en Pays de la Loire en 2018. Ses résultats ont montré que 40% d'entre eux recherchent souvent ou systématiquement les yellow flags aux stades aigu et subaigu, et 41% au stade chronique. Les différences de méthode dans le recrutement des répondants, ainsi que l'effectif des deux enquêtes peuvent expliquer cette différence de résultats. Il en ressort néanmoins que la recherche des yellow flags dans la lombalgie ne semble pas encore être un réflexe pour tous les MK.

#### **4.1.3. Formation initiale**

Si l'influence du lieu de formation initiale n'a pas pu être déterminée dans notre étude et nécessiterait pour cela des recherches supplémentaires comprenant un échantillon plus important ainsi qu'une analyse des programmes de formation propres à chaque pays, la **date de la formation initiale** semble avoir son importance. En effet,

plus les MK ont été diplômés récemment, plus ils recherchent les yellow flags. L'analyse des résultats selon les quatre fréquences d'évaluation proposées avait permis de déterminer que les MK les plus anciens sont ceux qui n'évaluent « *jamais* » les yellow flags avec une plus grande fréquence. Au stade chronique, les résultats sont similaires puisque les MK diplômés le plus récemment restent ceux qui recherchent significativement avec une plus grande fréquence les yellow flags. Dans sa thèse, Sadani a pu également prouver une différence significative dans la recherche des yellow flags en fonction de l'âge des MK. Au stade non chronique, les MK de plus de 50 ans étaient 86% à ne rechercher jamais ou qu'occasionnellement ces facteurs, alors que cette proportion n'était que de 33% chez les moins de 30 ans.

L'hypothèse privilégiée pour expliquer ces résultats est celle du contenu de la formation initiale, évoluant en fonction des découvertes scientifiques et des courants de pensée d'une époque. L'essor de la recherche avec des études de qualité ayant permis d'apporter des preuves scientifiques de l'existence et de l'influence des yellow flags ayant commencé vers la fin du XXème siècle, un temps a été nécessaire avant que ces nouvelles connaissances soient enseignées dans les instituts de formation, puis que ces nouveaux diplômés les appliquent en pratique. La proportion de MK, même chez les diplômés récents, qui ne connaissent ou n'évaluent pas actuellement les facteurs de risque psychosociaux permet de souligner le fait que l'introduction puis l'ancrage d'une nouvelle pratique ou concept sur le terrain prend du temps. C'est le constat qu'appuie un des MK à la fin du questionnaire : « *Dans ma jeunesse, les formations initiales et continues étaient coincées dans le modèle biomédical. Beaucoup de professionnels de santé en exercice y sont encore.* »

Ayant donné une définition des yellow flags avec des exemples après avoir demandé aux MK de les citer et avant de leur demander s'ils en font le bilan, nous ne retenons pas ici comme hypothèse que la différence d'évaluation retrouvée dans les réponses entre les différentes générations de MK soit due en majorité à des langages différents qu'ils emploieraient pour les qualifier.

#### **4.1.4. Formation continue**

Plus de 4 MK sur 5 avaient déclaré dans le questionnaire avoir effectué au moins une formation complémentaire en lien avec la prise en charge des patients lombalgiques. La multitude et la diversité des formations existantes dans le domaine de la lombalgie sont intéressantes à noter, démontrant la nécessité d'une approche globale - c'est-à-dire tenant compte des aspects biopsychosociaux de la personne -

mais également témoin de la difficulté de prise en charge de cette pathologie, qui ne peut être résolue via une même prise en charge protocolisée pour tous les individus. Pourtant, nos résultats n'ont pas permis de démontrer que les MK ayant suivi une formation continue dans ce domaine recherchaient significativement plus souvent les yellow flags que ceux n'ayant pas effectués de formation. Cependant, une deuxième analyse statistique avait été réalisée en différenciant cette fois les MK qui avaient suivi une ou plusieurs formations directement en lien avec la prise en charge des yellow flags parmi celles proposées dans la liste. Pour rappel, les quatre formations continues qui avaient été sélectionnées pour ce test étaient les formations en thérapies cognitivo-comportementales, en relaxation, en éducation thérapeutique du patient et en programmation neuro-linguistique. Il s'est avéré que bien que les résultats soient non significatifs aux stades aigu et subaigu de la lombalgie, une tendance se dégage. En effet, la proportion de MK recherchant « *systématiquement* » les facteurs de risque de chronicisation est nettement **plus basse chez les MK n'ayant pas suivi de formation spécifique** (33,1%), que lorsqu'ils ont suivi au moins une de ces formations (55,9%). De plus, les MK n'évaluant jamais les yellow flags sont deux fois plus nombreux parmi ceux n'ayant pas suivi de formation spécifique que dans l'autre groupe.

Des résultats similaires sont observable lors de la prise en charge de patients au stade chronique de la lombalgie, avec 64,7% des MK formés spécifiquement faisant une évaluation systématique des yellow flags contre 41,8% des non formés, et deux fois plus de MK n'évaluant jamais ces facteurs parmi ces derniers en comparaison avec les personnes formées.

Nous pouvons constater alors l'importance de l'influence des formations continues sur la pratique des professionnels. Il est à noter que les formations continues effectuées par les MK durant leur carrière sont rendues obligatoire par le Code de la Santé Publique(46) dans le cadre du développement professionnel continu. Néanmoins le choix des formations effectuées par un MK est soit le reflet de son manque de connaissances et d'outils de rééducation pour une pathologie ou un type de prise en charge donné, soit de son intérêt pour un domaine ou une méthode en particulier, et bien souvent des deux. Dès lors, on peut supposer qu'une grande partie des MK ayant effectué une des quatre formations mentionnée ci-dessus était à la recherche de clés pour mieux prendre en charge les patients lombalgiques et déjà intéressés par ce type de méthodes, et qu'ils sont donc plus disposés à les mettre en pratique.

#### 4.1.5. Expérience professionnelle

Notre étude s'est également intéressée à l'influence de l'expérience et de la spécialisation dans la pratique des professionnels. En considérant que plus un MK voit de patients lombalgiques dans la semaine, plus il est spécialisé dans ce type de prise en charge et a par conséquent plus d'expérience qu'un confrère qui aurait peu de patients lombalgiques, nous avons étudié la relation entre le nombre de patients vus dans la semaine et la recherche de yellow flags. Bien que nos résultats ne soient pas significatifs, l'on peut observer une **augmentation de l'évaluation des facteurs de risque psychosociaux avec l'augmentation du nombre de prise en charge** dans la semaine. Ainsi, si les MK sont 58,2% à rechercher souvent ou systématiquement les yellow flags quand ils ont en moyenne jusqu'à deux patients lombalgiques à un stade aigu ou subaigu, ils sont 68% à le faire lorsqu'ils prennent en charge plus de cinq lombalgiques dans la semaine. Cette augmentation de fréquence est d'autant plus flagrante au stade chronique où les MK prenant en charge jusqu'à deux patients lombalgiques dans la semaine sont 37,9% à évaluer systématiquement les yellow flags, tandis que 54,2%, soit plus de la moitié des MK, le font s'ils ont plus de cinq patients lombalgiques par semaine.

L'expérience et la quantité de patients rééduqués, objectivée ici par le nombre moyen de prises en charge de lombalgies, influencerait donc les pratiques des MK. Il n'est pas possible d'affirmer que les MK plus expérimentés ont une pratique plus proche des recommandations scientifiques avec les résultats seuls de notre étude, néanmoins il semblerait qu'en matière d'évaluation des yellow flags dans la lombalgie cela soit le cas.

#### 4.1.6. L'utilisation des échelles, scores, questionnaires

Si environ deux tiers des MK, tous stades confondus, recherchent les yellow flags souvent ou systématiquement lorsqu'ils prennent en charge un patient lombalgique, ils sont peu nombreux à utiliser pour cela des outils d'évaluation. En effet, moins de 10% des MK ont déclaré utiliser des échelles ou des questionnaires, et 12,6% en utilise parfois. Lorsque l'on demande aux MK de citer les outils qu'ils utilisent pour évaluer les yellow flags, les réponses permettent d'apporter un premier éclairage sur une des causes de cette sous-utilisation. En effet, ce sont 33 personnes qui ont répondu et 25 questionnaires ou échelles différentes qui ont été citées.

Contrairement à certains domaines de la kinésithérapie qui peuvent souffrir d'un manque d'outils pour réaliser les bilans, ce n'est pas le cas des facteurs de risque

psychosociaux pour lesquels de nombreuses méthodes ont été mises au point par différentes professions de santé. Si cette **diversité d'outils** peut sembler bénéfique à première vue, cela pose une véritable problématique pour les professionnels désireux de les utiliser, et d'autant plus pour les novices. Le choix de l'échelle la plus appropriée peut s'avérer compliqué tout d'abord car le MK doit choisir le domaine des yellow flags qu'il veut explorer plus spécifiquement, comme un état dépressif ou les croyances et représentations du patient par exemple. Ensuite, il existe au sein de ces grands champs des yellow flags de nombreuses échelles, comportant parfois très peu de variations entre elles. Certaines sont validées, c'est-à-dire que leurs qualités métrologiques sont suffisamment bonnes pour avoir prouvé leur intérêt, comme par exemple la version française du STarT Back Screening Tool qui a fait l'objet d'une étude concluante en 2014(47), ou la version française de l'Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire(48). D'autres ne le sont pas pour l'instant et mériteraient encore d'être éprouvées.

Une deuxième problématique se pose à ce niveau concernant le choix de l'outil le plus approprié, car la quasi-totalité des questionnaires existant ainsi que des études prouvant leur intérêt, ont été publiées en anglais et ne sont donc pas compréhensibles par tous les MK. Lorsqu'ils existent en langue française la traduction n'a pas toujours été validée, ce qui ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas être utilisés mais que les résultats attendus ne peuvent être comparables à ceux de la version originale.

Il appartient donc au MK désireux d'évaluer les yellow flags grâce à un outil dédié et reproductible d'effectuer lui-même le tri parmi tous les outils qui existent à ce jour. Si certains semblent être bien connus, comme le Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire qui a été cité par près d'un tiers des répondants, 13 de ces 25 questionnaires n'ont été mentionnés que par une seule personne. Il est possible de s'interroger sur les raisons qui font que certains outils sont moins connus : est-ce car ils sont moins bien conçus que les autres, trop spécifiques, ou tout simplement peu popularisés ? De plus, cela peut être un obstacle à une communication efficace entre les professionnels, si ceux-ci ont chacun des outils différents.

Une autre de nos hypothèses concernant la faible utilisation d'échelles est le **caractère très spécifique** de la majorité d'entre elles, c'est-à-dire qu'elles n'évaluent qu'un aspect des potentiels facteurs de risque présents chez un patient, comme l'échelle de Beck(49) pour la dépression ou encore l'Inventaire de Sensibilisation Centrale pour détecter un phénomène de sensibilisation centrale. Afin de détecter tous les facteurs de risque il faudrait donc faire remplir au patient de nombreux questionnaires. Il existe aussi des questionnaires validés à faire remplir au patient

lorsqu'il est au stade aigu ou subaigu, afin de déterminer la probabilité d'un passage au stade chronique. En revanche, nous avons eu du mal à trouver un outil qui serait utilisable au stade chronique également, et qui permettrait de **déterminer la part de chaque facteur** entretenant le processus chronique chez un patient. Le seul outil que nous ayons trouvé qui va dans ce sens a été validé en version anglaise dans une étude publiée en avril 2018(50), soit récemment. Il s'agit de l' « Optimal Screening for Prediction of Referral and Outcome for Yellow Flags » (OSPRO-YF), comportant 17, 10 ou 7 items selon les versions, mis au point à partir de questions reprises dans d'autres questionnaires validés. L'objectif des concepteurs de ce questionnaire était justement de pouvoir explorer différents champs des yellow flags, tels que l'anxiété et la dépression, les stratégies de coping, la kinésiophobie ou encore les comportements d'évitement, et ce dans un même questionnaire afin d'éviter la multiplication d'outils à faire remplir au patient. L'OSPRO-YF, pouvant être utilisé dans les douleurs musculo-squelettiques du rachis, genoux et des épaules, permettrait de mieux guider les orientations du traitement(51).

Une autre contrainte pouvant expliquer la sous-utilisation de questionnaires dans les bilans des MK est celle du temps. Bien qu'un grand nombre soient des auto-questionnaires que le patient peut remplir seul, nombreux sont les MK qui préfèrent le remplir avec le patient pour être sûrs qu'il comprenne tous les items ou pour avoir les résultats immédiatement. Certains questionnaires ou échelles sont à remplir par le MK lui-même, ce qui peut prendre tout le temps de la séance en considérant tous les domaines à explorer. Lorsqu'ils étaient interrogés sur les échelles qu'ils utilisent, un des répondants a écrit qu'« *une séance de trente minutes passe très vite, il faut faire des choix et bilancer à l'aide d'échelles prend beaucoup de temps* ». Plus d'un tiers des MK sont d'accord avec le fait que le manque de temps est un des freins à une prise en charge efficace des facteurs psychosociaux. Bien que la première séance doive être consacrée au bilan initial par obligation légale(52), celle-ci ne dure généralement qu'une demi-heure ce qui est un temps trop restreint pour être exhaustif. Concernant les questionnaires, peut-être sont-ils plus faciles à utiliser lors d'une activité non libérale mais il est probable que certaines solutions pourraient être mise en place -et le sont déjà à certains endroits- par les libéraux pour optimiser le temps de la séance tout en utilisant des outils quantitatifs et reproductibles.

Il est probable aussi qu'un certain nombre de professionnels ne voit tout simplement pas l'intérêt d'utiliser ces outils pour faire leurs bilans, comme témoigne ce commentaire laissé par un MK : « *en échangeant un minimum avec un patient, on repère très rapidement ces facteurs. [...] N'oublions pas que notre métier est avant tout*

*pratique, notre bilan se fait en permanence (test-correction-test et communication). »* En effet, il est parfois facile de repérer certains drapeaux présents chez le patient en observant son comportement et ce qu'il exprime verbalement. De plus, l'utilisation d'un questionnaire peut venir interférer négativement dans la relation humaine qui est à construire lors des premières séances. Ce même MK nuance néanmoins ses propos en affirmant que « *nous manquons de formation pour quantifier objectivement ces risques dans un bilan et il serait intéressant de pouvoir le faire* », plaçant à nouveau la problématique de la formation reçue dans l'influence des pratiques. Le manque de formation et d'information au sujet des outils existants s'est d'ailleurs exprimé dans les résultats de notre questionnaire puisque plus de 28% des MK ressentent un manque d'outils d'évaluation des yellow flags.

Nous pouvons constater que la grande diversité des questionnaires pouvant être utilisés dans l'exploration de certains yellow flag chez un patient contraste avec le manque d'outils conçus pour le stade chronique afin d'aiguiller le professionnel dans l'orientation de son traitement. De plus, malgré un choix riche de questionnaire les MK ne sont que très peu à les utiliser, à cause de différents facteurs qui pourraient être atténués via une formation renforcée.

## **4.2. Prise en compte des yellow flags dans la rééducation**

### **4.2.1. Conformité aux recommandations de bonnes pratiques**

Les résultats de la deuxième partie de notre questionnaire nous permettent ensuite d'obtenir des réponses sur les manières dont les MK prennent en compte les yellow flags dans leur prise en charge d'une personne lombalgique. Si l'analyse statistique des résultats a permis de montrer une différence significative en termes de contenu de la rééducation, en faveur d'une **plus grande conformité aux guides de recommandations au stade chronique**, il est intéressant de développer plus en détails certains points.

Aux stades aigu et subaigu, les pratiques des MK sont majoritairement conformes aux recommandations de bonne pratique en matière de prévention de la kinésiophobie et du catastrophisme. En effet, la quasi-totalité d'entre eux rassure souvent ou systématiquement le patient sur le bon pronostic et la faible gravité de la lombalgie. La moitié des MK interrogés ne conseille jamais à ses patients d'arrêter ses activités car il est douloureux, et un peu moins de la moitié restante ne le fait qu'occasionnellement, ce qui n'est pas contraire aux recommandations puisque le

caractère inflammatoire de la pathologie peut nécessiter quelques jours de limitation dans les tâches. De même, les trois quarts des professionnels interrogés encouragent systématiquement leurs patients à rester actif, et un peu moins du quart restant le fait souvent.

Si cette prévention semble bien intégrée dans la pratique des MK, les réponses montrent une prise en charge des autres principaux facteurs de risque psychosociaux beaucoup moins généralisée. Ainsi, moins de MK sur 10 interrogent systématiquement les représentations du patient sur ses douleurs et leurs origines, alors même qu'il a été établi qu'elles avaient une influence non négligeable dans le processus de chronicisation, en engendrant par exemple de l'anxiété ou en favorisant les comportements d'évitement(6,53). Si près de la moitié des MK ont déclaré corriger systématiquement les fausses croyances du patient, l'on peut s'interroger sur le pourcentage restant des MK qui ne le fait qu'occasionnellement ou souvent. Est-ce car ils n'arrivent pas à les détecter ou car ils se sentent démunis face aux réponses à apporter ? Une autre explication possible se trouve dans la présence de fausses croyances chez les MK aussi, comme nous le verrons plus tard. De plus, la pratique systématique de l'éducation thérapeutique aux stades aigu et subaigu est nettement moins répandue qu'au stade chronique. Il est dommage que les informations adéquates ne soient pas délivrées plus systématiquement au patient dès le début de sa prise en charge, afin de réduire le risque de chronicisation lié à de fausses croyances.

Si le domaine des conseils et de l'éducation semble néanmoins plutôt investi par les MK, les réponses sont plus mitigées concernant la conduite à tenir par rapport aux dispositions psychologiques du patient. En effet, alors même que la dépression et l'anxiété sont respectivement les troisième et septième yellow flags les plus cités, l'évaluation systématique des signes pouvant en témoigner est faite par moins d'un tiers des MK. Cette évaluation grâce à un outil adapté pourrait pourtant permettre au MK de l'aider à objectiver un trouble et à le faire prendre conscience à son patient, de manière à pouvoir l'orienter chez un professionnel adapté. De plus, seul un MK sur 10 environ a déclaré évaluer systématiquement les stratégies cognitives que le patient met en place dans la gestion de sa douleur et de sa pathologie, et plus de la moitié ne le font jamais ou qu'occasionnellement. Il est possible de nuancer ces résultats en se demandant si le terme « évaluation » choisi lors de la rédaction du questionnaire n'a pas induit une interprétation différente de celle attendue chez certains MK, en renvoyant l'idée que l'évaluation devait obligatoirement être faite à l'aide d'un outil quantitatif.

Ainsi, les MK semblent ne pas prévenir suffisamment le risque de chronicisation lors d'une prise en charge aux stades aigu et subaigu, comme en témoignent les résultats indiquant qu'une majeure partie des praticiens n'a pas encore intégré la prise en compte de certains yellow flags, notamment les facteurs psychologiques et le coping, dans leurs pratiques. L'éducation et les conseils au patient pourraient être systématisés à ce stade également. La **prévention de la chronicité apparaît pourtant comme une des priorités** de la rééducation lorsqu'on sait que même si le pourcentage de lombalgies passant au stade chronique est relativement faible, les conséquences humaines et financières seront plus importantes par la suite, de même que le traitement plus fastidieux.

L'analyse des réponses des MK a permis de démontrer que leurs pratiques étaient significativement plus conformes aux recommandations de bonne pratique au stade chronique qu'aux stades aigu et subaigu. Ainsi, les MK sont par exemple plus nombreux à ne jamais conseiller aux patients d'arrêter ses activités à cause de la douleur, ou à les encourager systématiquement à rester actif. Ils vont également plus systématiquement interroger les représentations du patient quant à ses douleurs et tenter de corriger leurs fausses croyances. De même, ils sont plus du double à évaluer systématiquement les stratégies cognitives mises en place par les patients au stade chronique. On peut noter également une augmentation de l'intérêt pour l'état psychologique du patient puisque près de la moitié des MK va évaluer systématiquement les signes de dépression et d'anxiété au stade chronique, alors qu'ils étaient moins d'un tiers à le faire auparavant. Les MK semblent également plus investir leur patient dans sa rééducation au stade chronique, puisqu'on observe une augmentation de plus de 12% dans la pratique systématique de l'éducation thérapeutique ainsi qu'une augmentation du pourcentage de professionnels autonomisant le patient via des exercices d'autorééducation à pratiquer en dehors des séances. Ils sont également légèrement plus nombreux au stade chronique à donner des outils tels que des brochures ou des références de sites internet au patient pour qu'il puisse s'informer sur sa pathologie. Ainsi, les MK semblent **porter plus d'attention aux yellow flags** dans leur bilan et leur rééducation à ce stade, ce qui est confirmé par un plus haut score concernant la conformité aux recommandations ainsi qu'une différence significative attestée lors de nos analyses statistiques, indiquant que les MK évaluent plus systématiquement les yellow flags dans leur bilan initial d'un patient lombalgique chronique.

Néanmoins, plusieurs aspects de la pratique des MK restent éloignés des recommandations de prise en charge. Tout d'abord, **le travail en interdisciplinarité**

ne semble pas être une pratique courante puisqu'ils ne sont qu'un MK sur dix à systématiquement communiquer et agir en concertation avec les autres professionnels prenant en charge le patient, et plus de la moitié des professionnels interrogés ne le fait jamais ou qu'occasionnellement au stade chronique. Ils sont également environ deux MK sur cinq à ne jamais ou qu'occasionnellement réorienter le patient vers un autre professionnel lorsqu'ils ont identifié que cela pourrait lui être bénéfique, et seul un MK sur cinq le fait de manière systématique.

Un autre point qui peut susciter de l'interrogation est celui de la prise en compte de l'environnement de travail et de ses enjeux dans la rééducation. En effet, alors même que l'influence de la sphère professionnelle comme facteur de chronicisation a été démontrée par différentes publications et que l'environnement professionnel arrive en tête des yellow flags cités par les MK, il semblerait que tous n'ont pas intégré le poids de ce facteur. Bien que 62,62% des professionnels interrogés déclarent prendre systématiquement en compte le travail et ses enjeux dans leur prise en charge au stade chronique, ce chiffre est presque similaire au stade non chronique alors même qu'une hausse plus nette du pourcentage de prise en compte était observée pour les autres yellow flags au stade chronique. On observe même que les MK déclarant ne jamais ou qu'occasionnellement prendre en compte ce facteur au stade chronique sont plus nombreux qu'aux stades aigu et subaigu. Si ces résultats peuvent poser question, il en ressort cependant que plus de 90% des MK prennent en compte souvent ou systématiquement l'environnement professionnel d'un patient lombalgique dans leur prise en charge rééducative.

La répartition hétérogène de la fréquence de réalisation de beaucoup de critères nous montre donc une **pratique non uniforme** selon les MK, ce qui a déjà été attesté lors de l'analyse statistique des pratiques en fonction des différents critères propres à chaque MK et notamment l'année de diplôme. De plus, si les MK ont en grande majorité intégré dans leur pratique le conseil et l'éducation de leurs patients, ils semblent plus démunis quant à l'évaluation des yellow flags et les réponses à y apporter. La différence significative dans l'évaluation et les pratiques des MK suivant les stades de la pathologie tend à montrer que ceux-ci accordent une plus grande importance aux facteurs de risque de chronicisation une fois que la pathologie a déjà évolué au stade chronique, ce qui donne lieu de s'interroger. En effet, une plus grande attention donnée au yellow flags dès le début de la lombalgie permettrait certainement de mieux **cibler les personnes à risque** pour les traiter avec les moyens appropriés dès le départ.

#### 4.2.2. Freins à la prise en compte des yellow flags

Si les résultats de notre travail semblent indiquer que l'évaluation des yellow flags n'est pas encore une pratique systématique chez tous les MK, et que ceux-ci explorent plus souvent ces facteurs lorsque la lombalgie est déjà au stade chronique, il existe de multiples hypothèses pouvant l'expliquer.

Tout d'abord, les MK ne sont pas des professionnels de première intention, c'est-à-dire que leur exercice est soumis à la prescription d'un médecin. Les recommandations jusqu'à maintenant n'indiquaient pas de prescrire de la kinésithérapie en cas de lombalgie aiguë, sauf cas particulier. De ce fait, un certain nombre de patients ne sont pas vus par un MK dans les premières semaines ou mois d'évolution de leur lombalgie, et n'arrivent chez celui-ci qu'après échec des autres traitements. Si le médecin généraliste n'a pas lui-même évalué et détecté un risque de passage à la chronicité lors de sa consultation avec le patient et mis en place la prise en charge adaptée, la douleur peut perdurer au-delà de l'épisode aigu et s'installer. Le MK ne prendra donc en charge le patient que plus tard dans son parcours de soin.

Une des autres causes pouvant expliquer que les MK évaluent plus souvent les yellow flags au stade chronique est que certains facteurs de risque sont plus visibles, car amplifiés par le caractère chronique de la situation. Par exemple, si la dépression est un facteur de risque de chronicisation, elle est également entretenue voire amplifiée par cette douleur qui persiste(20). De même, si les comportements d'évitement ou de kinésiophobie peuvent ne pas paraître problématiques mais conditionnés par une douleur vive dans les jours suivants le déclenchement d'une lombalgie, ces mêmes comportements apparaîtront plus inappropriés au professionnel plusieurs mois après. Les indices indiquant que les douleurs de la lombalgie ne sont pas seulement dues à une cause structurelle seront donc plus visibles au stade chronique.

De même, le patient peut avoir été pris en charge rapidement par un MK mais sans qu'il n'ait recherché les signes d'un risque de chronicisation. Il est possible que ce soit donc lorsque les douleurs persisteront que le MK remettra en cause l'orientation de son traitement et recherchera alors les yellow flags pouvant les expliquer. Seuls 36,89% des MK ayant indiqué évaluer systématiquement les yellow flags au moment de leur bilan initial lors d'une prise en charge aux stades aigu ou subaigu, et 45,63% le faire au stade chronique, cela témoigne bien du **manque de prévention secondaire** actuellement.

Une autre hypothèse pouvant expliquer nos résultats en matière d'évaluation et de traitement des yellow flags et qui a déjà été abordée en première partie, est celle de **l'influence des croyances des professionnels** eux-mêmes. En effet, différentes études se sont intéressées à l'influence de ces croyances dans les pratiques, dont celles des MK, et leur rôle n'est pas à négliger. Une méta-analyse publiée en 2017(54) a retrouvé une corrélation entre les croyances des MK et leur pratique clinique dans les cinq études qualitatives sélectionnées. Ainsi, un haut score d'orientation biomédicale était associé à des conseils venant des professionnels de retarder la reprise du travail et le retour aux activités, et un haut score dans les différents questionnaires interrogeant la présence d'un schéma de peur-évitement chez les MK était associé à une augmentation du nombre d'arrêts de travail prescrits aux patients et à des conseils d'éviter la reprise du travail et le retour aux activités classiques. L'analyse de ces études a également permis de dégager deux champs principaux attribués aux croyances des MK et influençant leurs pratiques : l'orientation du traitement et les facteurs propres aux patients. Ainsi, les MK ayant une forte orientation biomédicale prenaient leurs décisions de traitement en fonction de ce modèle et exprimaient un manque de compétence à considérer le patient et sa problématique selon un modèle biopsychosocial. De plus, leurs résultats étaient peu performants dans la prise en charge des patients avec une présence de facteurs psychosociaux marquée et les MK pensaient que l'évaluation de ces facteurs n'était pas leur rôle. Cette méta-analyse a aussi permis de démontrer que les axes du traitement étaient **influencés par les croyances du patient** ainsi que ses attentes. La vision du patient sur la relation patient-thérapeute influençait également le traitement, le MK choisissant souvent les interventions facilitant cette relation. Les décisions étaient également prises en fonction de la perception du thérapeute sur l'implication et le degré d'engagement du patient dans sa rééducation. Une étude suédoise publiée en 2019(55) s'est intéressée aux facteurs influençant le raisonnement clinique et l'orientation du traitement dans la lombalgie chronique chez les MK. Elle a conclu, entre autres, que la pratique du MK était conditionnée par les caractéristiques du patient, les croyances et convictions du thérapeute et les contraintes liées à son lieu d'exercice. Le traitement choisi par chaque professionnel ne dépend donc pas uniquement de la pathologie du patient et de l'état actuel des connaissances pour la prendre en charge. Le manque de temps, souvent déploré par les professionnels libéraux, a par exemple été cité par plus d'un tiers des répondants comme frein à une prise en charge efficace des yellow flags. Le regret d'un manque de temps est également dans les conclusions d'une étude(56) publiée fin 2018 sur le ressenti des MK quant à la prise en charge de la lombalgie chronique d'un point de vue biopsychosocial.

Si les MK ont à cœur de répondre aux attentes de leurs patients notamment dans le but d'instaurer une bonne relation(54), quitte à parfois choisir un traitement qu'ils savent moins adapté, c'est en partie car ils estiment que les patients ne sont pas encore tous réceptifs à une prise en charge des yellow flags par le MK. C'est en tout cas ce que semblent penser certains professionnels, puisque 30,10% des répondants à notre questionnaire ont indiqué être d'accord avec le fait que les patients s'opposent à ce type de prise en charge. Mais pour pouvoir sensibiliser la population générale à cela, encore faut-il que les MK soient formés, d'une part à l'importance de prendre en compte les yellow flags dans la rééducation de la lombalgie, et d'autre part à la manière de prendre en charge efficacement ces facteurs de risque et de transmettre ce savoir au patient. Dans notre étude, près de trois MK sur quatre ont répondu que la formation initiale qu'ils avaient reçue était insuffisante pour cela. De plus, pour encore 4,85% des répondants la prise en compte de ces facteurs ne rentrait pas dans le champ de compétence du MK, ni ne présentait d'intérêt dans la rééducation. Cependant, ce chiffre relativement faible comparé au pourcentage de MK ne connaissant pas les yellow flags et n'évaluant pas systématiquement ces facteurs laisse à penser qu'un grand nombre de professionnels manque surtout de formation sur le sujet.

La formation des MK à l'évaluation des yellow flags a justement fait l'objet ces dernières années de plusieurs études. Une étude précédemment citée(56), réalisée à l'aide d'entretiens semi-structurés en Angleterre, a mis à jour que les MK étaient globalement bien informés de la nature multidimensionnelle de la douleur dans la lombalgie chronique, mais qu'ils manquaient de confiance en eux pour l'évaluation des yellow flags et leur prise en charge. Elle concluait également que **plus de formation était nécessaire** pour leur permettre cette prise en charge globale. Une revue systématique de 2015(57) a évalué que les MK ne reconnaissaient que partiellement les facteurs psychosociaux dans la lombalgie, et qu'ils avaient tendance

- à catégoriser les patients comme non motivés et en recherche d'attention lorsqu'ils présentaient certains facteurs comportementaux
- à estimer que cela ne rentrait pas dans leurs rôles d'évaluer et prendre en compte les yellow flags
- à affirmer qu'ils n'étaient pas formés pour cela.

En 2018, une étude qualitative suisse(58) a indiqué avoir retrouvé une mauvaise correspondance entre la perception intuitive des facteurs de risque présents chez le patient et leur importance, et les facteurs avérés par différents scores validés. Enfin, une étude qualitative(59) conduite dans quatre pays différents a permis d'évaluer

l'impact dans la pratique des MK d'une formation en thérapies cognitivo-comportementales, qui est une méthode validée et basée sur les interactions entre émotions, pensées et comportements visant à remplacer le comportement inadapté d'une personne pour résoudre son trouble. Les participants, après avoir mis en pratique les acquis de leur formation, ont rapporté une meilleure compréhension des mécanismes de la douleur, du rôle des croyances du patient ainsi qu'une nouvelle approche de l'alliance thérapeutique. Ils ont également vu des changements dans leur pratique et leur communication, et on décrit avoir mieux conscience de leur rôle et champ d'action concernant les yellow flags, ainsi qu'une plus grande confiance en eux dans l'évaluation et la prise en charge de ces facteurs. Ainsi, cette formation a pu donner des clés aux MK pour leur permettre de prendre en charge plus efficacement leurs patients lombalgiques, et de faire mieux correspondre leurs pratiques à l'état actuel des connaissances. Les thérapies cognitivo-comportementales, dont de nombreuses études(2,60) ont prouvé l'efficacité dans le traitement de la lombalgie chronique, semblent être une piste prometteuse pour l'avenir de la prise en charge des patients lombalgiques.

Au vu de l'ensemble de ces résultats il apparaît donc qu'il n'est pas suffisant que les MK sachent ce qu'ils devraient faire en matière de risque psychosociaux, mais aussi qu'ils soient **formés pour savoir comment ils doivent le faire**. S'il est nécessaire que la population générale, et donc les patients, soient informés sur le contenu de la rééducation de la lombalgie pour une meilleure adhérence, ce changement au profit d'une approche multidimensionnelle de la douleur devra d'abord s'opérer chez les professionnels de santé pour qu'il soit efficace. C'est aussi le constat que fait un MK en commentaire du questionnaire : «*Notre discours rentre en dissonance avec les attentes des patients et nous y sommes mal préparés.*» regrette-t-il. Or nous avons pu constater que des freins à la mise en place d'un modèle biopsychosocial compris et accepté par tous émanent encore de certains professionnels. Ainsi, les MK ayant répondu à notre questionnaire sont 49,51% à considérer qu'il y a un manque de communication entre eux et le médecin prescripteur, et 41,26% à considérer qu'il y a un manque de communication avec les autres professionnels. Les fausses représentations et croyances sont encore aussi présentes chez un certain nombre de professionnels, conduisant à des discours opposés tenus aux patients ce qui complique la prise en charge.

De nombreux freins à une prise en charge efficace des facteurs de risque psychosociaux dans la lombalgie existent donc encore aujourd'hui, qu'ils viennent du patient, du mode d'exercice et de son organisation, ou bien des professionnels eux-

mêmes. Pourtant, l'assimilation du modèle biopsychosocial ne cesse de progresser, comme en témoigne par exemple la proportion plus grande de jeunes diplômés évaluant les yellow flags. De plus, la HAS a très récemment mis à jour ses recommandations concernant la lombalgie en publiant en avril 2019 de nouvelles indications avec pour objectif « d'améliorer et d'harmoniser la prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [...] afin de réduire le risque de chronicité de la lombalgie et de désinsertion professionnelle »(61). Ces recommandations insistent sur l'importance de l'**éducation des patients** et surtout sur le **dépistage précoce des patients à risque** de chronicité. Elle réaffirme également la place du MK dans ce processus en tant que professionnel participant « à l'éducation du patient [...] dans le cadre d'une prise en charge biopsychosociale ». Ainsi, ces nouvelles recommandations semblent confirmer l'évolution nécessaire de notre manière d'appréhender la prise en charge des patients lombalgiques, pour une meilleure adéquation aux connaissances actuelles.

#### **4.2.3. Pistes de réflexion pour une meilleure adéquation des pratiques à l'état actuel des connaissances**

Nous avons abordé précédemment deux problématiques majeures dans la prise en charge kinésithérapique des yellow flags : l'absence de (re)connaissance de ces facteurs de risque par les professionnels, et le manque d'évaluation systématique des yellow flags dans les premières semaines d'évolution. Nous avons pu discuter de l'importance de la formation pour responsabiliser les professionnels quant à leur rôle dans ce domaine mais surtout pour leur faire acquérir les compétences nécessaires à ce type de prise en charge. Les MK eux-mêmes semblent demandeurs puisque les trois quarts d'entre eux estiment ne pas avoir été suffisamment formés à cela durant leurs études. Si le **rôle de la formation**, qu'elle soit initiale ou continue, est indéniable, d'autres pistes peuvent être évoquées pour améliorer les pratiques, et les faire correspondre au mieux à l'état actuel des connaissances scientifiques.

Dans ce domaine, les récentes recommandations de la HAS(61) sont une grande avancée puisqu'elles offrent aux praticiens une feuille de route, avec notamment la publication d'un arbre décisionnel (annexe IV) pouvant servir de support à l'établissement des plans de traitement des patients lombalgiques. La HAS insiste également sur l'importance de **détecter mieux et précocement** les patients à risque de chronicisation, ce qui nous semble primordial.

Dans l'objectif de mieux détecter ces patients à risque, et prenant en compte le fait que les MK semblent plus s'intéresser aux facteurs psychosociaux une fois que la lombalgie est déjà installée, il conviendrait peut-être de **requalifier la définition de « chronique »**. A ce sujet, un article(62) publié dans la Revue du Rhumatisme en 2005 expliquait qu'il existe une période charnière se situant durant le deuxième mois d'évolution, et qu'un patient ne s'étant pas nettement amélioré après six à huit semaines d'évolution avait de grands risques d'évoluer vers la chronicité. Dès lors, la frontière de la fin du troisième mois ne semble plus avoir beaucoup de sens concernant la lombalgie, les moyens nécessaires pour lutter contre la douleur persistante devant être mis en œuvre plus tôt. C'est d'ailleurs ce que recommande la HAS dans sa récente publication(63) : si le traitement lors du déclenchement d'une lombalgie comprend surtout de l'information et des conseils, associés au cas par cas à un traitement antalgique et à une évaluation des yellow flags, elle préconise au médecin traitant d'en réévaluer l'efficacité au bout de deux à quatre semaines pour écarter un risque de chronicisation. Pour les patients reconnus à risque de chronicité, que la HAS encourage donc à détecter le plus tôt possible, une prise en charge spécifique et multidisciplinaire devra être effectuée, comprenant notamment de la kinésithérapie active et de l'éducation à la neurophysiologie de la douleur. Les symptômes ainsi que les yellow flags devront être réévalués entre six et douze semaines d'évolution, soit en-deçà de l'actuelle qualification de « lombalgie chronique ». Ainsi, changer notre considération des étapes clés de l'évolution de la lombalgie nous permettrait peut-être de mieux prendre en compte la réalité de la pathologie pour mieux détecter les patients chez qui la douleur risque de perdurer.

Dans le but de détecter précocement les patients à risque de chronicisation, il existe de nombreux questionnaires et échelles validés, comme le questionnaire d'Örebro précédemment mentionné. Pourtant, plus d'un quart des MK interrogés désigne le manque d'outils d'évaluation comme frein à la prise en charge des facteurs de risque psychosociaux. Il conviendrait donc de populariser et rendre accessibles les ressources les plus simples d'utilisation et ayant fait la preuve de leur qualité auprès des professionnels de santé, afin de les inciter dans cette démarche. Les recommandations de la HAS d'avril 2019(61) mentionnent d'ailleurs quatre questionnaires (STarT Back screening tool, questionnaire d'Örebro, Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression scale), ce qui permettra certainement d'aiguiller dans leurs choix les MK débutants.

Enfin, la manière dont est pris en charge le patient lombalgique tout au long de son parcours de soin constitue en elle-même un facteur de risque, qu'il s'agisse de

discours nocebo, d'interprétations anxiogènes d'imageries ou encore d'arrêts de travail inappropriés. Il conviendrait donc que les professionnels soient conscients de cet aspect et vigilants quant à leur communication et leurs actes afin de réduire ce facteur.

Les changements proposés ici ne constituent pas une liste exhaustive des améliorations possibles mais bien des pistes de réflexion qui ont émergé à la suite de notre étude. Elles nécessiteraient d'être approfondies dans des travaux supplémentaires, qui incluraient la participation de toutes les professions concernées par la prise en charge des patients souffrant de lombalgie ainsi que les patients eux-mêmes.

### **4.3. Limites de l'étude et projection professionnelle**

#### **4.3.1. Biais et limites**

Malgré la rigueur avec laquelle nous avons tâché de réaliser ce travail, celui-ci comporte un certain nombre de biais et de limites.

Premièrement, les réflexions initiales concernant notre étude ainsi que la construction du questionnaire ont été en grande partie inspirées par les recommandations de la HAS alors en vigueur concernant la lombalgie. Depuis, de nouvelles recommandations ont été publiées intégrant beaucoup plus qu'auparavant les notions de yellow flags et de prévention par rapport au risque de chronicisation. Bien que nous ayons vu que l'intégration dans les pratiques des professionnels de nouveaux concepts et recommandations prennent du temps, ce mémoire aurait certainement été construit différemment au vu de ces nouvelles recommandations.

Concernant notre questionnaire, plusieurs limites sont à mentionner. Tout d'abord, sa longueur a pu décourager un certain nombre de répondants. La pertinence et surtout l'utilité de certaines questions au moment de l'analyse des résultats ont pu être remises en question.

Certaines questions, du moins celle concernant le nombre de séances avec des patients lombalgiques par semaine, ont également pu être interprétées différemment. En effet, une personne à la fin du questionnaire nous a fait part de son doute quant à la réponse recherchée, se demandant si nous voulions savoir combien de séances avec un même patient ils effectuaient dans la semaine. Néanmoins, au vu de la proportion de MK ayant répondu « plus de 5 », nous avons estimé que la quasi-totalité des répondants avait interprété cette question correctement, car il est difficile d'imaginer effectuer plus de cinq séances avec un même patient lombalgique dans la semaine.

Enfin, la méthode de diffusion du questionnaire, via le réseau social Facebook, peut être critiquée. En effet, bien que les administrateurs des groupes où nous avons diffusé le questionnaire vérifient que chaque membre exerce bien la profession de MK, nous n'avons pas de manière de contrôler qui sont les personnes ayant répondu au questionnaire et combien de fois elles l'ont complété. De plus, il existe un biais de sélection puisqu'il était annoncé que ce questionnaire traitait de la lombalgie. Bien que nous ayons pris soin de ne pas préciser qu'il était centré sur les yellow flags et que nous ne l'avons pas diffusé dans des groupes spécialisés sur la lombalgie ou la gestion de la douleur, il est possible d'émettre l'hypothèse que des MK aient répondu au questionnaire car ils sont plus spécifiquement intéressés par la lombalgie. Dès lors, nous pouvons supposer que les réponses à ce questionnaire proviennent de professionnels qui maîtrisent mieux le sujet de la lombalgie que la globalité des MK, et que la méconnaissance des yellow flags est peut-être sous-estimée ici. Il aurait fallu sélectionner un échantillon tiré au sort pour être plus représentatif de la population en exercice dans l'exploitation de nos résultats.

Enfin, tel que nous avons eu l'occasion de le mentionner les études concernant les yellow flags doivent être sujettes à caution car elles comportent des biais méthodologiques, de par l'essence même du sujet de recherche. Bien que nous ayons prêté attention à la qualité des études utilisées et privilégié les méta-analyses, les preuves et degrés d'influence de certains facteurs n'étant pas encore totalement établis, certaines déductions doivent être considérées avec le recul scientifique nécessaire. L'essor de la recherche dans ce domaine permet néanmoins d'être optimiste pour l'avenir.

#### **4.3.2. Projection professionnelle**

La réalisation de ce travail m'aura permis de prendre du recul sur l'orientation que je souhaite donner à mes futures prises en charge de patients lombalgiques. J'ai pu confronter les enseignements que j'ai reçus, mon expérience clinique, et les nouvelles connaissances que j'ai acquises grâce à ce mémoire afin d'élargir ma vision de la rééducation de ces patients ; mais également des patients douloureux chroniques et plus globalement de chaque patient qui doit être appréhendé selon un modèle bio-psycho-social c'est-à-dire de mon point de vue en ne se résumant pas à la prise en charge d'une pathologie mais bien d'une personne. Les échanges que j'ai eus à propos de la lombalgie avec des professionnels de différents domaines de la santé,

mais également avec des patients ou d'autres personnes non formées sur le sujet, ont été très enrichissants et n'ont fait que confirmer mon intérêt pour ce domaine.

J'ai eu la chance de pouvoir orienter mon stage de clinicat de dernière année sur la prise en charge de la lombalgie en étant reçue dans un établissement de soin de suite et de réadaptation accueillant des patients lombalgiques chroniques. Cela m'a permis de constater, à la lumière de mes nouvelles connaissances, que des stratégies auraient pu être mises en places plus tôt afin d'éviter à certaines de ces personnes de voir leurs douleurs perdurer. Cela m'a également confortée sur la nécessité continuer à enrichir mes expériences pratiques et à approfondir certaines compétences nécessaires pour mes prises en charges futures, via des formations continues et notamment en thérapies cognitivo-comportementales. La remise en question et l'apprentissage permanent étant des bases dans notre profession, je me réjouis à la perspective d'être constamment en voie d'amélioration...

## **Conclusion**

Ce travail avait pour objectif d'étudier l'adéquation des pratiques des MK avec les recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge des facteurs psychosociaux dans la lombalgie. Pour cela, un questionnaire à destination des MK libéraux a été construit à partir des recommandations de la HAS alors en vigueur, complétées par d'autres recommandations internationales. Il a été diffusé via un réseau social et ce sont ensuite 206 réponses complètes qui ont été analysées.

Les résultats ont permis de constater que plus d'un tiers des MK déclare ne pas connaître les yellow flags. Une différence significative dans la fréquence d'évaluation de ces facteurs suivant le stade de la lombalgie a été établie, l'évaluation étant plus systématique au stade chronique. Il a également été constaté que la fréquence d'évaluation augmentait en fonction de différents facteurs tels que l'augmentation du nombre de patients lombalgiques vus dans la semaine, la récence du diplôme, et le suivi de formations en lien avec la prise en charge de yellow flags. S'il existe une multitude d'outils pour quantifier la présence et l'importance des facteurs de risque chez un patient, les MK sont peu nombreux à les utiliser dans leur pratique. L'analyse des résultats a également permis d'observer une plus grande conformité aux recommandations dans les prises en charge au stade de lombalgie chronique qu'aux stades plus précoces. Cependant les pratiques des MK concernant la prise en compte des yellow flags dans la rééducation sont hétérogènes, s'ils ont en grande majorité

investi le champ du conseil et de l'éducation des patients ils semblent plus démunis quant à l'évaluation des yellow flags et les réponses à y apporter. L'exercice en interprofessionnalité est également à améliorer, avec un manque de communication entre les professionnels déploré par les MK. La prévention secondaire dans la lombalgie, passant notamment par la détection précoce des patients à risque de chronicisation, serait donc à intensifier. De nombreux freins à une prise en charge efficaces des yellow flags subsistent encore, qu'ils émanent du contenu des formations initiales et continues, de l'organisation du travail en libéral, ou bien des professionnels eux-mêmes. Néanmoins les évolutions semblent se poursuivre, comme en témoigne la place des facteurs psychosociaux dans les recommandations de prise en charge de la lombalgie publiées en avril 2019 par la HAS.

Des limites concernant ce travail sont à prendre en compte, la construction du questionnaire et sa méthode de diffusion comportant certains biais. De plus, la difficulté de la recherche scientifique concernant les yellow flags est à considérer pour la fiabilité de certaines études citées. La réalisation de ce travail m'aura permis de prendre du recul sur la manière de prendre en charge les patients lombalgiques et plus généralement la douleur chronique. La confrontation des nouvelles connaissances acquises avec les enseignements reçus en formation initiale et mon expérience clinique n'ont fait que confirmer mon intention de me former plus spécifiquement dans ce domaine par la suite, dans une logique d'amélioration constante des pratiques.

Plusieurs études ont pu justement prouver l'intérêt d'une formation complémentaire pour augmenter la capacité des MK à détecter les yellow flags et à prendre en charge des patients lombalgiques présentant une influence marquée de facteurs psychosociaux. Des travaux seraient donc à conduire pour justifier le renforcement d'enseignements en formation initiale afin d'améliorer les compétences des MK dans ce domaine. De plus, des réflexions seraient à mener concernant le développement d'outils afin d'aider les MK, les autres professionnels, et le patient lui-même dans l'optimisation de la prise en charge. Les nouvelles technologies sont une piste intéressante à exploiter pour cela, avec par exemple le dossier médical partagé qui permettra aux professionnels de communiquer plus efficacement entre eux afin d'optimiser les prises en charges.

## **Bibliographie**

1. Caisse d'Assurance de Retraite et de Santé au Travail. (page consultée le 17/02/2019). Communiqué de presse : Mal de dos au travail, [en ligne]. <https://www.carsat-pl.fr/files/live/sites/carsat-pl/files/pdf/nous-connaître/presse/cdp-mal-de-dos-au-travail.pdf>
2. O'Sullivan K, Dankaerts W, O'Sullivan L, O'Sullivan PB. Cognitive Functional Therapy for Disabling Nonspecific Chronic Low Back Pain: Multiple Case-Cohort Study. *Phys Ther.* nov 2015;95(11):1478-88.
3. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Phys Ther.* 1 mai 2011;91(5):737-53.
4. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain: Spine. mars 2002;27(5):E109-20.
5. Fritz JM, George SZ. Identifying Psychosocial Variables in Patients With Acute Work-Related Low Back Pain: The Importance of Fear-Avoidance Beliefs. *Phys Ther.* 1 oct 2002;82(10):973-83.
6. Ng SK, Cicuttini FM, Wang Y, Wluka AE, Fitzgibbon B, Urquhart DM. Negative beliefs about low back pain are associated with persistent high intensity low back pain. *Psychol Health Med.* 2017;22(7):790-9.
7. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal* [en ligne]. juillet 2018, Vol.27, N°11, [consulté 5/09/18]; Disponibilité sur Internet : <<https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>>
8. Assurance Maladie. (page consultée le 26/09/18). Enjeu de santé publique, [en ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/lombalgies/enjeu-sante-publique>
9. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. *Rev Rhum.* mars 2002;69(3):338-43.
10. Haute Autorité de la Santé. (page consultée le 09/02/19). Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription, [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie\\_2005\\_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Lombalgie_2005_rap.pdf)
11. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet.* juin 2018;391(10137):2356-67.
12. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 1 juin 2012;64(6):2028-37.

13. Collège de la Médecine Générale. (page consultée le 26/09/2018). La lombalgie commune, [en ligne]. [http://www.lecmg.fr/photos/lombalgie\\_commune\\_en.pdf?PHPSESSID=in3js7ug9h0d1eq00uot31ovr2](http://www.lecmg.fr/photos/lombalgie_commune_en.pdf?PHPSESSID=in3js7ug9h0d1eq00uot31ovr2)
14. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Sermet C. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. 2012;6.
15. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'Enquête santé européenne: enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. 2017.
16. Assurance Maladie. (page consultée le 05/01/19). Campagne de prévention sur le mal de dos au travail, [en ligne]. [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_Lombalgie-06112018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Lombalgie-06112018.pdf)
17. Assurance Maladie. (page consultée le 14/02/19). Campagne de sensibilisation sur la lombalgie, [en ligne]. [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp\\_assurance-maladie.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf)
18. Greg Lehman. (page consultée le 12/10/18). Recovery Strategies Book, [en ligne]. <https://static1.squarespace.com/static/57260f1fd51cd4d1168668ab/t/594964426a4963370e76990a/1497982233437/recovery+strategies+final+book+june+2017.pdf>
19. Faculté de médecine de Strasbourg. (page consultée le 14/02/19). Bases neurophysiologiques des douleurs et composantes des douleurs, [en ligne]. [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Bases\\_neurophysiologiques\\_des\\_douleurs\\_composantes\\_des\\_douleurs.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Bases_neurophysiologiques_des_douleurs_composantes_des_douleurs.pdf)
20. Haute Autorité de la Santé. (page consultée le 17/02/19). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf)
21. Collège Français des Enseignants en Médecine Physique et de Réadaptation. (consulté le 18/02/19). Prise en charge des douloureux chroniques à travers l'expérience d'un centre de traitement de la douleur chronique, [en ligne]. <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/BORDdoul4aCaden.pdf>
22. Hammond C. (consulté le 18/02/19). Les composantes de la douleur, [en ligne]. [cité 18 févr 2019]. <http://acces.ens-lyon.fr/biotic/neuro/douleur/html/compdoul.htm>
23. Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie [en ligne]. Revue Médicale Suisse, 2010, Vol6, N°258, (consulté le 23/03/19). <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
24. Greg Lehman. (page consultée le 14/09/18). Programme de rétablissement, [en ligne] <https://www.actukine.com/attachment/938139/>
25. Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, Röder C, Hendrick P, Darlow B, et al. Predicting the transition from acute to persistent low back pain. Occup Med. 1 mars 2011;61(2):127-31.

26. Rostagno S. (page consultée le 21/02/19). Les Yellow Flags, [en ligne]. Dhttps://www.actukine.com/Les-Yellow-Flags\_a1188.html
27. Alhowimel A, AlOtaibi M, Radford K, Coulson N. (page consultée le 05/09/19). Psychosocial factors associated with change in pain and disability outcomes in chronic low back pain patients treated by physiotherapist : A systematic review. [en ligne] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5808969/
28. Kendall NAS, Linton SJ, Main C. Psychosocial Yellow Flags for acute low back pain: 'Yellow Flags'; as an analogue to 'Red Flags'; Eur J Pain. mars 1998;2(1):87-9.
29. Kendall, NAS, Linton, SJ, Main, CJ. (page consultée le 21/11/18) Clinical assessment of psychosocial Yellow Flags, [en ligne]. http://topalbertadoctors.org/download/442/clinical\_assessment\_of\_.pdf
30. Foltz V. (page consultée le 21/02/19). Lombalgie commune Maintenir les activités, objectif clé de l'approche bio-psycho-sociale, [en ligne]. http://www.drsm-idf.fr/uploads/media/LombalgiesConcoursM\_2014\_9\_685-1.pdf
31. Genêt F, Lapeyre E, Schnitzler A, Hausseguy A, D'Apolito A-C, Lafaye de Michaux R, et al. [Psychobehavioural assessment for chronic low back pain]. Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med Phys. juin 2006;49(5):226-33.
32. Nguyen C., Poiraudreau S., et al. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme 76 (2009) 537–542
33. MATSUDAIRA K, KAWAGUCHI M, ISOMURA T, INUZUKA K, KOGA T, MIYOSHI K, et al. Assessment of psychosocial risk factors for the development of non-specific chronic disabling low back pain in Japanese workers—findings from the Japan Epidemiological Research of Occupation-related Back Pain (JOB) study. Ind Health. juill 2015;53(4):368-77.
34. Tribian A, Vinstrup J, Sundstrup E, Jay K, Bös K, Andersen LL. Physical activity during work and leisure show contrasting associations with fear-avoidance beliefs: cross-sectional study among more than 10,000 wage earners of the general working population. Scand J Pain. 2018;18(1):71–79.
35. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. Spine. 15 déc 1995;20(24):2702-9.
36. Abenhaim L, Rossignol M, Gobeille D, Bonvalot Y, Fines P, Scott S. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. Spine. 1 avr 1995;20(7):791-5.
37. Asmundson G, Vlaeyen J, Crombez G, éditeurs. Understanding and Treating Fear of Pain. Oxford, New York: Oxford University Press; 2004. 288 p.
38. Staal J, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton A, Koes B, et al. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. Occup Environ Med. sept 2003;60(9):618-26.

39. Clinique des Lombalgies Interdisciplinaires en Première Ligne. (page consultée le 11/10/18). Guide de pratique, [en ligne]. [https://www.oeq.org/DATA/NORME/25~v~clip\\_lombalgies-guide.pdf](https://www.oeq.org/DATA/NORME/25~v~clip_lombalgies-guide.pdf)
40. National Institute for Health and Care Excellence. (page consultée le 05/09/18). Low back pain and sciatica in over 16s : assessment and management, Guidance and guidelines, [en ligne]. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG59/chapter/Recommendations#non-invasive-treatments-for-low-back-pain-and-sciatica>
41. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (page consultée le 12/09/18). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique, [en ligne]. <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombaldec2000.pdf>
42. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (page consultée le 12/02/19). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique, [en ligne]. <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lombaldec2000.pdf>
43. Airaksinen O., Brox J. I., C. et al. Cedraschi. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal* (2006) 15 (Suppl. 2): S192–S300
44. Oliveira C. B. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care : an updated overview. *European Spine Journal* (2018) 27:2791–2803
45. Sadani D. Lombalgie commune : prise en charge ambulatoire par le kinésithérapeute : enquête de pratique auprès de 98 kinésithérapeutes de Loire-Atlantique [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Nantes : Faculté de Médecine; 2018.
46. Code de la santé publique - Article R4321-62. Code de la santé publique.
47. Bruyère O, Demoulin M, Beudart C, Hill JC, Maquet D, Genevay S, et al. Validity and Reliability of the French Version of the STarT Back Screening Tool for Patients With Low Back Pain. *Spine*. 15 janv 2014;39(2):E123.
48. Nonclercq O, Berquin A. Predicting chronicity in acute back pain : Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Ann Phys Rehabil Med*. 1 mai 2012;55(4):263-78.
49. Beck. (page consultée le 20/03/19). Echelle de Beck, [en ligne]. <http://www.unafam.info/87/img/echelle-beck.pdf>
50. George SZ, Beneciuk JM, Lentz TA, Wu SS, Dai Y, Bialosky JE, et al. Optimal Screening for Prediction of Referral and Outcome (OSPRO) for Musculoskeletal Pain Conditions: Results from the Validation Cohort. *J Orthop Sports Phys Ther*. juin 2018;48(6):460-75.
51. American Physical Therapy Association. (page consultée le 22/02/19). Yellow Flag Assessment Tool - About the Tool, [en ligne]. <https://www.orthopt.org/content/s/yellow-flag-assessment-tool-about-the-tool>

52. Code de la santé publique. Article R4321-2. Code de la santé publique
53. Du S, Hu L, Bai Y, Dong J, Jin S, Zhang H, et al. The Influence of Self-Efficacy, Fear-Avoidance Belief, and Coping Styles on Quality of Life for Chinese Patients with Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Multisite Cross-Sectional Study. *Pain Pract Off J World Inst Pain*. 23 nov 2017.
54. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother*. 1 juill 2017;63(3):132-43.
55. Widerström B, Rasmussen-Barr E, Boström C. Aspects influencing clinical reasoning and decision-making when matching treatment to patients with low back pain in primary healthcare. *Musculoskelet Sci Pract*. 1 juin 2019;41:6-14.
56. Cowell I, O'Sullivan P, O'Sullivan K, Poyton R, McGregor A, Murtagh G. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 1 déc 2018;38:113-9.
57. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother*. avr 2015;61(2):68-76.
58. Brunner E. et al. (page consultée le 05/09/18). Physiotherapists struggle to identify and deal with psychological factors in back pain [en ligne]. <https://bodyinmind.org/identifying-psychological-factors-back-pain/>
59. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, Robinson K, et al. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: a qualitative study. *J Physiother*. oct 2016;62(4):215-21.
60. Baez S, Hoch MC, Hoch JM. Evaluation of Cognitive Behavioral Interventions and Psychoeducation Implemented by Rehabilitation Specialists to Treat Fear-Avoidance Beliefs in Patients With Low Back Pain : A Systematic Review. *Arch Physical Medecine and Rehabilitation*. Vol99, N°11, p. 2287-2298
61. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 05/04/19). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune)
62. Société Française de Rhumatologie. (page consultée le 22/02/19). Facteurs de chronicisation des lombalgies communes [en ligne]. *Revue du Rhumatisme* 72 (2005). p. 373-375 <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Publications/pub-72-373-375.asp>
63. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 05/04/2019). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune : arbre décisionnel, [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315\\_arbre\\_decisionnel\\_cd\\_2019\\_03\\_28vd.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_arbre_decisionnel_cd_2019_03_28vd.pdf)

## **Sommaire des annexes**

Annexe I : Questionnaire d'Orebro

Annexe II : STarT Back Screening Tool

Annexe III : Questionnaire d'évaluation des pratiques des kinésithérapeutes libéraux dans la prise en charge de la lombalgie

Annexe IV : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un patient présentant une lombalgie commune

## Annexe I : Questionnaire d'Orebro

Nom :

Date de naissance :

*Ces questions vous concernent si vous avez des douleurs au niveau du dos, des épaules ou de la nuque. Veuillez lire et répondre à chaque question attentivement. Ne prenez pas trop longtemp pour répondre aux questions. Il est cependant important que vous répondiez à chaque question. Quelque soit votre situation, il y a toujours une réponse à donner.*

Exemple :

Répondez en entourant un chiffre :

J'aime les oranges.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
pas du tout énormément

Ou bien cochez une case.

Combien de jours par semaine faites-vous de l'exercice physique ?

0-1 jour       2-3 jours       4-5 jours       6-7 jours

1. En quelle année êtes-vous né ? 19...

2. Etes-vous       un homme       une femme

3. Dans quel pays êtes-vous né ? .....

4. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

travail rémunéré (employé ou indépendant)

étudiant

travail à domicile sans revenus

sans emploi

pensionné/retraité

autre : .....

5. Où avez-vous mal ? Cochez les cases appropriées

cou       épaule       haut du dos       bas du dos       jambe

6. Combien de jours de travail avez-vous manqué à cause de la douleur pendant **les 12 derniers mois** ? Cochez une case.

0 jours       1-2 jours       3-7 jours       8-14 jours

15-30 jours       31-60 jours       61-90 jours       91-180 jours

181-365 jours       >365 jours

7. Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ? Cochez une case.

- 0-1 semaine     2-3 semaines     4-5 semaines     6-7 semaines  
 8-9 semaines     10-11 semaines     12-23 semaines     24-35 semaines  
 36-52 semaines     >52 semaines

8. Votre travail est-il physiquement lourd ou monotone ? Entourez la meilleure possibilité

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
pas du tout    extrêmement  
 sans emploi

9. Quelle était l'intensité de votre douleur **durant les sept derniers jours** ? Entourez un chiffre.

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
pas de douleur    douleur maximale  
imaginable

10. Au cours des **trois derniers mois**, en moyenne, quelle a été l'intensité de votre douleur sur une échelle de 1 à 10 ? Entourez un chiffre.

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
pas de douleur    douleur maximale  
imaginable

11. Au cours des **trois derniers mois**, en moyenne, comment évalueriez-vous la fréquence des épisodes douloureux ? Entourez un chiffre.

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Jamais    toujours

12. Considérant tout ce que vous faites pour gérer la douleur, au cours d'une journée normale, comment êtes-vous capable de la diminuer ? S'il vous plaît, entourez le chiffre approprié.

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Incapable de la diminuer    Capable de la diminuer complètement

13. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de **la dernière semaine** ? Entourez un chiffre.

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Complètement calme et relâché    Aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été

14. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de **la dernière semaine** ? Entourez un chiffre.

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Pas du tout    Extrêmement

15. A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas de risque Risque très élevé

16. A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler **dans six mois** ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Aucune chance Très grande chance

17. Si vous considérez vos habitudes de travail, votre hiérarchie (votre administration, votre direction...) votre salaire, vos possibilités de promotion, et vos collègues de travail, à quel point êtes vous satisfait de votre travail ? Entourez un chiffre.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas satisfait du tout Complètement satisfait

Sans emploi

*Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter **votre** dos.*

18. L'activité physique aggrave ma douleur.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

19. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

20. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Pas du tout d'accord Complètement d'accord

Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.

21. Je peux faire un travail léger pendant une heure.  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Je ne peux pas Je peux le faire  
 le faire à cause sans que la  
 de la douleur douleur  
 soit un problème
22. Je peux marcher pendant une heure  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Je ne peux pas Je peux le faire  
 le faire à cause sans que la  
 de la douleur douleur
23. Je peux faire les travaux ménagers habituels.  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Je ne peux pas Je peux le faire  
 le faire à cause sans que la  
 de la douleur douleur  
 soit un problème
24. Je peux faire les courses de la semaine.  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Je ne peux pas Je peux le faire  
 le faire à cause sans que la  
 de la douleur douleur  
 soit un problème
25. Je peux dormir la nuit.  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Je ne peux pas Je peux le faire  
 le faire à cause sans que la  
 de la douleur douleur  
 soit un problème

Merci pour votre collaboration !

#### Cotation

##### Préparation avant calcul du score total

- question 5 : multiplier le nombre de sites douloureux (0 à 5) par 2
- questions 16, 17 et 21 à 25 : inverser le score (10 devient 0, 9 devient 1 etc)
- autres questions : pas de modification

Calcul du score total / Additionner les scores aux questions 5 à 25, après avoir réalisé les corrections décrites ci-dessus.

##### Interprétation du résultat

- score inférieur ou égal à 75 : risque faible
- score compris entre 76 et 105 : risque modéré
- score supérieur à 105 : risque élevé

Source : Nonclercq, O., & Berquin, A. (2012). Predicting chronicity in acute back pain: Validation of a French translation of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55, 263-278.

## Annexe II : STarT Back Screening Tool

Pour ce premier ensemble de questions, veuillez penser à votre mal de dos pendant ces deux dernières semaines.

		Pas d'accord 0	D'accord 1
1	Mon mal de dos <b>a irradié dans la/les jambe(s)</b> à un certain moment ces 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	J'ai ressenti des douleurs dans <b>l'épaule ou dans le cou</b> à un certain moment ces 2 dernières semaines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ces 2 dernières semaines, je n'ai <b>marché que sur de courtes distances</b> à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ces 2 dernières semaines, je me suis <b>habillé plus lentement</b> que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Il n'est vraiment pas prudent, pour une personne dans un état comme le mien, d'être <b>physiquement active</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Des pensées préoccupantes m'ont souvent traversé l'esprit</b> ces 2 dernières semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	J'estime que mon <b>mal de dos est épouvantable</b> et je pense que <b>cela n'ira jamais mieux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	En général, ces 2 dernières semaines, je n'ai <b>pas profité de toutes</b> les choses que j'avais l'habitude d'apprécier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il **gêné** pendant ces **2 dernières semaines**?

<b>Pas du tout</b>	<b>Légèrement</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Enormément</b>
<input type="checkbox"/>				
0	0	0	1	1

**Score total (tout 9) :** \_\_\_\_\_ **Sous Score (Q5-9):** \_\_\_\_\_

### Cotation de l'instrument :

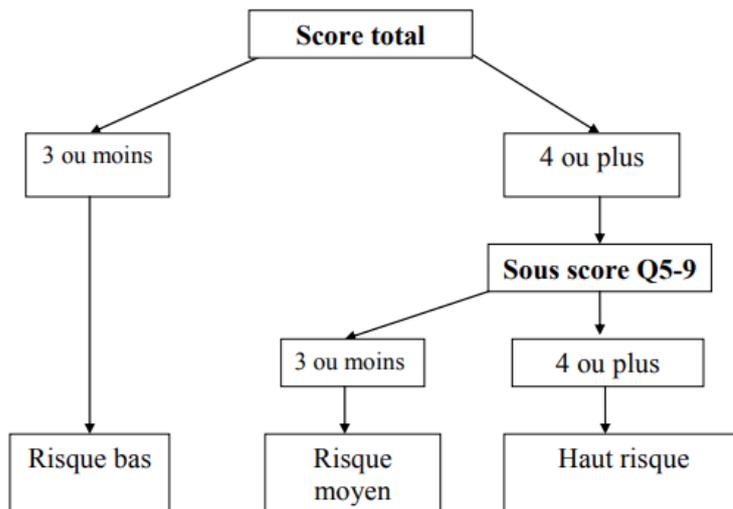
1 point est attribué à l'item 1 si « beaucoup » ou « énormément » est coché.

1 point est attribué pour chacun des autres items (2 à 9) si « d'accord » est coché.

La sous-échelle psychosociale comprend les items 1, 4, 7, 8 & 9.

Un patient est assigné au groupe à haut risque si le score de la sous-échelle psychosociale est supérieur ou égal à 4.

Les patients restants sont assignés au groupe à faible risque si le score global de l'instrument est inférieur à 4 et au groupe à risque moyen si ce score global est supérieur ou égal à 4.



Source : Bruyère O., Demoulin M., Brereton C., Damblon F., Flynn D., Hill J.C., Maquet D., Vanbeveren J., Reginster J.-Y., Crielaard J.-M., Demoulin C. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. Submitted in Archives of Public Health.

### **Annexe III : Questionnaire d'évaluation des pratiques des kinésithérapeutes libéraux dans la prise en charge de la lombalgie**

*Bonjour, ce questionnaire s'adresse aux kinésithérapeutes libéraux exerçant en France. Il a pour but d'évaluer certaines pratiques dans le domaine de la prise en charge de patients lombalgiques et n'est en aucun cas un jugement de vos méthodes de travail.*

*Afin d'obtenir un résultat le plus représentatif possible de la réalité je vous remercie d'essayer de rester objectif et de ne pas faire de recherches en parallèle du remplissage de ce questionnaire, qui doit rester basé sur vos connaissances actuelles.*

*Une question optionnelle est disponible en fin de questionnaire pour vos remarques éventuelles. Merci du temps que vous prendrez pour y répondre !*

Age

Homme/femme

Année de diplôme

Lieu de formation initiale : France/Etranger

Combien de séance avec un patient lombalgique (tous stades confondus) avez-vous par semaine en moyenne : 0-2, 2-5, Plus de 5

Avez-vous une formation spécifique en lien avec la prise en charge des patients lombalgiques ?

Non, Thérapie manuelle, Ecole du dos, Méthode Mc Kenzie, Thérapies cognitivo-comportementales, Techniques de relaxation, Techniques spéciales de massages (californien, thaïlandais, shiatsu..), Education Thérapeutique du Patient, Méthodes de Travail des Chaines Musculaires (Mézières, Busquet...), Posturologie, Méthode Pilate, Fasciathérapie, Programmation Neuro-Linguistique, Autre (préciser)

Vous utilisez les acquis de cette/ces formation(s) :  
Jamais/Occasionnellement/Souvent/Systematiquement

Connaissez-vous les yellow flags/drapeaux jaunes/risques psycho-sociaux ? Oui/Non

Citez tous les facteurs psycho-sociaux dans la lombalgie que vous connaissez

*Les yellow flags, ou drapeaux jaunes, sont un ensemble de facteurs psycho-sociaux dont l'influence dans le processus de chronicisation de la lombalgie est maintenant établie. Ce sont par exemple les fausses croyances liées à la douleur et son origine, la dépression, ou encore l'environnement professionnel.*

Au stade de lombalgie aigue ou sub-aigue (inférieur à 3 mois)

Vous réalisez un bilan initial : Jamais/Occasionnellement/Souvent/Systematiquement

Vous réalisez un bilan final : Jamais/Occasionnellement/Souvent/Systematiquement

Vous évaluez dans votre bilan les drapeaux jaunes :  
Jamais/Occasionnellement/Souvent/Systematiquement

Au stade de lombalgie chronique (supérieur à 3 mois)

Vous réalisez un bilan initial : Jamais/Occasionnellement/Souvent/Systematiquement

Vous réalisez un bilan final : Jamais/Occasionnellement/Souvent/Systematiquement

Vous évaluez dans votre bilan les drapeaux jaunes :  
Jamais/Occasionnellement/Souvent/Systematiquement

Utilisez-vous des échelles ou questionnaires afin d'évaluer les yellow flags ?  
Oui/Non/Parfois

Si oui lequel(le)s ?

Vous est-il déjà arrivé de consulter les recommandations des guides de bonnes pratiques concernant l'évaluation et la prise en charge de patients lombalgiques ?  
Oui/Non

*Les phrases ci-dessous seront à coter (Jamais/Occasionnellement/Souvent/Systématiquement) pour chacun des deux cas : prises en charges de lombalgies (sub)aigues, et de lombalgies chroniques.*

Je rassure le patient sur sa lombalgie (faible gravité et bon pronostic).

Je conseille/prescris une ceinture lombaire.

Je m'informe des attentes et objectifs du patient.

Je communique et agis en concertation avec les autres professionnels prenant en charge le patient.

Je conseille au patient d'arrêter ses activités car il est douloureux.

J'interroge les représentations du patient sur ses douleurs et leur origine.

J'évalue le niveau d'anxiété et les signes de dépression chez le patient.

Je demande des imageries et examens complémentaires.

Je pratique l'éducation thérapeutique auprès du patient.

J'évalue les stratégies cognitives que le patient met en place.

Je réoriente facilement le patient vers un autre professionnel (non kiné) lorsque j'identifie que cela pourrait le faire progresser.

Je donne des exercices d'autorééducation au patient.

Je prends en compte l'environnement de travail et ses enjeux.

J'encourage le patient à rester actif et à continuer ses activités.

Je fournis des outils (brochure, site internet..) au patient pour qu'il puisse s'informer.

J'évalue la motivation du patient.

Je tente de corriger les fausses croyances du patient.

Proposez-vous une autre prise en charge des yellow flags que celles proposées précédemment\* ?

*\*lutte contre la kinésiophobie, pas de recours abusif aux imageries, lutte contre les fausses croyances et représentations, ...*

Si oui, laquelle ?

Selon vous, quels sont les freins à la prise en charge efficace des risques psychosociaux en kinésithérapie ?

Formation initiale insuffisante, Formations continues inappropriées, Manque de temps, Manque d'outils d'évaluation (échelles, scores..), Pas d'intérêt à la prise en compte de ces facteurs dans la rééducation, Cela ne rentre pas dans le champ de compétences du MK, Manque de communication avec le médecin prescripteur, Manque de communication avec les autres professionnels, Les patients s'opposent à ce type de prise en charge

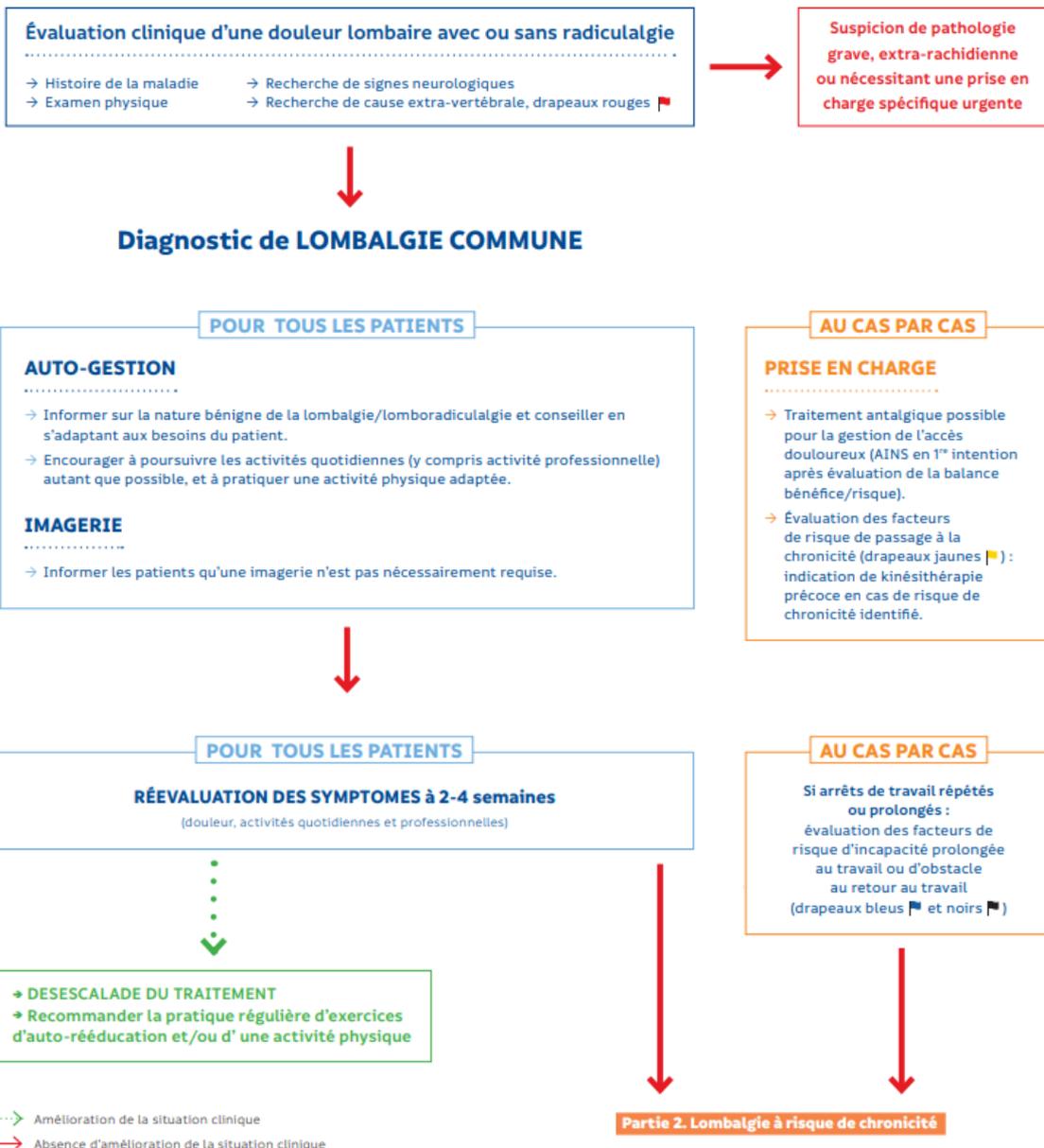
Autre : \_\_\_\_\_

Commentaire à propos de ce questionnaire/sujet : \_\_\_\_\_

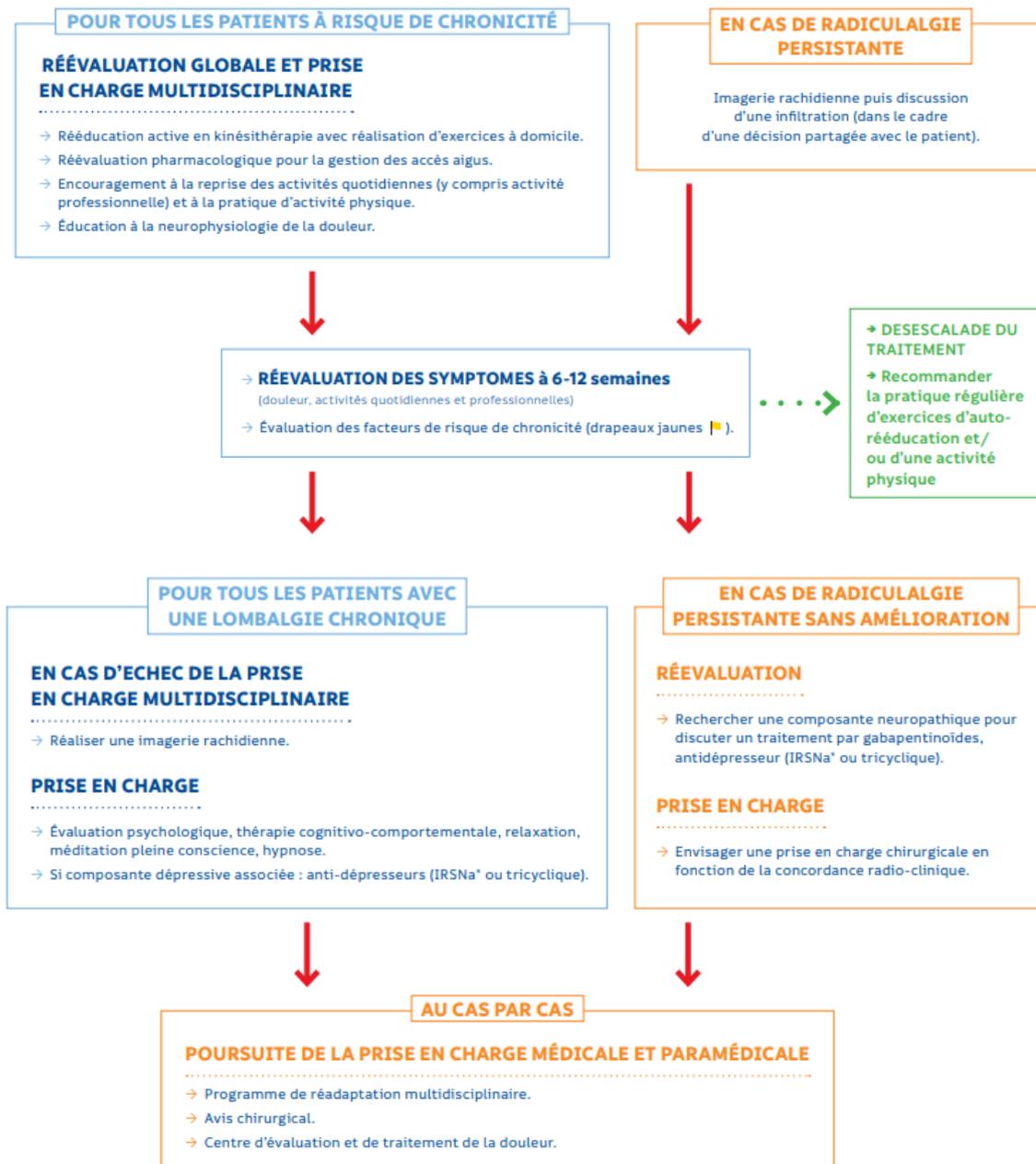
(Question optionnelle)

## Annexe IV : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un patient présentant une lombalgie commune

### Partie 1. Pousée aiguë de lombalgie



## Partie 2. Lombalgie à risque de chronicité/chronique



→ Amélioration de la situation clinique  
 → Absence d'amélioration de la situation clinique

\*IRSNa : inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Source : Haute Autorité de Santé, Mars 2019

NOM : LE GALL

PRENOM : Salomé

TITRE : Prise en compte des facteurs psychosociaux dans la rééducation de la lombalgie par les masseurs-kinésithérapeutes : une évaluation des pratiques

The prevalence of low back pain is in constant augmentation, and if the chronic state of the disease represents only a few percentage of the overall, the human and financial issues are important. The influence of psychosocial factors of risk, or yellow flags, has been stated on the chronicisation process. The guidelines has recommended to physiotherapists (PT) to include them in rehabilitation. To picture their rehabilitation methods concerning yellow flags, a questionnaire was sent through a social network to PT working in a private practice, and 206 answers were analysed. The results showed a lack of evaluation of the psychosocial factors during the acute and subacute states, and heterogeneous practices concerning the rehabilitation of these factors. Obstacles to a practicing in harmony with the guidelines were found. Changes, that still partly needs to be determined, in the training of the professionals and their way of organizing work will be required to get a better accordance with guidelines and the actuel state of knowledge.

La prévalence de la lombalgie est en constante augmentation, et si les cas de lombalgie chronique n'en représentent qu'un faible pourcentage, les enjeux tant humains que financiers sont importants. L'influence des facteurs de risques psychosociaux, ou yellow flags, est maintenant reconnue dans le processus de chronicisation et les guides de bonnes pratiques recommandent aux masseurs-kinésithérapeutes (MK) de les prendre en compte dans leur rééducation. Afin d'évaluer la pratique des MK libéraux concernant les yellow flags, un questionnaire a été diffusé via un réseau social et 206 réponses ont été analysées. Les résultats ont permis d'établir un manque d'évaluation des facteurs de risques lors des prises en charges aux stades aigu et subaigu, et des pratiques hétérogènes concernant la rééducation de ces facteurs. Des freins à une pratique conforme aux recommandations ont aussi été mis à jour. Des changements, qu'il restera en partie à déterminer, dans la formation des professionnels et l'organisation de leur travail seront nécessaires afin que les pratiques soient en meilleure adéquation avec les recommandations et l'état actuel des connaissances.

KEY WORDS : Low back pain – Yellow flags – Bio-psycho-social - Evaluation

MOTS CLES : Lombalgie – Yellow flags – Bio-psycho-social – Evaluation

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

22 avenue Camille Desmoulins, 29238 Brest Cedex 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES - 2019