



HAL
open science

Analyse du vécu d'un programme d'activité physique encadré pour des patients souffrant de lombalgies communes subaiguës ou récurrentes

Nicolas Licin

► **To cite this version:**

Nicolas Licin. Analyse du vécu d'un programme d'activité physique encadré pour des patients souffrant de lombalgies communes subaiguës ou récurrentes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03600528

HAL Id: dumas-03600528

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03600528>

Submitted on 7 Mar 2022

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 17 novembre 2021

par

M Nicolas Licin

Né (e) le 21/06/1991 à Caen (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

Analyse du vécu d'un programme d'activité physique encadré pour des patients souffrant de lombalgies communes subaiguës ou récurrente

Président : Madame le Professeur RAT Anne-Christine

Membres : Madame le Professeur ÉMERY Evelyne

Monsieur le Docteur SALMON Rémi, Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur PITHON Anni

Monsieur le Docteur LANOT Sylvain

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

AssesseursProfesseur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie

M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie

M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie



Année Universitaire 2021/2022

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Asseseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey	Médecine générale
M. BANSARD Mathieu	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme NOEL-DE JAEGER Sophie	Médecine générale
M. PITHON Anni	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
-----------------------------	----------------------------

Remerciements

A Madame le Professeur Anne-Christine Rat, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse que j'ai porté pendant plus d'un an et demi. Recevez à cette occasion l'expression de ma plus grande et sincère gratitude.

A Madame le Professeur Evelyne Emery, à Monsieur le Docteur Anni Pithon, A Monsieur le Docteur Sylvain Lanot, je vous remercie énormément d'avoir accepté de composer ce jury. Soyez assurés de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A monsieur le Docteur Rémi Salmon, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour tes précieux conseils, ta disponibilité (parfois jusqu'au bout de la nuit), ton soutien et ton accompagnement durant tout mon travail de thèse. Par ailleurs, tu as été un excellent maître de stage durant mon semestre de SASPAS à Alençon. J'ai beaucoup appris à tes côtés et j'admire le dévouement que toi et les autres praticiens de Startech Médecine pouvez consacrer à vos patients. L'élaboration d'un projet comme les ateliers du dos d'Alençon en sont témoin.

A madame le Docteur Françoise Bischoff, madame le Docteur Anne-Céline Brosse ainsi que toute l'équipe de Startech Médecine, je vous remercie mille fois pour tout ce que vous m'avez apporté durant mon semestre d'internat passé à vos côtés.

A madame Natacha Guérot : pour tes conseils, ta passion, ton professionnalisme, ton dévouement envers les patients, un grand merci ! Malgré les embûches causées par les différents confinements, tu as réussi à maintenir à flot les ateliers du dos durant cette période difficile.

Aux 8 participants du programme des ateliers du dos, merci d'avoir accepté de me livrer vos ressentis et de m'avoir accordé votre confiance. Sans vous ce travail n'aurait pu être mené à bien.

A mes parents, Isabelle et Christian,

Votre amour et soutien quotidien m'ont aidé à persévérer dans ma vie comme dans mes études. Vous avez fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui. Vous êtes et resterez mes exemples de vie. Merci à vous deux pour ce que vous êtes. Je vous aime !

A Mellie,

Merci de m'avoir supporté et aidé durant cette thèse. J'ai beaucoup de chance de pouvoir partager ma vie avec toi. Ces moments que nous passons ensemble me font ressentir une multitude d'émotions. Tu m'inspires la passion, la tendresse, la joie. Nous allons continuer à construire nos projets toi et moi et cela me rend tout simplement heureux. Je t'aime !

A mon frère et ma sœur,

Vous êtes ce que j'ai de plus cher. Je sais que je ne suis pas le grand frère le plus démonstratif, mais vous ne pouvez pas imaginer à quel point je vous aime tous les deux. Je ferai tout pour vous. Je serai toujours fier de vous deux.

A Yannick,

Merci d'être cette belle personne que tu es et de prendre tant soin de ma sœur.

A mon grand père Bernard,

Tu es un exemple de courage et de générosité. L'amour que vous avez partagé jusqu'au bout mamie et toi est un exemple pour moi.

A Tata Gisèle,

Tu es un exemple de force et de ténacité pour moi. Tu as maintenant 100 ans, tu es la doyenne et la Star de Franceville.

A mes grands parents, Christiane, André et Gisèle,

Vous n'êtes plus là aujourd'hui mais je pense à vous très régulièrement. J'ai tant de bons souvenirs passés à vos côtés. Je me souviens de Mamie Christiane me demandant de raconter mes anecdotes de médecine autour d'un repas digne d'un buffet gastronomique. J'aimerais tellement partager ce moment avec toi. Des balades avec pépère sur la digue de Jullouville et sifflotant « la mère Juju... ». Des goûters, des repas, de la pêche à pieds, et la passion du Tour de France partagés avec Mamie Gisèle. Une partie de vous est en cette thèse.

A Claude, Franciane et Yannick,

Merci d'être une belle famille aussi parfaite. J'adore partager ces petits moments avec vous autour d'un repas.

A ma famille (Olivier, François, Laura, Julian, Margot, Julie, Tata Martine, Barbara, Brigitte, Tonton Pacou, Tata Hélène, Tonton Thierry), merci d'avoir toujours été là pour moi. Je vous aime tous.

A mes amis (Benj, Jeremy, Stéphane, Medhy, Vincent, Adrien, Momo, Lucie, Océane, Cécile, Théo, Oriane) sans qui la vie ne serait pas aussi drôle. Je serai toujours là pour chacun d'entre vous.

A Omar et Hakan, mille mercis pour tout ce que vous avez fait pour moi.

Abréviations

ACSM : American College of Sport Medicine

AP : Activité Physique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Covid-19 : maladie à coronavirus 2019

EP : Exercice physique

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Analyse interprétative phénoménologique

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RFR : Programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INDEX Tableaux et figures

Encadré 1 : Drapeaux jaunes : indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité (14)

Encadré 2 : « Drapeaux bleus » (14)

Encadré 3 : « Drapeaux noirs » (14)

Encadré 4 : drapeaux « rouges » (14)

Tableau 1 : Comparaison des différentes caractéristiques de l'exercice afin de définir le type d'exercice idéal (22)

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon

Sommaire

I) Introduction.....	1
A) Contexte.....	1
B) Définitions.....	2
C) Épidémiologie.....	2
D) Facteurs de risque d'évolution défavorable.....	3
1. Facteurs de risques cliniques.....	3
2. Facteurs de risques psychosociaux.....	4
E) Lombalgie subaiguë : un moment clé.....	6
F) L'importance de l'éducation du patient.....	7
G) Prise en charge par l'exercice physique.....	8
1. Mécanisme d'action de l'activité physique.....	8
2. Quel programme d'exercice physique est le plus adapté pour un patient souffrant de lombalgie ?.....	8
H) Présentation du projet des ateliers du dos d'Alençon.....	11
1. Parcours du patient.....	12
2. Organisation d'une séance type.....	13
I) Justification de l'étude.....	15
II) Matériel et méthode.....	16
A) Type d'étude.....	16
B) Population étudiée.....	16
C) Recueil des données.....	18
1. Guide d'entretien.....	18
2. Déroulement des entretiens.....	18
3. Retranscription des entretiens.....	18
D) Analyse des données.....	19
E) Aspects éthiques et réglementaires.....	20
III) Résultats.....	20
A) Caractéristiques de l'échantillon.....	20
B) Vécu avant les ateliers du dos.....	21
1. Vécu de la lombalgie avant les ateliers du dos.....	21
a) Des douleurs récurrentes ou subaiguës.....	21
b) Des douleurs qui altèrent le quotidien.....	22
c) La nécessité de s'adapter à ses douleurs.....	22
d) L'intérêt d'être actif au quotidien.....	23
2. Lien entre physique et psychisme.....	24
a) Le sentiment de « prédisposition ».....	24
b) Influence réciproque entre douleur physique et psychique.....	24

3.	Impact d'un travail contraignant sur les lombalgies.....	26
4.	Méthodes ou traitements essayés avant les ateliers du dos.....	27
	a) Techniques personnelles pour adoucir les maux.....	27
	b) Prise en charge par différents professionnels.....	27
	c) Des actes médicaux bénéfiques.....	28
	d) Manque de perception quant à l'efficacité des médicaments prescrits.....	28
5.	Les bienfaits d'une activité physique régulière.....	29
6.	Facteurs motivationnels à participer aux ateliers du dos.....	29
	a) Une volonté d'aller mieux.....	29
	b) Impact motivationnel du conseil du médecin.....	31
7.	Freins à participer aux ateliers du dos.....	31
	a) Contraintes organisationnelles d'origine professionnelle.....	31
	b) Contraintes organisationnelles d'origine familiale.....	31
C)	Vécu pendant les ateliers du dos.....	32
	1. Facteurs facilitant l'adhésion aux ateliers du dos.....	32
	a) Être en petit groupe.....	32
	b) Encadrement par une kinésithérapeute.....	34
	c) Ressentis physiologiques positifs et progrès : éléments moteurs quant à l'effort.....	37
	d) Plaisir et bien être dans la prise en charge facilite l'adhésion au programme.....	37
	e) Un rythme, une durée de séances adaptés.....	38
	2. Limites perçues par les participants concernant les ateliers du dos.....	38
	a) Une salle de cours difficile d'accès.....	38
	b) Être frustré (par l'annulation/report des cours).....	38
	c) Le souhait d'une prise en charge plus personnalisée.....	39
	d) Être en demande / manque d'informations (théoriques).....	39
	e) Avoir un manque d'intérêt pour ce type de programme et des attentes différentes.....	39
	f) Être peu motivé une fois sorti du cadre, avoir des difficultés à travailler en autonomie....	40
D)	Conséquences des ateliers du dos concernant les participants.....	41
	1. Faire de l'exercice physique régulièrement c'est aller mieux.....	41
	a) Les bénéfices sur le corps de l'exercice physique.....	41
	b) Intérêt de la persévérance et de la régularité de l'effort.....	42
	2. Etre soulagé grâce à la prise en charge.....	43
	a) Se sentir soulagé / sentir une amélioration grâce à la prise en charge.....	43
	b) Être mieux dans son corps c'est être mieux dans sa tête.....	43
	c) Être soulagé crée parfois un faux sentiment de sécurité.....	44
	3. Devenir sachant grâce au savoir reçu c'est pouvoir se protéger soi même et orienter, protéger, informer les autres.....	44
	4. Etre toujours douloureux malgré la prise en charge.....	45

IV) Discussion.....	46
A) Analyse et comparaison aux données de la littérature.....	46
1. Vécu de la lombalgie avant les ateliers du dos.....	46
a) Vécu de la lombalgie avant les ateliers du dos.....	46
b) Lien entre physique et psychisme.....	47
c) Lien entre travail et lombalgie.....	48
d) Méthodes ou traitements essayés avant les ateliers du dos.....	48
e) Pratique d'une activité sportive avant les ateliers du dos.....	49
f) Facteurs motivationnels à participer aux ateliers du dos.....	50
g) Freins à participer aux ateliers du dos.....	50
2. Vécu pendant les ateliers du dos.....	51
a) Facteurs facilitant l'adhésion aux ateliers du dos.....	51
i) Être en petit groupe.....	51
ii) Encadrement par une kinésithérapeute facilite l'adhésion au programme.....	51
iii) Ressentis physiologiques positifs et progrès : éléments moteurs quant à la poursuite de l'effort.....	52
iv) Plaisir et bien être dans la prise en charge facilite l'adhésion au programme.....	53
v) Un rythme, une durée de séances adaptés.....	53
b) Limites perçues par les participants concernant les ateliers du dos.....	54
3. Conséquences des ateliers du dos concernant les participants.....	55
a) Faire de l'exercice régulièrement c'est aller mieux.....	55
b) Être soulagé grâce à la prise en charge.....	56
c) Devenir sachant grâce au savoir reçu c'est pouvoir se protéger soi même et orienter, protéger, informer les autres.....	56
d) Être toujours douloureux malgré la prise en charge.....	57
B) Forces de l'étude.....	57
C) Limites de l'étude	58
V) Conclusion.....	60
Bibliographie.....	61
Annexes.....	66

I) Introduction

A) Contexte

La lombalgie est un fardeau mondial et a toujours existé, comme en témoigne le papyrus inachevé d'Edwin Smith de 1500 avant J.C. qui décrit « une entorse de la colonne vertébrale » d'un ouvrier (1).

Selon les données de 2017 du « Fardeau mondial des maladies » établi par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les lombalgies sont la première cause de handicap dans la quasi-totalité des pays d'Europe centrale, d'Europe de l'Est, d'Afrique du Nord, du Moyen Orient et d'une partie de l'Amérique latine. Chaque année, plus de 60 millions d'années de vie en bonne santé sont perdues dans le monde à cause des lombalgies. L'impact économique de cette pathologie a augmenté de 54% depuis 1990 (2).

La prise en charge des douleurs lombaires a beaucoup évolué au fil des siècles et en particulier au cours des cinquante dernières années. Pendant des années, le traitement conseillé était le repos et l'inactivité (3). Puis l'évolution des connaissances a permis de montrer que la guérison des lésions musculo-tendineuses est optimale lorsque ces structures sont mises en tension rapidement. A l'inverse, l'immobilité altère les schémas moteurs qui sont nécessaires au bon fonctionnement des articulations comme celles du rachis (4).

Il est dorénavant prouvé qu'une activité physique (AP) adaptée est primordiale pour la guérison du lombalgique (5, 6). Ceci est notamment vrai pour les lombalgies subaigües où nous savons que plus l'intervention est précoce, plus le risque de passage à la chronicité est réduit. A l'inverse si celle-ci est trop tardive un déconditionnement à l'effort s'installe. L'activité physique est un traitement qui va avoir un double impact : il va améliorer l'état musculaire et diminuer l'intensité des facteurs psychiques (7, 8, 9).

Les facteurs psychiques et comportementaux comme la tendance à la conduite d'évitement face à la douleur et la tendance au catastrophisme sont des facteurs favorisant le passage à la forme chronique. La prise en charge doit être globale et non pas focalisée sur la douleur chez les patients dont les indicateurs suggèrent qu'un impact psychosocial influence l'évolution de leur lombalgie (6, 10,11) .

Le problème qui se pose pour de nombreux médecins est de trouver un moyen de faire reprendre une activité physique efficacement à ces patients en ambulatoire. Si le patient travail seul, sans encadrement, il risque de manquer d'assiduité, de mal effectuer certains mouvements et finalement d'abandonner devant l'absence de résultat (12).

B) Définitions

La lombalgie est définie comme étant une douleur ou un inconfort localisé sous la 12^{ème} vertèbre dorsale et au-dessus du pli fessier inférieur, avec irradiation possible au membre inférieur, mais ne dépassant pas le genou (13).

La Lombalgie commune est une lombalgie qui n'est pas secondaire à une pathologie spécifique (infection, tumeur, ostéoporose, fracture, spondylarthrite ankylosante, processus inflammatoire) et qui ne s'accompagne pas de signes de compression nerveuse (syndrome radiculaire ou syndrome de la queue de cheval) (13).

La lombalgie subaiguë est une lombalgie évoluant depuis 6 à 12 semaines (13).

Le terme de lombalgie récurrente pour des épisodes aigus ou subaigus répétés peut être utilisé, mais il n'existe pas de consensus pour définir cette notion en termes de fréquence ou de nombre d'épisodes. D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en mars 2019 elle doit être considérée comme une lombalgie à risque de chronicité (13, 14).

L'OMS décrit l'activité physique (AP) comme étant « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsables d'une augmentation de la dépense énergétique ». Elle comprend ainsi tous les mouvements de la vie quotidienne (15).

D'après Petit A. et Champagne R. (15), l'exercice physique (EP) est « une forme spécifique d'AP qui implique de modifier l'homéostasie par une activité musculaire concentrique, excentrique et/ou isométrique. La pratique d'EP est ciblée, planifiée et répétitive, dans l'objectif d'améliorer ou de maintenir plusieurs composantes de la condition physique ou d'autres bienfaits pour la santé. »

C) Épidémiologie

Chaque jour une personne sur dix souffre de lombalgie et les récurrences sont fréquentes. (16) La prévalence de la lombalgie commune est de 84% sur une vie entière (3, 17).

Les données de l'OMG (Observatoire de la Médecine Générale, de 1993 à 2012) (18) montrent qu'un médecin généraliste français voit en moyenne 92 patients chaque année pour une lombalgie. Ces derniers consultent en moyenne une fois et demie pour ce problème. La lombalgie aiguë constitue ainsi le 2^{ème} motif de recours au médecin traitant, et la lombalgie chronique le 8^{ème} en 2015 (17).

La lombalgie est la cause qui provoque le plus d'arrêts maladie et de retraite anticipées en Europe, la première cause d'invalidité mondiale, et la première cause d'années vécues avec une incapacité. La lombalgie est la cause qui provoque le plus d'arrêts maladie et de retraite anticipées en Europe, la première cause d'invalidité mondiale, et la première cause d'années vécues avec une incapacité (3).

A travers les arrêts de travail (30% des arrêts de travail de plus de 6 mois) et les maladies professionnelles (7% des maladies professionnelles) que la lombalgie engendre, l'enjeu économique est majeur. Environ 10 millions de journées d'arrêts de travail sont prises en charge par la branche AT-MP en accidents du travail, et 1,5 millions en maladie professionnelle (3). En France les lombalgies en lien avec le travail représentent ainsi un coût de plus d'un milliard d'euros par an (3, 4, 19, 17).

Heureusement, environ 90 % des patients guérissent en moins de 4 à 6 semaines. L'évolution vers la lombalgie subaiguë concerne 3% des patients, et 6 à 8% développeront une forme chronique (14, 20, 21).

La forme chronique représente ainsi un faible pourcentage des lombalgiques, pourtant elle constitue un coût socio-économique élevé, à savoir 85% de la dépense liée à l'ensemble des lombalgies (22, 23, 17, 24). Elle est la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans et le 3ème motif d'admission en invalidité (3).

D) Facteurs de risque d'évolution défavorable

Les mécanismes sous-jacents à la transition de la lombalgie aiguë à chronique ne sont pas totalement connus. En effet pour la lombalgie chronique, il n'est, le plus souvent, pas possible de retenir comme mécanisme d'entretien de la douleur une simple anomalie structurelle comme dans la forme aiguë (25). Un grand nombre de facteurs cliniques, biomécaniques et psychosociaux ont été associés à une évolution défavorable de la lombalgie. Ils sont importants à prendre en compte afin de prendre en charge le patient de manière globale (ou « bio-psycho-sociale ») (13).

1. Facteurs de risques cliniques

Les facteurs de risques cliniques sont : un âge élevé, des antécédents de lombalgie, l'ancienneté de l'épisode, l'intensité de la douleur, une douleur étendue en l'absence de signe neurologique, l'incapacité élevée, un mauvais état de santé général, et une faible estimation de la qualité de vie (13).

2. Facteurs de risques psychosociaux

D'après l'article de Bouton et al. (13), « Les facteurs psychosociaux semblent jouer un rôle prépondérant dans l'évolution défavorable d'une lombalgie. » D'après eux, « le niveau de douleur et le retentissement physique objectivable à l'examen semblent moins déterminants pour l'évolution de l'épisode que la façon dont le patient vit, interprète et s'adapte à sa situation. ». Enfin, toujours d'après cet article « Dans une perspective cognitivo-comportementale, certains auteurs ont décrit le passage vers la lombalgie chronique invalidante comme un cercle vicieux dans lequel la douleur provoque peur, évitement et catastrophisme, conduisant au déconditionnement, lui-même favorisant la persistance des douleurs et de l'incapacité. » Le déconditionnement se faisant ressentir sur les plans physiques, psychologiques et sociaux (22).

Le catastrophisme est décrit, dans le contexte des douleurs chroniques, comme “un ensemble de pensées négatives produit par l'anticipation ou l'expérience actuelle de la douleur”. (26) La douleur est donc jugée comme étant très hostile et génère une peur.

Nous savons d'ailleurs, que la diminution de « pensées catastrophiques » vis à vis de la douleur entraîne une meilleure réponse au traitement proposé au patient lombalgique.

De manière plus générale, la recherche précoce des facteurs de risque psychosociaux est recommandée, afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur et/ou de l'incapacité, et d'établir ainsi une prise en charge adaptée au risque. Il est important que le praticien recherche les facteurs de risques psychosociaux modifiables dès la phase aiguë et subaiguë afin d'anticiper une possible chronicisation (13, 27, 26, 28).

Ces facteurs de risques peuvent être regroupés en drapeaux jaunes (facteurs individuels), bleus (facteurs professionnels), et noirs (facteurs contextuels) (13) (cf. encadré 1, 2 et 3).

Encadré 1 : Drapeaux jaunes : indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité (14)

Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos :

- Catastrophisme (14, 21, 29, 30, 31).
- Croyances sur l'état, la douleur, la nocivité : croyances erronées sur la cause ou les facteurs d'aggravation de la lombalgie (14, 21, 26, 30, 31).
- Attentes négatives du futur, pessimisme quant au pronostic (14, 21, 30).
- Attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active (14).

Comportements douloureux inappropriés :

- Description de symptômes extrêmes (14, 32).
- Stratégies de coping passives : stratégies d'adaptation passives (comportements d'évitement, ou de réduction de l'activité, liés à la peur) (14, 32).

Problèmes émotionnels :

- Dépression, anxiété, stress, tendance à une humeur dépressive, retrait des activités sociales (13, 21, 30, 31) ...

Problèmes liés au travail :

- Insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile (14).
- Problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité) (14).

Encadré 2 : « Drapeaux bleus » (14)

Drapeaux bleus : facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur (14).

- Charge physique de travail élevée (33, 34).
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Incapacité de modifier son travail (14).
- Stress au travail (33).
- Pression temporelle ressentie (33).
- Manque de support social, manque de soutien des collègues ou de la hiérarchie.
- Insatisfaction liée au travail (33).
- Faible espoir de retour au travail (33).
- Crainte d'une nouvelle blessure. Peur de la rechute (14).

Encadré 3 : « Drapeaux noirs » (14)

Drapeaux noirs : facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance (14).

- Politique de l'entreprise inadaptée, obstacle réglementaire au retour au travail. Absence de possibilité d'adaptation du poste de travail.
- Incompréhension entre les divers acteurs (patient, employeur, médecin)
- Insécurité financière (14, 21).
- Critères du système de compensation.
- Retard dans les processus.
- Incitatifs financiers, compensation financière.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

E) Lombalgie subaiguë : un moment clé

D'après Dr Marty M. (7), et d'après le travail de Petit A. (8), la lombalgie subaiguë représente un tournant évolutif. À ce stade le principal risque est l'évolution vers la chronicité et l'incapacité prolongée. Il importe évidemment de réévaluer cliniquement le patient, mais cette période représente un moment pertinent pour l'exploration des obstacles potentiels à l'amélioration clinique. Il est ainsi important d'étudier les différents facteurs de risque décrits précédemment et en particulier les facteurs psychosociaux qui risquent de favoriser l'évolution vers la chronicité. Cette exploration doit être progressive et doit interroger l'ensemble des sphères pertinentes. Elle est facilitée par une relation de qualité, une approche globale et centrée sur le patient (7, 8).

La prise en charge à ce stade repose principalement sur la mise en place d'une rééducation active pour lutter contre l'installation de la kinésiophobie et du déconditionnement physique à l'effort. Plus l'intervention est précoce, plus le risque de passage à la chronicité est réduit (8).

F) L'importance de l'éducation du patient

La prévention est selon l'OMS, « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* » (35).

L'éducation des patients est un élément de prévention. C'est un processus continu qui peut prendre des formes variées (36).

L'éducation du patient est primordiale. Elle doit être basée sur le modèle biopsychosocial. Les conseils donnés aux lombalgiques sont importants pour éviter une chronicisation de la douleur.

Il faut rassurer le patient sur l'absence de maladie grave, lui signifier que les symptômes s'amélioreront avec le temps et que de rester actif en essayant de poursuivre ses activités habituelles n'aggraver pas son mal de dos, bien au contraire cela permettra de récupérer plus vite (14, 27, 37, 36).

Lorsqu'il s'agit d'une lombalgie en cours de chronicisation ou chronique, le médecin doit expliquer à son patient que l'origine de son mal de dos est multifactorielle. Ces facteurs peuvent amplifier la douleur et faciliter l'installation ou le maintien d'un cercle vicieux favorisant le maintien de la symptomatologie (38, 39).

Connaître quelques bases de la physiopathologie de la lombalgie va aussi permettre d'apporter des informations supplémentaires. On va pouvoir par exemple expliquer au patient que le cerveau a la capacité de moduler l'expérience de la douleur et qu'elle ne doit pas donc tout le temps être considérée comme étant le reflet de lésions tissulaires. Les patients peuvent comprendre ainsi que le traitement de leur blessure par le système nerveux, en liaison avec divers aspects psychosociaux va déterminer leur expérience de la douleur et qu'elle n'est pas toujours la véritable représentation de l'état des tissus. Donner ce type d'information aux patients peut permettre d'aider à diminuer la durée d'évolution de la lombalgie, de l'incapacité, de la douleur et le risque de catastrophisation, et d'augmenter les performances physiques (40, 41, 42).

Enfin, il doit savoir que pratiquer des activités physiques adaptées ainsi que des activités sportives vont lui permettre d'améliorer l'évolution de la lombalgie et limiter le risque de récurrence (environ 73% de récurrences dans l'année suivante) (6, 14, 27, 43, 44). En se servant ainsi de l'éducation, les praticiens vont développer les connaissances de leurs patients, ce qui permettra de casser certaines idées reçues, de dédramatiser par exemple certains résultats d'imagerie et ainsi de limiter le catastrophisme (36). De fait, l'éducation dans le cadre des lombalgies aiguës et subaiguës favorisera un retour plus rapide au travail (45).

Dans le cadre de l'éducation, il est utile d'être à l'écoute afin d'évaluer les connaissances, les attentes et la représentation que se fait le patient de la lombalgie et de ses conséquences, son impact. Cette démarche va permettre d'aider à développer des objectifs personnalisés et de délivrer un message clair (38, 39, 36).

G) Prise en charge par l'exercice physique

1. Mécanisme d'action de l'activité physique

D'après Henchoz Y. (22), l'AP en favorisant l'augmentation du flux sanguin vers le rachis va améliorer « l'architecture du lit capillaire à l'interface disque-os avec un effet bénéfique sur la diffusion des éléments nutritifs dans le disque. »

De plus, certaines études ont démontré que le mouvement va permettre d'améliorer la guérison de l'ensemble des structures composant le dos (muscles, ligaments, tendons, cartilages, disques), et il a été mis en évidence que rester actif en maintenant les activités de la vie quotidienne, favorise la récupération de la lombalgie quel que soit le stade de celle-ci (46).

L'AP va jouer un rôle protecteur au niveau physique et psychologique (9). Le renforcement musculaire, l'endurance et la souplesse sont acquis directement. En revanche en diminuant la concentration plasmatique au repos de bêta-endorphine et en augmentant celle de la sérotonine juste après l'effort, l'AP va permettre indirectement d'améliorer l'humeur, de diminuer les symptômes dépressifs, d'augmenter le seuil de perception de la douleur et de diminuer la peur du mouvement (kinésiophobie). Enfin, l'AP a un effet anti-inflammatoire par l'augmentation de la concentration plasmatique de cytokines à effet anti-inflammatoire et la diminution de la protéine C-réactive (15, 22).

On comprend ainsi mieux tout l'intérêt d'apprendre aux patients à pratiquer une AP régulière en particulier pour éviter de développer des lombalgies récidivantes ou chroniques.

2. Quel programme d'exercice physique est le plus adapté pour un patient souffrant de lombalgie ?

D'après la HAS (14), l'EP est «le principal traitement permettant une évolution favorable de la lombalgie ». Il faut retenir que toute AP pratiquée à dose modérée n'augmente pas le risque d'aggravation ou de récurrence de la lombalgie, et elle doit être réalisée dès que possible (22, 47, 15). Mais quel programme d'EP est le plus adapté ? Pour tenter d'y répondre nous nous sommes inspirés de l'article de Henchoz Y. (22) que nous avons complété. Il compare les différentes caractéristiques de l'exercice pour définir le type d'exercice idéal.

Tableau 1 : Comparaison des différentes caractéristiques de l'exercice afin de définir le type d'exercice idéal (22)

<p>Général versus Spécifique</p>	<p>D'après Petit A. et Champagne R. (15), le renforcement musculaire des fléchisseurs et des extenseurs du tronc, ainsi que les exercices de stabilisation du rachis semblent efficaces et leur combinaison s'avère plus efficace que le renforcement musculaire seul.</p>
<p>Individuel versus en groupe</p>	<p>Le volume et l'intensité d'entraînement doivent être individualisés en fonction des capacités individuelles du patient qui peuvent être établies au moyen d'une évaluation initiale (15). Lorsque l'exercice est réalisé en groupe, il est évidemment plus difficile d'individualiser les paramètres du programme.</p> <p>En revanche, comme abordé dans le travail de Mathy et al. (49), le travail en groupe a été un des facteurs motivant les patients à pratiquer une activité physique de manière régulière. Le groupe peut être perçu comme un lieu social qui donnerait du plaisir aux patients et peut aussi être envisagé comme soutien motivationnel.</p> <p>D'après Henchoz Y. (22), il est possible que la dynamique de groupe implique une solidarité et une motivation supplémentaire. Les résultats des études comparatives n'ont pas trouvé de différence significative concernant la diminution de la douleur (22).</p>
<p>Supervisé versus en autonomie à domicile</p>	<p>La supervision effectuée par du personnel compétent quant à la réalisation d'un programme d'exercice améliore l'adhésion des patients et diminue la douleur et l'incapacité (49, 15).</p> <p>D'après le travail de Mathy et al. (49), de Henchoz Y. (22), et de Hayden JA et al. (48), il est largement prouvé qu'un programme d'exercice supervisé est plus efficace qu'un programme d'exercice réalisé à domicile.</p>

<p>Motivation et préférences du patient</p>	<p>Un programme d'exercice est plus efficace pour diminuer la douleur et l'incapacité si le patient est motivé. D'où l'intérêt d'avoir un programme couplé avec des interventions visant à renforcer la motivation des patients (49, 22, 50).</p> <p>La préférence des patients concernant la nature d'un exercice semble également importante à prendre en compte. La satisfaction liée à la stratégie choisie peut en effet influencer les résultats de la prise en charge grâce à une meilleure adhésion (49, 15, 51, 52).</p>
<p>Volume et intensité d'entraînement</p>	<p>Selon le travail de Saubade et al. (53), de Henchoz et Kai-Lik So (54), et celui de Heneweer et al. (47), une AP régulière ayant une fréquence de 2 à 3 entraînements par semaine d'une durée de 60 à 90 min est recommandée.</p> <p>D'après Heneweer et al. (47), pratiquer une AP régulière de ce type est associé à une diminution du risque de lombalgie chronique.</p> <p>En revanche, d'après eux le mode de vie sédentaire est associé à une augmentation du risque de lombalgie, de même que la pratique d'une AP intensive (> 4 heures/semaine).</p>
<p>Renforcement musculaire</p>	<p>D'après Henchoz Y. (22), un minimum de 2 entraînements hebdomadaires de la musculature abdominale et lombaire est recommandé.</p> <p>Il n'existe pas de régime de contraction musculaire ni de méthode d'entraînement uniques, propres aux patients lombalgiques et scientifiquement validés faisant part d'une diminution des symptômes, d'où l'hétérogénéité des méthodes de renforcement rencontrées (22).</p>
<p>Endurance cardiovasculaire</p>	<p>D'après Petit A. et Champagne R. (15), les exercices d'aérobies d'intensité modérée (40 à 60% de la réserve de fréquence cardiaque) ont démontré qu'ils pouvaient améliorer la douleur et réduire l'incapacité fonctionnelle.</p> <p>D'après Henchoz Y. (22), l'ACSM (American College of Sport Medicine) recommande en revanche d'éviter les activités d'endurance incluant des impacts importants comme la course à pied.</p>

Souplesse	<p>D'après Petit A. et Champagne R. (15), et le travail de Henchoz Y. (22), la lombalgie semble être significativement améliorée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'amélioration de la souplesse rachidienne qui va augmenter l'amplitude des mouvements du rachis. • L'amélioration de la souplesse des ischiojambiers qui va augmenter l'amplitude de la flexion de hanche ce qui impact la mobilité lombo-pelvienne. <p>D'après eux, il est aussi important de travailler la souplesse des fléchisseurs de la hanche et des extenseurs du tronc (spinaux) car la perte de mobilité à ce niveau peut favoriser une attitude en lordose lombaire, responsable de lombalgie.</p>
------------------	--

H) Présentation du projet des ateliers du dos d'Alençon

Les ateliers du dos d'Alençon ont été créés afin de tenter d'apporter une solution de manière locale au problème que représente les lombalgies en voie de chronicisation.

Leur idée était de proposer un programme de réentraînement à l'effort alliant les médecins de Startech Médecine d'Alençon et madame Natacha Guérot qui exerce en tant que kinésithérapeute.

Une prise en charge en groupe de patients jeunes (20-65 ans), actifs (non retraités), souffrant de lombalgies subaiguës ou récurrentes encadrés par une kinésithérapeute a été mis en place. Cette prise en charge s'organisait autour d'un groupe de 4 participants, soit un faible effectif, ce qui permettait à la fois de pouvoir profiter d'une dynamique de groupe, mais aussi d'individualiser les exercices.

Outres les exercices physiques pratiqués, les participants bénéficiaient aussi de temps d'enseignement lors de ces rencontres avec l'encadrante. Le but étant de leur permettre de mieux comprendre les lombalgies et l'intérêt de pratiquer une activité physique.

Cette prise en charge a eu lieu 2 fois par semaine (mardi et jeudi de 18h à 19h), pendant 2 mois, gratuitement avec des patients jeunes (20-60 ans), et actifs (non retraités).

1. Parcours du patient

Les différents médecins de Startech médecine ont tout d'abord ciblé des patients à l'aide de la « fiche sélection patient-médecin » (cf. Annexe 1). Le médecin devait ensuite expliquer le projet, répondre aux questions des patients, et évaluer leur motivation à intégrer le programme.

Une fois tous ces critères remplis, un « formulaire de recueil du consentement » (cf. Annexe 2) devait être signé par le participant. Ce dernier servait notamment de contrat moral concernant l'assiduité aux séances et visait à impliquer le patient de manière active au programme. Ce protocole devait permettre de sélectionner des personnes motivées pour les séances. (55) D'après l'étude de Friedrich et al. (50), un programme combinant exercice et motivation a augmenté le taux de participation aux séances et a donc réduit l'incapacité.

Enfin, une « fiche d'information patient » (cf. Annexe 3) présentant l'intérêt du projet, et une ordonnance leur permettant d'aller chez la kinésithérapeute étaient remis au patient.

La kinésithérapeute recevait ensuite les patients afin de réaliser un bilan kinésithérapique initial.

La prise en charge pouvait ensuite débuter par petit groupe de quatre personnes, encadré par une kinésithérapeute, deux fois par semaine durant 1 heure, pendant deux mois.

Enfin, la kinésithérapeute recevait les patients afin de réaliser un bilan kinésithérapique final.

2. Organisation d'une séance type

Pour l'élaboration des séances, la kinésithérapeute s'est inspirée de l'école du dos, de R.F.R. (Programme de Restauration Fonctionnelle du Rachis) mais aussi du yoga et du pilates. Elle possède aussi une formation en éducation thérapeutique du patient, qui est venue compléter sa vision rééducative avant tout basée sur la personnalisation des soins permettant d'adapter la prise en charge de chacun, et l'écoute du patient. Cette approche permet aussi de comprendre le rapport que le patient a envers la douleur et ainsi lui apporter des conseils utiles, notamment dans son quotidien.

Les séances ont été organisées dans une salle prêtée par le conseil Départemental de l'Orne, située à proximité du cabinet de Startech.

Voici comment se composait une séance type des ateliers du dos :

- Une phase d'échange

Cette partie consistait en une phase de discussion et d'échange dont l'objectif était de dédramatiser la lombalgie. Ce partage s'articulait principalement autour de l'anatomie du rachis, du bassin, des différents mouvements rencontrés dans la vie quotidienne ainsi que sur la biomécanique du squelette. Une maquette du rachis a été utilisée afin d'aider à vulgariser les informations transmises. De même, des mises en situations et mini scénarios ont été mis en place afin d'interagir en groupe et de rendre le contenu plus pédagogique.

- Un travail de proprioception

Un travail de proprioception a été conduit à travers différents exercices (contre le mur, au sol, sur le dos, à quatre pattes, assis sur un swissball) avec un découpage en séquence des mobilités lombaire, thoracique et cervicale avec impact sur les quadrants inférieurs et supérieurs (membres inférieurs, membres supérieurs, tête).

- Un renforcement musculaire

Un travail de gainage dans différentes positions a été mis en place afin de solliciter et tonifier les muscles abdominaux (en particulier le muscle transverse), les muscles spinaux et para-vertébraux. La posture a été travaillée à travers des exercices de tonifications musculaires sollicitant la musculature profonde du rachis (exercices d'auto-grandissement et de type Pilates), les muscles fessiers, les quadriceps ainsi que les triceps suraux (travail de squat et renforcements des mollets).

Afin d'aider à stabiliser le rachis, un travail de respiration diaphragmatique a également pu être pratiqué.

- Étirements

Dans l'idée de travailler la souplesse, des exercices d'étirements ont été proposés : étirements des muscles pelvi-trochantériens, de la partie antérieure de l'abdomen (muscles ilio-psoas, droit fémoraux, abdominaux), de la chaîne postérieure des membres inférieurs (muscles ischio-jambiers, triceps suraux) et enfin des muscles dorsaux .

Les exercices de souplesse et de renforcement ont généralement été réalisés en alternance à chaque séance. Au fur et à mesure de l'avancée du programme, les séries de répétitions ont été augmentées afin de développer l'endurance musculaire.

- Endurance

Des exercices d'aérobies ont également été initiés afin de développer l'endurance musculaire.

- Fin de séance

Afin de clore la séance des ateliers du dos, il était préconisé un retour au calme avec un travail de relaxation à travers des exercices de respiration abdominale ainsi que des étirements doux.

- Travail en autonomie

En parallèle du travail en groupe, les participants étaient encouragés et informés de la nécessité de fournir un travail de renforcement musculaire, d'étirement et d'endurance en autonomie. Le but étant d'améliorer l'efficacité de la prise en charge mais aussi d'aider le patient à adopter une activité physique régulière dans son quotidien.

- Évolution

Au fil des séances, la kinésithérapeute a pu apporter plus de complexité dans les combinaisons de mouvements, notamment à travers des mouvements d'inclinaison et de rotation du dos combinés à la flexion, tout en modulant la vitesse et les amplitudes.

- Matériel utilisé

Afin de réaliser certains exercices proposés lors des séances, du matériel était mis à disposition des participants du programme : des tapis de sol, des gymball, des médecines ball de 1 à 2 kg, des steps, des élastiques, des plateformes de proprioception.

I) Justification de l'étude

Devant le risque de chronicisation des lombalgies subaiguës ou récurrentes il est important d'essayer d'apporter des solutions en ambulatoire. Le développement d'initiatives favorisant la reprise d'une activité physique en est une. Le groupe Startech Médecine (Dr Bischoff, Dr Brosse et Dr Salmon) en travaillant en étroite collaboration avec une kinésithérapeute (Me Natacha Guérot) dans la ville d'Alençon ont mis en place un programme pour tenter d'atténuer ce risque.

Après réalisation de ces séances pratiques, il était important de venir questionner la manière dont les participants avaient vécu l'expérience au travers d'entretien. Explorer la compréhension des ateliers, le ressenti et les attentes de chacun pouvait permettre de collecter des informations déterminantes afin de dégager des voies d'améliorations possible au programme. De même, connaître les difficultés rencontrées par les participants ou au contraire détecter ce qui a facilité leur adhésion aux ateliers pouvait permettre de perfectionner ceux-ci.

Notre question de recherche était la suivante : Comment des personnes actives souffrant de lombalgies subaiguës ou récurrentes ont-elles vécu l'expérience d'un programme d'ateliers du dos en petit groupe, encadré par une kinésithérapeute pendant deux mois en ambulatoire ?

L'objectif principal de cette thèse était d'étudier la façon dont des patients souffrant de lombalgie subaiguë ou récurrente ont vécu l'expérience d'un programme d'activité physique en groupe, encadré par une kinésithérapeute, en ambulatoire à Alençon.

Notre hypothèse de recherche était de vérifier si le cadre qui a été mis en place pour les ateliers du dos d'Alençon correspond bien aux attentes de ces patients.

II) Matériel et Méthode

A) Type d'étude

Pour répondre à notre objectif, nous avons mené une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative.

La recherche qualitative est issue des sciences humaines et sociales et a pour objet spécifique d'étudier les représentations et les comportements (et leurs déterminants) des fournisseurs et des consommateurs de soins. Il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombre ni de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. Il s'agit donc de prendre en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension.

Nous avons choisi une approche inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA) car, elle permet de recueillir des expériences de vie détaillées et de comprendre une habitude, un comportement précis d'une population donnée. Elle est centrée sur l'individu. L'IPA a trois grandes spécificités (56) :

- L'échantillon homogène (cf. ci-dessous).
- L'approche idiographique : l'attention et l'interprétation sont dirigées sur l'individu singulier et non sur le groupe social.

La double herméneutique : le chercheur tente de donner sens au récit du participant qui lui-même tente de donner sens à son vécu.

B) Population étudiée

L'échantillonnage était ici raisonné, ce qui a consisté à sélectionner des patients considérés comme typiques d'une population cible.

L'échantillon était homogène dans la mesure où les participants ont la particularité d'avoir vécu une expérience commune, les ateliers du dos d'Alençon. Les autres caractéristiques de cette population (profession, sexe, ...) considérées comme éloignées du phénomène étudié étaient variées, comme préconisée dans l'approche IPA.

Les participants ont été recrutés par les médecins de Startech Médecine situé à Alençon en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

- Patient jeune (20-60 ans), actif (non retraité).
- Lombalgie évoluant de 6 semaines à 3 mois ou récurrente (épisodes aigus ou subaigus répétés).
- Lombalgie commune : absence de drapeaux rouges.
- Patient ayant accepté de participer aux ateliers du dos.
- Patient en capacité de comprendre les questions et de pouvoir y répondre seul.

Critères de non-inclusion :

- Patient présentant un déficit cognitif ne lui permettant pas de comprendre les consignes, les questions et d'y répondre seul.
- Patient retraité.
- Présence de drapeaux rouges non explorés (cf. encadré 3)

Premier épisode survenant avant 20 ans ou après l'âge de 55 ans
Traumatisme récent violent
Douleur permanente, progressive, d'horaire inflammatoire
Douleur thoracique
Antécédent de tumeur maligne
Corticothérapie prolongée
Toxicomanie intraveineuse
Immunosuppression, VIH (Virus de l'immunodéficience humaine)
Altération de l'état général, perte de poids inexpliquée
Ostéoporose, déformation rachidienne
Syndrome neurologique étendu (incluant syndrome de la queue de cheval)
Fièvre inexpliquée > 38°C

Encadré 4 : drapeaux « rouges » (14)

C) Recueil des données

Des entretiens individuels étaient proposés à chaque participant du dispositif. Ces entretiens étaient ouverts (ou compréhensifs), c'est à dire que le chercheur s'appuie sur quelques questions de recherche ouvertes, mais que l'interviewé décide du cours de l'entretien en fonction des réponses qu'il donne (57). Les questions étaient ouvertes afin de permettre au patient de raconter son vécu concernant cette expérience, sans qu'il ne soit orienté. L'entretien se fait sur le mode de la « conversation », en s'appuyant sur des consignes et non sur des questions/réponses. En pratique, l'entretien n'est jamais totalement non directif (57). Le chercheur faisant preuve d'une écoute active, il se laisse guider par la spontanéité de l'informateur mais il doit s'assurer qu'il ne s'écarte pas trop du sujet étudié et que tous les éléments de la question de recherche ont été étudiés (57).

La retranscription était faite au mot à mot des paroles enregistrées.

C'est la suffisance des données qui devait permettre de cesser le recueil des données (56). Celle-ci a été atteinte après 7 entretiens.

1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien est un support sur lequel le chercheur peut prendre appui afin d'aider le participant à verbaliser son expérience (57). Ce guide comportait 3 thèmes à aborder, ainsi que des questions de relance (cf. Annexe 4).

Le canevas d'entretien composé de questions ouvertes permettait au patient de verbaliser librement son ressenti. Pour chacun des thèmes abordés, des questions ouvertes « de relance » étaient prévues. Le guide d'entretien a été testé lors d'un entretien test (P1 TEST). Ce canevas est resté souple et pouvait être adapté au cours de l'entretien et en fonction de la progression de l'étude, si besoin (57).

2. Déroulement des entretiens

En début d'entretien, l'interviewer (qui était aussi le chercheur) commençait par se présenter. Dans un second temps, il énonçait l'objectif de l'étude puis le déroulement de l'entretien. Une question d'ouverture était ensuite posée à l'interviewé afin d'ouvrir la conversation autour du sujet. À la fin de chaque entretien, il était demandé au participant s'il souhaitait aborder d'autres thèmes.

En raison de la situation sanitaire liée à la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19), les entretiens ont été réalisés en visioconférence. Deux entretiens ont été conduits par téléphone à cause de difficultés techniques. Ces échanges ont été enregistrés par dictaphone numérique, sous couvert d'anonymat après recueil du consentement oral des interviewés. Le participant était informé de l'anonymisation totale des données. Un consentement écrit était demandé en fin d'entretien. Les entretiens ont été effectués entre mars 2020 et juin 2021 par un seul investigateur.

3. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte OpenOffice, en respectant les propos des patients. Ils ont été anonymisés par la suite et forment le verbatim de l'étude.

Pour garantir l'anonymat, un numéro a été attribué à chacun des participants (de patient 1 (P1) à patient 8 (P8)). De même, chaque fichier portait le numéro correspondant à l'entretien, sans aucune donnée d'identité de la personne interviewée.

D) Analyse des données

Les entretiens ont profité d'une double lecture alliant l'investigateur et une psychologue clinicienne (titulaire d'un Master 2 de psychologie clinique et psychopathologie). Puis, l'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats avec cette psychologue clinicienne.

De prime abord, après s'être familiarisé avec les données nous avons établi des étiquettes expérientielles. Une étiquette est une unité de sens faisant état de l'expérience du participant. Le caractère expérientiel permet d'éviter le piège de l'indexation en s'intéressant à ce que le participant exprime. Dans un second temps, nous avons conçu des thèmes qui représentent la version théorique ou conceptuelle de l'étiquette expérientielle. Enfin, nous avons pu construire des thèmes superordonnés permettant d'organiser les thèmes entre eux et que nous retrouvons dans les résultats.

L'analyse de chaque entretien s'est faite indépendamment des autres comme le préconise l'approche IPA.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel de codage pour l'analyse des données.

E) Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont consenti librement à leur participation en toute connaissance de cause. Une lettre (cf. Annexe 5) a été signée par chacun d'entre eux les informant de leurs droits (de correction, et de rétractation notamment) et leur garantissant l'anonymat et la confidentialité.

Tous les noms propres ont été supprimés. Les noms des participants ont été remplacés par un code (de P1 à P8).

Le Groupe d'Orientation a examiné le projet de recherche le 02/04/2021 et a estimé qu'aucune démarche (déclaration CNIL, loi Jardé) n'était nécessaire à sa mise en œuvre.

III) Résultats

A) Caractéristiques de l'échantillon

Participant	Âge	Sexe	Emploi	Durée d'entretien
P1 TEST	65 ans	Homme	Retraité	46 min 35 s
P2	52 ans	Femme	Responsable	69 min 58 s
P3	44 ans	Femme	Responsable de magasin	50 min 13 s
P4	38 ans	Femme	Infirmière	51 min 39 s
P5	45 ans	Femme	Usine	47 min 10 s
P6	28 ans	Homme	Serveur	23 min 39 s
P7	51 ans	Homme	Ingénieur	31 min 20 s
P8	39 ans	Femme	Assistante administrative	85 min 28 s

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon

B) Vécu avant les ateliers du dos

Connaître l'histoire, le vécu des différents participants permettait de savoir ce qui avait conduit chacun à intégrer les ateliers du dos.

1. Vécu de la lombalgie avant les ateliers du dos

a) **Des douleurs récurrentes ou subaiguës**

Chaque participant a exprimé la façon dont sont apparues ses lombalgies ainsi que leurs évolutions plus ou moins longues.

P3 : « Alors ça a vraiment commencé lors de mes grossesses, j'avais mal au dos, parce que je portais tout le temps le ventre. », « La deuxième grossesse (...), j'avais des contractures dans le dos et donc là le dos il a souffert énormément, c'est après ça que ça a vraiment empiré. », « Alors ça s'est vraiment accentué, parce que j'ai toujours eu plus ou moins des épisodes de mal de dos, mais il y a vraiment 5 ans où je suis restée coincée coincée, coincée, je ne pouvais plus du tout bouger. »

P4 : « Alors mon fils je le portais beaucoup sur le côté aussi (me montre le côté droit, au niveau de son bassin). Alors est-ce qu'à un moment donné, à force de le porter aussi et bah ... parce que c'est un bébé qui pleurait pas mal donc je l'ai beaucoup porté », « En tout cas, c'est pas anodin, ça a démarré quand j'ai eu mes enfants. Je pense que ma vie a complètement changé (rires) mais dans le bon sens, mais (...), les fois où je rentrais du boulot et où je me posais dans le canapé il y en a plus beaucoup quoi. », « Tous les deux- trois mois c'étaient des maux de tête qui revenaient avec souvent des douleurs dans le bas du dos. »

P5 : « Depuis février, si je me souviens bien, j'ai des douleurs. », « J'ai cette douleur qui me fait mal dans la hanche, un peu moins dans le bas du dos aussi et ça me brûle et franchement dès que je me lève ou que je sors de ma voiture c'est l'horreur. »

P6 : « à partir de décembre, j'ai eu mal dans le bas du dos et à la jambe gauche et progressivement ça a commencé à faire très mal. », « L'année dernière, au mois de septembre sur la même jambe (a eu mal), donc la jambe droite. C'est passé au bout de 4 jours (...) je ne pensais pas à une récurrence et ensuite au mois de décembre c'est passé à la jambe gauche, (...) au final c'était juste un petit lumbago. »

P7 : « J'ai eu une sciatique à 14 ans, une petite hernie discale et depuis j'ai toujours eu des soucis de dos. Des fois ça va un peu mieux, des fois ça va moins bien. Voilà, depuis l'âge de 14-15 ans j'ai toujours eu des soucis de dos de manière régulière. »

P8 : « J'ai commencé à beaucoup marcher, un peu plus que d'habitude et je sentais qu'après chaque marche j'avais mal aux lombaires. »

b) Des douleurs qui altèrent le quotidien

Les participants ont pour la plupart exprimé être limités dans les actes de la vie quotidienne à cause de leurs douleurs.

P2 : « *Le fait de tousser ça me faisait du mal dans le dos.* », « *On est en voiture et bah ... je faisais attention de ne pas prendre une bouche d'égout ou un dos-d'âne parce que sinon hop tassement du dos.* »

P5 : « *Dès que je me lève ou que je sors de ma voiture c'est l'horreur. C'est vrai que ça me fait très mal (rires), mais ensuite une fois que je suis partie, j'ai plus mal, j'ai plus mal. Mais le fait d'être allongée dans mon lit, je ne peux pas croiser mes jambes parce que la douleur arrive quoi.* », « *Le moindre mouvement où je me pose, quand je m'assois, c'est l'horreur. Je me pose 15 minutes, je me relève, c'est l'horreur.* », « *Je ne suis pas à être handicapée, à ne pas pouvoir marcher, ni ne plus me baisser. C'est le fait de me lever de ma chaise, de la voiture, du lit.* »

P6 : « *Je recommençais à marcher, mais je ne pouvais pas faire 200 mètres sans que je ressente une pointe douloureuse.* »

P7 : « *Je ne pouvais pas toujours faire ce que je voulais. J'ai eu des périodes où je ne pouvais plus du tout sortir de mon canapé (...) je commençais à avoir vraiment mal parce que je n'arrivais plus à sortir de mon lit, j'arrivais plus à sortir du canapé.* »

P8 : « *Je n'ai plus de douleurs vraiment, mais je sais que dès que je marche un petit peu, là je suis allée en famille, je le sens, je le sens.* »

c) La nécessité de s'adapter à ses douleurs

Certains participants m'ont expliqué la façon dont ils devaient adapter leur quotidien à leurs douleurs.

P2 : « *J'ai toujours mal quand je sors si je suis allongé dans le canapé, ... je sors toujours comme ça, je vais pas me lever comme une folle, je vais d'abord me mettre sur le côté et puis mettre une jambe et voilà quoi. C'est un rituel de façon de vie, qui est instauré.* », « *La nuit j'avais mal, donc j'avais mis un coussin au fond de mon lit pour quand j'étais sur le dos, j'avais les pieds qui étaient sur le coussin pour avoir les jambes (...) pliées quand j'étais sur le dos pour que ça arrondisse un peu mon dos, pour pas que j'ai mal.* »

P3 : « *Comme je savais que j'étais faible du dos, c'est plus le renforcement musculaire avec du Pilates et le yoga ... Je me suis plus dirigée vers des choses douces plutôt que de faire de la zumba, de la course à pied ... pour moi c'était trop d'à-coups.* », « *Je continuais à aller travailler ... en faisant attention, je faisais ce que je pouvais, je m'étais aménagée mon terrain de travail.* »

P7 : « Il y avait des périodes... Je savais que quand je faisais de l'athlé, j'évitais tous les sports au sol, type tous les sauts en longueur, saut en hauteur, triple saut, des choses comme ça. », « Et à chaque fois c'était : il faut que je sorte (de sa voiture), je vais y aller doucement. », « c'était prévoir les sorties, donc ça devenait assez invalidant et essentiellement le lever. »

Deux participantes ont insisté sur l'intérêt d'avoir de bonnes postures pour éviter d'avoir mal au dos. En revanche pour l'une d'entre elles, il n'est pas toujours facile d'appliquer cette règle quand les conditions de travail ne s'y prêtent pas.

P3 : « Les mauvaises postures, parce que ça les mauvaises postures c'est radical. Je le dis à mes enfants, à mes stagiaires et tout, dès le plus jeune âge prenez les bonnes postures parce que votre dos plus tard vous allez en souffrir. C'est vrai que le premier conseil que je donnerais c'est à adopter les bonnes postures, les charges lourdes, à ne pas se baisser n'importe comment, à ne pas soulever des charges lourdes quand on ne peut pas. »

P5 : « Au travail on nous a déjà dit tout ça (avoir de bonnes postures) (...) Ils nous montrent comment nous baisser mais c'est plus facile à dire qu'à faire (...) Au travail, quand le matériel est devant nous oui, mais quand il est derrière nous et que la machine est devant on est obligé de se tourner toutes les deux secondes. On fait ça pendant 7 heures et pendant 23 ans, donc ben mon corps il subit et là il ne peut plus. »

d) L'intérêt d'être actif au quotidien

Certains participants ont expliqué l'intérêt pour eux de rester actif quant à leurs douleurs ou à l'inverse l'effet néfaste de l'inactivité sur celles-ci.

P2 : « Mais le fait de reposer le dos ça ne faisait pas grand-chose quoi. »

P3 : « Je crois que plus on reste statique plus on a mal. », « Je ne voyais pas l'intérêt, je n'étais pas mieux en restant à la maison qu'en étant au travail. »

P5 : « J'ai été un an et demi sans travail donc du coup, ben, je ne faisais rien, je ne bougeais pas de chez moi, ça ne prenait pas, je ne trouvais pas de travail ! Il y a peut-être de ça aussi, qui a fait que j'avais mal partout. »

P6 : « On s'est fait reconfiner, je n'avais pas de travail, il n'y avait pas de saison d'hiver, donc sans exercice physique, forcément, le corps il aime pas trop. Je restais statique toute la journée et du coup ça a commencé à faire de plus en plus mal. », « Le fait d'avoir repris le service sur Alençon m'a aidé à reprendre la marche. »

2. Lien entre physique et psychisme

a) Le sentiment de « prédisposition »

La plupart des participants ont le sentiment d'avoir un dos « fragile » et même pour certains la sensation d'être prédisposé à avoir des lombalgies.

P2 : « *En fait ma colonne c'est un bout de bois, en gros c'est un morceau de bois, car toute raide, toute raide.* »

P4 : « *Mon dos, je suis assez voûtée, je ne sais pas si vous savez, je ne sais pas si ça se voit, mais je ne me tiens pas forcément droite (mime avoir les épaules qui partent en avant).* », « *Parce que je pense qu'on a quand même, on est fait comme on est fait, enfin on ne changera pas ... moi je serai toujours un peu cambrée ...* », « *Je sens que ça reste fragile, je sens que ça reste fragile en fait.* »

P6 : « *En courant je me suis rendu compte que j'avais mal à l'orteil, où j'avais mal avant, des petites douleurs dans les abdos, dans le bas du dos, etc. Du coup j'ai arrêté.* »

P7 : « *J'ai eu une sciatique à 14 ans, une petite hernie discale et depuis j'ai toujours eu des soucis de dos.* »

P8 : « *J'ai eu un petit accident au niveau du pied gauche où j'ai eu un affaissement (...) c'était très marqué et on m'a dit non, non il n'y a rien à faire, et je sentais que lorsque je marchais, il n'y avait pas (...) l'amorti nécessaire, (...) je sentais que ça remontait, que les chocs, (...) remontaient. (...) après moi j'ai commencé à beaucoup marcher, un peu plus que d'habitude, et je sentais qu'après chaque marche j'avais mal aux lombaires.* » « *Et voilà j'ai fait une IRM du pied (...) et il n'y avait rien. (...) Mais pourtant, mon tibia a dévié, je vois que toute ma jambe elle a tournée comme, enfin c'est une catastrophe quoi.* »

b) Influence réciproque entre douleur physique et psychique

Une participante (P2) a exprimé que pour elle une douleur physique pouvait à terme provoquer une souffrance psychologique. La plupart des participants ont révélé qu'une souffrance psychique ou un sentiment de stress pouvait favoriser l'apparition et/ou la persistance de douleurs physiques (somatisation). Pour une participante (P8) être lombalgique c'est même probablement avoir une réaction particulière face à des facteurs de stress.

P2 : « Moralement c'est difficile et je me dis à 50 ans, attends à 50 ans, c'est pas possible quoi c'est pour ça que j'ai insisté pour faire les ateliers du dos. Parce que je voyais bien que plus ça allait plus c'était compliqué. », « La vie était devenue chiante et compliquée. », « C'était mon dos qui tournait tout le temps dans ma vie, et je subissais en fait, je subissais le mal dos. »

P3 : « Ça faisait un peu plus d'un an que j'avais perdu mon mari (...) c'est vrai que, je suis vraiment resté coincée un peu plus d'un an après cette phase (...) selon lui (son ostéopathe) ça pouvait être un mal être intérieur qui pouvait se retranscrire en mal être physique (...) il disait "il faut soigner toutes les parties du corps, il faut soigner l'intérieur mais il faut soigner aussi (me montre sa tête)." »

P4 : « J'ai un fils qui a 12 ans et ça a commencé quand il avait un an, et ça a commencé par des maux de tête, des maux de tête qui étaient toujours présents en fait et parfois des douleurs du bas du dos, donc voilà la fatigue tout ça. Et en même temps on construisait notre maison aussi. Et donc énormément de fatigue et de stress. », « C'était compliqué au boulot et donc douleurs au dos, (...) là je pense que c'était vraiment lié, que c'était vraiment lié à la fermeture de mon service. Service fermé, enfin c'était compliqué, et là vraiment il y avait un lien, la radio était bonne, et quand j'étais en arrêt, je me suis beaucoup, beaucoup reposée et, et ça a été mieux, donc je pense qu'il y a vraiment une part de stress. »

P5 : « Non seulement mon corps est fatigué mais moralement je suis épuisée parce que je m'énerve tellement que ça me fait ressortir tous les maux que j'ai. (...) Là rien que d'en parler je suis énervée et je sens les douleurs qui sont là quoi. », « Puis dès que je m'énerve, je prends beaucoup, beaucoup sur moi et c'est mon corps qui en subit les conséquences quoi. Je fais de l'eczéma en plus et quand je suis pas bien c'est tout mon eczéma qui ressort et là c'est l'horreur. »

P6 : « J'ai de temps en temps des petites tensions dans le pied, mais c'est dû au travail je pense et au stress », « Je pense que la santé mentale joue aussi beaucoup. »

P8 : « J'ai eu, c'était une période assez stressante, parce que j'ai passé des concours, (...) le matin des épreuves écrites j'étais coincée au niveau de mes lombaires, (...) après le soir ça était. Et après, ce qui s'est passé j'ai été, fin novembre, donc j'avais fini tous mes examens, j'attendais la réponse, (...) j'ai commencé à ressentir des douleurs de sciatique, (...) et puis, ça s'est empiré, empiré, empiré, (...) et on m'a appelé en me disant « on a un poste à vous proposer », (...) j'ai eu trois semaines pour déménager. Donc voilà tout ça avec la sciatique, (...) le déménagement, ça va, j'ai été énormément aidée. (...) Et la douleur est passée. »

P8 : « Est-ce qu'il y a un point commun de comment les gens vont réagir, (...) par exemple les lombalgies, est ce que l'on voit que ce sont des gens qui ont les mêmes réactions face au stress en fait ? » (S'interroge si les patients lombalgiques ont des points communs dans leurs réactions face au stress).

3. Impact d'un travail contraignant sur les lombalgies

Des participants expriment avoir un emploi pouvant favoriser l'apparition de lombalgie. Certains ont un travail dur physiquement (beaucoup de déplacements professionnels, port de charges lourdes, mouvements répétés ...). D'autres ont des horaires de travail difficiles engendrant de la fatigue et/ou des contraintes pour pouvoir pratiquer une activité physique. Et enfin certains ont un travail pouvant être source d'angoisse.

P2 : « Parce que j'ai un travail de responsable où je suis tendue, je suis stressée, j'ai pris 20 kilos en dix ans à cause de ça, parce que le stress je n'y arrive pas ».

P4 : « J'ai un périmètre de 40 km autour d'Alençon mais je suis souvent entre 50 et 100km par jour. Alors la voiture y est peut-être pour quelque chose. Et puis, pendant 3 ans (...) j'avais une double activité. »

P5 : « Quand on marche tous les jours comme ça et depuis toujours, là j'ai 45 ans, l'os s'use quoi. (...) Je ne suis pas assise au travail, je suis toujours debout, je marche toute la journée et je peux vous dire que j'en fais des pas », « Au travail, quand le matériel est devant nous oui, mais quand il est derrière nous et que la machine est devant on est obligé de se tourner toutes les deux secondes. On fait ça pendant 7 heures et pendant 23 ans, donc ben mon corps il subit et là il ne peut plus, il est fatigué. »

P6 : « Alors, j'étais coursier à vélo, donc je pense que les mouvements répétés n'ont pas aidé. Le port de charges lourdes, tout le temps se baisser du même côté, tout le temps faire du vélo, avec un poids sur le dos. », « J'ai tout arrêté (les exercices) quand j'ai repris la saison, je n'avais plus le temps. Enfin je ne prenais pas le temps surtout, avec mon travail de nuit, c'était fatigant. »

P7 : « Avec l'âge j'ai freiné, j'ai ralenti, puis le temps et le boulot ont joué aussi dessus, donc on oublie un peu de faire du sport. », « Je suis ingénieur éducation dans les garages industriels. Donc je fais beaucoup de routes, je fais 70 000 kilomètres par an. », « Enfin, soit le temps soit la volonté, c'est à dire que quand on rentre du boulot on a pas forcément envie de faire de sport, on est plus à se dire « repos, je suis vanné » et après avoir fait plein de kilomètres parfois quand je rentre je n'ai pas envie de prendre le vélo ni d'aller courir quoi. »

Une participante était même catégorique, son travail est responsable de ses problèmes de santé, de ses douleurs physiques et morales.

P5 : « J'ai toujours travaillé en usine, les bras en l'air, en position accroupie, on marche beaucoup, on porte des charges lourdes, donc c'est vrai que ça use un peu la santé... beaucoup même ! », « J'ai un travail tellement intense et pas supportable du tout moralement... que là je suis arrivée à saturation. Je suis limitée à me taper une dépression en ce moment parce que je ne suis pas bien du tout à mon travail... », « Comme ça va pas au travail, je suis à moitié en train de retomber dans

ma dépression alors que je n'ai pas envie. », « Dans le dos il y a toujours eu hein, quand on porte des charges lourdes... J'ai ça puis mes épaules qui sont abîmées aussi. Au niveau de l'épaule gauche je suis prise en maladie professionnelle, (...) on a des positions qui sont pas toujours évidentes, donc on ne se plie pas comme on devrait se plier, mais quand on doit aller vite pour faire les choses on pense pas toujours à faire les bons mouvements pour porter la chose. »

4. Méthodes ou traitements essayés avant les ateliers du dos

a) Techniques personnelles pour adoucir les maux

Certains m'ont expliqué avoir eu souvent recours à l'application de bouillotte afin de soulager leurs douleurs.

P2 : *« Alors moi ma bouillotte c'était ma copine, ma bouillotte au micro-onde j'ai été obligé d'en changer parce qu'au bout d'un moment il n'y avait plus de gel dedans, mais ma bouillotte c'était ma copine ... car j'avais mal au dos ».*

P4 : *« C'est beaucoup bouillotte, j'en ai 3 dans mon lit. Je ne les mets pas tout le temps. Mais je ne les quitte plus (rires). »*

b) Prise en charge par différents professionnels

Des participants ont eu recours à l'ostéopathie concernant leurs problèmes de lombalgie et ils en sont globalement satisfaits.

P3 : *« J'ai fait de l'ostéopathie, voir un ostéopathe qui m'aide de temps en temps. », « Je l'ai vu juste après mon accouchement parce que j'avais, j'avais vraiment très mal au dos. », « J'avais mal que ce soit la nuit comme le jour par moment je ne savais pas comment me mettre, et c'est vrai qu'il (l'ostéopathe) m'avait aidée à me défaire de ma douleur. »*

P4 : *« L'ostéo, j'y vais deux, trois fois l'année et j'y vais quand ça commence, quand je sens que ça se tend, là j'y vais. Ça fait du bien en fait. », « Tant que je n'allais pas chez le kiné ça durait en fait. Donc entre le moment où j'appelais le kiné et le moment où il me recevait c'était pas terrible quoi. »*

P7 : *« C'était un ostéo, qui remettait sans vraiment manipuler mais en faisant bouger les jambes (...) Et du coup ça me soulageait. »*

D'autres participants ont eu recours à la kinésithérapie pour leurs problèmes de lombalgies et ils en sont pour certains satisfaits. Une patiente semble d'ailleurs rassurée quant à la possibilité de consulter à tout moment son kinésithérapeute.

P3 : « *On m'a dit qu'il faut faire du kiné et là il m'a dit « il faut que je vous remette ça en place », alors ça fait mal sur le coup (grimace) mais après ça va mieux (rires) »*

P4 : « *Je fonctionne plutôt comme ça, quand je commence à avoir des maux de tête ou que je sens que c'est tendu dans le bas du dos, j'ai une ordonnance de kiné à l'année, que je gère, toute seule ».*

Une patiente n'était pas contre la kinésithérapie mais, en revanche, elle ne trouvait pas d'intérêt dans la pratique de la massothérapie pour soulager ses douleurs de dos.

P2 : « *Les kinés massent bah ça ne sert à rien déjà, juste à faire du bien sur le moment, mais ça ne résoudra pas le problème ».*

c) Des actes médicaux bénéfiques

Une patiente a été soulagée pendant cinq ans grâce à une infiltration au niveau du rachis.

P2 « *Et l'infiltration m'a fait du bien pendant cinq ans en fait, donc c'est bien hein, ça m'a soulagée... »*

d) Manque de perception quant à l'efficacité des médicaments prescrits

Les participants n'ont, pour la plupart, peu voire pas utilisé d'antalgiques car ils n'ont pas ressenti de réels soulagements.

P2 : « *J'évite de trop en prendre quand même », « Parce que si on prend un médicament ça va cacher mais ça ne va pas guérir ».*

P4 : « *Le doliprane me suffit quand j'ai vraiment mal ».*

P5 : « *Il m'avait donné des anti-inflammatoires, mais ça ne fait rien du tout »*

P6 : « *Je prenais quelques fois des anti-inflammatoires, mais c'est tout... Et c'était peu efficace ».*

5. Les bienfaits d'une activité physique régulière

Avant la mise en place des ateliers du dos, certains participants avaient déjà pratiqué des activités physiques. La plupart d'entre eux avaient arrêté ces pratiques pour diverses raisons (pandémie de la covid-19, contraintes organisationnelles professionnelles et/ou familiales, motivation). Pendant ces périodes d'activité, certains avaient ressenti un bienfait concernant leur problème de lombalgies, d'autres moins.

P3 : « *J'ai fais du yoga qui m'a aidé, (...), le yoga, la piscine, là j'avais commençais le pilate, le renforcement musculaire (...) et je sais que toutes ces choses autrement ça me fait du bien, de travailler un petit peu. La piscine je sais que c'est bon pour tout et donc ça me ferait pas de mal. Et le yoga m'avait fait du bien. En faite dès que je faisais des étirements ça me faisait du bien. »*

P4 : « *Je m'apercevais que lorsque j'étais un peu coincé, de courir, je devais sécréter des endorphines et du coup mes maux de tête pouvaient s'estomper enfin voilà et plus mis avec le renfo au niveau du dos à côté. »*

P5 : « *La salle de sport, après c'est vrai que ça me fesait du bien. »*

Une participante n'avait pas ressenti de bénéfices en pratiquant une activité physique car celle-ci n'était pas assez régulière selon elle.

P2 : « *Je me disais que la gym, qu'on faisait une fois par semaine, ça faisait 45 minutes avec, avec les copines, et bah je me disais, je me disais que c'était rien parce que ça ne m'a jamais apporté quelque chose. »*

6. Facteurs motivationnels à participer aux ateliers du dos

a) Une volonté d'aller mieux

Tous les participants étaient volontaires pour intégrer les ateliers du dos, chacun d'entre eux étant porté par une réelle volonté d'aller mieux. Plusieurs se définissaient comme « chanceux » qu'une telle opportunité leur soit offerte. Plus encore qu'être volontaire, certains se sont même réapproprié la demande : c'est à dire qu'au-delà de la proposition initiale du médecin, qui était de soumettre aux patients l'idée d'intégrer des ateliers du dos, ces derniers se sont vu à leur tour demander cette possibilité. Comprenant l'intérêt du protocole et intégrant l'idée d'un « mieux être », les participants devenaient ainsi acteurs dynamiques de leurs soins.

P2 : *(Quand on lui a proposé de participer aux ateliers du dos) « Oui je suis toujours prête à faire le programme !», Du coup elle me dit « bah vous ferez partie de la prochaine session parce que vous êtes motivée. », « C'est pour ça que j'insistais pour faire le fameux dos là ... avec l'atelier du dos... », « Je me dis à 50 ans, attends à 50 ans, c'est pas possible quoi, c'est pour ça que j'ai insisté pour faire les ateliers du dos. »*

P3 : *« Alors moi j'étais plutôt enthousiaste parce qu'au contraire prendre des bons réflexes, ... Donc non moi j'étais plutôt enthousiaste à le faire. »*

P4 : *« Je me dis j'ai la chance d'être dans ce protocole là, donc je me donne les moyens de le faire. »*

P6 : *« J'étais très intéressé ! Quand on a mal on hésite plus ! (rires) Je savais que je voulais reprendre le boulot cet été (...) Je n'avais pas le choix. », « De toute façon je n'avais plus que ça à faire. Puis c'était pour mon bien donc j'essayais d'y aller tout le temps. »*

P7 : *« J'étais motivé. C'était tenter de trouver une solution pour que j'aille mieux, c'était tout bénéf ! », « C'est pas toujours facile (par rapport à son travail très prenant) mais je me suis organisé pour participer à toutes les séances. »*

Pour certains patients, la motivation seule ne suffisait pas. Ils ont ainsi fait entendre que pour rendre ce type de protocole efficace, il fallait que les participants soient prêts « mentalement » à fournir les efforts nécessaires, à mettre en application les consignes et conseils donnés, autrement dit être prêt à s'investir activement dans le programme sur le long terme.

P2 : *« Il faut être prêt psychologiquement. Parce que se dire : « aller voir Natacha, oh ça me soule, ça me prend du temps, Halala ouais, enfin je fais les exercices. » Parce qu'elle nous disait : « est ce que vous avez fait les exercices ? », « Euh bah non, j'ai pas eu le temps. » Et bah non, ça pas bien (grimace) ! C'est cette dame là, celle qui n'écoutait pas, c'est elle qui a raté des cours en fait. Et bah je pense elle, elle est au même point ... je ne suis pas sûre qu'elle ait eu ce petit déclic. Moi j'ai toujours été positive et assidue. Moi c'est une priorité. »*

P3 : *« Il faut aussi être prêt dans la tête pour se lancer là-dedans (rires), car c'est sur le long terme. Si vous ne faites rien, c'est pas la peine. »*

b) Impact motivationnel du conseil du médecin

Pour plusieurs participants, l'impact de l'information transmise par le médecin a été importante pour être davantage motivé à participer aux ateliers. Cela témoigne également d'une relation de confiance envers son médecin.

P2 : « Mon Docteur me disait : « il faudrait peut être faire le programme. (ce qu'elle a accepté avec enthousiasme) » »

P4 : « C'est mon médecin qui m'en a parlé. Et ça m'a motivé. »

P6 : « Il (son médecin) m'a dit « j'ai un programme en route, avec du kiné, est-ce que ça vous intéresse ? », il m'a expliqué. J'ai dit oui. »

7. Freins à participer aux ateliers du dos

a) Contraintes organisationnelles d'origine professionnelle

Les horaires des cours ont pu être un obstacle à la participation aux ateliers du dos.

En effet, certains participants ont éprouvé quelques difficultés organisationnelles d'origine professionnelle et familiale pour venir aux séances.

P3 « C'étaient juste les horaires, car moi je finis à 19h30 le soir et bah ok, mais bon, oui moi c'était plus par rapport aux horaires de pouvoir venir. »

P4 : « C'est compliqué, je finis le boulot à quatre heure et demi, donc ça me faisait attendre (...) c'était bien parce que ça ne durait que deux mois, mais toute l'année je ne pourrais pas le faire. »

P5 : « Mes horaires (concernant ses principales difficultés rencontrées durant les ateliers) ! », « Le soucis dans mon cas à moi est que je travaille une semaine du matin et une semaine du soir, donc je n'ai pas pu assister à tous les cours. »

P8 : « Il y a eu aussi quelques séances que j'ai ratées à cause du travail, (...) j'avais signé pour faire à 18h, sauf que des fois (...) c'était à 17h30 sauf que moi des fois je ne pouvais pas donc j'ai raté des cours. »

b) Contraintes organisationnelles d'origine familiale

P4 : « Et là c'est parce que j'avais du monde pour mes enfants sinon ça aurait été compliqué. »

P5 : « Même si elle a son grand frère, c'est pas à lui de gérer je le laisse déjà à 4h30. »

C) Vécu pendant les ateliers du dos

1. Facteurs facilitant l'adhésion aux ateliers du dos

a) **Être en petit groupe**

- La dynamique de groupe est motivante

La plupart des participants ont éprouvé une motivation supplémentaire du fait d'être en groupe. Cela a réellement déclenché une dynamique de groupe.

P3 : « *Moi je pense que c'est plus motivant (d'être en groupe). (...) Moi personnellement faire quelque chose en groupe ça me convient mieux que toute seule, je trouve ça plus motivant. »*

P6 : « *Je pense que les séances de groupe c'est bien car ça motive. »*

P7 : « *C'est plus sympa d'être en groupe que tout seul. »*

- Être un petit groupe partageant une même problématique génère un sentiment de confiance et permet de se sentir compris, d'échanger, d'apprendre et donc d'améliorer la prise en charge.

Pour la plupart des membres du programme, le fait d'être avec des personnes pouvant présenter des symptômes plus ou moins similaires et donc de partager des difficultés communes permet à la fois de se sentir compris mais aussi de partager son expérience personnelle et d'apprendre de celle des autres participants. D'après certains, l'organisation en un groupe restreint permet aussi de libérer la parole.

P2 : « *C'est ce que Natacha dit, elle est là pour faire le cours, mais elle est là aussi pour nous aider à parler et pour que les gens s'expriment et disent leur ressenti (...) et que l'on apporte aux autres notre vécu. »*, « *On compare notre vécu. On était par exemple sur un truc tout bête pour le ménage et il y a en une qui dit : « han bah moi l'aspirateur, moi les plinthes », enfin et puis bah et moi je disais : « ha bah non mais moi je fais comme ça maintenant, j'ai solutionné, les plinthes je ne les fais plus je le fais avec le dos courbé ! » donc on s'apportait des choses. »*, « *Chacun apportait quelque chose pour la vie de tout le monde quoi, pour la vie quotidienne. »*, « *Quatre ... Après c'est peut-être de trop cinq ou six. Là, il y a un esprit de groupe et d'intimité qui se crée. »*

P3 : « La petite astuce du quotidien, on était toutes avec l'aspirateur quoi ... C'est bête (rires) mais voilà je trouve que c'est bien, on s'aperçoit qu'on n'est pas toute seule, et puis même si on n'y arrive pas on ne se sent pas ridicule, non c'était, vraiment le petit côté convivial. »

P4 : « Ça permettait d'échanger et puis (...) d'avoir l'expérience des autres, donc non moi j'ai bien aimé. Après quatre, non, non c'est bien, il ne faut pas qu'il y ait plus par contre. », « On discutait de comment mettre des choses en place, dans notre quotidien. Moi je sais qu'on m'avait dit de mettre dans ma voiture un oreiller cylindrique (...) c'était plein de petits trucs, pleins de petites astuces, (...) même au boulot de comment elles se tenaient. », « Le fait que l'on ne se connaissait pas, ça ne me dérangeait pas de dévoiler des choses, (...) il y a déjà une relation de confiance qui se crée entre tout le monde. »

P5 : « Il n'y a pas de jugement, pas de « plus d'argent ou moins. », pas de « je suis costaud et moi je suis maigre », on était tous là pour la même chose, pour le mal qu'on avait et basta. Ni « je suis la meilleure et pas l'autre, » non on se sentait bien. », « On échangeait entre nous et si Natacha nous posait des questions, on répondait à Natacha, ça passait par elle. », « On se met dans la peau de la personne qui a un peu mal aussi et on oublie un peu la nôtre et euh, moi je le ressentais comme ça aussi. »

P6 : « Après quand l'autre a mal, on se sent un peu gêné pour l'autre enfin, on a de la compassion et de l'empathie on va dire car on peut reconnaître leur douleur. »

P7 : « On échangeait ... pas énormément non plus, (...) Dans le groupe on avait des moments d'échange avec Natacha, on échangeait quand on s'adressait à tout le groupe sans avoir forcément un échange direct. Des fois, avant que Natacha arrive on discutait sur le contenu. »

P8 : « Moi j'ai trouvé ça bien, je trouve ça très agréable de voir d'autres personnes, surtout en ce moment (rires), ça fait du bien. », « Il y a même eu une séance, je crois que l'on avait tous besoin de parler, on a terminé la séance, (...) on a parlé de nos soucis et ça mine de rien ça fait vachement du bien d'être en groupe et de pouvoir partager, de partager son expérience et de voir qu'il y a d'autres gens qui sont, qui ont d'autres problématiques, surtout que l'on s'entendait vraiment bien et c'était super agréable. »

- Être en petit groupe permet de personnaliser la prise en charge et ainsi de l'améliorer

Le fait d'être en petit groupe de quatre a été important pour les participants, car cela a notamment permis de personnaliser la prise en charge en fonction des difficultés de chacun.

P2 : « Donc ce qui est bien avec Natacha c'est qu'on est que 4, et elle s'occupe de tout le monde personnellement. », « Et j'avais mal à la hanche gauche et je le dis à Natacha et elle me dit : « bah là il faut travailler l'ouverture du bassin en fait », donc elle m'a fait travailler l'ouverture du bassin là (...) Et donc on a fait, elle me faisait faire entre les cours (...) et bah maintenant je n'ai plus mal, vous voyez. »

P3 : « Si on était un groupe de vingt ne serait-ce que dix, elle ne pourrait pas personnaliser. Là elle a le temps de venir même quand on fait nos exercices, de nous reprendre, de voir si tout va bien, et il y avait des exercices qui allaient plus convenir à d'autres qu'à moi, et bah elle adapte les exercices aussi à des personnes, même si vous avez mal, elle va vraiment adapter l'exercice pour que vous puissiez le faire. »

P4 : « Je ne vais pas dire que c'était du cas par cas (...) c'était vraiment «vous madame machin avec vos problèmes vous n'allez peut être pas y arriver alors vous faites plutôt comme ça » (...) enfin elle s'adaptait à chaque personne. »

P5 : « Et d'être pas nombreux, ça y fait aussi. Au départ on était 3, après on s'est retrouvé à 4 mais pas plus, parce qu'après elle aurait peut-être pas pu donner de son temps à tout le monde. »

P7 : « Quatre c'était bien. Plus elle n'aurait peut-être pas eu le temps de s'occuper de chacun comme elle le faisait... »

b) Encadrement par une kinésithérapeute

- Avoir reçu un enseignement

Les participants ont tous appris des choses sur leurs douleurs, sur leur fonctionnement, leur anatomie. Ces enseignements leur ont permis d'apprendre des exercices adaptés à leur profil durant les ateliers du dos.

P2 : « Elle nous a bien enseigné qu'il faut être fort sur ses jambes aussi, sur le haut du dos, moi je n'ai pas de force sur le haut du dos donc elle nous a fait travailler. », « Et là Natacha, on a vu, elle a bien expliqué, donc elle nous a expliqué, en fait la colonne on doit la faire travailler sur tous les axes. »

P3 : « Maintenant j'essaie de plus plier les genoux de faire un balancement pour prendre un papier ou pour passer l'aspirateur. », « Je sais que parfois quand je prends une charge un peu lourde et bah je la prenais un peu comme ça n'importe comment et c'est vrai que maintenant j'essaie de m'auto-corriger. », « Moi je pensais en fait qu'il ne fallait que se muscler le dos ... mais en fait on travaillait beaucoup plus le dos, mais c'est ce qu'elle nous disait, on est sur des idées préconçues il n'y pas que le dos dans la vie, c'est tout le corps qui faut travailler. », « On a tendance à faire que les choses où on est à l'aise, qui nous font pas mal (...) on a tendance à rester dans notre zone de confort et pas faire les choses qui font mal. (...) On apprend aussi que les choses qui font mal ne vont pas être forcément néfastes pour nous. »

P4 : « Elle nous apprend à se connaître et effectivement après j'essaie de mettre en pratique. », « Elle me dit à chaque fois ce qu'il faut faire à la maison. (...) Moi je trouve qu'elle est d'excellents conseils. »

P5 : « Au niveau du bassin quand elle nous a appris ... Le fait de venir en avant et en arrière (me montre la bascule du bassin), des fois je le fais au travail et ça fait beaucoup de bien. »

P6 : « Elle m'a appris pleins d'exercices. », « Parfois, par exemple, elle prenait le squelette et elle nous expliquait le fonctionnement du corps, que ce soit la respiration ou encore le périnée, le diaphragme tout ça. On a appris pas mal de choses je pense, même les positions, les tensions dans le corps, qu'elles soient psychologiques ou physiques. », « Souvent on dit « allonge toi, repose-toi ! », mais non en fait ! Il faut se muscler le dos au contraire, marcher, c'est très important. Je pensais que le repos primait plus que l'activité. »

P7 : « J'ai senti en fait un intérêt puisque j'ai appris des exercices que je peux faire, auxquels que je ne pensais pas. »

P8 : « Il y a quelque chose que j'ai vraiment retenu, que j'ai appris, c'est quelque chose, parce que j'ai un métier où je suis assise, je suis assistante administrative donc je suis assise très souvent, c'est le basculement du bassin en fait, en antéversion c'est ça ? (Rires). »

- Être / Se sentir entendu, compris par le praticien

Certains ont manifesté leur satisfaction de se sentir entendu et compris par la kinésithérapeute créant ainsi une relation de confiance.

P4 : « Je pense qu'elle m'a comprise. Elle me connaît (...) je pense qu'elle m'a aussi cernée », « Un kiné il faut aussi que voilà, il faut aussi avoir le truc, la confiance, c'est comme un médecin. »

P5 : « On en a parlé justement. Elle le voit à ma tête, elle me le dit. (...) On en a parlé et elle sent au son de ma voix que je suis pas loin de pleurer et je suis fatiguée », « Franchement on a envie de s'ouvrir à elle. », « Elle est très gentille, à l'écoute et moi qui ai besoin de parler ça m'a fait du bien. Ça m'a fait beaucoup de bien, elle était à l'écoute. »

P6 : « Déjà ce qui était bien c'est qu'elle était attentive à chaque personne. », « Elle est très pédagogue, elle est patiente, franchement c'était chouette. »

- Se sentir en sécurité par le professionnalisme de l'encadrement

Le fait d'être encadré par une professionnelle de la santé a permis à certains participants d'éprouver un sentiment de sécurité dans la prise en charge.

P3 : « J'ai trouvé ça bien, parce que c'est une professionnelle, elle sait vraiment comment ça se passe, elle fait ça tous les jours. Donc moi j'ai trouvé ça pas mal que ce soit une kiné qui nous voit. Ce serait un prof de sport, il ne sait pas, quand vous allez au sport, on va pouvoir vous rectifier la position, mais une kiné elle va ... Elle va vraiment aussi réussir à adapter en fonction de là où on a mal ... elle connaît plus le mécanisme. »

P5 : « Je trouve ça très bien (d'être encadrée par une kinésithérapeute) (...) Elle connaît les mouvements donc ça nous aide. C'est une professionnelle. Quand on va à la salle, on n'a personne pour nous dire comment on fait. »

P6 : « Je trouve ça très bien (d'être encadré par une kinésithérapeute). Je l'ai trouvé très compétente, ça permet de bien faire les mouvements. Elle sait nous corriger si on le fait mal. »

- Aimer la capacité d'adaptation du professionnel au profil de chaque patient (selon ses difficultés, ...)

Tous ont aimé la capacité d'adaptation de la kinésithérapeute : la prise en charge était différente suivant le profil du patient.

P3 : « Elle va vraiment aussi réussir à adapter en fonction de là où on a mal (...) Moi je lui disais pendant les cours que j'avais la sacro-iliaque qui me faisait mal, et il y avait des mouvements que j'avais du mal à faire (...) et donc elle me les a adaptés pour moi. »

P4 : « Elle s'adapte à chaque personne. Par exemple, moi il y avait des choses je n'arrivais pas à faire, elle me disait « Bah stop. On va faire un autre exercice ». Elle était vraiment, elle s'adaptait à chacun, ouai, ouai. »

P5 : « Et puis elle s'adapte, sur certains exercices, car il fallait faire du gainage et je ne le pouvais pas avec mes épaules, mais elle m'a montré une autre façon de les faire et ensuite ça allait quoi. »

P6 : « Elle s'adaptait à chaque personne et ne laissait personne en dehors du cadre. Par exemple, il n'y avait que moi qui ne pouvait pas faire un exercice alors que les 3 autres personnes pouvaient le faire, (...) et elle me disait d'attendre deux secondes, qu'elle terminait avec l'autre personne mais qu'elle revenait vers moi. Ça, je trouvais ça vraiment cool. Personne n'a été laissé ou mis de côté. »

P7 : « Natacha s'adaptait vraiment bien. Il y avait des exercices où j'étais bloqué et elle me disait : « ouvre un peu plus les jambes et ça va passer ! ». Elle a toujours adapté ! »

P8 : « Elle a adapté chaque exercice, ouais. Quand il y avait une douleur, (...), elle disait : « faites plutôt comme ça, dans ce sens là, moins prononcé ». Elle prenait en compte les difficultés de chacun. (...) donc ça c'était bien. »

c) Ressentis physiologiques positifs et progrès : éléments moteurs quant à l'effort

Ressentir les bienfaits de la prise en charge a été une source de motivation pour certains.

P2 : « Le gainage là. (...) Au début je tenais 20 secondes et maintenant je tiens une minute. Donc il y a eu du progrès, ouais, il faut insister sur la régularité, parce que je pense que si j'arrête je retombe dans le même procédé : avoir mal. »

P6 : « Ce qui est un peu décourageant c'est qu'on arrive les 3 ou 4 premières séances et on croit que ça fait pas grand-chose et on se dit « bah tiens, ça j'ai pas pu le faire, ça je n'ai pas pu le faire, j'ai toujours aussi mal quand je me couche, j'ai toujours aussi mal quand je me réveille », du coup c'est un peu déprimant et on se dit que ça ne sert à rien. (...) et quand on a repris un peu la marche et qu'on voit qu'on marche un peu plus longtemps c'est encourageant, ça évolue. »

P7 : « Au départ c'était un peu difficile à appréhender, à mettre en place, parce qu'avec le boulot je suis en déplacement toute la semaine, (...), mais j'ai ressenti le bienfait que pouvait apporter ce protocole, donc je me suis organisé et j'ai réussi à bloquer mes semaines pour y participer pendant deux mois ».

d) Plaisir et bien être dans la prise en charge facilite l'adhésion au programme

Certains participants ont fait entendre que pour être motivé à s'investir dans les ateliers du dos, il est important d'y prendre du plaisir. Certains éprouvaient un sentiment de bien-être du fait d'avoir un temps pour eux, de pouvoir prendre soin d'eux.

P3 : « Bah moi ce que j'ai bien aimé, c'est Natacha qui est très sympa et le fait de montrer plein d'exercices différents. Voyez, j'ai découvert le fait de travailler avec un ballon (...) quand on aime pas on a tendance à ne pas le faire. », « Ça permet aussi de se vider un peu la tête aussi, parce que des fois il y a les tensions à la maison, au travail, c'est des petits soucis, mais c'est vrai que ça vide la tête et ça fait du bien. On ressort on est mieux. »

P4 : « En plus ça faisait du bien parce que c'était un temps pour moi en fait. Là je me posais vraiment, je n'avais pas à m'occuper ... »

P5 : « Mais quand les enfants vont retourner à l'école (...), je vais essayer d'y retourner (à la salle de sport) (...) C'est vrai que ça faisait du bien aussi. Là on a plus de vie ! »

P8 : « Au tout début il y avait des exercices que je trouvais intéressants, où je ressentais les bienfaits, etc... Que j'ai réussi à reproduire à la maison et qui m'ont fait beaucoup de bien. », « Quand on ne me dit rien et que l'on me propose des choses très simples et agréables, je vais le faire naturellement chez moi, mais quand on me dit qu'il faut le faire tous les jours non ; moi je n'aime pas ça ! »

e) Un rythme, une durée de séances adaptés

La plupart des participants étaient satisfaits de la fréquence et de la durée des séances et du programme.

P2 : « Deux cours par semaine c'est bien. »

P4 : « J'aurais bien fait plus, mais au niveau de l'organisation personnelle c'était bien, ou alors une séance par semaine, enfin commencer par deux et puis faire une par semaine en fait. Mais moi c'est vrai que sur deux mois je m'organise, mais sur plus j'aurais du mal. »

P5 : « C'était bien, franchement c'était bien. (...) Je pense que deux jours par semaine c'est bien. »

P6 : « J'ai trouvé ça bien (deux séances d'une heure par semaine), et j'en ai loupé une ou deux seulement. »

P7 : « Ça me paraissait bien, (...) Il faut au moins deux séances pour avoir un gain, quelque chose de positif. », « D'un point de vue organisationnel c'était long (durée de deux mois), mais d'un point de vue bienfaits je pense que c'était bien, sinon ça aurait été court quoi. »

2. Limites perçues par les participants concernant les ateliers du dos

a) Une salle de cours difficile d'accès

Une participante a jugé la salle de cours peu adaptée à la prise en charge.

P5 : « Changer d'endroit ! Quand on a mal à la hanche et qu'il faut monter des escaliers, que ça se rétrécit de plus en plus... faut pas être costaud non plus, pour passer c'est la misère ! »

b) Être frustré (par l'annulation/report des cours)

Un participant a éprouvé de la frustration devant certains reports de cours, car cela perturbait son organisation.

P7 : « Ce qui m'a un peu plus dérangé c'est quand, euh, certaines séances étaient annulées parce que je faisais l'effort pour être là »

c) Le souhait d'une prise en charge plus personnalisée

Certains auraient aimé une prise en charge encore plus personnalisée, encore plus centrée sur eux-mêmes.

P4 : « Des fois, je me disais « j'aimerais bien qu'elle se pose sur moi(...) » alors il y a peut-être une séance ou deux au milieu où ça pourrait être un peu plus personnalisé. (...) Des fois, on aurait envie de l'avoir que pour nous en fait. »

P6 : « Une séance personnelle, même si c'est pas toutes les semaines je pense que ça peut être un petit bénéfice. »

d) Être en demande / manque d'informations (théoriques)

Une participante a eu le sentiment de manquer d'information principalement sur la physiologie musculaire pour comprendre l'intérêt de tel ou tel exercice.

P8 : « Je me disais, moi j'avais envie d'apprendre comment je fonctionne, mais concrètement quoi, qu'on me dise : « bah là ce muscle là, il est relié à ça, donc quand on fait comme ça, ça tire là-dessus » mais voilà, je voulais que l'on m'explique ce qui se passait quoi. »

e) Avoir un manque d'intérêt pour ce type de programme et des attentes différentes

Une participante s'attendait à ce que la prise en charge soit plus proche de méthodes qu'elle avait connues par le passé. Elle n'a également pas pris de plaisir dans ce programme car cela s'apparentait trop à du sport pour elle, chose qu'elle n'aime pas.

P8 : « J'ai eu connaissance de techniques, de réappropriation du corps et de voilà (méthode de Feldenkrais). », « Donc moi j'ai été habituée à ça (méthode de Feldenkrais) (...). Et en fait je pensais qu'en allant sur ces séances, j'allais retrouver quelque chose comme ça. Sauf que pas du tout. Moi je me suis retrouvée à des séances plus de gym, alors j'ai retrouvé des mouvements de yoga. (...) J'ai eu des mouvements qui me permettaient, effectivement, je sentais, que si je faisais ce mouvement en ayant mal, je sentais que ça pouvait soulager la douleur. Mais après, on a fait du cardio, (...) en plus il fallait faire du gainage, voilà tous les jours chez-soi voilà, je me suis dit franchement ... Je sais que je ne le ferai pas. »

« J'ai toujours eu des difficultés avec le sport, toujours un peu cassée quand j'étais jeune. J'ai toujours détesté ça. (...) le sport, le machin ... voilà là je déteste ça, j'ai une horreur de ça. Et là ce qui s'est passé. », « J'ai trouvé ça trop gym, (...) Je n'y ai pas vraiment trouvé mon intérêt. »

- Avoir des attentes différentes peut causer de la déception

Cette participante ayant des attentes différentes sur la prise en charge a éprouvé de la déception.

P8 : « J'ai pensé qu'on allait faire des mises en scène, je pense que ça ne serait pas une mauvaise idée (rires), (...) des mises en situation, « vous rentrez machin, vous avez vos courses à porter, voilà ». Moi, je trouve que ça ne serait pas une mauvaise idée d'essayer (...) de mettre en situation les gens », « Je m'attendais pendant les premières semaines (...) de proposer des exercices un peu bateau pour tout le monde, (...) de faire une sorte de bilan pour chacun, et après de donner un programme. Je pensais qu'elle allait donner un programme d'exercices adaptés à chacun parce que l'on avait pas tous les mêmes problématiques. (...) Je m'attendais à ce que j'ai une espèce de boîte à outils d'exercices pour moi, pour mon problème, tout comme la personne à ma droite aurait aussi sa petite boîte d'exercices pour lui. Et du coup, moi ça m'a cassée ce que j'avais commencé à refaire chez moi. »

f) Être peu motivé une fois sorti du cadre, avoir des difficultés à travailler en autonomie

Certains patients ont exprimé leurs difficultés à trouver l'envie ou le temps nécessaire à faire ou à poursuivre les exercices en autonomie lorsqu'ils sortent du cadre que représentent les ateliers du dos.

P3 : « Vous allez me dire que je peux en faire chez moi mais ça n'est pas pareil. », « Actuellement c'est pas la bonne période pour moi, j'avoue que je m'accorde pas trop de temps pour moi, entre les changements, les inscriptions à l'école, quand je suis pas au travail, c'est un peu short. », « Vous faites votre sport toute seule à la maison, moi personnellement je trouve ça moins motivant que lorsque vous allez en groupe. Même si on ne connaît pas les personnes c'est toujours plus motivant. »

P4 : « Quand je sais que c'est programmé, je m'organise. », « Je pense que tant que l'on est dans la dynamique, d'y aller au moins une fois la semaine, on y pense en fait (de faire les exercices). », « Je pense que si j'avais un cadre ça m'aiderait (à être régulière). », « C'est vrai que moi, en tout cas moi pour ma part, je sais que si je n'ai pas de suivi c'est plus dur (d'être régulière). »

P5 : « À la maison j'ai pas envie, j'ai pas la motivation... J'ai pas le courage. », « Non pas que je n'ai pas le temps (de faire les exercices en autonomie) parce que je l'ai le temps, mais c'est juste par fainéantise et fatigue (rires). »

D) Conséquences des ateliers du dos concernant les participants

1. Faire de l'exercice régulièrement, c'est aller mieux

a) **Les bénéfiques sur le corps de l'exercice physique**

Tous ont compris que faire de l'exercice de manière adaptée est bénéfique pour leurs problèmes de dos. Certains ont insisté sur la nécessité de pratiquer une activité physique « douce », qu'ils jugent non traumatisante pour leur dos.

P2 : « Et c'est là que je me suis aperçue que là, han, bah oui, là ça me fait du bien, ça fait du bien. », « Je vais continuer quand même les exercices avec la gym direct là, parce que je voyais ça m'apportait du bien-être. », « Pas forcément faire des choses violentes, ça ne sert à rien. Faire les muscles en profondeur quoi. Faire les choses tranquillement et ... et toujours avoir ce gainage. Gagner, gagner, gagner pour travailler les muscles et le yoga c'est pas mal. C'est pas de la gym violente. »

P3 : « C'est ce que je disais à Natacha, le yoga, la piscine, là j'avais commencé le Pilate, le renforcement musculaire (...) et je sais que toutes ces choses autrement ça me fait du bien. », « Des choses douces, tout ce qui est piscine, yoga, étirements, des choses comme ça, parce que si vous avez mal au dos on peut s'en rajouter aussi donc faire des choses plus douces et y aller petit à petit, pas la peine de forcer, il vaut mieux y aller doucement et puis faire. »

P4 : « J'ai fait beaucoup de course à pied, j'ai fait beaucoup de gainage et tout ça, et je pense que ça a aidé (...) du coup j'ai envie de dire maintenant c'est moins présent (ses douleurs). », « Je pense que ça m'a beaucoup aidée (le renforcement musculaire), parce que je me rends compte quand même que mes consultations chez le kiné se sont espacées. », « Je voyais la différence. Et la différence, les 2-3 premières séances je l'ai vue rapidement, (...) je me sentais plus souple (...) je sais très bien le bienfait que ça peut m'apporter. »

P5 : « Ha ben, les douleurs sont arrivées après, quand je n'en faisais plus (de sport en salle). », « C'est vrai que sur le coup franchement, le temps que j'y allais, ça me faisait du bien (de faire les exercices). »

P6 : « J'ai refait du gainage et ça m'a fait du bien. », « Les deux combinés, la reprise de l'exercice et la reprise du kiné ça a été plus que bénéfique parce que je n'ai plus mal du tout. »

P7 : « C'était sur la durée, c'était un peu mieux avec le temps. Mais là j'ai toujours un petit peu de mal, il faut continuer de bosser, de faire les exercices qu'on m'a montrés. »

P8 : « Moi je pense qu'il faut du renforcement pour aller mieux. »

b) Intérêt de la persévérance et de la régularité de l'effort

Tous les participants de l'étude ont compris la nécessité d'être réguliers et persévérants pour pouvoir ressentir un bienfait via les exercices physiques.

P2 : « Il faut insister sur la régularité, parce que je pense que si j'arrête je retombe dans le même procédé avoir mal, avoir mal... », « La régularité c'est la base quoi », « Pour aider le cours de Natacha je me dis il faut que j'essaye de faire tout ce qu'elle me dit et puis que je continue toujours à marcher, à continuer à faire les cours sur la gym à la télé. », « On a eu un ami il va faire le programme la prochaine fois, parce qu'il a mal dans le dos. Mais je lui ai dit : « attention hein, tu feras ce qu'elle te dit, tu le feras chez toi aussi après parce que si tu fais que les cours ça ne suffira pas, il faut que tu continues ». (Rires) »

P3 : « C'est la régularité qui fait que ça va mieux. Parce qu'il ne faut pas croire que si on fait les exercices une semaine après ça va mieux. C'est sur la longueur, la régularité, si on arrête c'est mort. », « Je reprendrai, parce que je vois bien ça manque aussi, et on se rouille vite aussi », « Il faut parce que, c'est ça qu'elle (kinésithérapeute) nous expliquait c'est à faire que ... c'est la continuité ... si on arrête et bah ça ne sert à rien, ouais. »

P4 : « Moi je me suis vraiment rendu compte que le sport, il ne fallait pas que l'on s'arrête quoi. »

P5 : « Il aurait peut-être fallu aussi que je me motive pour le faire, ça m'aurait aidée aussi, mais je suis tellement fatiguée. », « Après je ne m'en prends qu'à moi si j'ai un peu mal car je ne fais pas les exercices. »

P6 : « Les ateliers sur le coup je ne pensais pas que ça faisait du bien, mais je pense qu'à terme oui ! », « Quand j'étais sur Alençon je les faisais (mes exercices en autonomie), après je l'ai fait en début de saison et quand là le rythme s'est accéléré, j'en fais moins. Par contre je fais toujours mes gainages. »

P7 : « C'était sur la durée, c'était un peu mieux avec le temps. Mais là j'ai toujours un petit peu de mal, il faut continuer de bosser, de faire les exercices qu'on m'a montrés. », « Je poursuis oui (le renforcement musculaire), j'essaye de poursuivre régulièrement. », « Les étirements j'en fais également, on m'a montré que je devais étirer les ischio, mollets et bas du dos. »

P8 : « Mais en fait, sur un truc de deux mois (durée des ateliers du dos), je pense que le renforcement musculaire c'est à l'année, pour moi c'est à l'année (pas seulement sur deux mois). »

2. Être soulagé grâce à la prise en charge

a) **Se sentir soulagé / sentir une amélioration grâce à la prise en charge**

Une majorité de participants ont ressenti un bienfait, un soulagement, une atténuation de leurs douleurs grâce à la prise en charge.

P2 : « Bah ça va mieux, ouais moi là ça va mieux. », « Ma bouillotte là elle ne sort plus du placard (rires) ça n'est plus ma copine alors qu'avant ma bouillotte elle sortait toutes les semaines quasiment. », « Moi je m'en suis sortie car je ne veux plus avoir le problème aux toilettes, je ne veux plus quand je tousse avoir mal dans le dos, les dos-d'ânes faire attention, enfin c'était tout, c'est tout le temps faire attention. »

P3 « Non parce que là c'est vrai, que franchement ça va beaucoup mieux. Pour l'instant je suis dans ma période bien. »

P4 : « Effectivement, le protocole que j'ai suivi (...) ça me faisait beaucoup de bien. », « J'ai vraiment tiré que du bénéfique de cette expérience. J'ai encore quelques douleurs (...) mais en même temps on apprend à mieux vivre avec et à les gérer et à se dire : voilà c'est pas grave ».

P6 : « Là j'arrive presque à toucher mes orteils si je force un peu, alors qu'avant j'avais pas loin de 20 cm et là j'y arrive ! Il y a un énorme plus ! C'est beaucoup du fait de la reprise de l'activité physique avec les ateliers, et du travail que ce soit la marche, le port de charge, mais les deux sont liés, il n'y a pas de secret. », « Les deux combinés, la reprise de l'exercice (activité professionnelle) et la reprise du kiné (ateliers du dos) ça a été plus que bénéfique parce que je n'ai plus mal du tout. »

P7 : « Dans la jambe, les douleurs, maintenant c'est rare (depuis la prise en charge), c'est plutôt le bas du dos. De temps en temps à la jambe mais très ponctuellement. Quand je sors, maintenant lors des sorties c'est seulement la douleur dans le bas du dos qu'il faut que je gère. »

b) **Être mieux dans son corps c'est être mieux dans sa tête**

Pour une participante ressentir un soulagement grâce à la prise en charge lui a permis de se sentir mieux psychologiquement.

P2 : « Là j'ai compris ce que je dois continuer à faire, j'ai repris le contrôle (de sa vie). »

c) Être soulagé crée parfois un faux sentiment de sécurité

Pour deux participants, le fait d'être soulagé peut créer un faux sentiment de sécurité et donc se relâcher dans la régularité de la pratique des exercices physique.

P4 : « Quand j'ai mal, je me dis « oh zut » alors là je le refais quand j'ai mal, mais quand je suis pas mal, j'ai envie de dire on a tendance à ne pas s'écouter et moins prendre soins de soit en faite. »

P6 : « Il y a des fois où je n'y pense même pas en fait (à faire les exercices en autonomie), parce que tout va bien et que je me dis que je n'ai pas mal. »

3. Devenir sachant grâce à l'enseignement reçu c'est pouvoir se protéger soi-même et orienter les autres

Apprendre a permis à certains participants de se transformer, de se soigner, de se protéger eux-mêmes ainsi que leurs entourages par la transmission du savoir reçu.

P2 : « Donc maintenant, je sais qu'il y a pleins d'exercices qui me font du bien. Donc je travaille régulièrement », « On était avec une dame à la deuxième session qui elle, n'avait pas compris qu'il fallait faire les exercices chez elle, et je lui disais : « il faut faire chez soi, il faut faire chez soi ! », elle disait : « j'ai pas le temps, j'ai pas le temps », et bah je dis : « bah non mais moi aussi j'ai pas eu le temps, ..., il faut faire ça tout de suite. », « Mais je lui ai dit (à un ami qui va participer aux ateliers) : « attention hein tu feras ce qu'elle te dit, tu le feras, tu le feras chez toi aussi après parce que si tu fais que les cours ça ne suffira pas. »

P3 : « Je le dis à mes collègues, même à mes enfants : « prenez des bonnes postures dès le début ! » », « J'ai une collègue qui n'est pas bien, qui a mal au dos, (...) c'est vrai que l'on retransmet les petits exercices que l'on peut faire, les petits conseils, elle c'est la même chose que moi et du coup elle essaye de s'étirer, les postures de yoga. On fait la même chose. »

P4 : « J'ai déjà conseillé à un ami qui a des gros soucis aussi de dos. Je lui ai dit « faut essayer d'appeler la Startech, je sais pas, le cabinet, pour voir si tu peux rentrer dans un protocole comme ça », parce que vraiment il souffre, parce que ça donne des clés. »

P7 : « Je ne suis pas médecin et s'il n'a pas le même mal que moi je ne saurais pas conseiller. S'il a un mal coté lombaire je saurais lui dire, retransmettre ce que Natacha m'a expliqué, mais si c'est un autre endroit je lui dirai de faire comme moi, d'aller consulter. »

4. Être toujours douloureux malgré la prise en charge

Une participante n'a pas ressenti de bienfaits concernant la prise en charge. Elle l'explique par son manque d'implication et par son travail l'ayant empêchée de participer comme il était convenu aux ateliers du dos.

P5 : « *(par rapport aux raisons qui font que ses douleurs persistent) Le fait que je n'ai pas pu faire les cours correctement, mon métier, mon boulot, très dur. Mon corps est très fatigué aussi, il y a plein de choses que je faisais avant et moralement aussi, quand on a pas le moral on a pas envie de faire du sport* », « *Je ne pouvais pas faire les exercices à la maison (à cause de ses horaires de travail) et aussi du fait de la fatigue.* »

IV) Discussion

Comme nous allons l'aborder dans la discussion, les idées exprimées au cours des entretiens ont globalement montré que le cadre mis en place dans ces ateliers du dos a répondu aux attentes des participants et confirme donc notre hypothèse de recherche.

A) Analyse et comparaison aux données de la littérature

1. Vécu avant les ateliers du dos

a) Vécu de la lombalgie avant les ateliers du dos

Les participants avaient tous une histoire et une évolution différentes concernant leurs lombalgies avec une douleur d'intensité inégale et une répercussion également propre à chacun d'un point de vue physique, psychologique et socio-professionnelle.

D'après la HAS (14), Il est important que le vécu du patient et les répercussions de sa douleur (physique, psychologique et socio-professionnelle) soient prises en compte.

La prise en charge du patient doit donc être globale (ou « bio-psycho-social ») de la part du médecin mais aussi dans le cas des ateliers du dos de la part du kinésithérapeute.

Les problèmes de dos des participants de l'étude entraînaient pour chacun d'entre eux des restrictions plus ou moins lourdes, notamment dans les actes de la vie quotidienne. Cela en poussait certains à adapter leur quotidien essentiellement en ajustant leurs postures, mais aussi en se limitant dans certaines activités afin de continuer à vivre le plus normalement possible et de rester actif malgré la souffrance. Ils étaient pour la plupart déjà conscients que l'inactivité avait des effets néfastes concernant leurs douleurs lombaires. Enfin les mauvaises postures dans la vie de tous les jours et au travail étaient là aussi perçues comme un facteur de risque de souffrance.

Comme décrit dans la littérature, la sédentarité est pourvoyeuse de lombalgie, de nombreuses autres maladies chroniques et accélère les effets du vieillissement. (58) D'après Heneweer et al. le mode de vie sédentaire est associé à une augmentation modérée du risque de lombalgie. (47)

Il est donc primordial que le médecin sache convaincre son patient souffrant de lombalgie commune d'essayer de garder une activité normale et une activité physique adaptée, afin d'améliorer son évolution et de diminuer le risque de récurrence. (14, 27, 37) Ce message doit être transmis durant les ateliers du dos aussi bien par le médecin que par le kinésithérapeute encadrant les séances. Il est important que le message véhiculé soit le même.

b) Lien entre physique et psychisme

Le lien entre douleurs physiques et ressenti psychique est un élément régulièrement rapporté au cours des entretiens. Cet aspect montre une fois encore la nécessité d'une prise en charge « bio-psycho-sociale ». En effet dès qu'une lombalgie devient chronique, des retentissements multiples apparaissent (physiques, psychologiques, familiaux, conjugaux, socio-professionnels). (25) D'après P. Sichère et F Zeitoun, la douleur peut perdre de son rôle d'alarme et devenir nocive. À la douleur, vient s'ajouter l'anxiété, elle-même à l'origine de pensées négatives. Ces dernières peuvent créer des croyances erronées, générant un risque d'évitement physique et de kinésiophobie. Durant les entretiens, les différentes douleurs qu'on pu ressentir les participants ont créées chez certains des idées reçues. Certains d'entre eux avaient un sentiment de fragilité, voire même de prédisposition à souffrir du dos. D'autres appréhendaient de faire certains mouvements de peur de déclencher une douleur. Ce ressenti doit être pris en compte par le praticien. Il doit savoir rassurer et redonner confiance aux participants, en cassant si besoin les fausses croyances et en expliquant clairement que l'origine de son mal de dos est multifactorielle. (39) Il est par exemple nécessaire d'expliquer au patient que si des anomalies sont retrouvées à l'imagerie, celles-ci peuvent être également retrouvées chez des personnes asymptomatiques. (30)

Par ailleurs, certains participants ont fait le lien durant les entretiens entre situation angoissante et douleur physique. Ils ont estimé qu'un état de stress ou de souffrance psychique, comme un état dépressif, pouvait favoriser l'apparition de douleur ou accentuer celle-ci que ce soit en intensité ou en durée. Une participante allait même plus loin en affirmant qu'être lombalgique était possiblement avoir une réaction particulière face aux situations angoissantes. Inversement, une douleur physique récurrente pouvait elle aussi provoquer une souffrance psychologique. Comme le rapportent Petit A. et Champagne R. (15), dans leur article, une douleur qui récidive ou qui persiste va engendrer un sentiment d'inquiétude quant à l'origine de la douleur ou par rapport à son évolution. L'anxiété va ensuite favoriser la persistance de la douleur.

Une bonne information est nécessaire de la part du médecin et/ou du kinésithérapeute de manière générale et plus encore durant les ateliers du dos. Ces professionnels doivent rassurer sur l'absence de lésion tissulaire, dédramatiser la situation, casser les fausses croyances, revenir sur les mécanismes de chronicisation et l'origine multifactorielle de leur lombalgie. Le discours des intervenants doit être cohérent entre eux pour ainsi éviter l'effet néfaste des discours discordants (8).

c) Lien entre travail et lombalgie

Les participants ont pour la plupart un travail qu'ils jugeaient contraignant à différents points de vue et qui pouvait ainsi favoriser l'apparition ou l'accentuation de leur lombalgie. Dans les entretiens réalisés certains décrivaient des ports de charges lourdes, des mouvements de rotation du tronc répétés, des postures pénibles, et d'autres réalisaient de longs trajets en voiture. Enfin, plusieurs ressentait un stress au travail voire même une insatisfaction professionnelle avec notamment une monotonie dans les tâches réalisées, tous étant des facteurs de risques d'évolution défavorable, donc de chronicisation de la lombalgie (47, 31, 33) .

Il est une fois encore important de prendre en charge le patient dans sa globalité et ainsi pouvoir dépister les facteurs de risques liés au travail (47). Ce principe est évidemment à prendre en compte durant les ateliers du dos.

Enfin certains ont insisté sur l'intérêt d'avoir de bonnes postures pour éviter d'avoir mal au dos. En revanche pour l'une d'entre elle il n'est pas toujours facile d'appliquer cette règle quand les conditions de travail ne s'y prêtent pas.

d) Méthodes ou traitements essayés avant les ateliers du dos

Les participants ont eu recours à différentes méthodes pour essayer de soulager leur lombalgie ou de protéger leur dos.

Certains ont eu recours à l'ostéopathie pour leurs problèmes de lombalgies et ils en étaient globalement satisfaits. D'après une revue critique de la littérature de Ginier-Gillet et al. (59), les manipulations vertébrales ont une efficacité faible avec des effets principalement à court terme sur la réduction de la douleur. Cependant, il y avait, entre les différents auteurs, une discordance sur la définition des lombalgies ainsi que sur les manipulations vertébrales. D'après la HAS (14), les manipulations vertébrales et les méthodes manuelles peuvent être proposées au stade subaigu mais uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.

D'autres participants de l'étude ont été pris en charge par un kinésithérapeute. Ils étaient pour certains également satisfaits. Cependant, une participante était plus mesurée dans ses propos. En effet, elle était favorable à ce qu'on lui apprenne des exercices mais ne trouvait, en revanche, pas d'intérêt à la massothérapie. D'après la HAS (14), la kinésithérapie est recommandée après quelques semaines d'évolution, dès que la réduction de la douleur initiale le permet. Le kinésithérapeute doit participer à l'éducation du patient, proposer des séquences de mobilisation, du renforcement musculaire ainsi que des assouplissements.

Une patiente quant à elle, a relaté avoir été soulagée pendant une période grâce à une infiltration. D'après la HAS (14), cette technique n'est généralement pas recommandée pour les lombalgies sans radiculalgie.

Certains participants usaient aussi de techniques personnelles afin de soulager leurs douleurs. Par exemple, plusieurs d'entre-eux ont essayé d'appliquer de la chaleur (au niveau des lombaires) via des bouillottes. Cela peut être proposé, mais il n'y a pas de preuve d'efficacité (14).

La majorité des patients n'ont pas, ou peu, utilisé d'antalgiques car ils n'avaient soit pas ressenti de réels soulagements, soit ils n'étaient pas favorable l'utilisation de médicaments. Pour ceux qui en ont pris, le paracétamol et les AINS ont été utilisés. Le paracétamol doit être utilisé en première ligne ; il n'a pas d'efficacité sur l'évolution mais peut être prescrit à visée antalgique, en traitement d'appoint (14, 27). Les AINS peuvent être utilisés pour une poussée aiguë de lombalgie, en prenant bien en compte les antécédents du patient (13, 14).

e) Pratique d'une activité sportive avant les ateliers du dos

Avant la pratique des ateliers du dos, certains participants étaient engagés dans différentes activités sportives qu'ils ont arrêtées pour différentes raisons. Certains à cause de la pandémie de la covid-19, d'autres par manque de temps, et enfin certains du fait des difficultés rencontrées, liées aux douleurs de dos. D'après Petit A. et Champagne R. (15), la lombalgie s'accompagne régulièrement d'une diminution de la pratique d'activité physique de loisirs, corrélée à une appréhension et des croyances erronées à propos de leurs douleurs. Pourtant le repos et les arrêts de travail prolongés sont néfastes concernant le pronostic de la lombalgie (15).

Certains ont par ailleurs ressenti un bienfait concernant leur problème de lombalgies lorsqu'ils pratiquaient une activité sportive. L'activité physique favorise l'amélioration de la lombalgie de plusieurs manières. Elle permet d'augmenter le flux sanguin vers le rachis, elle améliore l'architecture du lit capillaire à l'interface disque-os ce qui permet d'améliorer la diffusion des éléments nutritifs vers le disque. Enfin, le mouvement favorise la réparation des tissus du rachis (muscles, ligaments, tendons, cartilages, disque) (46). Le maintien d'une activité physique régulière est donc recommandé à tous les stades de la lombalgie, d'où l'intérêt des ateliers du dos pour enseigner des exercices adaptés et pour combattre les idées reçues (46).

f) Facteurs motivationnels à participer aux ateliers du dos

La principale source de motivation des participants à participer aux ateliers du dos a évidemment été d'obtenir une amélioration au niveau de leur lombalgie. Certains se sentaient même chanceux qu'on leur propose ce type de programme qui pouvait leur permettre d'aller mieux. Ils y voyaient également l'occasion de recevoir un enseignement qui leur permettrait d'obtenir des clés concernant la prise en charge de leur lombalgie, et ainsi devenir acteur de leur santé.

Certains participants ont par ailleurs insisté sur la nécessité d'un investissement actif dans le programme pour que ce dernier soit efficace. Le médecin a d'ailleurs ici un rôle motivationnel, il doit savoir bien informer le patient de la nécessité de s'impliquer pour obtenir l'effet escompté. L'impact du conseil du médecin a été important pour plusieurs participants pour être motivé à participer aux ateliers. Afin de s'assurer de l'implication et de l'assiduité des participants aux ateliers, il leur a été demandé de signer un contrat moral.

Enfin, l'encadrement du programme par des professionnels de santé a permis aux participants d'accéder à un sentiment de sécurité.

D'après l'étude de Gay C et al. (24), et du travail de Grondin E. (60), les éléments de motivation fréquemment admis sont les suivants : la sensation de bien-être, la diminution de la douleur, la sensation de se sentir en sécurité avec la présence d'un encadrant le sentiment de sécurité induit par la présence d'un encadrant, et les conseils du médecin. Selon le baromètre national des pratiques sportives « l'envie de se sentir mieux » est la principale source de motivation des sportifs (61).

g) Freins à participer aux ateliers du dos

Le principal frein identifié par les participants était de se rendre disponible de manière régulière pendant deux mois. Il n'a pas toujours été simple de concilier vie professionnelle et vie personnelle, plus précisément la vie de famille. Certains avaient des emplois du temps professionnels chargés et/ou des obligations familiales avec notamment de jeunes enfants à s'occuper. D'après le baromètre national des pratiques sportives (61), concernant les personnes exerçant au moins une activité physique et sportive le principal motif pour lequel on ne pratique pas d'avantage de sport est la contrainte professionnelle ou familiale. Ces dernières engendrent en effet des difficultés organisationnelles. Le travail de Grondin E (60), comme celui de Mathy et al. (49), place également dans les principales barrières à la pratique de l'activité physique sportive « le manque de temps pour obligation familiales ».

2. Vécu pendant les ateliers du dos

a) Facteurs facilitant l'adhésion aux ateliers du dos

i) Être en petit groupe

Pour l'ensemble des participants, faire ce programme en petit groupe a été un élément important pour plusieurs raisons. D'abord, le fait d'être avec des personnes pouvant présenter les mêmes symptômes, des difficultés similaires, a permis aux participants de se sentir compris, mais aussi de pouvoir partager leur expérience personnelle tout en apprenant de celles des autres. Dans une autre mesure, avoir un faible effectif (quatre participants par session) a également induit plusieurs bénéfices. Le premier a été la création d'un sentiment d'intimité, libérant ainsi davantage la parole et permettant à chacun de se découvrir plus facilement. Le second bénéfice a été la personnalisation de la prise en charge, rendue possible par la petite taille du groupe, ce qui a été primordial pour tous les participants. En effet la kinésithérapeute a pu être à l'écoute de tous et prendre son temps avec chacun d'entre eux en corrigeant si besoin l'exécution de l'exercice si celle-ci n'était pas bonne, et même d'adapter celui-ci si le participant était en difficulté. D'après l'article de Henchoz Y. (22), il est important de pouvoir individualiser le volume et l'intensité de l'entraînement aux capacités individuelles du patient, ce qui est plus difficile en groupe. En revanche, être en groupe peut déclencher une solidarité et une motivation supplémentaire. D'où l'intérêt d'un petit groupe, pour à la fois profiter de la dynamique de groupe et également pouvoir s'adapter le plus possible aux capacités de chacun des membres le composant.

Enfin, le fait d'être plusieurs a permis de déclencher une réelle dynamique de groupe, avec un soutien, des encouragements entre les membres, source de motivation supplémentaire. De plus, être en groupe apporte du lien social comme l'ont rapporté quelques participants. Dans le travail de Mathy et al. (49), le travail en groupe a été l'un des facteurs motivant les patients à pratiquer une activité physique de manière régulière.

ii) Encadrement par une kinésithérapeute

Être encadré par une kinésithérapeute a présenté de nombreux avantages et a été source de motivation pour les participants, renforçant ainsi l'adhésion au programme. D'après l'article de Booth et al. (51), le travail de Mathy et al. (49), de Henchoz Y. (22), et de Hayden JA et al, un programme d'exercices supervisé favorise l'adhésion thérapeutique (48).

Tout d'abord, ils ont tous rapporté avoir reçu des connaissances dans différents domaines durant les ateliers du dos. Ainsi, ils ont pu comprendre les causes pouvant être à l'origine de leurs douleurs, notamment à travers des notions d'anatomie et de physiologie musculaire. D'après Booth et al. (51), il est important pour améliorer les résultats de la prise en charge « d'expliquer la douleur » et ainsi changer la façon dont le patient l'interprète. Ils ont aussi appris à adopter certaines postures dans leur quotidien. Ils ont évidemment appris des exercices adaptés à leur profil et reproductibles chez eux. Certains ont aussi rapporté avoir compris que faire de l'exercice malgré un certain inconfort n'est pas forcément mauvais ou dangereux tant que la tolérance du patient est respectée comme le rapportent à nouveau Booth et al. (51).

Ensuite pour certains d'entre eux, la capacité d'écoute et d'empathie de la kinésithérapeute leur a permis de se sentir compris et ainsi de créer une relation de confiance avec elle, facilitant la prise en charge. D'après Nino G. (62), il est important de consacrer du temps à la verbalisation du ressenti et du vécu des patients pour faciliter le partage entre les membres du groupe et l'encadrant. Il ajoute qu'il ne faut pas seulement traiter la maladie mais aussi accompagner le malade dans sa « globalité et sa singularité » en tenant compte de son environnement.

Dans une autre mesure, l'encadrement par une kinésithérapeute qui est une professionnelle de santé a permis d'améliorer la prise en charge. En effet son statut d'expert que lui confèrent ses connaissances lui apporte légitimité et confiance au yeux du participant.

Enfin grâce à son professionnalisme, les participants ont tous aimé la capacité d'adaptation de la professionnelle. Certains étant plus ou moins limités selon les exercices demandés, il fallait personnaliser la prise en charge, ce qui est un facteur de réussite de ce type de programme (51).

iii) Ressentis physiologiques positifs et progrès : éléments moteurs quant à la poursuite de l'effort

Ce qui a motivé certains participants à poursuivre leurs efforts a été de ressentir des bienfaits au niveau de leurs douleurs au fil des séances et de progresser au niveau de leurs performances. Cela en a poussé certains à encore mieux s'organiser pour assister aux séances, à être plus assidu et donc régulier. L'amélioration des performances a été l'une des sources de motivations les plus exprimées pour la pratique de l'activité physique sportive dans le travail de Grondin E. (60). D'après l'étude de Mathy et al., l'absence de résultats rapidement visibles concernant les douleurs des participants durant la prise en charge a été l'une des barrières rencontrées dans leur étude. Et ainsi devant l'absence de progrès, les exercices sont vus comme une perte de temps par les patients qui arrêtent donc de les faire (49).

iv) Plaisir et bien être dans la prise en charge facilite l'adhésion au programme

En participant aux ateliers du dos certains y voyaient la possibilité de se changer les idées en échangeant avec les autres. C'était aussi l'occasion de se consacrer un temps pour soi afin de prendre soin de soi. En effet, certains participants s'oubliaient parfois au regard de leurs obligations familiales ou professionnelles très riches. Le programme leur permettait alors de se recentrer sur leur besoin individuel, contribuant à retrouver un sentiment de bien-être.

Prendre du plaisir dans la prise en charge, dans les exercices proposés, est une notion importante que certains participants ont soulignée et qui les a motivés à être réguliers et donc à progresser. Ce sentiment de bien-être est primordial pour faciliter l'adhésion au programme. D'après le travail de Henchoz et Kai-Lik So, la satisfaction du patients quant à la nature de l'exercice effectué est un élément pertinent pour améliorer la réponse au traitement (54).

D'après le travail de Gourdin-Petit A. (52), de Mathy et al. (49), et de l'article de Booth et al. (51), la préférence des participants concernant le type d'exercices doit être prise en compte car l'adhésion et la satisfaction liées à la stratégie choisie peuvent influencer les résultats de la prise en charge. Ainsi, comme le dit Petit A. (15) « les activités physiques à privilégier sont celles qui favorisent l'adhésion à long terme en procurant du plaisir. »

v) Un rythme, une durée de séances adaptés

La plupart des participants ont trouvé que l'organisation concernant le nombre de séances par semaine, ainsi que la durée de celles-ci et des ateliers du dos était bonne. La durée du programme était pour eux assez longue et régulière pour progresser sans pour autant être trop prenante, ce qui permettait aux participants de pouvoir plus facilement concilier vie personnelle, professionnelle et activité physique. Selon le travail de Saubade et celui de Henchoz et Kai-Lik So, la plupart des auteurs recommandent une fréquence de 2 à 3 entraînements par semaine d'une durée de 60 à 90min (53, 54). De plus, la majorité des participants étant motivés par la prise en charge, ils ont réussi à s'aménager le temps nécessaire pour participer aux séances. Ainsi, le principal frein qui était de se rendre disponible pour les séances a majoritairement été résolu.

b) Limites perçues par les participants concernant les ateliers du dos

Concernant les remarques qui ont été faites, une participante a jugé la salle de cours peu adaptée. Se situant au troisième étage, l'accès aux séances groupales a pu être délicat pour les personnes souffrant de douleurs, ce qui représente évidemment un frein comme le rapporte l'article de Spink et al. (63).

Un participant a ressenti de la frustration lorsque les cours étaient décalés lors des vacances, car il estimait qu'il faisait l'effort de s'organiser malgré son emploi du temps professionnel chargé et qu'il était donc difficile pour lui de s'adapter au dernier moment. Cela peut représenter un frein concernant la bonne adhésion du patient s'il s'agit d'événements répétés, avec comme issue un manque d'efficacité du programme (63).

D'autres membres de l'étude auraient aimé une prise en charge encore plus personnalisée, voire même bénéficier de quelques séances (une ou deux) individuelles durant ce protocole afin d'approfondir les besoins individuellement. Cela pourrait être une piste d'amélioration concernant les ateliers du dos afin de personnaliser encore plus la prise en charge, et de se recentrer par exemple une à deux fois durant le programme sur le vécu, le ressenti, les progrès du participant. Il y aurait en revanche des contraintes organisationnelles à surmonter.

Une participante aurait aimé recevoir plus d'information sur la physiologie musculaire. Cette même participante ayant par le passé été sensibilisée à une approche différente de prise en charge pensait retrouver ce type de méthode durant les ateliers du dos. Elle n'aimait pas le sport de manière générale et trouvait que la prise en charge s'y apparentait trop. Celle-ci, ayant d'autres attentes, a ressenti un manque d'intérêt pour ce protocole, créant alors une déception. Ce sentiment a généré un manque d'assiduité aux cours et donc peu de résultats positifs. D'après le baromètre national des sports, « pour les non-sportifs, le fait de ne pas aimer le sport ou de lui préférer d'autres activités » est la principale raison de l'absence de pratique de sport chez les non-pratiquants (77). Cela démontre tout l'intérêt de bien sélectionner les participants car, effectivement, nous ne pouvons pas tous être sensible à ce type de prise en charge.

Enfin, pour certains participants, il a été difficile de rester motivé une fois sortie du cadre que représentent les ateliers du dos. C'est à dire qu'en dehors des cours il a été plus complexe pour une partie d'entre eux, par manque d'énergie, ou par manque de temps (contraintes familiales, professionnelles) de faire les exercices demandés chez soi de manière régulière. D'après le travail de Grondin E (76)., celui de Gay et al. (75), et de Mathy et al. (16), le manque de motivation par manque de temps et d'énergie (fatigue) font partie des principales barrières à la pratique d'une activité physique. Il pourrait ainsi être intéressant à la fin de la prise en charge ou durant celle-ci, d'informer les participants des différentes structures existantes sur Alençon, qui proposent la poursuite d'une pratique physique adaptée, encadrée. Cette idée pourrait faciliter la poursuite d'une activité physique pour ces patients qui ont exprimé être dépendant d'un cadre.

3. Conséquences des ateliers du dos concernant les participants :

a) Faire de l'exercice régulièrement, c'est aller mieux

Cette prise en charge a permis à chaque participant de comprendre ou de confirmer l'intérêt d'une activité physique adaptée pour leurs problèmes de lombalgie.

Certains ont insisté sur la nécessité de faire une activité physique sportive « douce », qu'ils jugent non traumatisante pour leur dos. D'après Henchoz Y. (22), les activités semblant raisonnable à déconseiller sont les sports comprenant des « charges excessives à soulever » (musculature lourde), « les blocages brusques en rotation du tronc entraînant des forces de cisaillement sur le disque intervertébral » (squash). Mais celui-ci insiste sur le fait que « toute activité physique pratiquée à dose modérée n'augmente pas le risque d'aggravation ou de récurrence de la lombalgie. »

De plus tous ont compris que pour obtenir un bénéfice grâce à l'activité physique, il fallait être régulier et persévérant dans l'effort. D'après Heneweer et al. (47) pratiquer une activité physique de loisirs régulière est associé à une baisse du risque de lombalgie chronique et inversement, avoir un mode de vie sédentaire est associé à une augmentation modérée du risque de lombalgie.

b) Être soulagé grâce à la prise en charge

Une majorité de participants ont ressenti les bienfaits de la prise en charge concernant leurs douleurs. Une participante a exprimé que de moins souffrir physiquement lui avait permis d'aller mieux psychologiquement. Un autre a ajouté que d'être soulagé physiquement pouvait lui faire perdre en régularité dans la pratique autonome des exercices du fait d'un faux sentiment de sécurité.

Les avantages de l'activité physique sont reconnus dans la littérature non seulement au niveau physiologique mais aussi au niveau psychologique. D'après De Matos MG et al. (9), l'activité physique semble avoir des effets intéressants sur l'anxiété et la dépression et paraît constituer un type de traitement non spécifique avec un réel potentiel psychothérapeutique. D'après Nino G. (62), les bénéfices psychologiques seraient observables dès la première semaine et seraient plus durables que les bénéfices physiologiques.

c) Devenir sachant grâce au savoir reçu c'est pouvoir se protéger soi-même et orienter les autres

Apprendre a permis à certains participants de réfuter certaines idées reçues, mais aussi de savoir se protéger soi-même et son entourage, en transmettant le savoir reçu. Certains sont ainsi devenus des patients éclairés dans ce domaine. Les ateliers du dos ont donc aussi un rôle d'éducation thérapeutique grâce au savoir transmis lors de l'encadrement et par le partage avec les autres participants. Comme le décrit la HAS, une des finalités de l'éducation thérapeutique est « la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci) » (64).

Les ateliers du dos ont permis d'acquérir, de développer un savoir notamment concernant les causes et les conséquences des lombalgies, ce qui permet d'en faire la prévention pour éviter un passage à la chronicité, comme en témoigne l'article de Dupeyron et al. (36).

Le savoir acquis grâce aux séances fait prendre conscience aux participants de l'intérêt de la pratique sportive régulière (via les exercices en autonomie ou autre pratique) et les rend aussi capables de conseiller et d'orienter....

d) Être toujours douloureux malgré la prise en charge

Une participante n'a pas ressenti de bienfaits par la prise en charge. Elle explique ce phénomène par son manque d'implication avec peu de travail en autonomie dû à la fatigue ressentie par son travail. D'après Mathy et al. (49), une des principales barrières rencontrée par les participants est le manque de motivation ou de « courage » dû à la fatigue.

De plus, cette participante explique son manque d'implication par son emploi du temps professionnel et personnel contraignants l'ayant empêchée de participer comme il était convenu à chacun des cours des ateliers du dos. D'après le baromètre national des pratiques sportives (61), pour les « pratiquants d'au moins une activité physique et sportive, en tête des trois motifs pour lesquels on ne pratique pas davantage », nous retrouvons les contraintes professionnelles ou familiales (28% en 2018).

B) Forces de l'étude

Les forces de cette étude résident dans le choix de la méthode qualitative qui permet une ouverture du dialogue et l'émergence de nouvelles idées. Le chercheur s'est inspiré en particulier de la méthode par analyse interprétative phénoménologique, dont l'objectif est d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue.

Il n'y avait pas de durée d'entretien définie ce qui a permis d'instaurer un climat de confiance qui a mené à des entretiens riches et de bonne qualité malgré la visioconférence.

La grille d'entretien était articulée autour de trois thèmes à aborder et comportait des questions ouvertes qui servaient de relances et de base à l'entretien. En revanche, pour chaque entretien, les questions étaient prises en compte de manière flexible afin de laisser l'entretien se dérouler de la manière la plus fluide, la plus naturelle possible.

La sélection d'un échantillon homogène avec des adultes actifs, lombalgiques de manière récurrente ou subaiguë, rend cette étude pertinente car elle analyse leur vécu concernant les ateliers du dos organisés à Alençon. De plus, un échantillonnage ciblé et homogène permet de respecter l'un des principes de la méthode inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique. Le chercheur a effectivement fait en sorte de ne sélectionner que des personnes ayant en commun le vécu du même phénomène. Les participants étaient donc capables de s'exprimer sur leur expérience, leur parcours de vie, leurs émotions en lien avec ce phénomène. Enfin, comme il est recommandé dans cette approche, les autres caractéristiques de cette population (âge, profession, sexe, ...) considérées comme éloignées du phénomène étudié étaient variées. Cela

permet d'avoir un maximum de représentations d'opinions.

Un seul investigateur et rédacteur a permis d'assurer la reproductibilité de chaque entretien. L'investigateur et une psychologue clinicienne ont procédé à un double codage et à une triangulation des données permettant ainsi de renforcer la validité des résultats.

Durant l'analyse des données, la création des « étiquettes expérientielles » a permis d'éviter de tomber dans le piège de l'indexation.

Concernant les entretiens, d'un point de vue technique et afin de limiter les risques concernant la propagation de la Covid-19, il a été décidé que les entretiens se conduiraient par visioconférence. Celle-ci a d'ailleurs permis d'accéder en partie à la communication non verbale, non visible en présentiel du fait du port du masque. Leur enregistrement a permis d'avoir une retranscription fidèle.

Les entretiens ont été conduits avec un contrat clair de confidentialité permettant aux participants de se sentir plus en confiance, libérant ainsi leur discours et le rendant donc plus riche.

De plus, la durée relativement longue des entretiens (en moyenne 51 minutes) témoigne en partie de la richesse des entretiens.

À notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur ce sujet dans cette zone géographique avec ces particularités ce qui lui confère donc toute son originalité. De plus, la plupart des travaux retrouvés concernent la lombalgie chronique et peu d'études ont étudié analysé le vécu des patients concernant ce type de programme avec ses caractéristiques (rythme des séances, durée du programme, encadrement par une kinésithérapeute, en petit groupe de quatre).

C) Limites de l'étude

De prime abord, les participants avaient accepté de prendre part au programme des ateliers du dos. De fait, il peut être supposé que l'analyse du vécu concerne des patients qui étaient plus motivés que la population générale. En outre, cela a permis de limiter le biais de participation. Seulement une participante ayant accepté initialement de participer aux entretiens n'a finalement pas donné suite au moment de la restitution de son vécu par le biais des entretiens.

Dans une autre mesure, une autre limite du protocole tient peut-être à la volonté des participants de montrer à l'investigateur leur bonne adhésion au programme. Avoir défini un contrat clair de confidentialité a pu atténuer cette limite en rendant le discours des participants moins convenu et plus intime.

Une autre limite des ateliers du dos était que la réussite du programme dépendait en partie de la kinésithérapeute encadrant les séances. L'adhésion des participants aux ateliers a en effet été influencée par sa capacité d'empathie, d'enseignement, et d'adaptation au profil de chacun. Par ailleurs, nous pouvons supposer qu'être volontaire et motivé sont des qualités nécessaires pour animer ce type de programme.

Le nombre de participants est relativement faible mais a été fixé par la suffisance des données dont l'analyse a été faite au fur et à mesure des entretiens. De plus, ce type d'étude comporte généralement un faible effectif, mais très spécifique du phénomène étudié, avec peu de variations des caractéristiques.

En outre, la pandémie de la Covid-19 constitue une autre limite de cette étude pour plusieurs raisons.

Premièrement, nous avons rencontré différentes difficultés organisationnelles. En effet, les ateliers ont été plusieurs fois décalés, repoussant ainsi les entretiens. Un premier groupe de participants a été annulé du fait du second confinement. Les séances du second groupe ont été repoussées de plusieurs mois pour les mêmes raisons. Il n'y a pas eu de rencontres physiques avec les participants de l'étude du fait des conditions sanitaires. La visioconférence a en revanche été bien appréhendée et a permis de limiter l'absence d'entretien en présentiel. En revanche, deux entretiens ont été réalisés par téléphone du fait de problèmes techniques.

Dans un second temps, la Covid-19 a forcément modifiée le vécu des participants concernant les ateliers du dos. Le port du masque a par exemple limité les activités aérobies ou cardio-respiratoires, et les mesures de distanciation sociale ont, quant à elles, limité les interactions entre les participants.

Enfin, ce travail était le premier travail de ce type pour le chercheur. De ce fait, le manque d'expérience dans la pratique de ce type d'entretiens et dans l'analyse des résultats constituent une autre limite. Celle-ci a en partie été prise en compte grâce à la mise en application de manière consciencieuse de la méthodologie requise dans l'approche par phénoménologie interprétative.

V) Conclusion

Le principal risque des lombalgies subaiguës et récurrentes est l'évolution vers la chronicité et l'incapacité prolongée. Outre la recherche des facteurs psychosociaux favorisant l'évolution vers la chronicité, il est important d'instaurer une rééducation active afin de lutter contre l'installation de la kinésiophobie et du déconditionnement physique à l'effort. C'est pourquoi il a semblé important de connaître le ressenti, le vécu de personnes ayant participé aux ateliers du dos d'Alençon.

Ce recueil a permis d'obtenir des informations concernant les événements ayant conduit les différents participants aux ateliers du dos. Nous avons pu connaître les différents facteurs qui ont motivé les participants à faire les ateliers : l'envie d'être moins douloureux, les conseils du médecin, l'intérêt de réaliser ce programme en petit groupe, ainsi que le sentiment de sécurité apporté par l'encadrement d'un kinésithérapeute. Inversement, les participants ont exprimé les éléments ayant pu freiner leur participation à ce programme : en grande majorité ceux-ci étaient en lien avec des contraintes organisationnelles (professionnelles et/ou personnelles).

Les participants ont par la suite exprimé que durant la prise en charge, la présence d'un cadre était quelque chose de motivant pour eux, facilitant ainsi l'adhésion au programme. Ce cadre comprenait des cours en groupe, à heures et jours imposés, avec un suivi par une kinésithérapeute qui formait avec le médecin un encadrement sécurisant et source de connaissance. Ces professionnels permettaient aux participants de développer un savoir concernant différents domaines, notamment de comprendre comment et pourquoi la pratique régulière d'exercices physiques adaptés était bénéfique pour leur problème de dos. En revanche, nous avons appris que pour certains d'entre eux il a été difficile de réussir à maintenir cette motivation à poursuivre les efforts demandés, en autonomie et de manière régulière une fois sortis du cadre que représentent les ateliers du dos. On constate ici une limite de la prise en charge. Les notions de plaisir et de bien être ont également été décrites comme pouvant favoriser l'adhésion au programme.

Nos différents résultats sont en concordance avec les données de la littérature.

Ces données vont permettre de pouvoir encore améliorer le programme d'atelier du dos d'Alençon et ainsi d'augmenter l'adhésion des futurs participants.

Ce travail retraçant l'expérience vécue par ces participants peut également aider d'autres programmes du même type à se développer ou à s'améliorer.

Il serait intéressant dans plusieurs années de s'appuyer sur cette étude qualitative afin de réaliser une étude quantitative évaluant les différents pourcentages exprimant les différentes idées qui ont été mises en avant dans cette étude.

Bibliographie

1. Allan DB, Waddell G. *An historical perspective on low back pain and disability. Acta Orthopaedica Scandinavica. janv 1989;60(sup234):1-23.*
2. Coulomb D. *540 millions de personnes souffrent de lombalgie dans le monde et sont mal prises en charge, alerte le « Lancet ».* Le Quotidien du Médecin. [En ligne]. Mars 2018. [Consulté le 10/12/2021]. Disponibilité sur Internet : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/540-millions-de-personnes-souffrent-de-lombalgie-dans-le-monde-et-sont-mal-prises-en-charge-alerte>
3. Institut National de Recherche et de Sécurité. *Travail et lombalgie Du facteur de risque au facteur de soin.* [En ligne]. 2019. [Consulté le 05/04/2021]. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206087>
4. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. *Non-specific low back pain. The Lancet.* 18 févr 2017;389(10070):736-47.
5. Hayden J, Tulder MW van, Malmivaara A, Koes BW. *Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2005 [cité 8 oct 2021];(3). Disponible sur:* <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000335.pub2/abstract>
6. van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. *Exercise Therapy for Low Back Pain: A Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Spine.* 1 nov 2000;25(21):2784-96.
7. Nemirovsky B. *Le stade subaigu : point critique du parcours. Le concours Médical.* 2014 Nov 6;136(9):720-720.
8. Petit A. *Synthèse des recommandations pour la prise en charge de la lombalgie commune chez les adultes en âge de travailler. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* nov 2018;79(5):676-81
9. De Matos MG, Calmeiro L, Da Fonseca D. *Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. La Presse Médicale.* mai 2009;38(5):734-9.
10. Arabi H, Khalfaoui S, Mouhadi K, Ghouzlani I, Niamane R. *Le modèle biopsychosocial dans la lombalgie commune chronique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* mars 2019;177(3):250-5.
11. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ.* 18 févr 2015;350(feb18 5):h444-h444.
12. Pengel LHM. *Acute low back pain: systematic review of its prognosis. BMJ.* 9 août 2003;327(7410):323-0.
13. Bouton C, Bègue C, Petit A, Fouquet N, Py T, Huez J, Raymond-Roquin A. *Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale. Exercer.* 2018;139:28-37.

14. Haute Autorité de santé. *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandation de bonne pratique. [En ligne].* Avril 2019. [Consulté le 10/10/2020]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une lombalgie-commune](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune)
15. Petit A, Champagne R. *Activité physique et réentraînement à l'effort chez les patients lombalgiques. Revue du Rhumatisme Monographies.* Juin 2021;88(3):225-30.
16. 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.* 9 juin 2018;391(10137):2356-67.
17. Assurance maladie. « *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement* » : sensibilisation sur la lombalgie. [En ligne]. 2021. [Consulté le 18/09/2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>
18. Société Française de Médecine Générale. *Lombalgie commune en soins premiers. [En ligne].* 2017 Mars. [Consulté le 01/12/2020]. Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1366/fichier_lombalgie_commune_en_soins_premiers_cnamtse1dca.pdf
19. Institut National de Recherche et de Sécurité. *Prévention du mal de dos lié au travail : les entreprises se mobilisent Campagne nationale de sensibilisation. [En ligne].* 2018. [Consulté le 05/04/2021]. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/actualites/campagne-nationale-lombalgies.html>
20. Santé publique France. *Lombalgie et hernie discale [En ligne].* 2021 Jan. [Consulté le 08/03/2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques/donnees/lombalgie-et-hernie-discale>
21. 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.
22. Henchoz Y. *Lombalgies non spécifiques : faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? Revue Médicale Suisse.* 2011;7:612-6.
23. Valat JP. *Facteurs de chronicisation des lombalgies communes. Revue du Rhumatisme.* Mai 2005;72(5):373-5.
24. Gay C, Eschalier B, Levykyj C, Bonnin A, Coudeyre E. *Étude qualitative des freins et des éléments de motivation à la pratique d'une activité physique régulière auprès d'une population de gonarthrosiques. Revue du Rhumatisme.* Déc 2018;85(6):550-6.
25. Sichére P, Zeitoun F. *La lombalgie (commune) en évolution. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* oct 2013;14(5):234-44.
26. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. *The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. Janvier 1996. Psychological Assessment.* 7(4):524-532
27. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, et al. *Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J.* nov 2018;27(11):2791-803.
28. Wertli MM, Burgstaller JM, Weiser S, Steurer J, Kofmehl R, Held U. *Influence of Catastrophizing on Treatment Outcome in Patients With Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review. Spine.* févr 2014;39(3):263-73.

29. Meints SM, Mawla I, Napadow V, Kong J, Gerber J, Chan ST, et al. The relationship between catastrophizing and altered pain sensitivity in patients with chronic low-back pain. *Pain. avr* 2019;160(4):833-43.
30. Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain. mai* 2008;136(1):177-87.
31. Fournier N. Red flags, yellow flags, questionnaires d'évaluation et place de la kinésithérapie au sein du processus de diagnostic standardisé de la lombalgie non spécifique. *Kinésithérapie, la Revue. mai* 2015;15(161):37-44.
32. Caby I, Olivier N, Mendelek F, Kheir RB, Vanvelcenaher J, Pelayo P. Restauration Fonctionnelle du Rachis : Effet du Niveau Initial de Douleur sur Les Performances des Sujets Lombalgiques Chroniques. *Pain Research and Management. 2014;19(5):e133-8.*
33. Institut National de Recherche et de Sécurité. Santé et Sécurité au travail Lombalgie. [En ligne]. 2020. [Consulté le 09/04/2021]. Disponible sur : www.inrs.fr/risques/lombalgies.html
34. Société française de médecine du travail. Recommandations de Bonne Pratique. Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. [En ligne]. 2013. [Consulté le 10/04/2021]. Disponible sur : http://www.chu-rouen.fr/sfmt/autres/Texte_court.pdf
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport Flajolet ANNEXE 1 : LA PRÉVENTION : définition, notion générales sur l'approche française, et comparaisons internationales. [En ligne]. Mai 2001. [Consulté le 10/01/2021]. Disponibilité sur Internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
36. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. juill* 2011;54(5):319-35.
37. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet. juin* 2018;391(10137):2368-83.
38. Nguyen C, Poiradeau S, Revel M, Papeard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme. juin* 2009;76(6):537-42.
39. Demoulin C, Somville PR, Grosdent S, Roussel N. Le discours médical contribue à prévenir l'invalidité. *Le Concours Médical. 2014 Nov* 6;136(9):695-696.
40. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The Enduring Impact of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. *The Annals of Family Medicine. 1 nov* 2013;11(6):527-34.
41. O'Sullivan P. It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. *Br J Sports Med. mars* 2012;46(4):224-7.
42. Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. déc* 2011;92(12):2041-56.

43. Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 1 févr 2016;176(2):199.
44. Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ.* 2005.
45. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DA, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 23 janv 2008 [cité 7 oct 2021]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004057.pub3>
46. Koes BW, Tulder MW van, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ.* 15 juin 2006;332(7555):1430-4.
47. Heneweer H, Staes F, Aufdemkampe G, van Rijn M, Vanhees L. Physical activity and low back pain: a systematic review of recent literature. *Eur Spine J.* juin 2011;20(6):826-45.
48. Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic Review: Strategies for Using Exercise Therapy To Improve Outcomes in Chronic Low Back Pain. *Ann Intern Med.* 3 mai 2005;142(9):776.
49. Mathy C, Cedraschi C, Broonen JP, Azzi A, Henrotin Y. Volition and low back pain: When patients talk. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* Déc 2015;58(6):326-31.
50. Friedrich M, Gittler G, Halberstadt Y, Cermak T, Heiller I. Combined exercise and motivation program: Effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* mai 1998;79(5):475-87.
51. Booth J, Moseley GL, Schiltenswolf M, Cashin A, Davies M, Hübscher M, et al. Les exercices physiques pour les douleurs musculosquelettiques chroniques : une approche biopsychosociale. *Kinésithérapie, la Revue.* Juin 2020;20(222):78-88.
52. Gourdin-Petit A. Interaction entre les parcours de soins et les parcours professionnels des travailleurs lombalgiques. Rôle de la coordination des acteurs de soins et de la prévention. [Thèse d'exercice]. Université d'Angers. 2015.
53. Saubade M, Karatzios C, Besson C, Gremion G, Benaim C, Norberg IM. *Activité physique et lombalgie chronique.* 2016.
54. Henchoz Y, Kai-Lik So A. Exercise and nonspecific low back pain: A literature review. *Joint Bone Spine.* oct 2008;75(5):533-9.
55. Communication Group of the Spine Section of the French Society of Rheumatology, Mathy C, Broonen JP, Henrotin Y, Marty M, Legout V, et al. Development and validation of a questionnaire assessing volitional competencies to enhance the performance of physical activities in chronic low back pain patients. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2011;12(1):111.
56. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. *Initiation à la recherche qualitative en santé, Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire.* GroumF, Global Média Santé, CNGE productions. 2021.
57. Kaufmann JC. *L'entretien compréhensif.* Nathan. Paris; 1996.
58. Charansonney O. *Activité physique et vieillissement : des effets physiologiques opposés.* *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie.* nov 2012;61(5):365-9.

59. Ginier-Gillet M, Douillard C, Gaudin P. *Lombalgies non spécifiques et manipulations vertébrales (lato sensu) : revue critique de la littérature. Revue du Rhumatisme. mai 2020;87(3):187-93.*
60. Grondin E. *Motivations et barrières à la pratique d'une activité physique prescrite au sein d'un programme Sport sur Ordonnance chez le patient diabétique de type 2. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux UFR des Sciences Médicales; 2018.*
61. Croutte P, Müller J. *Baromètre national des pratiques sportives 2018.*
62. Nino G. *Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques. Science & Sports. févr 2013;28(1):1-10.*
63. Spink A, Wagner I, Orrock P. *Common reported barriers and facilitators for self-management in adults with chronic musculoskeletal pain: A systematic review of qualitative studies. Musculoskeletal Science and Practice. déc 2021;56:102433.*
64. Haute Autorité de santé. *Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. [En ligne]. Juin 2007. [Consulté le 21/09/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf*

Annexes

Annexe 1 : Fiche sélection patient médecin

FICHE SELECTION PATIENT MEDECIN

ETAPE 1

Premier tri des patients par les médecins :

- Lombalgie évoluant de 6 semaines à 3 mois **ou** récurrente (épisodes aigus ou subaigus répétés).
- ET éliminer les drapeaux rouges à l'aide d'une grille.

Drapeaux Rouges	OUI	NON
Premier épisode survenant avant 20 ans ou après l'âge de 55 ans		
Traumatisme récent violent		
Douleur permanente, progressive, d'horaire inflammatoire		
Douleur thoracique		
Antécédent de tumeur maligne		
Corticothérapie prolongée		
Toxicomanie intraveineuse		
Immunosuppression, VIH		
Altération de l'état général, perte de poids inexpliquée		
Ostéoporose, déformation rachidienne		
Syndrome neurologique étendu (incluant syndrome de la queue de cheval)		
Fièvre inexpliquée > 38°C		

Si «**NON**» à chacun des énoncés précédents évaluer la **motivation** du patient à intégrer le projet et évaluer sa **capacité fonctionnelle simple** :

	OUI	NON
Patient motivé à intégrer le projet		
Evaluation de la capacité fonctionnelle simple du patient : -Possibilité de pouvoir s'allonger au sol et de se relever seul -Tenir une activité modérée 30mn -Évaluation basique des mouvements simples possibles : flexion vers l'avant, position du sphinx tenu pendant 15 secondes, inclinaisons et rotations du tronc.		

Si le patient répond aux critères d'inclusion, 3 documents sont à remettre au patient :

- Le formulaire de recueil de consentement (cf Annexe 2).
- Une ordonnance faite par le médecin que le patient devra apporter à la kinésithérapeute.
- La « fiche d'information patient » (cf Annexe 3).

Annexe 2 : Formulaire de recueil du consentement

<p align="center">FORMULAIRE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT DESTINÉ AUX PERSONNES PARTICIPANT AU PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LOMBALGIE SUBAIGUË – RECURRENTE</p>

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Atteste par le présent consentement que :

- je m'engage à venir à tous les cours prévus (sauf en cas d'empêchement majeur, ou vacances) : 2 cours en groupe par semaine (mardi et jeudi de 18h à 19h) de 45 minutes, pendant 2 mois. Au-delà de 4 absences la prise en charge sera stoppée car celle-ci n'aurait plus de sens.
- j'accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, dans le respect des règles déontologiques et de la confidentialité propres à chacun.
- j'accepte que les renseignements recueillis au cours de la prise en charge soient réutilisés à travers un travail de thèse tout en conservant l'anonymat.
- je reconnais avoir reçu une information complète sur les objectifs de la prise en charge et ses modalités de fonctionnement.
- je reconnais avoir pris connaissance que cette prise ne m'engage pas à revoir Natacha Guérot pour des séances de rééducations ultérieures de kinésithérapie.

A _____, le / /

Signature du patient :

Annexe 3 : Fiche information patient

FICHE D'INFORMATION PATIENT

La lombalgie commune : qu'est ce que c'est ?

Définition : La lombalgie est une douleur située dans le bas du dos. Parfois nous pouvons ressentir une douleur jusque dans la cuisse mais sans dépasser le genou. Enfin nous parlons de lombalgie « commune » s'il n'existe pas de maladie grave.

Quelle est l'origine de la lombalgie commune ?

On pense que l'origine de la douleur est due à un dysfonctionnement aigu et global du système musculo-squelettique rachidien c'est à dire que l'on retrouve un dérèglement entre les ligaments et/ou les muscles qui entourent les vertèbres. Il n'y a donc pas de structure lésée et rien à réparer.

Dois-je faire des examens ?

Le diagnostic de la lombalgie commune ne nécessite pas généralement de faire de radiographie, scanner ou IRM. En effet, le lien entre les symptômes et la présence d'anomalies à l'imagerie est très faible.

Comment évolue-t-elle ?

Dans la majorité des cas, la douleur disparaît progressivement sans traitement. Malheureusement il existe un risque de récurrence.

Comment soulager la douleur ?

Prise en charge médicamenteuses :

Les médicaments peuvent être utilisés en complément.

Prise en charge non médicamenteuses :

La rééducation active doit être privilégiée.

Il est recommandé d'essayer autant que possible de conserver une activité normale concernant les activités de la vie quotidienne (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible), puis à faire de l'exercice pour améliorer l'évolution de la lombalgie et limiter le risque de récurrence.

La kinésithérapie active est recommandée après quelques semaines d'évolution, dès que la réduction de la douleur initiale le permet.

Comment prévenir la récurrence ?

La lombalgie est souvent récidivante. La meilleure prévention est de pratiquer une activité physique, d'utiliser de bonne posture et de faire des exercices spécifiques qui vont permettre le renforcement musculaire du bas du dos.

C'est ici que notre projet de prise en charge non médicamenteuse prend tout son sens et que nous avons décidé d'agir afin que vous disposiez de tous les outils nécessaires pour soulager votre lombalgie.

L'objectif est de prendre en charge vos lombalgies sur le long terme à travers des cours en groupe encadrés (renforcement musculaire, étirements, ...) 2 fois par semaine (mardi et jeudi de 18h-19h) pendant 2 mois gratuitement. L'assiduité aux cours sera primordiale pour être efficace.

Ce projet a été mis en place par les médecins de Startech Médecine (Dr Bischoff, Dr Brosse et Dr Salmon) ainsi que Natacha Guérot qui est kinésithérapeute à Alençon.

Enfin l'évaluation de ce projet sera l'objet de la thèse de Nicolas LICIN, anciennement stagiaire dans le cabinet de Startech Médecine.

Annexe 4 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation :

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle Nicolas LICIN, j'ai effectué il y a deux ans un semestre d'internat dans le cabinet de Startech. Je suis aujourd'hui médecin remplaçant en médecine générale et je réalise mon travail de thèse sur les ateliers d'exercices du dos que vous avez réalisé avec Natacha Guérot. Nous nous rencontrons aujourd'hui car vous avez accepté de participer à ce programme.

Afin de pouvoir mener à bien mon étude, j'ai besoin d'enregistrer notre discussion. Il n'y a absolument pas de bonne ou de mauvaise réponse et que toutes les informations que vous me donnerez seront anonymisées, et détruites à la fin de mon travail. Etes-vous d'accord pour commencer l'enregistrement ?

Question d'ouverture/Question brise glace : J'aimerais que vous me racontiez, votre vécu, votre expérience passée concernant vos problèmes de lombalgie qui vous ont ensuite conduits aux ateliers du dos auquel vous avez participé ?

Grille d'entretien : elle est articulée autour de trois thèmes à aborder et de questions ouvertes qui vont servir de base à l'entretien mais celles-ci sont prises en compte de manière **flexible selon chaque entretien pour éviter toute impersonnalisation.**

1er thème : Vécu de la lombalgie par le patient avant les ateliers : Relances :

1. Reformulation possible selon réponse du participant :

- Comment viviez vous votre lombalgie ?
- Comment expliquez vous la durée de votre lombalgie ?
- Avant les ateliers, quelles ont été les méthodes ou traitements essayés et avec quels résultats ?
- Que pensiez vous personnellement d'exercer une activité physique afin de soulager votre lombalgie ?

2ème thème : vécu des ateliers d'exercices du dos : Relances :

1. Reformulation possible selon réponse du participant :

- Motivations et freins à faire les ateliers.
 - Quelle a été votre réaction lorsque l'on vous a proposé de participer à ces ateliers ?
 - Quelles craintes ou hésitations avez-vous rencontrées avant de débiter ces ateliers ?
- Expérience personnelle de ces ateliers du dos.
 - Qu'avez vous aimé et moins aimé ?
 - Qu'avez vous appris sur votre lombalgie ?
 - Quelles ont été vos difficultés ou obstacles que vous avez rencontrés durant ces ateliers ?
 - Comment a évoluée votre lombalgie au cours de ces ateliers ? Que pensez vous de l'impact de ces ateliers sur l'évolution de votre lombalgie ?

- Forme des ateliers (rythmes des séances, durée de deux mois, en groupe, et de l'encadrement par une kinésithérapeute).
 - Que pensez vous du rythme de deux séances d'une heure par semaine ?
 - Que pensez vous de réaliser cette prise en charge en groupe ?
 - Que pensez vous de l'encadrement par une **kinésithérapeute** ?
 - Que pensez vous de la **difficulté des exercices** proposés ?
- Quelles seraient vos **suggestions** pour **améliorer** la prise en charge qui vous a été proposée ?

3ème thème : conséquences des ateliers sur la lombalgie à distance : Relances :

1. **Reformulation possible selon réponse du participant :**
 - Quel est l'état de votre lombalgie **actuellement** ?
 - Que pensez vous de l'idée de **poursuivre les exercices** qui vous ont été enseignés ?
 - Que pensez vous de l'idée de **pratiquer une activité physique** ?
 - Quels **conseils** pourriez vous donner aujourd'hui à une personne souffrant de lombalgie ?

En fin d'entretien : Souhaitez vous que l'on aborde d'autres thèmes ?

Annexe 5 : Document d'information et lettre de consentement participant

DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Université de Caen Normandie
Esplanade de la paix – 14000 CAEN
Département universitaire de médecine générale de Caen

NOTE D'INFORMATION

Coordinateur de recherche : Docteur SALMON Rémi
Investigateur : LICIN Nicolas

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par la faculté de médecine de l'université de Caen. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1) Procédure de l'étude :

Vous vous entretiendrez avec Nicolas LICIN au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre le vécu d'une prise en charge en groupe, encadrée par un kinésithérapeute, de personne souffrant de lombalgie subaiguë ou récurrente.
Cette étude s'engage à être conforme à la méthodologie de référence MR004.

2) Risque potentiel de l'étude :

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3) Bénéfices potentiels de l'étude :

L'idée est de mieux comprendre le ressenti, le vécu de patient bénéficiant d'une prise en charge tel que les ateliers du dos auxquels vous avez participé.

4) Participation à l'étude :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5) Rémunération et indemnisation :

Absence de rémunération.

6) Informations complémentaires :

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigateur principal : Nicolas LICIN, par courriel : n.licin@hotmail.com ou par téléphone ...
A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

7) Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles :

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle Nicolas LICIN vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.
Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire consentement page suivante.

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé concernant les ateliers du dos effectués à Alençon.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement Nicolas LICIN.

J'ai été informé(e) que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi information et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

Annexe 6 : Verbatim des entretiens (anonymisés)

Possibilité de consulter le verbatim en envoyant un courriel à l'investigateur Nicolas LICIN.

Contact : [adresse mail non consultable dans la version numérique]

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : LICIN Nicolas

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Analyse du vécu d'un programme d'activité physique encadré pour des patients souffrant de lombalgies communes subaiguës ou récurrentes.

Introduction : La lombalgie chronique est rare, mais représente 85% du coût socio-économique engendré par l'ensemble des lombalgies. Les ateliers du dos d'Alençon ont été créés pour tenter d'éviter cette chronicisation. Il était important de connaître le vécu des participants ayant bénéficié de ce programme afin d'en analyser les voies d'amélioration possibles. L'objectif de cette étude était d'étudier comment des patients souffrant de lombalgie subaiguë ou récurrente ont vécu l'expérience d'un programme d'activité physique en petit groupe, encadré par une kinésithérapeute.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative réalisée à partir de 7 entretiens individuels ouverts. Les critères d'inclusion étaient : patient ayant accepté de participer et souffrant de lombalgie commune subaiguë ou récurrente, jeune, actif. L'échantillonnage était raisonné homogène.

Résultats : Les facteurs motivationnels étaient la diminution de la douleur, l'avis du médecin, l'accueil en groupe, se sentir en sécurité grâce à la qualité de l'encadrement. Les freins étaient surtout liés à des contraintes organisationnelles. Durant le programme, le cadre mis en place a été une source de motivation. Mais, quand les participants de l'étude se retrouvaient sans cadre imposé, la motivation pouvait être difficile à maintenir.

Discussion : À notre connaissance, aucun travail n'a été réalisé sur ce sujet dans cette zone géographique avec ces caractéristiques, ce qui lui confère ainsi toute son originalité.

Conclusion : Ces données vont permettre d'améliorer le programme d'atelier du dos d'Alençon et donc favoriser l'adhésion des futurs participants.

MOTS-CLÉS : lombalgie, activité physique, médecine générale, kinésithérapie.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Analysis of the experience of a supervised exercise program for patients suffering from common sub-acute or recurring low back pain.

Introduction : The chronic low back pain is rare, but still represents 85% of the socio-economic cost generated by patients who suffer from low back pain as a whole. The back physiotherapy workshops in Alençon were created to try to avoid this chronicity. It was important to find out how the participants benefited from this program in order to research possible avenues for improvement. The objective of this study was to analyze how patients suffering from sub-acute or recurring lower back pain experienced a physical activity program in a small group setting, supervised by a physiotherapist.

Material and method : this is a qualitative study inspired by interpretative phenomenology carried out with 7 open-ended individual interviews. The inclusion criteria were: patients who agreed to participate and suffering from common sub-acute or recurring lower back pain, young, active. The sampling was homogenous.

Results : The motivational factors were decrease of pain, access to advice from a doctor, being welcomed in groups, to feel safe thanks to the quality of the supervision. The obstacles were mainly due to organizational constraints. During the program, the framework put in place was a motivating force. But, as soon as the study participants were left to themselves, without a specific framework, it would be more difficult to keep them motivated.

Discussion : To our knowledge, no work has been carried out on this subject in this geographical area with these characteristics, making it all the more distinctive.

Conclusion : This data will make it possible to improve Alençons' back physiotherapy workshop program and thus promote the adhesion of future participants.

KEY WORDS : low back pain, physical activity, general medicine, physiotherapy.