



HAL
open science

Étude qualitative de la prise en charge biopsychosociale des patients lombalgiques chroniques

Orlane Loussaut

► **To cite this version:**

Orlane Loussaut. Étude qualitative de la prise en charge biopsychosociale des patients lombalgiques chroniques. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03791577

HAL Id: dumas-03791577

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03791577>

Submitted on 29 Sep 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.



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



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Étude qualitative
de la prise en charge biopsychosociale
des patients lombalgiques chroniques**

LOUSSAUT Orlane

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur Kinésithérapeute

Promotion 2018-2022

Session Juin 2022

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je voudrais remercier ma directrice de mémoire, Christelle Hamon, pour son implication, son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils tout le long de ce travail de recherche.

Je tiens également à remercier l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté de me répondre et qui ont pris le temps de participer à mes entretiens.

Aussi, je souhaite remercier l'équipe pédagogique de l'IFMK de Brest pour leur accompagnement au cours de ces quatre années de formation.

Je remercie également ma famille et mes amis pour leur soutien durant mon parcours à l'IFMK.

Je tiens aussi à remercier tout particulièrement Adèle et Bleunig, mes coéquipières du bout du monde pour leur soutien dans l'écriture de ce mémoire durant notre clinicat à Tahiti.

Enfin, je souhaite remercier de tout mon cœur les « KDS » pour ces quatre merveilleuses années passées à leur côté.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

EBP : Evidence Based Practice

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

MK : Masseur-Kinésithérapeute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

I. Introduction	1
II. Cadre conceptuel.....	3
II.1. La douleur	3
II.1.1. Définition	3
II.1.2. Le modèle biopsychosocial.....	4
II.1.3. La douleur chronique	4
II.1.3.1. Définition	4
II.1.3.2. La chronicisation.....	5
II.2. La lombalgie chronique commune.....	6
II.2.1. Définition	6
II.2.2. Épidémiologie	6
II.2.3. Évaluation	7
II.3. La prise en charge biopsychosociale de la lombalgie chronique	10
II.3.1. Recommandations	10
II.3.2. La relation patient – masseur-kinésithérapeute.....	11
II.3.3. L'éducation thérapeutique du patient	12
II.3.3.1. Définition	12
II.3.3.2. Objectifs	12
II.3.3.3. Les compétences psychosociales	13
II.3.3.4. Intérêt de l'éducation thérapeutique à la douleur.....	14
III. Problématique et hypothèses de recherche	15
IV. Méthodologie.....	16
IV.1. Choix de l'entretien semi-directif.....	16
IV.2. Cadre de l'entretien	17
IV.2.1. Lieu et moment.....	17
IV.2.2. Liens contractuels	18
IV.3. Méthode de recrutement	19
IV.4. Le guide d'entretien.....	19
IV.4.1. Réalisation du guide d'entretien	19
IV.4.2. Thèmes du guide d'entretien	20
IV.5. Méthodologie d'analyse des entretiens.....	21

V. Résultats.....	22
VI. Analyse.....	23
VI.1. Une prise en charge singulière.....	23
VI.1.1. Le bilan, élément fondamental.....	23
VI.1.2. La mise en place de soins adaptés.....	26
VI.1.2.1. La multiplicité des techniques.....	26
VI.1.2.2. L'évolution de la prise en charge.....	28
VI.1.2.3. La prise en compte de la kinésiophobie.....	30
VI.2. La relation patient – masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge.....	31
VI.2.1. L'attitude du masseur-kinésithérapeute.....	32
VI.2.1.1. L'écoute du patient.....	32
VI.2.1.2. La remise en confiance du patient.....	33
VI.2.2. L'attitude du patient.....	35
VI.3. La douleur, une information importante mais pas limitante.....	37
VI.3.1. L'évaluation de la douleur et ses limites.....	37
VI.3.2. La défocalisation de la douleur.....	38
VI.3.3. L'éducation à la douleur.....	40
VI.4. L'autonomisation du patient.....	44
VI.4.1. La mise en place d'auto-rééducation.....	45
VI.4.2. La place de l'activité physique.....	47
VI.4.2.1. La reprise d'une activité physique régulière.....	47
VI.4.2.2. L'intégration de l'activité physique dans le quotidien.....	49
VI.4.3. La stratégie de démedicalisation progressive de la prise en charge.....	51
VII. Discussion.....	53
VII.1. Retour sur les hypothèses.....	53
VII.2. Limites et biais de l'étude.....	56
VII.3. Projections professionnelles.....	57
VIII. Conclusion.....	59

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

I. Introduction

Lors de la revue de presse réalisée en 2ème année d'études en masso-kinésithérapie, j'ai choisi de traiter un article sur le lien entre l'arthrose et la lombalgie. Cet article mettait en avant le fait que l'imagerie n'était pas toujours corrélée à la clinique et que l'arthrose était souvent désignée à tort comme la cause unique de lombalgie. En effet, une multitude d'éléments interviennent dans l'entretien et l'aggravation de la douleur avec notamment la kinésiophobie, l'anxiété, les pensées négatives ou encore les croyances négatives par exemple. Dans ces conditions, le modèle biopsychosocial était évoqué dans la prise en charge des patients ayant de l'arthrose afin de lutter contre les facteurs entretenant la douleur.

À la suite de cela, je me suis intéressée plus particulièrement à l'application de ce nouveau modèle dans la prise en charge des douleurs chroniques afin de mieux comprendre comment cette approche pouvait permettre une meilleure prise en charge.

Puis, au cours de mon parcours de formation, j'ai pu suivre des cours sur la lombalgie et son approche biopsychosociale. Ces enseignements m'ont permis de cibler mon questionnement et de m'intéresser plus particulièrement à la prise en charge des patients lombalgiques chroniques.

Dans un premier temps je me suis intéressée à l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. J'ai finalement décidé de m'intéresser plus largement aux moyens biopsychosociaux mis à disposition et utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes (MK) dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques.

Aussi, au cours de mon parcours de stage, j'ai pu suivre des patients lombalgiques chroniques aussi bien en cabinet libéral qu'en centre de rééducation, et j'ai pu me rendre compte de la complexité de la prise en charge. En effet, la multiplicité des facteurs, notamment psychosociaux, intervenant dans cette douleur chronique ne facilite pas la prise en charge masso-kinésithérapique et le traitement de la cause physique ne suffit pas à mettre un terme au développement ou à l'entretien de la lombalgie chronique.

Je me suis alors demandée comment les MK parvenaient à appréhender ce type de pathologie complexe de par la chronicité et le cercle vicieux qui peut s'installer, comment ils parvenaient à briser ce cercle vicieux et remettre ces patients sur le chemin de la guérison. Je me suis questionnée sur les ressources dont ils disposaient et qu'ils utilisaient dans ce type de prise en charge.

II. Cadre conceptuel

II.1. La douleur

II.1.1. Définition

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur se définit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle* ».

La douleur peut être définie par son mode évolutif : aiguë, sub-aiguë ou chronique. La douleur aiguë agit comme un signal d'alarme permettant de prévenir l'organisme de la survenue d'un potentiel danger. Dans ce cas, la douleur est un symptôme qui permet de protéger l'organisme. La douleur sub-aiguë est une douleur présente depuis quelques semaines et son principal risque est la chronicisation. La douleur chronique est, selon l'IASP, une douleur qui persiste au-delà de 3 mois (1).

La douleur peut aussi être définie selon son mécanisme physiopathologique : la douleur nociceptive (par excès de nociception), la douleur neuropathique (secondaire à une lésion neurologique) et la douleur dysfonctionnelle (liée à un dysfonctionnement des mécanismes contrôlant la douleur) (1). Ces différents types de douleur peuvent coexister chez un même patient, la douleur est alors qualifiée de mixte (2).

La douleur comprend différentes composantes : sensori-discriminative, affective-émotionnelle, cognitive-comportementale :

- la composante sensori-discriminative fait référence aux processus concourant à définir qualité, intensité, localisation et durée du message douloureux (3)
- la composante affective-émotionnelle fait référence au ressenti de la perception douloureuse et à son « *caractère désagréable, pénible voire insupportable* » (3)
- la composante cognitive-comportementale est divisée en 2 parties distinctes, la partie cognitive correspond à l'interprétation de la douleur, aux stratégies mentales pour la modulation de la perception douloureuse ainsi que des réactions du patient, la partie comportementale se réfère aux différentes manifestations du patient (physiologiques, verbales, motrices) (3).

II.1.2. Le modèle biopsychosocial

La définition de la douleur de l'IASP met en évidence le fait que la douleur n'est pas uniquement physique et qu'elle ne peut et ne doit pas être réduite à des lésions tissulaires objectivables (3).

En effet, selon le modèle biopsychosocial, différents facteurs interviennent dans la douleur et sont responsables de son développement et de son évolution : des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux participent simultanément à ce phénomène douloureux et interagissent entre eux. Les facteurs biologiques correspondent aux facteurs génétiques, aux comorbidités, à la sensibilisation centrale de la douleur ou encore au déconditionnement physique (1). Les facteurs psychologiques sont les facteurs émotionnels (anxiété et dépression), les facteurs comportementaux (évitement ou hyperactivité) et les facteurs cognitifs (croyances inadéquates, catastrophisme et hypervigilance...) (1). Les facteurs sociaux correspondent aux facteurs familiaux, culturels, professionnels, scolaires (1).

La douleur est entretenue par ces facteurs biopsychosociaux et la prise en compte concomitante de ces facteurs peut permettre de briser le cercle vicieux responsable de la persistance de la douleur (4).

II.1.3. La douleur chronique

II.1.3.1. Définition

La douleur chronique est, depuis 2019, intégrée à la Classification Internationale des Maladies CIM-11 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (5).

Selon l'IASP et l'OMS, la douleur chronique se définit par une douleur qui persiste au-delà de 3 mois et est divisée en deux catégories : la douleur primaire et la douleur secondaire.

La douleur chronique primaire est une maladie à part entière, elle est définie par une incapacité ou une détresse émotionnelle. Elle correspond aux douleurs chroniques généralisées, aux douleurs musculo-squelettiques chroniques, aux maux de tête ou encore à des affections primaires (5).

La douleur chronique secondaire correspond quant à elle au symptôme d'une pathologie, elle est répartie en six catégories : douleur chronique liée au cancer, douleur chronique post-chirurgicale ou post-traumatique, douleur neuropathique chronique, céphalées ou douleurs oro-faciales chroniques secondaires, douleur viscérale chronique secondaire, douleur musculo-squelettique chronique secondaire (5).

II.1.3.2. La chronicisation

La chronicisation de la douleur consiste au passage d'une douleur aiguë vers une douleur chronique (5). Le processus de chronicisation de la douleur correspond à « *un phénomène d'adaptation neurophysiologique maladaptatif* » (3).

Dès lors que la douleur devient chronique, elle ne joue plus un rôle protecteur et a un impact multifactoriel : physique, psychologique, familial, professionnel...

La persistance de la douleur va entraîner de multiples conséquences qui peuvent mener à une intensification et une chronicisation de cette douleur. On retrouve des conséquences fonctionnelles et structurales (sensibilisation centrale et mémoire de douleur), comportementales (réduction des activités), émotionnelles (anxiété et dépression), cognitives (focalisation de l'attention sur la douleur) et sociales (répercussions professionnelles, scolaires, familiales) (1).

Aussi, certains facteurs sont à risque de favoriser la chronicisation de la douleur notamment les facteurs psychosociaux qui résultent de « *l'interaction de la personne avec son environnement social et de leur influence sur le comportement* » (3).

La détection et l'évaluation de ces facteurs de risque sont permises lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique et sont affinées par l'intermédiaire d'échelles et de questionnaires (3).

Le passage « *d'un état aigu physiologique à une persistance pathologique* » paraît lié de manière importante aux facteurs psychosociaux mais il ne faut pas perdre de vue que les facteurs physiques sont également liés à cette douleur chronique (3).

Le MK joue un rôle majeur dans le repérage, le diagnostic et la prévention de la survenue de la douleur chronique mais également dans sa prise en charge (3).

II.2. La lombalgie chronique commune

II.2.1. Définition

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la lombalgie commune correspond à une douleur lombaire sans rapport avec une cause infectieuse, tumorale, traumatique ou inflammatoire. Cette lombalgie commune se définit par « *une affection chronique, incapacitante, récurrente, admettant de multiples facteurs psychologiques, environnementaux et génétiques* » (6). On parle de lombalgie commune chronique dès lors que cette affection dure plus de 3 mois.

II.2.2. Épidémiologie

La lombalgie commune est très fréquente dans la population française, en effet elle présente une prévalence sur une vie entière de 84%, ce qui signifie qu'environ 8 personnes sur 10 seront touchées au moins une fois dans leur vie par une lombalgie commune (7).

Aussi, la lombalgie commune est récurrente, 40 à 55% des patients touchés par un épisode douloureux referont un épisode dans l'année suivante et 72% en referont un au cours de leur vie (6).

De plus, les douleurs lombaires évolueront vers une chronicisation pour 6 à 8% des cas (7), ce qui implique un traitement adéquat dès la survenue d'une lombalgie pour permettre d'éviter, tant que faire se peut, la chronicisation de cette pathologie.

La lombalgie apparaît comme un réel problème de santé publique, selon le bilan de l'Assurance Maladie de 2016 sur la branche Accidents du travail / Maladies professionnelles, on note qu'un français sur deux a eu une lombalgie au cours des 12 derniers mois, la lombalgie représente la 2^{ème} cause de visite chez le médecin traitant et la 3^{ème} cause d'admission en invalidité.

II.2.3. Évaluation

Toute douleur nécessite d'être quantifiée et qualifiée régulièrement pour délivrer une prise en charge adéquate. L'évaluation de la douleur est fondamentale pour définir son intensité, son évolution, l'efficacité de sa prise en charge mais également pour permettre la communication interdisciplinaire ainsi que la création d'une alliance thérapeutique avec le patient (8). Cette évaluation ne peut être effectuée sans la prise en compte du ressenti et du vécu personnel du patient (3).

Pour évaluer la douleur chronique d'un patient, il est nécessaire de réaliser une évaluation minutieuse et globale qui devra comprendre « *l'examen physique, la recherche étiologique, la présentation psychosociale et comportementale du patient y compris l'état émotionnel, la compréhension de ses symptômes et sa réaction face à ceux-ci* » (3). Le recueil de ces données peut être réalisé à travers un entretien, l'histoire du patient, l'examen physique ou encore la communication verbale et non verbale du patient (3).

Des échelles multidimensionnelles sont utilisées afin de prendre en compte les aspects sensoriel, fonctionnel, émotionnel, cognitif et comportemental de la lombalgie chronique. Ces échelles permettent de mieux définir et prendre en charge la douleur chronique avec notamment la prise en considération des différentes dimensions et non seulement l'aspect quantitatif, la localisation et l'horaire de la douleur (3).

Des outils d'auto-évaluation sont utilisés dans l'évaluation du patient douloureux chronique comme le questionnaire de Saint-Antoine qui permet de qualifier la douleur et de l'explorer dans ses dimensions sensorielle et affective ou encore l'échelle Pain Catastrophizing Scale qui permet d'évaluer le risque de chronicisation à travers 13 items explorant la rumination, l'exagération ainsi que la vulnérabilité (3).

Une douleur ressentie et décrite par un patient malgré l'absence de l'identification d'une quelconque pathologie physique ne doit pas être remise en doute et la recherche d'une sensibilisation centrale ou d'un éventuel dysfonctionnement du système nociceptif est alors recommandée (2). Il est important d'avoir à l'esprit que « *le patient doit être considéré comme le meilleur et le seul juge de sa douleur* » (3).

L'évaluation de la lombalgie chronique passe par une évaluation clinique permettant de mettre en évidence des éventuels drapeaux rouges prédictifs d'une pathologie sous-jacente qui fera l'objet d'une prise en charge spécifique (9). La suspicion ou la détection d'un drapeau rouge incombe de réorienter le patient vers un médecin et de différer la prise en charge rééducative.

Aussi, à travers l'évaluation initiale ainsi que tout au long de la prise en charge, le MK doit rechercher les drapeaux jaunes qui correspondent aux facteurs psychosociaux et qui sont prédictifs du risque de chronicisation (9). L'évaluation de ces drapeaux jaunes peut être affinée par des questionnaires comme le FABQ (grade AE) qui évalue « *le niveau de peurs, appréhensions et évitements liés à la lombalgie* » ainsi que le questionnaire HAD (grade AE) qui est axé sur l'anxiété et la dépression (9). Si un patient présente un ou plusieurs drapeaux jaunes, il sera important de les prendre en considération et de prendre le temps de rassurer le patient sur sa pathologie et sa potentielle évolution.

DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexplicée.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

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

Image : Drapeaux rouges et drapeaux jaunes selon la HAS (9)

II.3. La prise en charge biopsychosociale de la lombalgie chronique

II.3.1. Recommandations

La lombalgie commune chronique incombe une prise en charge selon le modèle biopsychosocial pour son évaluation, son traitement ainsi que son suivi. La prise en charge de cette douleur nécessite « *une approche intégrée, centrée sur le patient, en équipe pluriprofessionnelle et multidisciplinaire* » (1).

La prise en charge biopsychosociale est primordiale du fait des expériences douloureuses passées, des émotions, de l'environnement et des différentes stratégies mises en place par le patient (3).

Le traitement de la lombalgie chronique se doit d'être multimodal. En effet, il peut comporter plusieurs éléments comme un traitement médicamenteux, des prises en charge psychologique et sociale, une rééducation fonctionnelle ainsi de l'éducation thérapeutique du patient. Ce traitement évoluera en fonction des évaluations de la douleur réalisées au cours de la rééducation afin de pouvoir ajuster la prise en charge au besoin (1).

En ce qui concerne le traitement kinésithérapique, la HAS recommande la pratique d' « *exercices actifs visant la récupération de la mobilité et la récupération progressive de l'endurance, de la force musculaire et de la coordination (grade A)* » ainsi que la mise en place d' « *éducation et conseils fournis au patient pour la gestion de ses symptômes (grade B)* » (10).

L'activité physique occupe une place importante dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. En effet, ces patients peuvent se retrouver dans un cercle vicieux « *inactivité physique – déconditionnement – douleur* » et il est fondamental de les remettre sur le chemin de l'activité physique pour briser ce cercle vicieux et ne pas entretenir la pathologie (11). Il est d'ailleurs recommandé pour tout adulte de pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique développant les capacités cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée et cela au moins 5 jours par semaine (12).

II.3.2. La relation patient – masseur-kinésithérapeute

« *L'attitude du thérapeute tient en trois principes fondamentaux : écouter, être disponible et croire* » (3).

Le kinésithérapeute occupe une place importante dans la prise en charge du patient lombalgique chronique par les différentes techniques qu'il peut mettre en place (13) mais également par la relation thérapeutique établie avec le patient qui se doit d'être une véritable alliance thérapeutique. L'instauration de cette relation est nécessaire à la mise en confiance du patient et à son adhésion dans la prise en charge (14).

L'écoute et le respect de cette douleur sont indispensables tout au long de la rééducation étant donné qu'elle impacte non seulement le patient mais également son entourage et qu'elle peut être un frein à la rééducation et plus largement à la prise en charge si elle n'est pas prise en compte dans sa globalité.

De plus, il est important d'établir, avec le patient, des objectifs de rééducation personnalisés et adaptés afin de réduire cette douleur, tout en améliorant les capacités fonctionnelles et plus largement la qualité de vie du patient (14).

Enfin, le kinésithérapeute se doit de redonner au patient sa place d'« *individu affecté d'une pathologie* » (3) et non de le réduire à sa pathologie. Cela a toute son importance dans la relation thérapeutique et la prise en charge et permettra d'influencer de manière positive à la fois la satisfaction mais également l'observance du patient (3).

La communication thérapeutique est très importante dans la relation patient-MK afin d'instaurer un climat de confiance et de permettre au patient de comprendre la prise en charge. Cette communication thérapeutique fait référence à l'analyse du langage utilisé par le MK envers le patient, l'écoute active du patient, l'empathie, la reformulation et le remplacement des expressions négatives par des positives (15).

II.3.3. L'éducation thérapeutique du patient

II.3.3.1. Définition

Selon l'OMS, « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » (16).

L'éducation thérapeutique du patient est intégrée à toute prise en charge, se doit d'être focalisée sur le patient et nécessite d'« *être multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle* » (17). Elle est dispensée par des professionnels de santé formés et inclus dans une équipe pluridisciplinaire permettant la coordination des soins.

Elle inclut à la fois le patient mais également son entourage qui peut lui aussi être impacté par la pathologie (17). Elle est proposée à tout patient ayant une affection chronique et à tout moment de la prise en charge que ce soit avant l'annonce du diagnostic de l'affection ou bien à mesure de l'évolution de cette affection chronique (16).

L'éducation thérapeutique permet à la fois de délivrer des soins efficaces en toute sécurité mais elle permet surtout de rendre le patient autonome, acteur de son traitement et plus largement de sa santé (18).

II.3.3.2. Objectifs

Les objectifs principaux de l'éducation thérapeutique du patient résident, non seulement dans l'amélioration de l'état de santé du patient, l'autonomisation du patient mais également dans l'amélioration de la qualité de vie du patient et de ses proches (16).

L'objectif final de l'éducation thérapeutique du patient concourt à l'appropriation de compétences d'autosoins mais aussi de compétences d'adaptation.

Les compétences d'autosoins font référence à la capacité du patient à gérer les éventuels symptômes, à ajuster son traitement ou encore à parvenir à effectuer des soins techniques de manière autonome mais également à la capacité du patient à modifier son comportement concernant son mode de vie et à éviter ou faire face aux complications provoquées par la pathologie (16).

Les compétences d'adaptation, quant à elles, font plutôt référence à la connaissance du patient vis-à-vis de lui-même, à sa confiance en lui, à sa capacité à prendre en compte ses émotions. Dans ce versant, ce sont plus des qualités propres au patient qui sont à développer, sa capacité à faire des choix face à un problème, à se donner non seulement des objectifs mais également à les accomplir (16).

L'éducation thérapeutique du patient douloureux chronique permet donc de développer les compétences psychosociales du patient qui seront détaillées dans la partie suivante.

II.3.3.3. Les compétences psychosociales

Selon l'OMS, « *les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* » (20). Le concept de compétences psychosociales correspond à une « *approche positive et valorisante* » qui permet la prise en charge optimale du patient dans sa globalité (20).

On retrouve 10 compétences psychosociales classées en 5 couples et qui sont les suivantes :

- Savoir résoudre des problèmes / savoir prendre des décisions
- Avoir une pensée créative / avoir une pensée critique
- Savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres
- Savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

Le développement des compétences psychosociales du patient lombalgique chronique peut donc se faire, en partie, par l'intermédiaire de l'éducation thérapeutique délivrée par le MK. En effet, elle présente un bon moyen pour le patient pour développer son savoir et son savoir-faire vis-à-vis de sa pathologie ainsi que son savoir-être vis-à-vis des situations qu'il peut rencontrer dans son quotidien en lien avec sa pathologie, tout cela dans le but d'acquérir une autonomie maximale dans la gestion de la douleur chronique et de ses conséquences.

Aussi, tout au long de la prise en charge, le MK se sert de ses propres compétences psychosociales dans le but de développer celles du patient afin que ce patient puisse, à la suite de la prise en charge, avoir les capacités nécessaires pour gérer toute situation et poursuivre l'adoption d'un comportement adapté pour sa santé. Il existe une véritable alliance entre le MK et le patient qui doivent, tous deux, mobiliser leurs compétences psychosociales pour avancer dans la prise en charge et atteindre les objectifs du patient.

II.3.3.4. Intérêt de l'éducation thérapeutique à la douleur

Étant donné que l'éducation thérapeutique est centrée sur le patient, elle permet de le rendre véritablement acteur de sa santé, afin qu'il puisse par la suite reprendre sereinement ses activités aussi bien professionnelles que sociales ou sportives (13).

La mise en place d'éducation thérapeutique à la douleur permet de réduire drastiquement la consommation de soins ainsi que les arrêts de travail notamment par la meilleure gestion de la douleur par le patient (13).

Aussi, les séances collectives et l'intégration de « patients-experts » permettent des échanges sur l'expérience douloureuse de chacun, ce qui rassure le patient sur le fait qu'il ne soit pas seul dans cette situation (13).

L'éducation thérapeutique du patient douloureux chronique vise à l'acquisition d'une prise en charge autonome dans laquelle le patient parvient à mieux se connaître, à mieux gérer ses symptômes et à retrouver le goût du mouvement (19).

III. Problématique et hypothèses de recherche

Comme mentionné précédemment, 8 personnes sur 10 seront confrontées au développement d'une lombalgie commune au cours de leur vie. De cette prévalence élevée découlent des coûts directs de santé s'élevant à environ 1 milliard d'euros ainsi que des coûts indirects pour les entreprises. L'augmentation de la prévalence de la lombalgie chronique et son coût pour la société en font un véritable problème de santé publique.

La prise en charge masso-kinésithérapique des patients lombalgiques chroniques se doit donc d'être optimale afin de réduire l'impact socio-économique de cette affection. Cependant, cette prise en charge est complexifiée par la multiplicité des facteurs qui interviennent dans la lombalgie chronique. Ce mémoire s'intéresse à la problématique suivante :

Quels sont les moyens biopsychosociaux utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes pour optimiser la prise en charge des patients lombalgiques chroniques ?

L'objectif de cette recherche est de faire un état des lieux des pratiques en ce qui concerne la prise en charge biopsychosociale des patients lombalgiques chroniques ainsi que de mettre en évidence les techniques utilisées pour favoriser une prise en charge efficace.

Pour répondre à cette problématique, plusieurs hypothèses de recherche ont été émises.

- Hypothèse 1 : La revalorisation du patient permettrait une meilleure prise en charge du patient lombalgique chronique.
- Hypothèse 2 : L'implication du patient et son autonomisation seraient indispensables à la prise en charge du patient lombalgique chronique.
- Hypothèse 3 : Les techniques de défocalisation de la douleur seraient bénéfiques à la prise en charge du patient lombalgique chronique.
- Hypothèse 4 : La pratique d'une activité physique aurait un impact positif sur la douleur et les facteurs biopsychosociaux.

IV. Méthodologie

Cette partie aborde la méthode choisie pour permettre de répondre à la problématique. Dans un premier temps, l'entretien semi-directif sera évoqué et le cadre de l'entretien sera défini. Ensuite, la méthode de recrutement de la population et le cheminement mené pour parvenir à réaliser le guide d'entretien seront abordés. Pour finir, la méthode d'analyse des entretiens sera expliquée.

IV.1. Choix de l'entretien semi-directif

Afin de répondre à ma problématique, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs.

L'entretien semi-directif est une méthode qui permet de recueillir des informations nombreuses, détaillées et de qualité par des approches qualitatives et interprétatives dans le but d'approfondir les connaissances sur un sujet (21) (22). Ce type d'entretien se présente comme un échange entre deux personnes et constitue un « *moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur* » (21).

Aussi, cette méthode est un excellent compromis entre « *la liberté d'expression du répondant et la structure de la recherche* » (22). En effet, elle est conduite par un guide d'entretien qui permet de structurer l'échange et d'explorer les différents thèmes tout en laissant libre cours aux personnes interviewées pour répondre.

Par conséquent, j'ai pu retirer les informations que je recherchais mais également des données auxquelles je n'avais pas forcément pensé, c'est dans cette composante que demeure toute la richesse de cette méthode. À travers les entretiens, les MK interrogés ont pu s'exprimer librement sur le sujet, donner leur avis et faire part de leurs expériences et croyances au cours de l'échange tout en respectant les différents thèmes grâce au guide d'entretien.

IV.2. Cadre de l'entretien

Le cadre de l'entretien est important à définir afin que l'interviewé et l'interviewer trouvent leur place dans l'échange et qu'aucun élément ne puisse influencer le discours de l'interviewé et biaise l'entretien (23).

IV.2.1. Lieu et moment

Tout d'abord, le moment de l'entretien se doit d'être choisi de telle sorte que l'interviewé soit entièrement disponible (23). La date des entretiens a donc été fixée selon les disponibilités des MK afin qu'ils puissent prendre le temps de répondre à l'ensemble des questions. Le plus souvent, les entretiens se sont déroulés après leur journée de travail de manière à ce qu'ils soient entièrement disponibles. Je leur demandais de prévoir un créneau d'au moins 30 minutes.

Concernant le lieu, pour les entretiens qui ont été réalisés en présentiel, ils se sont déroulés sur le lieu de travail des MK afin qu'ils se sentent en confiance et qu'ils puissent se livrer de manière optimale. En effet, le lieu de l'entretien est très important tant par son influence sur le discours de l'interviewé que par son aide à la construction d'une relation entre interviewé et interviewer (23). Aussi, je m'assurais toujours d'avoir une pièce calme où personne n'était susceptible d'entrer au cours de l'entretien afin de ne pas être interrompus et de ne pas perturber l'échange. Au cours de chaque entretien, nous étions face à face, assis sur une chaise avec une table qui nous séparait afin d' « *occuper des positions similaires* » dans l'échange (23).

Pour les entretiens qui se sont déroulés à distance, je veillais au préalable à ce que personne ne me dérange au cours de l'entretien et je m'assurais que l'interviewé se situe dans un endroit calme également.

IV.2.2. Liens contractuels

Dès le début de l'échange, une relation de confiance a été instaurée car elle est fondamentale et impacte la richesse, la qualité et la pertinence des informations délivrées par les MK interrogés (21).

Tout d'abord, je me présentais dès la prise de contact avec les MK et j'expliquais le sujet de mon mémoire de manière la plus claire possible.

Avant de débiter chaque entretien, je présentais le cadre contractuel de l'entretien de manière identique à chaque MK comme on peut le voir au début de mon guide d'entretien (Cf Annexe I). Je prenais un temps pour me représenter, réexpliquer le sujet de mon mémoire et annoncer le déroulement de l'entretien. Dans le même temps, j'expliquais mes attentes au cours de l'échange qui concernaient un recueil de leur pratique professionnelle ainsi qu'un temps d'échange et non un jugement. Pour cela j'utilisais toujours la formule suivante : « Pour effectuer ce travail, je souhaite pratiquer des entretiens semi-directifs auprès des masseurs kinésithérapeutes pour apprécier leur expérience ainsi que leur avis sur ce sujet. Pour cela, je vous demanderai de répondre le plus spontanément possible aux questions. » De plus, j'annonçais à chaque MK que l'entretien allait être enregistré et je leur demandais leur accord par la phrase suivante : « Cet entretien sera enregistré si vous êtes d'accord. Cet enregistrement ne fera l'objet d'aucune diffusion hors analyse et sera retranscrit. ».

Pour finir, la première question de l'entretien concernait le parcours professionnel du MK, ce qui lui permettait de se présenter à travers son parcours et ses différentes expériences et d'être en confiance.

IV.3. Méthode de recrutement

Ces entretiens ont été réalisés auprès de MK du Finistère avec plusieurs critères de diversité comme le sexe, l'âge, le lieu de formation, l'année de diplôme et le secteur d'activité. Le choix de ces profils variés me permettait d'avoir une vision globale qui soit représentative de l'ensemble de la population choisie. Un tableau récapitulatif de la population est disponible en annexe (Cf Annexe II) avec les différentes informations sur les MK interrogés. Pour des raisons d'anonymat, les noms des MK ont été modifiés.

En ce qui concerne le recrutement de la population, il s'est fait selon la méthode dite de « proche en proche » en utilisant notamment mon réseau de connaissances. Une partie des personnes interviewées ont été rencontrées lors de mon parcours de stage ou à l'IFMK lors de cours. Aussi, certains MK interrogés ont pu m'orienter vers des personnes susceptibles d'être intéressées par mon sujet, ce qui m'a permis d'élargir mon champ de recrutement.

Les MK ont été contactés par téléphone ou par mail afin de convenir d'un créneau pour l'entretien. Au cours de cette prise de contact, je me présentais, j'expliquais le sujet de mon mémoire ainsi que le but et la durée de l'entretien. Parmi les dix MK, sept ont accepté de réaliser les entretiens. Pour les trois autres personnes, je n'ai pas eu de retour.

IV.4. Le guide d'entretien

IV.4.1. Réalisation du guide d'entretien

Après de nombreuses lectures et une fois ma méthode de recherche définie, je me suis lancée dans la réalisation de mon guide d'entretien. En effet, le guide permet une fluidité dans le déroulement de l'échange, il permet d'avoir une trame avec l'ensemble des questions et éléments recherchés pour se repérer tout en laissant une liberté dans la conduite de l'entretien.

Pour commencer mon guide d'entretien, je me suis demandée quels étaient les objectifs de mes entretiens, ce que je voulais en retirer et quels éléments je voulais connaître dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques.

J'ai donc réfléchi sur les différents thèmes que je voulais aborder au cours de mes entretiens et à la suite de cela j'ai élaboré une question par thème en déterminant à chaque fois l'objectif recherché à travers la question. Pour chaque question, j'ai défini des relances afin de pouvoir orienter ma question et obtenir l'intégralité des réponses que je souhaitais.

Une fois mon guide terminé, un entretien test a été réalisé auprès d'un MK. Cela m'a permis d'avoir l'avis du professionnel sur le déroulement de l'entretien et la pertinence de mon guide, de me rendre compte des défauts que pouvait contenir mon guide et donc de retravailler certaines questions afin d'être plus efficiente au cours des prochains entretiens.

IV.4.2. Thèmes du guide d'entretien

Le guide d'entretien (Cf Annexe I) se compose de cinq thèmes.

- Parcours professionnel et formation : ce thème a permis d'instaurer la relation de confiance nécessaire au bon déroulement des entretiens ainsi que de mieux connaître le MK par la présentation de son parcours professionnel. Aussi la connaissance du parcours professionnel, de l'année de diplôme, de l'âge, du type d'exercice a pour objectif, par la suite, d'analyser si des variations existent en fonction des différents paramètres.
- Prise en charge d'un patient lombalgique chronique : ce thème a pour but d'avoir une vision globale de la prise en charge en termes de techniques utilisées mais également de communication et de relation avec le patient.

- Reprise d'activité physique d'un patient lombalgique chronique : ce thème a pour objectif de mettre en évidence les stratégies mises en place par les MK pour faciliter la reprise d'une activité physique chez les patients lombalgiques chroniques.
- Réaction des patients face au changement de comportement : ce thème permet d'objectiver la complexité en ce qui concerne la reprise d'activité et comprendre comment les MK parviennent à y faire face.
- Autonomisation du patient : ce thème a pour objectif de mettre en évidence les éléments permettant de rendre le patient autonome dans sa prise en charge et à long terme dans son quotidien.

IV.5. Méthodologie d'analyse des entretiens

Afin de débiter l'analyse, chacun des entretiens réalisés a été retranscrit mot à mot grâce aux enregistrements afin de rester le plus fidèle possible. Un entretien est disponible en annexe (Cf Annexe III).

Une fois les entretiens retranscrits, chacun d'entre eux a été analysé de manière individuelle pour mettre en évidence les éléments intéressants.

À la suite de cela, les citations jugées pertinentes de chaque entretien ont été classées dans un tableau comportant les différents thèmes ressortis au cours des différents entretiens (Cf Annexe IV).

L'analyse des entretiens s'est poursuivie en croisant les différents tableaux afin de confronter les idées divergentes et faire ressortir les idées et concepts similaires au sein d'un même thème.

À la suite de l'analyse des résultats, une certaine saturation des réponses a été observée, ce qui a constitué une des limites dans le nombre d'entretiens réalisés. L'autre limite étant la limite de temps.

V. Résultats

Prise en charge singulière	Élaboration d'un bilan précis
	Définition d'objectifs avec le patient
	Adaptation des techniques
	Prise en compte de la kinésiophobie
	Défocalisation de la douleur
	Éducation à la douleur
	Mise en place d'auto-rééducation
	Pratique d'activité physique
Attitude du MK	Écoute du patient
	Revalorisation du patient
Attitude du patient	Implication
	Autonomisation

VI. Analyse

VI.1. Une prise en charge singulière

VI.1.1. Le bilan, élément fondamental

Comme dans toute prise en charge masso-kinésithérapique, le bilan fait partie intégrante de la prise en charge et à la suite de celui-ci le MK peut mettre en place un traitement adéquat et singulier, l'évaluation est essentielle pour définir la prise en charge (24).

La lombalgie étant un symptôme avec des étiologies multiples (25), sa prise en charge incombe d'autant plus un bilan rigoureux pour écarter les affections particulières nécessitant un traitement spécifique, pour définir les éléments à prendre en compte et délivrer une rééducation optimale.

Dans le cas de la lombalgie chronique, le bilan permet de s'assurer du caractère commun de l'affection, d'identifier les facteurs de risque de chronicisation ou encore d'analyser posture, mobilité et déficit à travers l'examen clinique (26). Toutefois, l'étape indispensable du bilan reste l'interrogatoire qui permet de définir et d'évaluer la douleur (localisation, intensité, irradiation, horaire, évolution). En effet, cette douleur qui représente la plainte majeure des patients doit être analysée pour être, par la suite, correctement prise en charge (26). De plus, à travers l'interrogatoire, le MK peut également mieux connaître le patient, l'histoire de sa lombalgie, rechercher et analyser les besoins, les envies du patient, ses habitudes de vie ainsi que les répercussions de la lombalgie chronique sur ses activités de la vie quotidienne et ses émotions (24). L'ensemble de ces éléments repérés lors de l'interrogatoire et plus largement du bilan permettront par la suite de réaliser une prise en charge correspondant au patient.

Dans l'ensemble des entretiens, les MK ont mis un point d'honneur sur l'importance du bilan pour élaborer, par la suite, une prise en charge optimale.

« Je commence déjà par un interrogatoire et un bilan qui vont me prendre toute une séance, c'est systématique. L'interrogatoire va être utile pour connaître les

antécédents, le vécu du patient, pour savoir depuis combien de temps on est dans la chronicité, pour connaître le mode de vie du patient, sa profession, ses loisirs, pour analyser les causes professionnelles, comprendre ce qui peut aggraver ou causer des lombalgies. Ensuite, je vais réaliser une évaluation de la douleur ainsi qu'une évaluation articulaire lombo-pelvienne et fonctionnelle ». Thibaud, titulaire en cabinet libéral.

Thibaud accorde beaucoup d'importance à ce temps de bilan pour recueillir l'ensemble des éléments lui permettant de mieux connaître le patient, l'histoire de sa lombalgie chronique mais également son mode de vie. En connaissance de ces éléments, il peut mieux adapter la prise en charge. Thibaud montre qu'il n'est pas uniquement focalisé sur la cause physique, qu'il cherche à en savoir davantage, à comprendre ce qui se passe et qu'il prend en considération les facteurs biopsychosociaux pour mettre en place sa rééducation.

« Nous ce qui nous importe aussi, quand on fait notre bilan d'entrée, c'est l'objectif du patient, ce qu'il attend de son séjour ici. ». Marina, salariée en centre de rééducation.

Dans cette citation, Marina met un point d'honneur sur l'identification des besoins du patient dès le début de la rééducation, ce qui aura un impact sur l'orientation de la prise en charge, en effet elle se fera en fonction des demandes du patient. Aussi, une prise en charge adaptée aux attentes du patient permettra une meilleure participation du patient, ce dernier se sentira écouté et sera d'autant plus impliqué dans son traitement. Cette citation de Marina témoigne aussi que la prise en charge qui découle du bilan est patient-dépendante, suivant l'objectif final ou les objectifs intermédiaires du patient, le MK va s'adapter. La recherche et la détermination d'objectifs réalisables et définis avec les patients lombalgiques chroniques jouent un rôle conséquent concernant l'observance du patient, sa participation et la réussite de la rééducation (27). La participation du patient étant un des enjeux de la prise en charge, il apparaît donc pertinent de la favoriser par la définition d'objectifs répondant à sa demande.

« Dans le bilan, on va aussi chercher ce qui les gêne au niveau personnel, professionnel et loisirs/détente. À partir de là, on voit ce qu'ils veulent faire, s'ils sont motivés. » Norbert, salarié en centre de rééducation.

Norbert rejoint Marina sur le fait que le bilan permet d'identifier clairement les besoins du patient par la connaissance de sa problématique et des répercussions de sa lombalgie chronique dans ses activités de la vie quotidienne, c'est un versant important à aborder tant la lombalgie chronique peut impacter négativement le quotidien du patient.

Norbert ajoute un nouvel élément concernant l'apport du bilan à la prise en charge, il aborde la notion de motivation du patient vis-à-vis de sa rééducation. En effet, la prise en charge de la lombalgie chronique demande une participation active du patient pour mener à bien la rééducation, il semble donc intéressant et même fondamental d'évaluer la motivation au cours du bilan car cette dernière va conditionner la prise en charge (26).

« En général à la première séance j'aime bien commencer par un massage tout en posant des questions aux patients pour avoir une prise de contact avec le patient et bien repérer les douleurs, les contractures... et comme ça pendant que je fais cela, j'analyse ce que je trouve sous mes doigts, je peux poser au patient des questions qui me donnent des indications de bilan et puis surtout j'essaye de savoir leurs activités, si ce sont plutôt des patients qui bougent beaucoup, qui sont très sédentaires. Tout ça me permet de jauger quel est leur état d'esprit vis-à-vis d'une prise en charge dynamique, s'ils pensent que ce n'est pas ça qui leur servira... et comment ils réagissent à leur douleur. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

Pour Audrey, le massage est important pour débiter la prise en charge, il permet à la fois la prise de contact qui est essentielle dans la création de l'alliance thérapeutique mais il permet également de réaliser un examen palpatoire à la recherche de points douloureux et d'éventuels éléments qui pourraient causer ces douleurs. Comme Norbert, Audrey profite de ce temps de bilan pour évaluer la dynamique du patient dans la rééducation. Aussi, elle mentionne un autre point très intéressant qui est la quantification de son activité physique, comme les recommandations le préconisent, la rééducation de la lombalgie chronique est basée sur des exercices actifs, il est donc pertinent de jauger leur niveau d'activité pour identifier d'emblée des potentiels freins lors de la prise en charge. Ce temps de bilan est aussi propice à la discussion et à l'échange, le patient peut se livrer sur des éléments de sa vie personnelle ou professionnelle aussi bien le plan physique que psychologique qui pourraient induire des douleurs lombaires. Ce moment d'échange est donc fondamental pour mieux connaître le patient, ses habitudes de vie ainsi que sa motivation dans la rééducation. Aussi, le MK peut profiter de ce moment pour délivrer des messages informatifs et éducatifs et ainsi débiter la rééducation du patient (26).

Le bilan des MK présente différentes orientations mais l'objectif final est le même : connaître le patient et sa situation pour être en mesure de délivrer une prise en charge optimale par la suite. Il n'existe pas de différence considérable dans la réalisation des bilans suivant si le MK exerce en cabinet libéral ou en salariat. Tous les MK se basent en grande partie sur leur ressenti et n'utilisent pas réellement de critères objectifs.

Il est primordial de noter l'importance de cette séance de bilan qui apparaît comme la première prise de contact avec le patient et le point de départ de la rééducation. C'est au cours de cette séance que la confiance s'installe et que la relation se crée entre le patient et le MK (28), cette relation patient-MK sera abordée plus tard dans ce travail de recherche.

VI.1.2. La mise en place de soins adaptés

VI.1.2.1. La multiplicité des techniques

L'ensemble des MK s'accordent sur le fait que les techniques masso-kinésithérapiques sont nombreuses et que le choix de ces techniques est fait en fonction de multiples éléments.

« Chaque kiné va faire son mélange de techniques et se faire sa propre technique et en fonction des patients tu vois ce qui marche ou pas et tu t'adaptes. » Morgane, titulaire en cabinet libéral.

À travers cette citation, Morgane mentionne le tryptique de l'Evidence Based Practice (EBP). En effet, l'EBP consiste à prendre une décision thérapeutique en se basant non seulement sur les preuves scientifiques, l'expérience du MK mais également en prenant en ligne de compte les préférences du patient (29). Cette stratégie de prise en charge permet une adaptation optimale et surtout permet de favoriser l'implication du patient par la prise en compte de ses préférences.

« Côté kiné, on s'occupe de l'apprentissage de la respiration, de l'apprentissage de la bascule du bassin, de la prise de conscience des positions, de la prophylaxie

lombaire en coordination avec les ergothérapeutes. On travaille aussi le renforcement, l'antalgie sans partir dans le massage prolongé parce qu'on se rend compte que ça rend les patients très passifs. Les enseignants en APA font faire le reconditionnement à l'effort, le renforcement musculaire après que nous, en kiné, on ait introduit tout le début du travail d'abdominaux profonds, posture, gainage, auto-étirements. » Marina, salariée en centre de rééducation.

Comme Marina le souligne, de nombreuses techniques rentrent en compte dans le traitement du patient lombalgique chronique avec une volonté de rendre le patient, autant que possible, acteur de sa rééducation. En effet, les recommandations du traitement kinésithérapique des lombalgies chroniques communes préconisent un traitement actif ciblant la mobilité, l'endurance, la force musculaire, la coordination ainsi qu'un traitement basé sur l'éducation du patient (10). Les techniques passives, quant à elles, ne sont recommandées qu'en complément des autres techniques du fait qu'elles ne présentent pas de bénéfices sur le traitement de la lombalgie chronique (9).

Dans certains cas plus complexes de lombalgie chronique, une approche plus globale en centre de rééducation est nécessaire avec une prise en charge interdisciplinaire qui traite l'ensemble des facteurs physiques, psychologiques et sociaux (30). Ce point est abordé dans la citation précédente, en effet Marina évoque le travail en interdisciplinarité, délivré en centre de rééducation, permettant d'assurer une continuité dans la prise en charge et de la rendre la plus optimale possible.

« Je leur explique aussi qu'il y a différents moyens de prendre en charge cette douleur-là, il n'y a pas une solution miracle mais qu'il faut trouver un équilibre. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

Dans cette citation, Audrey aborde l'information délivrée au patient, en effet, la rééducation sera optimisée par l'explication donnée au patient, si le patient comprend ce qui est fait par le MK alors il sera plus impliqué dans la prise en charge. C'est d'ailleurs une des compétences du MK qui se doit d' *« informer la personne, construire avec elle la séance, recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques »* (31).

Comme les témoignages le montrent, les MK disposent d'un arsenal de techniques pouvant être utilisées dans la prise en charge du patient lombalgique chronique aussi bien en cabinet libéral qu'en centre de rééducation ou à l'hôpital. Elles seront choisies, mises en place et réadaptées en fonction des informations et éléments recueillis au cours de

l'interrogatoire et du bilan. Chaque prise en charge sera donc différente en fonction du patient, de ses antécédents, de ses capacités, de son évolution, de sa motivation ou encore de ses besoins.

VI.1.2.2. L'évolution de la prise en charge

Comme dans toute prise en charge, le MK se doit d'évaluer le patient au cours de la rééducation et de la faire évoluer. Cela s'inscrit dans le référentiel de compétences de la profession de MK et correspond à une des activités de la compétence 4 : « *évaluation des résultats obtenus et adaptation des pratiques en masso-kinésithérapie à l'évolution de la situation clinique* » (31).

Concernant l'évolution de la prise en charge, l'ensemble des MK s'accordent pour dire que la progression et l'adaptation se font graduellement en se fiant au ressenti du patient mais également à des données plus objectives comme les activités de la vie quotidienne.

« On essaye de monter crescendo au cours de la prise en charge (nombre de répétitions, séries, difficulté des exercices...). C'est vraiment à la sensation, je me fie à comment je vois le patient, il y a un vrai échange et on voit ensemble si c'est possible ou pas de le faire, on s'adapte constamment. » Annabelle, salariée à l'hôpital.

Pour Annabelle, l'évolution de la prise en charge se fait en fonction du ressenti et des capacités du patient à l'instant présent et de multiples adaptations peuvent être réalisées au cours d'une même séance. La prise en charge est construite en accord avec le patient et son état de santé, il y a une véritable alliance thérapeutique entre le patient et le MK et une recherche d'adhésion du patient, ce qui permet de favoriser la motivation du patient. L'écoute du patient et de ses capacités ainsi que la gradation des exercices permettent de le remettre progressivement en confiance et de lui faire prendre conscience de ses capacités, ce point sera développé dans une autre partie.

« J'utilise plus le ressenti des patients par exemple quand ils disent « ah bah ça j'ai réussi à refaire », les activités de la vie quotidienne ils les refont assez naturellement alors quand on se rend compte que ça tient et qu'ils n'ont pas de douleurs, on essaye

d'augmenter progressivement en intensité, en durée, en fréquence.» Estelle, titulaire en cabinet libéral.

Estelle rejoint Annabelle sur la recherche du ressenti du patient tout au long de la prise en charge. Elle utilise également les progrès dans les activités de la vie quotidienne pour doser, adapter et faire évoluer la rééducation. Ces critères sur les activités de la vie quotidienne sont assimilables à une échelle de qualité de vie. L'échelle d'Oswestry permet d'évaluer les symptômes, la sévérité de la douleur ainsi que l'impact de la lombalgie sur les activités de la vie quotidienne. Elle explore, chez le patient lombalgique chronique, l'intensité de la douleur, la réalisation des soins personnels, la manipulation d'objets, la marche, la capacité à s'asseoir et se tenir debout, le sommeil, la vie sexuelle, la vie sociale et les déplacements (32). Cette échelle n'a pas été mentionnée par les MK, cependant ce test fonctionnel semble représenter un bon support pour objectiver l'évolution du patient dans son quotidien.

L'évolution de la prise en charge ne se fait pas toujours dans le sens de la progression, en effet elle est propre à chaque patient et il se peut que la difficulté de certaines prises en charge incombe d'être revue à la baisse.

« Il faut qu'il soit confiant, il faut qu'il soit content de lui pour qu'il se sente progresser et si ça nécessite de repartir d'un peu plus bas sur des choses plus basiques et bien on le fait. » Morgane, titulaire en cabinet libéral.

Pour Morgane, le plus important est que le patient progresse à son rythme sans brûler d'étape pour assurer une prise en charge adéquate. À travers cette citation, Morgane montre bien que la prise en charge n'est pas figée, qu'elle est modulable à tout moment et qu'elle peut aussi bien s'intensifier ou au contraire s'atténuer. C'est à nouveau le ressenti du patient qui prime avec un point d'honneur sur sa confiance en lui et son auto-satisfaction.

La prise en charge du patient lombalgique chronique évolue donc constamment et des adaptations sont effectuées par les MK tout au long de la rééducation pour être en accord avec les capacités du patient. Cette évolution peut aussi bien se faire dans le sens de la progression que de la régression en fonction du patient et de son état de santé. Les MK se fient de nouveau en majorité au ressenti du patient mais aussi sur son évolution dans ses activités de la vie quotidienne, cependant ils n'utilisent pas réellement d'échelles de qualité de vie pour objectiver l'évolution du patient.

VI.1.2.3. La prise en compte de la kinésiophobie

La kinésiophobie correspond à « *une peur excessive, irrationnelle et débilite de du mouvement et de l'activité physique résultant d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure douloureuse ou à une nouvelle blessure douloureuse* » (33). Ce comportement représente la peur de la douleur, la peur du mouvement induisant une douleur présente ou anticipée et la peur du mouvement entraînant une blessure ou une aggravation de la lésion actuelle (33). Il apparaît fondamental de considérer cette kinésiophobie tant elle impacte le patient qui va adopter un comportement d'évitement et développer des troubles psychologiques tels que l'anxiété ou la dépression (34). La rééducation va elle aussi être impactée, en effet elle ne sera pas aussi efficace, et un tel comportement favorisera la chronicisation de la douleur, le déconditionnement physique et par conséquent le retard du retour aux activités antérieures (34).

Lors du bilan, le MK se doit d'évaluer le niveau de kinésiophobie présent chez le patient. Cette identification pourra se faire en observant le patient, en le questionnant sur ses activités de la vie quotidienne aussi bien au niveau professionnel qu'au niveau de sa pratique d'activité physique (33). Norbert évoque d'ailleurs que cette kinésiophobie est repérée dès les premiers instants de la prise en charge, ce qui permet de réagir et de la prendre en charge le plus rapidement possible.

« Alors pour certains patients, le changement de comportement sera plus compliqué à accepter et mettre en place mais tu t'adaptes à chaque personne à l'intérieur de la séance et on leur dit qu'on va quand même le faire et bouger tranquillement. Au final, la crainte de bouger, de faire de l'activité physique, elle va se révéler dès les premières minutes mais dès les premières minutes on va essayer d'aller contre ça. »
Norbert, salarié en centre de rééducation.

En fonction du patient, de ses réactions face au mouvement ou encore à la reprise de l'activité physique, le MK va devoir s'adapter et déconstruire cette représentation que le mouvement est douloureux, comme le mentionne Norbert. La prise en charge consiste en effet à confronter le patient à sa peur du mouvement, à l'exposer de nouveau à des situations évitées mais également à l'éduquer, lui expliquer et lui faire prendre conscience du comportement d'évitement qu'il adopte en raison de la peur qu'il présente (33). Progressivement, le patient se rend compte que le mouvement n'est pas systématiquement accompagné de douleur et qu'il peut se mobiliser sans crainte et sans catastrophisme.

« Pour les patients qui appréhendent le mouvement, on va commencer déjà plus doux. Je vais commencer par des exercices sur table en décharge, vraiment des mouvements qui ne sont pas traumatisants. On commence vraiment tout doucement, on leur montre que certains mouvements ne font pas mal et au final ils prennent confiance. » Annabelle, salariée à l'hôpital.

Annabelle rejoint l'idée de Norbert, il faut prendre le temps et adapter la prise en charge. Il est important de prendre en considération cette kinésiophobie car elle peut être un frein à la rééducation et limiter le patient dans ses activités de la vie quotidienne. Une fois de plus, on se rend bien compte que tout est modulable en fonction du caractère du patient, de son degré d'appréhension. Annabelle montre bien que le MK s'adapte constamment aux circonstances et fait en sorte de remettre le patient en confiance vis-à-vis de ses capacités pour pouvoir avancer dans la rééducation en respectant le rythme du patient.

Comme les témoignages des MK le montrent, la prise en considération de la kinésiophobie est à la base de la rééducation dès lors qu'elle est repérée afin d'éviter qu'elle ne devienne un frein à la prise en charge et que cette dernière puisse être poursuivie dans les meilleures conditions possibles.

VI.2. La relation patient – masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge

« Il faut vraiment que ça soit fait ensemble, que ça vienne autant du patient que de nous. » Estelle, titulaire en cabinet libéral.

Dans cette citation d'Estelle, il y a une véritable notion d'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute qui agissent ensemble pour le bien du patient. L'alliance thérapeutique correspond à la « *collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans la visée de l'atteinte des objectifs fixés conjointement* » (35). Cette alliance se constitue de trois dimensions : les objectifs définis en fonction de la demande, les moyens à mettre en place pour atteindre ces objectifs et la relation établie entre le patient et le soignant (36). À travers cette alliance, le patient et le thérapeute établissent un lien considérable permettant de favoriser l'adhésion du patient et la réussite de la prise en charge (36).

La relation patient-MK se construit au fil des séances et a un fort impact dans toute prise en charge (37) en particulier pour les patients lombalgiques chroniques du fait de la multiplicité de facteurs biopsychosociaux qui entrent en ligne de compte. L'attitude du MK envers le patient et l'attitude du patient dans la prise en charge vont donc conditionner cette dernière.

VI.2.1. L'attitude du masseur-kinésithérapeute

Le MK se doit de guider, accompagner, soutenir et rassurer le patient tout au long de la prise en charge (26).

VI.2.1.1. L'écoute du patient

L'écoute bienveillante réalisée par le MK permet une écoute attentive, sensible et empathique aboutissant au recueil du discours du patient sans jugement. Un patient qui se sent écouté et respecté sera d'autant plus en confiance et enclin à se livrer davantage par la suite (38).

La totalité des MK a évoqué l'écoute comme élément fondamental de la relation et plus largement de la prise en charge.

« On essaye d'être à leur écoute parce qu'il y en a beaucoup qui ont besoin de parler. Quand ils ont des douleurs de dos ce n'est pas toujours forcément lié au dos ou autre, il y a tout un ensemble qui vient avec et donc juste les écouter ça joue pas mal. J'ai déjà fait des séances de rééducation où on a juste parlé pendant 1h et ça a libéré des choses et après pour la prise en charge par la suite le patient arrive et te fait confiance alors c'est toujours bénéfique. » Annabelle, salariée à l'hôpital.

Comme Annabelle le fait remarquer, l'écoute est primordiale d'autant plus pour la lombalgie dont la cause est rarement uniquement physique. C'est là tout l'intérêt de la prise en charge biopsychosociale et de la prise en compte de la multiplicité de facteurs qui interviennent dans l'entretien et le développement de la lombalgie chronique. L'écoute du MK et la relation de confiance établie au cours de la prise en charge vont permettre au patient de se livrer sur des éléments en lien avec sa douleur, ce qui va

permettre par la suite de débloquent les éventuels freins rencontrés au cours de la rééducation.

« Il y a un climat de confiance qui s'installe et on apprend à ressentir les limites des gens et si on sent qu'un exercice ne convient pas à ce patient on s'adapte, on change, je ne mets pas les gens en porte à faux. » Morgane, titulaire en cabinet libéral.

Morgane aborde l'accompagnement du patient par le MK tout au long de sa rééducation et la relation de confiance construite au fur et à mesure de la prise en charge. Dans cette citation, Morgane montre qu'elle reste à l'écoute et attentive aux réactions de son patient, elle prend en considération et respecte les limites de son patient, le rassure et veille à ne pas le mettre en échec. Un patient qui se sent écouté aura confiance en son thérapeute et sera d'autant plus disposé à suivre ses préconisations, par conséquent son implication sera renforcée (39).

L'écoute a donc toute son importance dans la prise en charge du patient lombalgique chronique, elle permet non seulement d'instaurer la relation de confiance indispensable au bon déroulement de la prise en charge mais également de mieux connaître le patient, son histoire et ses limites et de mettre en place une approche biopsychosociale optimale.

VI.2.1.2. La remise en confiance du patient

La confiance en soi correspond au « *sentiment d'être capable d'agir et de surmonter les difficultés de la vie* » (40). Le patient lombalgique chronique peut se trouver démuni et avec une perte totale de confiance en lui au début et même en cours de prise en charge. En effet, la douleur chronique vient perturber l'identité du patient et met le patient en doute vis-à-vis de ses capacités (40).

Le rôle du MK sera alors de le remettre en confiance vis-à-vis de ses capacités et par conséquent de le motiver à s'impliquer dans sa rééducation. Le MK occupe une place majeure dans la valorisation du patient par la relation particulière de confiance qui s'établit entre eux, le patient se confie, se livre et le MK est à son écoute comme vu précédemment. Cette revalorisation passe notamment par la communication et l'échange.

L'ensemble des MK s'accordent sur l'idée que la remise en confiance du patient est primordiale, c'est d'ailleurs ce qu'Annabelle évoque dans cette citation.

« Il faut leur faire prendre conscience de leurs capacités et les remettre en confiance. » Annabelle, salariée à l'hôpital.

Cette remise en confiance peut aussi se faire par la théorie de l'auto-efficacité. Ce concept, transposé au contexte de la prise en charge d'un patient lombalgique chronique, met en avant le fait que si un patient n'est pas convaincu des accomplissements qu'il peut réaliser par lui-même alors il ne trouvera pas la motivation d'agir en conséquence (41). Aussi, l'auto-efficacité peut être influencée par différents facteurs comme notamment « *l'expérience active de maîtrise* » ainsi que la « *persuasion verbale* », c'est sur ces éléments-là que le MK va s'appuyer pour remettre en confiance le patient vis-à-vis de ses capacités (41) comme témoignent Estelle et Norbert.

« J'essaye de leur dire « vous vous rappelez les premiers exercices, je vous demandais de faire ça c'était très compliqué et maintenant vous en faites 3 séries et vous n'êtes pas fatigués », c'est de leur remontrer aussi tout le parcours qu'ils ont fait, leur donner confiance. » Estelle, titulaire en cabinet libéral.

Dans cette citation, Estelle évoque le fait que les patients ne voient pas forcément leurs efforts et il est important de leur rappeler le chemin parcouru et les progrès réalisés. Cette stratégie consiste en la persuasion verbale, à travers les paroles du MK le patient va se convaincre de sa capacité à accomplir certaines activités, ce qui aura un impact positif sur son degré d'efficacité (41). Il faut montrer au patient qu'il parvient désormais à réaliser des activités qui étaient complexes auparavant.

« On va chercher à les rassurer aussi en essayant de leur faire prendre conscience de leurs capacités et de leur évolution au cours du séjour. On va toujours dans le sens de oui ce n'est peut-être pas simple mais on va essayer de le faire en fonction de votre état d'aujourd'hui et demain ça sera encore différent. » Norbert, salarié en centre de rééducation.

Norbert utilise également la persuasion verbale pour favoriser par la suite l'expérience active de maîtrise. En effet, il fait comprendre au patient qu'il est capable de réaliser la tâche et en la réalisant le patient renforce son expérience active de maîtrise. La remise en confiance, le sentiment d'auto-efficacité et la motivation sont inter-reliés, dès lors que le patient renforce son sentiment d'auto-efficacité grâce, en partie, à la remise en confiance

par le MK, la motivation de ce patient sera d'autant plus importante et la prise en charge sera plus efficace.

Pour Audrey, l'important aussi est d'apprendre au patient à relativiser, leur faire prendre conscience que la survenue de douleur ne se fait peut-être pas au même palier et donc qu'il y a une évolution de leur état. C'est important de leur faire prendre conscience de leur évolution car ils peuvent parfois eux-mêmes ne pas s'en rendre compte.

« C'est surtout cela qui est important, il faut réussir à positiver les choses pour les gens, il faut leur dire que certes ils ont toujours l'impression d'avoir des douleurs mais finalement ils arrivent à vivre avec et à progresser donc il faut positiver les effets de leur prise en charge à ce niveau-là, des fois les patients ne voient pas tout. »
Audrey, titulaire en cabinet libéral

Comme le montre l'ensemble de ces témoignages, le MK apporte un regard extérieur au patient, ce qui lui permet d'objectiver son état de santé, son évolution au cours de la rééducation, le chemin parcouru. En effet, le patient ne se rend pas forcément compte de son évolution et le MK a un rôle important à jouer dans la remise en confiance du patient, dans la prise de conscience de ses capacités, dans l'accompagnement et le soutien du patient pour favoriser sa motivation et son implication, deux éléments fondamentaux qui seront abordés dans le point suivant.

VI.2.2. L'attitude du patient

Le patient lombalgique chronique se doit d'être impliqué et motivé dans sa rééducation (26), en effet, dès le premier contact et tout au long de la prise en charge, le patient devra fournir une participation active (42). On retrouve cette notion de participation active du patient dans les recommandations de prise en charge de la lombalgie chronique commune de la HAS, en effet les préconisations tendent vers la réalisation d'exercices actifs nécessitant une certaine implication de la part du patient (9).

L'ensemble des MK a bien insisté sur cette idée d'implication du patient et d'adhésion à la prise en charge

« J’essaye de leur expliquer que le travail vient également d’eux, que la séance en kiné c’est la partie émergée de l’iceberg et que c’est à eux de faire le reste, je suis plutôt dans l’autonomisation des patients. On est là pour les aider mais il faut que ça vienne d’eux aussi. » Estelle, titulaire en cabinet libéral.

Dès le début de la prise en charge, Estelle fait comprendre au patient que c’est un travail d’équipe et que le patient doit en être l’acteur principal pour que la prise en charge aboutisse et qu’il puisse s’en sortir.

« Alors tous les gens qui viennent peuvent marcher alors déjà c’est la première chose que je leur demande, ça fait partie des pré-requis, je leur dis bien que s’ils veulent continuer la prise en charge il faut qu’ils aillent marcher, ils ne peuvent pas venir chez le kiné et nous dire qu’ils n’ont rien fait le reste de la semaine. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

Pour Audrey aussi, le patient se doit d’être impliqué aussi bien pendant qu’en dehors des séances. Il est important qu’il participe à sa prise en charge car la rééducation ne peut suffire à traiter sa lombalgie chronique. Il y a donc tout un travail à faire sur le comportement du patient en dehors des séances afin de favoriser sa participation. L’implication du patient en dehors de ses séances de kinésithérapie constitue également une ébauche de son autonomisation.

La participation active du patient renvoie à la motivation du patient, une notion fondamentale dans cette prise en charge.

« Souvent ils sont bien motivés au début pendant 1-2 mois mais c’est vrai qu’après la motivation s’atténue petit à petit. » Annabelle, salariée à l’hôpital.

Cette thématique-là a été relevée dans la majorité des entretiens. En effet, comme Annabelle le mentionne, les patients sont motivés au début de la prise en charge car ils souhaitent aller mieux et se donnent tous les moyens pour y parvenir. Cependant, cette motivation n’est pas toujours maintenue sur le long terme, ce qui constitue un des problèmes majeurs de la lombalgie chronique car ce manque de motivation et d’investissement à la suite de la prise en charge va entretenir la lombalgie et le patient se retrouve dans un cercle vicieux « inactivité physique – déconditionnement - douleur... » (11). Le patient revient alors consulter pour la même problématique qu’auparavant, par conséquent, le maintien de la motivation à la suite de la prise en charge apparaît donc comme un véritable défi pour le MK.

En tant qu'acteur principal de la prise en charge, le patient doit fournir une certaine implication tout au long de la rééducation mais également sur le long terme afin de pérenniser les bienfaits de la prise en charge. Sans cette implication, la réussite de la rééducation semble compromise et d'ailleurs, si elle n'est pas maintenue, le cercle vicieux de la lombalgie chronique peut se réinstaller. Le MK se doit de favoriser l'implication et la motivation du patient afin d'optimiser la prise en charge.

VI.3. La douleur, une information importante mais pas limitante

VI.3.1. L'évaluation de la douleur et ses limites

Du fait de sa complexité, la douleur se doit d'être objectivée. Cette évaluation est essentielle pour définir et orienter la prise en charge, en effet, elle permet de préciser l'intensité de l'expérience douloureuse, d'assurer une traçabilité, de suivre l'évolution, de définir les situations provoquant des douleurs et les éléments qui les soulagent. De plus, il est important aussi d'évaluer les répercussions de ces douleurs sur les activités de la vie quotidienne du patient ainsi que sur le versant émotionnel (43). Cette évaluation peut être réalisée de manière directe ou indirecte, par exemple en observant le patient dès lors qu'il arrive en séance, quand il se déshabille, quand il s'installe ou encore quand il se mouvoit.

On retrouve un consensus chez les MK sur l'importance de l'évaluation de la douleur cependant, pour certains, l'évaluation répétée de cette douleur peut avoir un impact négatif sur la prise en charge.

« L'évaluation de la douleur peut être récurrente et réalisée à chaque séance pour certains et puis d'autres ça sera la première fois et je vois d'emblée la façon dont les patients parlent de leur douleur, si c'est plutôt négatif ou positif. À partir de là, je m'adapte. » Morgane, titulaire en cabinet libéral.

Dans la citation précédente, Morgane mentionne un élément intéressant qui est la prise en compte de la réaction du patient face à sa douleur. Cela aura un impact dans la prise en charge et l'évaluation de la douleur au cours de la rééducation. En effet, si le MK

ressent que l'évaluation semble avoir un effet nocebo alors il prend cet élément en compte et s'adapte à son patient. Le MK mobilise ses compétences psychosociales, en effet, il est à l'écoute du ressenti du patient, réagit et adapte sa prise en charge.

Norbert rejoint l'idée de Morgane sur l'impact de l'évaluation récurrente sur la douleur du patient. La douleur est, certes, prise en compte, cependant Norbert montre bien qu'il ne faut pas insister sur la douleur car au fil des évaluations la quantification ne sera plus fiable et n'apportera plus d'indication sur l'évolution de cette douleur.

« En général et par expérience, plus tu essayes de quantifier la douleur et moins c'est valable. » Norbert, salarié en centre de rééducation.

Comme le montre l'ensemble des citations des MK, une évaluation régulière peut être réalisée mais elle se doit d'être établie intelligemment, en défocalisant le patient de sa douleur, c'est d'ailleurs l'objet de la partie suivante.

VI.3.2. La défocalisation de la douleur

La douleur est une sensation qui peut accaparer l'attention du patient. En effet, elle peut se placer au centre des préoccupations du patient, ce dernier est à l'écoute de sa douleur et cette attention focalisée favorise l'entretien de la douleur (44). La douleur est influencée par des phénomènes de distraction et de détournement de l'attention (45), sa prise en charge s'oriente donc vers des techniques visant à minimiser et détourner l'attention du patient vis-à-vis de sa douleur comme la communication thérapeutique (44). La communication thérapeutique est un outil thérapeutique composé de 3 éléments : l'alliance entre le patient et le soignant, la confiance entre le patient et le soignant, les mots positifs (46).

Pour cinq des sept MK interrogés, les techniques consistant à détourner le patient de sa douleur font partie intégrante de la prise en charge.

« Généralement l'évaluation est demandée dans le service très régulièrement mais tu ne vas pas parler de la douleur en tant que telle, tu vas leur demander comment ça va, s'ils se sentent bien. » Norbert, salarié en centre de rééducation.

Dans la citation précédente, Norbert aborde l'idée de défocalisation de la douleur en cherchant à l'évaluer sans l'aborder directement. Cette technique a été abordée par de nombreux thérapeutes, c'est une composante de la communication thérapeutique qui permet d'éviter l'utilisation d'expressions négatives (15). En effet, les mots utilisés par le MK ont un impact sur le patient, sur son comportement, ses émotions et des mots utilisés en boucle, notamment ceux faisant référence à la douleur, maintiennent le patient dans une dynamique négative (46). Pour ces raisons, il paraît intéressant de les remplacer par des expressions ne faisant pas référence à la douleur afin de ne pas induire le négatif. Le MK devra donc être prudent sur les mots qu'il utilise et la manière dont il parle au patient pour ne pas être délétère (47).

Marina, elle, utilise les 3 composantes de la communication thérapeutique, le fait d'adopter une telle stratégie vis-à-vis de la douleur permet de détacher le patient de celle-ci, le patient en parlera seulement s'il ressent des douleurs.

« Moi j'ai l'habitude d'essayer d'établir avec mon patient une relation d'échange et confiance et je leur dis dès le début « moi je ne peux pas vous aider si vous ne parlez pas » donc c'est un contrat, s'ils ont mal ils me disent, s'ils ne disent rien c'est que je considère qu'il n'y a pas de douleur. À chaque séance, on demande au patient « comment ça va aujourd'hui ? », on essaye de ne pas induire que ça pourrait aller mal dans la question. C'est à ce moment-là qu'on va savoir s'il y a douleur ou non sans l'aborder directement. » Marina, salariée en centre de rééducation.

À travers cette citation de Marina, les notions d'alliance et de confiance, abordées auparavant dans la relation patient-MK, ressortent. En effet, cette relation tissée entre le MK et le patient trouve son intérêt tout au long de la prise en charge et cette citation le montre bien. Le MK fait confiance au patient sur l'expression de ses douleurs et le patient se livre sur celles-ci dès lors qu'il en ressent le besoin. Cette méthode permet également d'éviter l'impact négatif de certains mots qui, comme vu précédemment, peuvent maintenir le patient dans une émotion négative (45).

« J'essaye de leur demander, à chaque début de séance, comment s'est passée la semaine. La première question ne va pas être « est ce que vous avez mal ? », mais plutôt « est ce que vous avez fait vos exercices cette semaine ? ». Audrey, titulaire en cabinet libéral.

Audrey montre que la douleur est abordée à chaque séance mais pas directement. Effectivement, elle tente de savoir comment le patient a vécu sa semaine, s'il a rencontré des éventuels problèmes. Le MK va, autant que possible, éviter d'utiliser un champ lexical renvoyant à la douleur pour essayer de défocaliser le patient de celle-ci, il essaye plutôt de rechercher dans le fonctionnel ce que le patient a été en mesure de réaliser et au contraire les éléments qui ont pu poser problème au cours de la semaine. Par cette technique, le MK peut également rebondir sur les capacités du patient, le remettre en confiance et lui faire prendre conscience de son évolution.

« Dès que le patient arrive, ça ne sera pas « bonjour, est ce que vous avez mal ? » ou bien « c'est où que vous avez mal ? », j'essaie de leur demander comment ils vont, s'ils se sentent bien, de poser des questions ouvertes. » Annabelle, salariée à l'hôpital. Annabelle rejoint les autres MK sur ce point. La douleur est prise en compte lors d'un temps d'évaluation qui est fait de telle sorte que le patient se détache de sa douleur. Par la citation, on voit qu'Annabelle ne veut pas induire la possible douleur du patient, si elle est importante ou augmentée alors le patient en parlera forcément de lui-même.

À travers l'ensemble des témoignages des MK, la communication thérapeutique apparaît comme une technique pertinente pour détourner l'attention du patient de sa douleur tout en pouvant de l'évaluer. La défocalisation de la douleur est également permise par d'autres techniques comme la pratique d'une activité physique qui plaît au patient, ce point sera présenté ultérieurement dans ce mémoire.

VI.3.3. L'éducation à la douleur

La douleur est importante à aborder car elle est au centre de la lombalgie chronique et le caractère chronique de l'affection implique une éducation vis-à-vis de cette douleur. L'éducation permet au patient de mieux comprendre sa douleur et son évolution, ce qui permet par la suite de favoriser son adhésion et de le rendre acteur de santé. Toutefois, les informations délivrées au patient se doivent d'être appropriées.

Les MK ne s'accordent pas en ce qui concerne l'explication du phénomène douloureux.

Selon Estelle, comprendre l'origine de sa douleur aide le patient dans sa rééducation. L'expliquer permet au patient de mieux la comprendre et d'agir en conséquence. Cependant une explication trop détaillée pourrait perdre le patient et ne pas avoir de bénéfices. Le MK doit donc savoir jauger le niveau de compréhension du patient pour adapter son discours afin d'avoir une action d'éducation efficace.

« J'essaye de leur expliquer simplement sans partir trop dans les détails anatomiques et en utilisant des comparaisons si jamais ils ne comprennent pas. Une fois qu'ils comprennent d'où ça peut venir, ça les aide et c'est plus facile. ». Estelle, titulaire en cabinet libéral.

Pour Audrey, le plus important est d'expliquer au patient comment faire pour que la douleur diminue pour qu'il puisse agir en conséquence et adopter des comportements visant à aller mieux. Elle ne trouve pas forcément pertinent d'expliquer le phénomène physiologique de la douleur au patient.

« Je pense qu'un discours simple est vraiment plus efficace, je reste persuadée que si je leur dis « si vous faites vos exercices, que vous voyez que ça va mieux, c'est que ça marche sur la douleur et qu'il faut continuer à les faire », c'est simple je n'ai pas expliqué d'où vient la douleur mais j'ai expliqué comment la faire diminuer et je pense que ça ils le comprennent. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

En effet, la connaissance du phénomène douloureux peut augmenter l'anxiété du patient par anticipation de la douleur (48). Ce phénomène d'anticipation de la douleur renvoie à la composante cognitive de la douleur, en effet, des processus cognitifs tels que l'anticipation ou la kinésiophobie peuvent moduler la perception douloureuse (49). L'anticipation va induire de l'anxiété qui, comme il a été abordé auparavant, impacte la prise en charge, favorise la chronicisation, le déconditionnement et le retard du retour aux activités de la vie quotidienne. Du fait de son anxiété, le patient peut mettre en place des stratégies comme l'évitement par anticipation de la douleur.

Le travail d'éducation à la douleur est conséquent, en effet le patient lombalgique chronique fait face à sa douleur depuis parfois plusieurs mois voire années et son souhait est de la voir disparaître. Cette éducation se poursuit par la différenciation de l'origine de la douleur et l'évolution de la douleur.

L'ensemble des MK se rejoignent sur le fait qu'il soit primordial d'apprendre au patient à analyser les douleurs qu'il peut ressentir et à l'informer sur l'évolution de la douleur au cours de la prise en charge.

« Souvent ils disent « ouais c'est dur », on se rend compte que c'est leur ressenti de la douleur parce qu'ils ont tellement mal tout le temps que quand on commence à les faire bosser tout est douleur pour eux. Des fois, il faut discuter, leur demander où ils ont mal « ah j'ai mal dans les cuisses » « ah oui mais la douleur dans la cuisse ce n'est pas la sciatique, la douleur que vous avez quand vous vous penchez en avant ? » « ah non non » « ah bah ça c'est des courbatures c'est parce que vous avez bien travaillé », il faut vraiment décortiquer tout ça, essayer de caractériser la douleur, dédramatiser et leur expliquer » Marina, salariée en centre de rééducation.

Comme le mentionne Marina, il est important d'identifier le type de douleur pour ne pas s'y limiter. Il faut que le patient soit en mesure de différencier les diverses douleurs qu'il peut ressentir pour ne pas qu'ils s'arrêtent et se découragent dès que la douleur revient, le rôle du MK est donc de lui apprendre à analyser sa douleur pour être en mesure d'agir efficacement en conséquence. Il est également primordial d'expliquer au patient qu'avec la rééducation il peut ressentir des douleurs, que c'est normal car on le remet en mouvement, que son corps n'a plus forcément l'habitude, que ce qu'il ressent ce sont ses muscles qui travaillent et qu'avec du temps cela va s'estomper. En effet, au cours de la rééducation, les douleurs peuvent resurgir voire s'intensifier du fait notamment du déconditionnement physique, le patient peut voir apparaître des courbatures qui sont liées au mouvement et au travail musculaire. Cependant, le MK se doit de prendre en compte ces douleurs et d'adapter sa prise en charge (explication, adaptation du traitement empathie...) afin de préserver la relation de confiance entre le patient et le MK (50).

Norbert rejoint l'idée de Marina, il faut tenir compte de la douleur mais ne pas s'y limiter. En effet, si un patient ressent une douleur plutôt mécanique qui est potentiellement liée au fait qu'il soit déconditionné, le MK n'adaptera pas la prise en charge de la même manière que si c'est une douleur de type inflammatoire. C'est là tout l'enjeu de la prise en charge, il faut définir la douleur pour agir et ne pas qu'elle devienne un frein à la rééducation et que le patient puisse aller de l'avant. Cette éducation réalisée par le MK permet de développer les compétences psychosociales du patient avec notamment

l'apprentissage de la connaissance de soi pour être en capacité de mieux réagir par la suite.

« Il faut bien leur expliquer que oui le corps travaille, les muscles travaillent mais qu'il y a une différence entre une courbature et une douleur de sciatique. Il faut aussi faire la différence pour qu'ils sachent identifier leur douleur et sa potentielle cause. » Norbert, salarié en centre de rééducation

Dans la citation qui suit, Marina témoigne de l'importance de ne pas se limiter à la douleur du fait qu'elle ne soit pas la première à varier. On note l'évolution d'autres paramètres qui auront un retentissement positif dans la vie quotidienne. Il faut donc informer le patient sur ce point-là afin qu'il ne se décourage pas si ses douleurs ne s'estompent pas avec le temps. Il faut l'éduquer sur le fait qu'il faille prendre différents paramètres en compte et que même si la douleur persiste, au cours de la journée, il peut faire de plus en plus de choses avant d'atteindre une même douleur, ce qui contribue à la remise en confiance du patient, abordée au préalable.

« On se rend compte que dans la progression c'est rarement la douleur qui diminue en premier, mais on remarque d'abord une augmentation du périmètre de marche, de l'endurance... ce n'est pas toujours facile de faire comprendre au patient que la douleur elle n'a pas baissé mais en même temps qu'il travaille beaucoup plus. » Marina, salariée en centre de rééducation.

Dans l'éducation à la douleur, il faut également aborder les représentations du patient vis-à-vis de la douleur, en effet connaître ses représentations permet d'optimiser la prise en charge. Le patient lombalgique chronique peut parfois avoir des connaissances et des images de la douleur qui ne sont pas forcément correctes et qui le bloquent dans un comportement inadapté pour sa santé. Effectivement, certains patients pensent que le mouvement va augmenter leur douleur alors ils vont progressivement diminuer leur activité, se déconditionner petit à petit et entrer dans le cercle vicieux « douleur – inactivité physique – déconditionnement – douleur... » évoqué précédemment (11). Comme le mentionne Thibaud, il faut donc briser l'association entre le mouvement et la douleur. Il faut déconstruire les représentations erronées des patients pour lutter contre la peur du mouvement et remettre le patient en activité. Il est donc important de prendre la douleur en compte, ne pas brusquer le patient, l'éduquer, prendre le temps de répondre à ses questions et l'accompagner au mieux dans sa rééducation (47).

« On essaye de leur montrer que le mouvement n'est pas forcément douloureux, on essaye de casser un peu cette image mentale comme quoi le mouvement fait mal. Et on leur explique bien que le mouvement ne fait pas mal et que c'est le mouvement mal fait qui va être douloureux. » Thibaud, titulaire en cabinet libéral.

Cependant, ces représentations erronées tendent à disparaître notamment grâce à la campagne de sensibilisation de l'Assurance Maladie sur la lombalgie qui sera abordée plus tard dans ce travail de recherche.

À travers les témoignages des MK, la place de l'éducation à la douleur ne peut être contestée. En effet, elle fait partie intégrante de la prise en charge et est indiquée dans les recommandations de la HAS (9). Aussi, l'éducation à la douleur participe à l'autonomisation du patient dans la gestion de sa lombalgie chronique qui est l'enjeu final de la prise en charge.

VI.4. L'autonomisation du patient

« Favoriser les comportements actifs, la pratique d'une activité sportive ou d'exercices d'auto-rééducation et l'autonomie des patients au décours de la prise en charge supervisée, sur le long terme, est un enjeu crucial. » (51)

De par son caractère chronique mais aussi son impact socio-économique, la prise en charge du patient lombalgique se doit d'aller vers l'autonomisation progressive du patient pour pérenniser les bienfaits des soins (52). En effet, au cours de la prise en charge le MK donne les clés au patient pour qu'il soit acteur de sa santé, qu'il puisse gérer ses symptômes lui-même, reprendre ses activités physiques et de la vie quotidienne et retrouver une qualité de vie. L'autonomisation du patient lombalgique chronique se fait progressivement et constitue l'enjeu ultime de la prise en charge.

VI.4.1. La mise en place d'auto-rééducation

L'auto-rééducation a toute sa place dans la prise en charge de la lombalgie chronique. Elle permet d'accompagner et d'intensifier la rééducation. Aussi, elle pérennise les acquis obtenus lors des séances, ce qui permet de maintenir des résultats stables dans le temps. Elle se met en place dès le début de la prise en charge et se poursuit au-delà de cette dernière.

« C'est pendant la prise en charge qu'on va mettre en place l'auto-rééducation, et toujours progressivement. On commence par les exercices d'assouplissement et puis après on rajoute des exercices, on complique, on remplace ceux qui ne correspondent plus. » Estelle, titulaire en cabinet libéral.

Comme Estelle le mentionne, la mise en place de l'auto-rééducation se fait au fil de la prise en charge et est adaptée en fonction de l'évolution du patient.

Pour Audrey, il existe un véritable travail d'équipe entre le MK et le patient, il faut que chacun y mette du sien, la participation du patient est fondamentale pour obtenir un résultat optimal. L'auto-rééducation permet un début d'autonomisation, elle permet au patient de se prendre en main et d'agir pour sa santé. Dans cette citation, Audrey aborde aussi le versant éducatif de la prise en charge, elle donne au patient les éléments lui permettant de mettre en place une séance d'auto-rééducation. C'est une idée intéressante pour que le patient puisse adapter sa séance d'auto-rééducation en fonction de sa douleur et des différentes contraintes qu'il peut rencontrer au quotidien. Ces contraintes seront abordées dans une autre partie.

« On essaye d'apprendre aux patients à se faire une séance de gymnastique à la maison pour se prendre en charge le plus possible. En effet on se rend bien compte que si les gens comptent uniquement sur nous ça ne marchera pas donc il faut leur donner de quoi travailler de leur côté et surveiller que ça soit bien fait. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

Pour mettre en place et favoriser l'auto-rééducation, les MK mettent en place différentes techniques.

Pour Annabelle et Estelle, ce sont des fiches d'exercices qui sont modulables en fonction de chaque patient. La prise en charge du patient lombalgique chronique est singulière et l'auto-rééducation se doit de l'être aussi. Ces fiches permettent au patient d'avoir un support sur lequel s'appuyer, d'être accompagné, de ne pas se retrouver démuné dès lors qu'il retrouve seul chez lui et de prendre le relais dans la gestion de sa lombalgie chronique.

« À la sortie on leur donne un petit cahier avec la liste des exercices qu'on a fait au cours de la prise en charge. » Annabelle, salariée à l'hôpital.

« On a fait des fiches générales pour le cabinet mais après on adapte les répétitions, les séries en fonction des patients on rajoute des notes s'il y a besoin pour bien adapter à chaque patient. » Estelle, titulaire en cabinet libéral.

Audrey utilise, en plus des fiches d'exercices, l'application « Activ'dos » pour certains de ses patients. Là encore, le MK s'adapte à son patient, en fonction de ses préférences, le MK va choisir un support adéquat pour mettre en place l'auto-rééducation et favoriser l'adhésion du patient.

« Il y a aussi une application qui a été créée par l'Assurance Maladie qui s'appelle « Activ'dos » alors ceux qui sont très branchés « téléphone » je les amène vers cette application parce que ça peut les aider à apprendre à se prendre en charge. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

L'application « Activ'dos » est un outil intéressant avec différentes fonctionnalités. Elle permet au patient de mieux connaître son dos par des quizz et des messages d'information, d'avoir des exercices de relaxation, d'étirement ou encore de renforcement musculaire par l'intermédiaire de vidéos. De plus, cette application permet au patient de suivre son activité et sa douleur (53). À l'heure où les smartphones font partie intégrante du quotidien, l'existence d'une telle application est un véritable atout dans la prise en charge, elle permet de faire un relais entre les séances de rééducation avec le MK et le patient dans son quotidien.

Norbert vient résumer l'enjeu de la prise en charge par la citation suivante, il faut que le patient puisse s'auto-gérer avec les clés que le MK lui a données.

« C'est aussi de gérer sa douleur, les signes de la douleur et comment gérer son corps comme tout le monde. » Norbert, salarié en centre de rééducation.

VI.4.2. La place de l'activité physique

Selon l'OMS, l'activité physique correspond à « *tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsables d'une augmentation de la dépense énergétique* », elle regroupe donc les activités de la vie quotidienne comme les activités de travail, les déplacements ou encore les loisirs (51). Pratiquer une activité physique régulière est recommandée pour l'ensemble de la population et d'autant plus pour les patients souffrant d'affection chronique comme les patients lombalgiques chroniques. L'activité physique est inscrite dans les recommandations de la HAS dans la prise en charge des patients présentant une lombalgie commune (9).

D'après une revue du groupe Cochrane, l'activité physique améliorerait non seulement l'intensité de la douleur, la condition physique mais également la santé psychologique et, de ce fait, la qualité de vie des patients douloureux chroniques (51). En connaissance de ces éléments, l'activité physique apparaît donc comme un pilier dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques, par conséquent, « *apprendre à être actif est devenu un objectif thérapeutique crucial.* » (51).

VI.4.2.1. La reprise d'une activité physique régulière

Le patient lombalgique chronique a, la plupart du temps, une activité physique de travail et de loisirs très diminuée en réaction à son appréhension évoquée auparavant (51). Cependant, ce comportement sédentaire n'est pas en faveur de l'évolution positive de la lombalgie chronique. La reprise d'une activité physique régulière est donc recommandée et le MK a son rôle à jouer dans le suivi et l'accompagnement du patient dans ce processus.

Pour ce qui est de la mise en place de l'activité physique, selon les MK, la majorité des patients ont bien intégré le fait qu'il faille bouger pour aller mieux. D'ailleurs, Audrey et Thibaud en témoignent et selon eux cette intégration a été facilitée par la campagne de sensibilisation de l'Assurance Maladie.

« L'Assurance Maladie a très bien fait son travail avec sa campagne sur le fait de bouger pour ne pas avoir mal au dos, le message est intégré, la plupart des patients

ont compris mais il faut leur expliquer comment mieux bouger. Ça nous a bien aidé ces campagnes. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

« Maintenant les gens sont de plus en plus conscients de ça avec notamment les messages de l'Assurance Maladie qui disent qu'il faut bouger quand on a mal au dos, il n'y a plus beaucoup de gens qui s'enferment et qui passent leur vie avec leur ceinture lombaire. Les gens ne sont pas contre le fait de bouger. » Thibaud, titulaire en cabinet libéral.

En effet, le programme de sensibilisation « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement » lancé depuis 2017 par l'Assurance Maladie vise à lutter contre les idées reçues et à changer le comportement des patients lombalgiques, et surtout à « *continuer à vivre sa vie normalement en renforçant si possible son activité physique* » (54). Il semblerait que la campagne fasse son effet car dorénavant moins de la moitié de la population est d'accord sur le fait que le meilleur traitement contre la lombalgie est le repos. Cette campagne consiste à la diffusion de volet auprès du grand public à la télévision, sous forme d'affiche, à la radio ou encore sur les réseaux sociaux. De plus, des ressources sont mises à disposition des professionnels de santé pour améliorer leur prise en charge comme des livrets d'informations ou encore des brochures à destination des patients (54). Elle apparaît comme une véritable aide dans la rééducation, elle permet d'initier et d'insister le travail d'éducation que le MK réalise au cours de sa prise en charge.

Le défi est ensuite de trouver une activité physique qui plait au patient. En effet, si le patient pratique une activité physique qui lui plait, il sera d'autant plus facile pour lui de s'y tenir sur du long terme et de poursuivre ses efforts à la suite de la prise en charge (55). L'ensemble des MK ont insisté sur le fait qu'il n'y a pas de bonne activité physique, le plus important étant que le patient pratique une activité physique qui soit adaptée à ses capacités et ses préférences, en effet il n'existe pas d'activité ayant démontré une efficacité supérieure (56). Thibaud et Audrey expriment l'importance de pratiquer une activité physique adaptée au patient à travers ces deux citations.

« Il est important de convaincre les gens d'avoir une activité physique mais qui est aussi compatible avec leur état de santé, leurs capacités physiques et leurs envies/goûts. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

« Quand le patient a trouvé quelque chose qui lui plait : vélo, natation... peu importe, c'est à ce moment-là que je le lâche. » Thibaud, titulaire en cabinet libéral.

La pratique d'une activité physique qui soit adaptée aux capacités et aux préférences du patient aura un impact sur la douleur. Effectivement, comme il a été mentionné tout à l'heure, la douleur est influencée par des phénomènes de détournement de l'attention (45). Par conséquent, si un patient pratique une activité physique dans laquelle il est absorbé alors il ne pensera plus à sa douleur, son esprit se focalisera sur l'activité. Au contraire, l'inactivité laisse l'esprit disponible pour la douleur qui monopolise toute l'attention et le patient se retrouve dans un cercle vicieux « inactivité – douleur » (11). Thibaud évoque cela dans la citation suivante et met l'accent sur l'importance de défocaliser le patient de sa douleur. Cette défocalisation peut, en effet, être faite par l'activité physique et par conséquent sa pratique régulière permettra d'améliorer la qualité de vie du patient (51). **« Je me dis que si le patient fait une activité qui lui plait, ça lui permet de s'évader et de penser à autre chose que sa douleur pendant un moment et c'est super important. » Thibaud, titulaire en cabinet libéral.**

VI.4.2.2. L'intégration de l'activité physique dans le quotidien

À la suite de la prise en charge, l'activité physique doit continuer d'être présente dans la vie quotidienne du patient. Cependant, le patient a une vie professionnelle et une vie personnelle, qui peuvent être bien remplies, il faut donc qu'il trouve le temps mais également la motivation pour poursuivre ses efforts. Ce sont deux points qui ont été relevés par les MK : le manque de temps et le manque de motivation à la suite de la prise en charge.

Il est important de prendre en compte l'emploi du temps du patient. En effet, parfois pendant les prises en charge il se peut que le patient soit en arrêt de travail par exemple, il est donc nécessaire à la suite de cela d'adapter l'auto-rééducation ou l'activité physique au quotidien du patient en prenant en compte à la fois sa vie professionnelle mais également personnelle. Si la demande est trop élevée alors le patient ne parviendra pas à l'accomplir, se sentira très vite dépassé, finira par se démotiver et abandonner. Annabelle illustre cette idée dans la citation qui suit et insiste sur le fait que l'activité physique ne doit pas devenir une contrainte pour le patient, sous peine qu'il renonce à la pratique d'une activité physique régulière.

« Il faut qu'il trouve le temps aussi dans leur semaine de caler les séances d'activité physique pour ne pas que ça soit contraignant vis-à-vis de son quotidien et au qu'au final il finisse par abandonner. » Annabelle, salariée à l'hôpital.

Aussi, si l'activité physique devient une contrainte, alors le patient n'y prendra plus goût, ne trouvera plus de plaisir à la pratiquer et le phénomène de détournement de l'attention par l'activité physique abordé précédemment n'aura plus l'effet escompté.

Aurélie rejoint Annabelle sur la prise en compte de l'ensemble des contraintes professionnelles et familiales. Aurélie donne des clés au patient et c'est à lui de s'en servir selon son ressenti, ses besoins, ses disponibilités. En effet, certains patients peuvent avoir un travail physique, il faudra bien évidemment prendre cet élément en compte afin que le patient ne se retrouve pas surmener avec des douleurs qui ressurgissent par dépassement de ses limites. Il faut que le patient s'y retrouve, qu'il ne prenne pas cela comme une contrainte et qu'il comprenne bien qu'il faut s'approprier tout cela au fur et à mesure dans le quotidien pour que ça devienne un automatisme. Le patient doit donc trouver le juste milieu entre la gestion de ses douleurs et sa disponibilité pour réaliser une activité physique en adéquation avec sa vie professionnelle et personnelle.

« Après c'est compliqué de donner un programme fixe et précis avec une vie de famille, de travail à côté. Je préfère leur dire que c'est à eux de voir en fonction de ce qu'ils ressentent, qu'il ne faut pas surcharger, qu'il faut faire un mix d'assouplissement et de renforcement. Il ne faut pas que ça devienne une contrainte il faut trouver un équilibre et on essaye de s'adapter au cas par cas. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

« C'est leur donner les clés pour qu'ils se créent leur programme qui leur va bien, qui n'empiète pas sur leur quotidien et qu'ils font avec plaisir. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

Pour favoriser la poursuite de l'activité physique et pérenniser leurs efforts à la suite de la prise en charge, Marina et Aurélie s'accordent sur le fait que pratiquer une activité physique en groupe dans une association, par exemple, peut permettre de maintenir une motivation et ne pas abandonner. En effet, comme mentionné précédemment, la problématique majeure rencontrée dans ces prises en charge est le manque de motivation une fois la rééducation terminée. Les patients ne trouvent pas toujours la force de poursuivre leurs efforts seuls, ils abandonnent et voient leurs douleurs revenir, persister

voire même s'amplifier, ce qui les poussent à reconsulter pour ce même motif, c'est tout ce que les MK veulent éviter.

« On leur explique que l'activité physique sera maintenant permanente dans leur vie. On les encourage à rentrer dans des associations, des clubs de sport parce que le travail de groupe aide et galvanise plutôt que de faire leur activité physique seuls à la maison. On se rend compte que les gens ne font pas forcément de l'activité physique quand ils sont seuls, même s'ils sont motivés au début. » Marina, salariée en centre de rééducation.

« Après il y a aussi des clubs de gymnastique avec des cours le soir ou le samedi, on peut orienter les patients vers ce type d'activité. » Aurélie, titulaire en cabinet libéral.

Le relais avec des associations est un point intéressant pour favoriser la motivation du patient, faire perdurer les bienfaits de la prise en charge, instaurer un rythme de pratique au patient et pratiquer une activité en groupe (58). Cela constitue un bon support sur lequel les MK peuvent s'appuyer pour assurer la continuité.

La reprise d'une activité physique régulière constitue donc un des objectifs principaux à la suite de la prise en charge, cependant certains éléments peuvent compliquer son intégration dans le quotidien. Pour faire face aux contraintes qui viennent entraver la pratique de l'activité physique, les MK ont des ressources. Pour ce qui est de la contrainte « temps », le maître mot de la prise en charge est l'adaptabilité, en composant avec les disponibilités du patient, il est possible d'intégrer une activité physique à son quotidien, le tout étant de doser la pratique. Pour la contrainte « motivation », il est important qu'au départ l'activité plaise au patient et pour favoriser la motivation à long terme, les MK peuvent compter sur les associations qui dispensent des cours collectifs.

VI.4.3. La stratégie de démedicalisation progressive de la prise en charge

Face aux patients lombalgiques chroniques, le MK doit être vigilant à ne pas induire une dépendance aux soins. En effet, le patient lombalgique chronique peut s'installer dans une routine où venir chez le MK devient une normalité alors qu'il faut, au contraire, faire en sorte que le patient s'autonomise au fur et à mesure.

Pour faire face à cela, l'ensemble des MK exerçant dans le secteur libéral adoptent une stratégie de démedicalisation progressive de la prise en charge afin d'éviter ce phénomène de dépendance chez le patient (26).

« En général, on commence à 2 séances par semaine et quand ça va mieux on passe à une par semaine puis une tous les 15 jours pour voir s'ils arrivent à gérer de leur côté. Aussi, même si c'est chronique, j'essaye de faire une série de 15 séances et de voir au bout des 15 pour ne pas chroniciser plus et pour ne pas rendre dépendant le patient du kiné. » Estelle, titulaire en cabinet libéral.

« J'essaye de faire entre 10 et 15 séances. Si en 10 séances, on a des patients qui considèrent que ça leur a fait du bien et qu'ils se sentent capables de se prendre en charge de façon autonome, on arrête et on fait le point 2-3 mois après pour faire des révisions pour expliquer d'autres éléments, donner d'autres informations ou des choses comme ça. » Audrey, titulaire en cabinet libéral.

« Alors actuellement les lombalgiques chroniques que j'ai, je ne les vois pas de manière continue toute l'année, je vais faire approximativement une dizaine de séances puis on va faire un break pour qu'ils puissent se débrouiller par eux-mêmes avec les conseils que je leur ai donnés et puis je les revois après pour essayer de les déshabituer de la prise en charge permanente. » Morgane, titulaire en cabinet libéral.

Pour ces trois MK exerçant en cabinet libéral, la stratégie de prise en charge adoptée va vers l'autonomisation progressive du patient avec un nombre de séances dégressif en introduisant des séances de contrôle, ceci vise à lutter contre la dépendance du patient au MK. Le but de cette méthode est d'apprendre au patient à se gérer lui-même et de lui montrer qu'il en est tout à fait capable en espaçant progressivement les séances tout en assurant un suivi. Le patient se trouve, de ce fait, dans un environnement sécurisant, il sait qu'en cas de besoin il peut compter sur son MK.

VII. Discussion

Dans un premier temps, cette partie de discussion reprendra les hypothèses émises au début de ce travail de recherche. Ensuite, les limites et les biais de l'étude seront abordées. Enfin, les projections professionnelles seront évoquées.

VII.1. Retour sur les hypothèses

L'hypothèse 1 est : **la revalorisation du patient permettrait une meilleure prise en charge du patient lombalgique chronique.** Cette hypothèse est validée par la totalité des MK. Effectivement, le patient lombalgique chronique peut avoir une certaine perte de confiance en lui, en son corps et en ses capacités du fait de sa douleur. Aussi, cette douleur l'enferme petit à petit dans un comportement d'évitement qui le déconditionne au fur et à mesure du temps, le patient n'ose plus faire ses activités de la vie quotidienne comme avant. Au sein de la prise en charge, le patient peut également adopter ce comportement d'évitement qui peut rapidement devenir un frein à la rééducation. Le rôle du MK est donc de remettre le patient en confiance, de lui faire prendre conscience de ses capacités, de l'aider à sortir de ce processus d'évitement afin de reprendre progressivement ses activités de la vie quotidienne. Pour cela, le MK va chercher à développer les compétences psychosociales du patient qui font référence à la connaissance qu'il a de lui-même ainsi que de sa confiance en lui. Un patient qui a confiance en lui arrivera plus facilement à atteindre ses objectifs et à faire face aux obstacles qu'il peut rencontrer au cours de la prise en charge et plus largement dans sa vie quotidienne, par la suite il parviendra à réagir de manière plus efficace. La revalorisation est donc une notion essentielle de la prise en charge du patient lombalgique chronique.

L'hypothèse 2 est : **l'implication du patient et son autonomisation seraient indispensables à la prise en charge du patient lombalgique chronique.** Cette hypothèse est validée par l'ensemble des MK. En effet, la prise en charge d'un patient lombalgique chronique ne peut aboutir sans une totale participation du patient et la pérennisation de cette prise en charge est assurée par l'autonomisation du patient.

L'implication du patient est indispensable à la prise en charge étant donné que la rééducation est principalement basée sur des techniques actives qui nécessitent une participation du patient. Aussi, la prise en charge du patient lombalgique chronique constitue une véritable collaboration entre le patient et le MK, chacun se doit d'être impliqué et engagé dans le traitement pour obtenir des résultats. La rééducation se faisant aussi bien pendant qu'en dehors des séances, le patient doit fournir une implication tout au long de la prise en charge. En présence de ces éléments, le constat est sans appel, sans une participation active du patient lombalgique chronique, il paraît impossible de mener à bien la prise en charge. Le caractère chronique de la lombalgie implique une autonomisation progressive du patient au cours de sa rééducation afin de maintenir les bienfaits de la prise en charge, de permettre au patient d'apprendre à gérer ses symptômes seul une fois la prise en charge terminée et plus largement de le rendre acteur de sa santé. Aussi, au vu de l'augmentation de la prévalence de la lombalgie chronique et de son impact socio-économique, l'autonomisation du patient est d'autant plus fondamentale dans la prise en charge pour en limiter la durée et ne pas le rendre dépendant.

L'hypothèse 3 est : **les techniques de défocalisation de la douleur seraient bénéfiques à la prise en charge du patient lombalgique chronique.** Cette hypothèse est validée par les sept MK. En effet, le patient lombalgique chronique peut être affecté par sa douleur depuis plusieurs mois ou plusieurs années comme évoqué antérieurement et focaliser son attention sur cette douleur ne fait que l'entretenir. Le rôle du MK va donc consister à défocaliser le patient de sa douleur. À travers cette étude, deux éléments de défocalisation de la douleur ont été mis en avant : la communication thérapeutique et la pratique d'une activité physique. Effectivement, la communication établie au sein de la relation entre le MK et le patient a un impact considérable sur la prise en charge. Le fait que le MK tienne un discours positif lors de la prise en charge du patient sans suggérer la douleur permet au patient de s'en détacher et de l'aborder uniquement lorsqu'il la ressent. Cela permet à la fois d'éviter l'entretien de la douleur et de mettre le patient dans une dynamique positive, à partir de là, il sera plus enclin à réaliser ses activités de la vie quotidienne ainsi que sa rééducation. Aussi, par la pratique d'une activité physique, il est possible de défocaliser le patient de sa douleur, en utilisant le mécanisme de détournement de l'attention. Un patient lombalgique chronique pratiquant une activité physique, qui lui correspond en termes de capacités et de goût, ne pensera plus à sa douleur durant un

moment ce qui lui permettra de se sentir mieux et ainsi de mieux disposer de son corps. Défocaliser le patient de sa douleur permettra donc d'améliorer la prise en charge du patient lombalgique chronique, améliorera les capacités du patient par une diminution du comportement d'évitement et par conséquent améliorera sa qualité de vie.

L'hypothèse 4 est : **la pratique d'une activité physique aurait un impact positif sur la douleur et les facteurs biopsychosociaux.** Cette hypothèse est validée par l'intégralité des MK. En effet, le déconditionnement physique étant un des facteurs souvent en cause dans la lombalgie chronique, l'activité physique est au cœur de la prise en charge et constitue le principal traitement. Cependant, les bienfaits de l'activité physique sont multiples. La pratique d'une activité physique va permettre non seulement une amélioration de la condition physique du patient mais surtout une modulation de sa douleur et un effet analgésique. Aussi, l'activité physique permet de défocaliser le patient de sa douleur et de détourner son attention. Tout cela contribue non seulement à la réduction de sa kinésiophobie et des comportements d'évitement mis en place mais aussi à l'amélioration des capacités du patient et de sa qualité de vie. De plus, dès lors que l'activité physique est pratiquée en groupe, elle présente de nombreux bienfaits supplémentaires. En effet, elle permet au patient de rencontrer de nouvelles personnes et d'être régulier grâce à l'entraide et la motivation des autres coéquipiers. En outre, l'activité physique permet au patient de s'évader et s'épanouir socialement tout en lui apportant des bénéfices physiologiques.

VII.2. Limites et biais de l'étude

Cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord, il existe un biais méthodologique. En effet, le faible nombre de participants de l'étude ne permet pas d'être réellement représentatif de la population.

De plus, un autre biais méthodologique réside dans les conditions de réalisation des entretiens. Effectivement, pour des soucis logistiques, deux entretiens ont dû être réalisés en visioconférence et même si la technologie permet un échange à travers l'écran, cela ne vaut pas un échange direct. Durant les entretiens en visioconférence, il semblait plus complexe d'avoir les réactions et mimiques de l'interlocuteur en direct, or ces éléments apportent des indications supplémentaires au discours de l'interviewé.

Aussi, il existe un biais de confirmation qui correspond à la tendance qu'a le chercheur à mettre en avant les éléments qui sont en faveur de ses hypothèses et au contraire à délaissier les idées qui sont en sa défaveur (59). Pour limiter ce biais, le guide d'entretien a été élaboré de manière rigoureuse afin de ne pas orienter les propos des participants et leur laisser une totale liberté pour s'exprimer.

Enfin, il existe un biais de subjectivité. En effet, le caractère qualitatif de l'étude ne donne pas de données objectives et l'analyse des résultats est soumise à l'interprétation du chercheur, ce qui constitue une source de biais.

Toutefois, cette méthodologie, à visée qualitative, permet d'avoir une vision globale des pratiques professionnelles. Elle constitue un état des lieux des pratiques dans la prise en charge du patient lombalgique chronique et une piste pour de prochaines études.

VII.3. Projections professionnelles

Tout d'abord, ce travail m'a permis d'expérimenter les entretiens semi-directifs. En effet, cette méthode de recherche est intéressante et nécessite un travail rigoureux pour obtenir des informations de qualité. Cet outil permet de développer une écoute attentive et des compétences dans la reformulation aussi bien des questions posées que du discours de la personne interviewée. Ces notions sont assimilables aux qualités requises dans les prises en charge masso-kinésithérapiques. Pour ma future pratique professionnelle, cela me permettra d'instaurer la relation de confiance avec les patients par une écoute attentive et de recueillir l'ensemble des informations souhaitées afin d'assurer un suivi optimal.

Aussi, j'ai pu constater à quel point la communication a un rôle crucial dans la prise en charge du patient lombalgique chronique, plus largement du patient douloureux chronique, et a un impact considérable sur le patient. Elle apparaît comme une véritable thérapie adjuvante et chaque mot du MK impacte le patient et la relation patient-MK. En effet, par sa pathologie, le patient subit un bouleversement qui peut avoir un retentissement plus ou moins important sur sa vie quotidienne, le MK accompagne et guide le patient vers l'amélioration de sa qualité de vie. Pour cela, il va échanger avec le patient et mettre en place une écoute active qui permet au patient de réaliser un cheminement sur son affection et de mieux comprendre la situation. Le patient développe donc ses compétences psychosociales en termes de connaissance de lui-même, de résolution de problème et de gestion de ses émotions, ce qui lui servira au cours de la prise en charge mais aussi dans sa vie quotidienne, il pourra ainsi affronter diverses situations en puisant dans ses ressources. Pour ma pratique, je serai donc d'autant plus vigilante sur ma communication avec le patient, sur les mots et expressions que j'utilise sachant maintenant l'impact qu'ils peuvent avoir sur la prise en charge. La communication est un sujet qui m'intéresse beaucoup c'est pourquoi afin de développer mes compétences dans ce domaine et d'être plus efficace dans mes prises en charge, j'envisage de réaliser une formation sur la communication thérapeutique.

De plus, à travers ce travail de recherche, j'ai pu me rendre compte que la motivation du patient est fondamentale pour mener à bien la rééducation, mais qu'il est difficile de la maintenir à long terme. Dans ma pratique, je veillerai à évaluer la motivation des patients et la favoriser aussi bien pendant la rééducation que sur le long terme en impliquant le

patient autant que possible dans sa prise en charge afin d'en maintenir les bénéfices. J'aimerais, par la suite, me former sur l'entretien motivationnel car le manque de motivation des patients est une problématique fréquemment rencontrée dans de nombreuses prises en charge, cette formation me permettra de mieux appréhender cette problématique et d'obtenir des stratégies pour y faire face.

Enfin, par l'étude de la prise en charge biopsychosociale du patient lombalgique chronique, j'ai pu renforcer mon idée sur l'importance de prendre en charge un patient dans sa globalité en prenant en compte l'ensemble des facteurs biopsychosociaux pour délivrer des soins adéquats. De nombreux facteurs entrent en compte dans la prise en charge des patients et la connaissance de certains éléments permet de débloquent des potentiels freins à la rééducation. Pour cela, il est indispensable d'explorer l'ensemble des facteurs biopsychosociaux afin de cerner la problématique du patient et dispenser une prise en charge efficace.

VIII. Conclusion

La lombalgie chronique est une pathologie complexe influencée par différents facteurs biopsychosociaux et constitue un véritable problème de santé publique par sa prévalence et son impact socio-économique. Cette affection incombe une prise en charge masso-kinésithérapique qui se doit d'être globale et centrée sur le patient. Au cours de la rééducation, le MK cherche à ce que le patient devienne acteur de sa santé, autonome et qu'il adopte un comportement adapté à sa santé.

L'objectif principal de cette étude qualitative était de faire un état des lieux des pratiques dans la prise en charge biopsychosociale des patients lombalgiques chroniques. Afin de répondre à la problématique : « Quels sont les moyens biopsychosociaux utilisés par les MK pour optimiser la prise en charge des patients lombalgiques chroniques ? », j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs. En effet, cette méthode qualitative est intéressante par l'analyse et l'interprétation des réponses. Le guide d'entretien a été établi minutieusement pour ne pas orienter la réponse des MK et pour obtenir le maximum d'informations. Cependant, à travers une telle méthode, il est impossible d'extrapoler les résultats, pour cela il faudrait entreprendre une étude quantitative.

Les résultats obtenus permettent de mettre en évidence un ensemble de moyens biopsychosociaux utilisés par les MK dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques pour optimiser cette prise en charge. Parmi ces moyens, on peut citer la définition d'objectifs de rééducation en accord avec le patient, l'éducation à la douleur, les techniques de défocalisation de la douleur, la reprise de l'activité physique, le revalorisation, l'autonomisation et l'implication du patient ainsi que la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et le MK. Aussi, les résultats mettent en évidence un manque de motivation chez les patients à la suite de la prise en charge, or la motivation et l'implication ont une importance cruciale pour la réussite de la rééducation.

À la lumière de ce constat, il serait intéressant d'explorer la place de l'entretien motivationnel dans la prise en charge du patient lombalgique chronique. Dans quelle mesure l'entretien motivationnel permettrait de faire perdurer le changement de comportement du patient lombalgique et de favoriser son implication à long terme ?

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS : Note de cadrage : Parcours de soins d'un patient douloureux chronique. Novembre 2019. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/app_253_cadrage_douleur_post_coi_2019_11_13_v0.pdf. Consulté le 21 février 2021
2. Berquin A, Grisart J. Les défis de la douleur chronique : Faire plus qu'un diagnostic "biomédical". Bruxelles : Mardaga; 2016, 576p. [En ligne]. <https://www.cairn.info/les-defis-de-la-douleur-chronique--9782804703233.htm>. Consulté le 24 février 2021.
3. Acapo S, Seyrès P, Savignat E. Définition et évaluation de la douleur. Kinésithérapie Rev. Juin 2017;17(186):44-55.
4. SANOFI. Tous alliés contre la douleur. Comprendre la douleur chronique. [En ligne]. <https://www.contreladouleur.fr/mieux-connaître-douleur/comprendre-douleur-chronique>. Consulté le 27 février 2021.
5. École d'hypnose francophone. La douleur chronique CIM-11 de l'OMS [En ligne]. <https://www.ecole-hypnose-francophone.fr/hypnose/hypnose-douleur-oms-hypnoanalgesie/>. Consulté le 1 mars 2021.
6. Fouquet B, Jacquot A, Nardoux J. Rééducation de la lombalgie commune. Rev Rhum Monogr. Février 2017;84(1):29-38.
7. Blue Back. Rapport HAS 2019 sur la Lombalgie - Quelles recommandations ? [En ligne]. <https://www.blueback.fr/has-2019-lombalgie-recommandations/>. Consulté le 16 janvier 2022.
8. Charré S. Un millefeuille pour évaluer la douleur. Une approche comportementale pratique ou comment intégrer l'approche biopsychosociale au quotidien. Douleurs Éval - Diagn - Trait. Février 2021; 12 p.
9. HAS. Fiche Mémo : Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf. Consulté le 29 mars 2022.
10. Demont A, Martin S, Chaumeil T. Synthèse des recommandations de traitements kinésithérapiques pour la prise en charge de patients présentant une pathologie impliquant de la douleur. Douleurs Éval - Diagn - Trait. Septembre 2021;22(4):163-74.
11. SANOFI. Mieux vivre avec une douleur. [En ligne]. <https://www.contreladouleur.fr/mieux-connaître-douleur/>. Consulté le 12 février 2022.
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Activité physique et santé. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>. Consulté le 12 janvier 2022.

13. Société Française d'Études et de Traitement de la Douleur. Livre blanc de la douleur 2017. [En ligne]. https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/livre_blanc-SFETD-interactif-bis.pdf. Consulté le 26 février 2021.
14. Jadaud A, Nizard J, Danglot C, Fourneau M, Lajat Y. Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur. *Doul et Analg*. Sept 2003;16(3):145-149.
15. GRACE. Communication thérapeutique. [En ligne]. <https://www.grace-asso.fr/espace-ide/communication>. Consulté le 15 février 2022.
16. HAS. Recommandations ETP du patient : définitions, finalités et organisations. Juin 2007. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf. Consulté le 22 février 2021.
17. HAS. Recommandations ETP : comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?. Juin 2007. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf. Consulté le 22 février 2021.
18. Reach G. Éducation thérapeutique : à la recherche d'une définition. *Médecine Mal Métaboliques*. Novembre 2017;11(7):628-635.
19. Maître J-H, Crouan A. Approches thérapeutiques de la douleur en kinésithérapie. *Kinésithérapie Rev*. Juin 2017;17(186):56-70.
20. FRAPS. Les compétences psychosociales au service de la promotion de la santé. 2019. [En ligne]. <https://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2019/06/2019-Biblio-CPS-VF.pdf>. Consulté le 16 janvier 2022.
21. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;N° 102(3):23.
22. Roussel P, éditeur. *Management des ressources humaines: méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. Bruxelles: De Boeck; 2005. 440 p. (Méthodes & recherches).
23. Fenneteau. *Enquête : entretien et questionnaire*. 3ème édition. Dunod; 2015.
24. Bioy A, Lignier B. *Clinique et Psychopathologie de la douleur*. Malakoff : Dunod; 2020,240. (Psychothérapies).
25. VIDAL. Les causes des lombalgies. [En ligne]. <https://www.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/mal-dos-lombalgie/causes.html>. Consulté le 15 mars 2022.
26. Foltz V. Parcours de soins - Lombalgie commune. [En ligne]. http://www.drsm-idf.fr/uploads/media/LombalgiesConcoursM_2014_9_685-1.pdf. Consulté le 15 mars 2022.

27. Kupper D, Genevay S, Cedraschi C. Outil clinique pour élaborer des objectifs thérapeutiques avec des patients lombalgiques chroniques. Rev Médicale Suisse. 2017;13(568):1289-1291.
28. Kobus. La relation kinésithérapeute - patient. [En ligne]. <https://kobusapp.com/blog/lalliance-therapeutique/>. Consulté le 29 mars 2022.
29. Durieux N, Pasleau F, Maillart C. Evidence Based Practice [En ligne]. https://arld.ch/fileadmin/user_upload/Documents/ARLD/WWW/Editeurs/Logopedistes/Formations/Actes_de_formation/EBP_-_information_pour_le_site.pdf. Consulté le 29 mars 2022.
30. Norberg MI, Riat M, Benaim C. Place du traitement interdisciplinaire intensif dans la lombalgie chronique. Rev Médicale Suisse. 2017;13(568):1296-1299.
31. Ministère des Solidarité et de la Santé. Recueil de textes - Profession Masseur-Kinésithérapeute. Paris : Berger-Levrault; 2018, 196 p.
32. Kinéapp. Questionnaire de Oswestry. [En ligne]. <http://kineapp.com/blog/questionnaire-de-oswestry/>. Consulté le 3 avril 2022.
33. Conradi S, Masselin-Dubois A. La kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur de la douleur dans l'évaluation psychologique. Douleurs Éval - Diagn - Trait. Sept 2019;20(4):151-157.
34. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Kinésiophobie : quand la peur du mouvement freine la rééducation [En ligne]. <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesiophobie-quand-la-peur-du-mouvement-freine-la-reeducation/>. Consulté le 3 avril 2022.
35. Valot L, Lalau J-D. L'alliance thérapeutique. Médecine Mal Métaboliques. Décembre 2020;14(8):761-767.
36. Bachelart M, Bioy A. Alliance thérapeutique, douleur et méthodes corporelles. In: Thérapies à médiation corporelle et douleur. Institut UPSA de la douleur. 2013.
37. Wallon M-L. Le kiné et son patient : une relation singulière. Kiné actualité. 2007;1051:14-17.
38. Graines de paix. Écoute, écoute active, écoute sensible [En ligne]. https://www.grainesdepaix.org/fr/ressources/dictionnaire/ecoute_ecoute_active. Consulté le 3 avril 2022.
39. Castillo M-C. L'écoute dans les contextes cliniques : entre art et technique: Rhizome. Mars 2021;79(1):5-6.
40. Lombalgie : La perte de confiance en soi [En ligne]. <https://www.lombalgie.fr/coaching/perde-de-confiance-en-soi/>. Consulté le 3 avril 2022.

41. Arnould M. La motivation en kinésithérapie chez les patients lombalgiques chroniques. Mémoire d'initiation à la recherche en masso-kinésithérapie. IFPEK de Rennes;2019,92.
42. Roren A, Lefèvre-Colau M-M, Daste C, Nguyen C, Rannou F. Lombalgie commune : quelle rééducation, pour quelle lombalgie ? :4.
43. Conradi S., Miller F. Évaluation de la douleur. Bioy A, Lignier B. In: Clinique et psychopathologie de la douleur. Malakoff:Dunod; 2020.3-18.
44. SANOFI. Mécanismes d'entretien de la douleur. [En ligne]. <https://www.contreladouleur.fr/mieux-connaître-douleur/mechanismes-entretien-douleur>. Consulté le 4 avril 2022.
45. SANOFI. Impact psychologique de la douleur [En ligne]. <https://www.contreladouleur.fr/mieux-connaître-douleur/impact-psychologique-douleur>. Consulté le 4 avril 2022.
46. Actusoins. Comment les mots aident à soulager les maux... [En ligne]. <https://www.actusoins.com/318822/comment-les-mots-aident-a-soulager-les-maux.html>. Consulté le 3 avril 2022.
47. Agence EBP. Les recommandations pour la lombalgie 2021 [En ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=lfbqarkKOj8>. Consulté le 4 avril 2021.
48. EREN. Éthique et Douleur : enjeux de la relation soignants-soignés - EREN [En ligne]. <https://www.espace-ethique-normandie.fr/8884/>. Consulté le 6 avril 2022.
49. Roussel P, Dany L, Dossetto N. «Re-considérer» la thérapie d'exposition concernant la peur-évitement de la douleur chronique. J Thérapie Comport Cogn. Juin 2017;27(2):75-84.
50. Eggel Y, Léger B. Quelle douleur est supportable en rééducation ?. Rev Médicale Suisse. 2012;1508-1512.
51. Petit A, Champagne R. Activité physique et réentraînement à l'effort chez les patients lombalgiques. Rev Rhum Monogr. Juin 2021;88(3):225-230.
52. Pierron G, Laassel EM, Job F, Guay V, Billuart F. Vers l'auto-rééducation du lombalgie. Pourquoi ? Comment ? Kinésithérapie Rev. Juillet 2006;6(55):42-48.
53. L'Assurance Maladie. Activ'Dos, l'appli pour prévenir votre mal de dos. [En ligne]. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/lombalgie-aigue/application-activ-dos>. Consulté le 5 avril 2022.
54. L'Assurance Maladie. Campagnes de communication : Sensibilisation au mal de dos. [En ligne]. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>. Consulté le 7 avril 2022.
55. Saubade M, Karatzios C, Besson C, Gremion G, Benaim C, Norberg IM. Swiss

Sports & Exercise Medicine. 2016;64(2):31-38. [En ligne].
https://sgsm.ch/fileadmin/user_upload/Zeitschrift/64-2016-2/2-2016_5_Saubade.pdf.
Consulté le 5 avril 2022.

56. Beaulieu P. La douleur en mouvement. Montréal : Presses de l'université de Montréal; 2013, 164p. (Thématique Art et Littérature). [En ligne].
<https://books.openedition.org/pum/7152>. Consulté le 8 avril 2022.

57. Actu Kiné. Exercice physique et douleur : faire le point (2/2) [En ligne].
<https://www.actukine.com/exercice-physique-et-douleur-faire-le-point-2-2/>. Consulté le 4 avril 2022.

58. Bretagne Sport Santé. Le sport en groupe, la meilleure des motivations ! [En ligne].
<https://bretagne-sport-sante.fr/2021/12/13/sport-en-groupe-meilleure-motivation/>.
Consulté le 11 avril 2022.

59. CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [En ligne].
http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf. Consulté le 11 avril 2022.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : <u>Guide d'entretien destinés aux masseurs-kinésithérapeutes</u>	I
ANNEXE II : <u>Tableau : Liste des masseurs-kinésithérapeutes interrogés</u>	III
ANNEXE III : <u>Entretien avec Audrey, titulaire en cabinet libéral</u>	IV
ANNEXE IV : <u>Tableau d'analyse des entretiens</u>	XIII

ANNEXE I : Guide d'entretien destiné aux MK

Je suis étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un travail de recherche sur les moyens biopsychosociaux utilisés par les MK dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques.

Pour effectuer ce travail, je souhaite pratiquer des entretiens semi-directifs auprès des masseurs-kinésithérapeutes pour apprécier leur expérience ainsi que leur avis sur ce sujet. Pour cela, je vous demanderai de répondre le plus spontanément possible aux questions. Cet entretien sera enregistré si vous êtes d'accord. Cet enregistrement ne fera l'objet d'aucune diffusion hors analyse et sera retranscrit.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Question 1 : Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'état en masso-kinésithérapie ?

Objectifs : Rencontrer le MK, instaurer une relation de confiance et connaître son parcours professionnel.

Question 2 : De quelle manière prenez-vous en charge un patient lombalgique chronique ?

Objectif : Avoir une vision globale de la prise en charge des MK en termes de techniques utilisées mais également de leur communication et de leur relation avec les patients.

Question 3 : Comment abordez-vous la reprise d'une activité physique avec le patient ?

Objectif : Mettre en évidence les stratégies utilisées par les MK pour faciliter la reprise d'une activité physique.

Question 4 : Quelles sont les réactions des patients face au changement de comportement, la reprise de l'activité.... Et comment y faire face ?

Objectif : Objectiver la complexité (ou non) en ce qui concerne la reprise d'activité et comprendre comment les MK parviennent à y faire face.

Question 5 : Quels sont les moyens utilisés pour que la prise en charge soit durable et que le patient devienne autonome ? Comment amener le patient dans un projet thérapeutique de vie ?

Objectif : Mettre en évidence les éléments permettant l'autonomisation du patient dans sa prise en charge et à long terme dans son quotidien.

ANNEXE II : Tableau : Liste des MK interrogés

MK	Lieu de formation	Année de diplôme	Lieu d'exercice
Thibaud	Rennes	2004	Libéral
Estelle	Nantes	2017	Libéral
Audrey	Paris	2005	Libéral
Marina	Paris	2006	Centre de rééducation
Morgane	Rennes	2000	Libéral
Norbert	Paris	1997	Centre de rééducation
Annabelle	Laval	2019	Centre de rééducation

ANNEXE III : Entretien avec Audrey, titulaire en cabinet libéral

O : Quel est votre parcours depuis l'obtention de votre diplôme ?

Audrey : J'ai été diplômée en 2005 de l'école de Paris. Je suis arrivée en centre de rééducation pour 6 mois de remplacement, je me voyais pas du tout faire du libéral en sortant de l'école de kiné, déjà parce qu'on n'avait presque pas de stage en kiné libéral à faire au cours de notre formation, seulement 30h sur 3 ans. J'ai donc préféré retourner dans un centre où j'avais déjà fait un stage pour commencer. Ensuite j'ai fait des remplacements en libéral puis je suis retournée en centre pour 6 mois. Puis je me suis installée en libéral en tant qu'assistante et maintenant je suis depuis 15 ans en libéral dans un cabinet de 6 kinés.

O : D'accord. Pouvez-vous m'en dire plus sur vos formations ?

Audrey : Alors j'ai fait de l'uro-gynécologie tout de suite après mon diplôme pour m'installer en libéral car c'était un domaine qui me plaisait. J'ai fait tout ce qui est plagiocéphalie et déformations crâniennes, tout ce qui est point trigger, dry needling ainsi que de la kinésithérapie respiratoire. Et prochainement je vais réaliser une formation sur le développement neuro-moteur de l'enfant.

O : Très bien. Si on s'intéresse à votre patientèle, quelle part représente la population lombalgique ?

Audrey : Alors je dirais entre 15 et 20% de mes patients sont lombalgiques. Je suis plus spécialisée dans la pédiatrie alors j'accorde plus de temps à la pédiatrie.

O : D'accord. Et ces patients lombalgiques, de quelle manière les prenez-vous en charge, aussi bien en termes de techniques physiques que de communication ?

Audrey : On travaille bien sûr sur prescription médicale avec des prescriptions qui sont parfois pas du tout précises ou alors très précises et finalement on ne retrouve pas forcément ce qu'il y a sur la prescription. Parfois ce sont des ordonnances bateaux des

médecins avec certaines fois simplement « rééducation du rachis » et à nous de nous débrouiller avec cela.

En général à la première séance j'aime bien commencer par un massage tout en posant des questions aux patients pour avoir une prise de contact avec le patient et bien repérer les douleurs, les contractures... et comme ça pendant que je fais cela, j'analyse ce que je trouve sous mes doigts, je peux poser au patient des questions qui me donnent des indications de bilan et puis surtout j'essaye de savoir leurs activités, si ce sont plutôt des patients qui bougent beaucoup, qui sont très sédentaires. Tout ça ça me permet de jauger quel est leur état d'esprit vis-à-vis d'une prise en charge dynamique, s'ils pensent que ce n'est pas ça qui leur servira et comment ils réagissent à leur douleur. Je finis souvent par donner un exercice ou deux que les patients doivent commencer jusqu'à la prochaine séance et ensuite on avise suivant comment ça s'est passé : soit on continue l'antalgie ou bien on part sur des exercices et on essaye d'apprendre aux patients à se faire une séance de gymnastique à la maison pour se prendre en charge le plus possible. En effet on se rend bien compte que si les gens comptent uniquement sur nous ça ne marchera pas donc il faut leur donner de quoi travailler de leur côté et surveiller que ça soit bien fait. Par exemple moi ça ne me dérange pas de voir les patients une seule fois par semaine si ce sont des patients qui font des exercices chez eux, on refait le point la semaine suivante sur ce qui a été et pas été, s'ils ont vraiment joué le jeu de faire des exercices, de bouger, d'aller marcher... parce que certains patients ne bougent presque plus, alors il faut les inciter, leur expliquer pourquoi il faut le faire.

Avec mes collègues on a créé un support papier avec des exercices qu'on donne aux gens, comme ça ils ont un petit pense bête, on adapte le nombre de séries et de répétitions en fonction des capacités des patients. Il y a aussi une application qui a été créée par l'Assurance Maladie qui s'appelle « Activ'dos » alors ceux qui sont très branchés « téléphone » je les amène vers cette application parce que ça peut les aider à apprendre à se prendre en charge. On est sur une dynamique de les faire un peu plus bouger que ce qu'il ne faisait avant et en général ça marche quand même plutôt bien.

O : D'accord, très bien. Combien de séances sont réalisées par prise en charge en moyenne ? Même si j'imagine que ça varie d'un patient à l'autre.

Audrey : Alors moi j'essaye de faire entre 10 et 15 séances. Si en 10 séances, on a des patients qui considèrent que ça leur a fait du bien et qu'ils se sentent capables de se

prendre en charge de façon autonome, on arrête et on fait le point 2-3 mois après pour faire des révisions pour expliquer d'autres éléments, donner d'autres informations ou des choses comme ça. Normalement entre 10 et 15 c'est pas mal, après nous on a une balnéothérapie donc certains restent un peu plus longtemps pour faire des séances en balnéothérapie.

O : D'accord, donc vous vous basez sur 10 séances et ensuite vous faites le point pour savoir si le patient est en mesure de travailler en autonomie. Et les séances se font toujours en individuel ou vous les réalisez parfois en groupe ?

Audrey : Non, je ne fais pas de séances de groupe mais c'est quelque chose qui me tenterait maintenant et à tous les âges aussi bien pour les lombalgiques chroniques que pour les enfants qui ont des scoliozes. Le problème est qu'on n'a pas vraiment la place pour le faire. J'ai déjà fait des séances d'abdominaux par groupe de 2 mais je ne peux pas dire que ça soit réellement des séances de groupe. À 3-4 je pense que ça serait plus sympa comme séance.

O : Oui d'accord, ça leur permettrait de se motiver l'un l'autre.

Audrey : Oui c'est ça, c'est un des objectifs au cabinet d'agrandir pour pouvoir faire des séances avec plusieurs patients. Et cela aussi bien en séance de kiné ou en dehors de prescription pour des patients qui n'arrivent pas trop à se trouver du temps, se motiver seul chez eux. Aussi, quand un jour j'aurais du temps, j'aimerais bien me mettre en relation aussi avec des enseignants en activité physique adaptée parce que je pense qu'on peut créer une version sport-santé pour aider les gens à s'entretenir. Je pense qu'il y a quelque chose à étudier.

O : Oui c'est vrai que c'est parfois compliqué pour certains patients de se motiver après leur journée à faire des exercices et que le fait d'être suivis et accompagnés leur permet de ne pas « abandonner ».

Sinon au niveau de la prise en charge, comment vous vous y prenez pour aborder la douleur ? Est-ce que vous l'expliquez aux patients ?

Audrey : Alors non je n'explique pas tant que ça, puisque c'est souvent très compliqué. Sur certaines pathologies les gens essayent de comprendre mais sur le dos les gens sont plus focalisés sur la douleur alors j'explique rapidement l'origine et tout ça mais je préfère me concentrer sur « si vous bougez vous allez voir vous y arriverez mieux » et leur faire ressentir cette nécessité de bouger, que s'ils font un petit peu d'exercice au cours de la journée ils se sentent mieux donc c'est que bouger ça fonctionne sur les douleurs. Après, les gens sont assez radicaux dans leur traitement de la douleur, s'ils ont mal ils vont chez le médecin, il leur faut des médicaments pour que ça passe directement. Nous il faut qu'on essaye de les convaincre en leur disant : « voilà si vous diminuez les douleurs, faites de l'exercice et si vous voulez diminuer les médicaments et les douleurs ça passe aussi par l'exercice », il faut réussir à rentrer dans ce truc là mais toute l'explication non. Les gens vont parfois se renseigner par eux même et on se rend bien compte que quand ils nous retranscrivent ce qui a été dit on voit que tout n'est pas bien compris car ce n'est pas forcément adapté. Je pense qu'un discours simple est vraiment plus efficace, je reste persuadée que si je leur dis « si vous faites vos exercices, que vous voyez que ça va mieux, c'est que ça marche sur la douleur et qu'il faut continuer à les faire », c'est simple je n'ai pas expliqué d'où vient la douleur mais j'ai expliqué comment la faire diminuer et je pense que ça ils le comprennent. Je leur explique aussi qu'il y a différents moyens de prendre en charge cette douleur-là, il n'y a pas une solution miracle mais qu'il faut trouver un équilibre. On a de plus en plus de patients lombalgiques plutôt jeunes donc il faut aussi leur dire que malheureusement quand on commence à 35 ans des séances de kinésithérapie pour des douleurs de dos c'est qu'il va falloir tenir une hygiène de vie au niveau sportif, exercices... on part pour une vie à s'auto-prendre en charge.

O : D'accord. Et utilisez-vous des techniques pour que les patients se défocalisent de cette douleur ? Pour essayer de leur faire oublier ça.

Audrey : Oui j'essaie de leur demander comment s'est passée la semaine. La première question ne va pas être « est ce que vous avez mal ? », mais plutôt « est ce que vous avez fait vos exercices cette semaine ? ». Et puis faut essayer de faire comprendre aux gens que forcément s'ils ont plus fait certaines choses ça peut expliquer qu'ils aient plus de douleurs, on essaye de dédramatiser. Des fois ils sont un peu stressés s'ils ont été dans des centres de rééducation très branchés EVA, certains arrivent « bonjour je suis à 6 aujourd'hui », c'est un peu trop aussi. Chez certains ça sera tout bon ou tout mauvais, il

n'y aura pas de juste milieu entre j'ai mal et j'ai extrêmement mal alors qu'ils auront peut-être fait pleins de choses dans leur semaine donc c'est que ça va mieux. C'est surtout cela qui est important, il faut réussir à positiver les choses pour les gens, il faut leur dire que certes ils ont toujours l'impression d'avoir des douleurs mais finalement ils arrivent à vivre avec et à progresser donc il faut positiver les effets de leur prise en charge à ce niveau-là, des fois les patients ne voient pas tout.

O : Oui pour leur faire prendre conscience de leurs capacités, d'où ils sont partis et où ils sont arrivés maintenant.

Audrey : Exactement voilà. Après là c'est vrai que j'ai eu, depuis 1 mois-1 mois et demi, pas mal de gens lombalgiques et je pense qu'il y a énormément de fatigue au travail notamment dans le milieu soignant, je pense à une patiente qui a commencé en institut médico-éducatif et ils ne sont pas assez nombreux, on bascule sur une prise en charge de patients qui sont un petit peu au bout du rouleau à leur travail, ils viennent pour leur dos mais quand je discute avec eux j'ai l'impression qu'il y a aussi une globalité d'éléments et là il faut trouver notre place et savoir si c'est uniquement le dos ou si c'est un peu plus psychologique, la fatigue du travail qui pèse sur les gens et en même temps il faut quand même qu'ils retournent travailler donc c'est parfois compliqué.

O : D'accord. Justement vous parlez de reprise d'activité professionnelle, aussi bien pour cette reprise professionnelle ou d'activité physique, comment vous vous y prenez pour l'aborder ?

Vous me disiez que vous mettiez des exercices en place dès le début mais est-ce pareil pour tous les patients ?

Audrey : Alors tous les gens qui viennent peuvent marcher alors déjà c'est la première chose que je leur demande, ça fait partie des pré-requis, je leur dis bien que s'ils veulent continuer la prise en charge il faut qu'ils aillent marcher, au bout d'un moment ils ne peuvent pas venir chez le kiné et nous dire qu'ils n'ont rien fait le reste de la semaine. On a de la chance en plus ici pour aller marcher, on a la mer, il y a tout ce qu'il faut pour se bouger. Théoriquement, tout le monde est capable de marcher, hormis une sortie de sciatique paralysante où dans ces cas-là ça peut être plus compliqué. Je suis assez clair là-dessus, on essaye de marcher tous les jours ou au moins 3 fois/semaine, et il faut s'obliger

à le faire. Après on peut proposer du vélo aussi aux patients mais certains patients ont des problèmes d'équilibre quand ils sont sur un vélo, ce n'est pas forcément inné. Après tout dépend des envies du patient, on a aussi le lombalgique qui va nous dire qu'il aimerait bien faire de la course à pied alors qu'il n'en a jamais fait auparavant mais vu qu'on lui a dit de faire du sport il se dit qu'il va se mettre à courir et là c'est un peu trop, ce n'est pas parce qu'on a eu mal au dos qu'on va devenir un traileur de luxe non plus. Il est important de convaincre les gens d'avoir une activité physique mais qui est aussi compatible avec leur état de santé, leurs capacités physiques et leurs envies/goûts parce que certains ne sont pas tout à fait au courant de ce qu'ils peuvent faire et pas faire. On ne cherche pas à en faire des athlètes mais moi je veux juste que ce soit des gens qui prennent l'habitude d'avoir une activité physique régulière qui est bonne pour le dos, qui est bonne pour le cœur, pour l'esprit... une globalité des choses.

Souvent la question qui revient c'est « et qu'est qui est le mieux à faire ? » et au final ce qui est le mieux à faire c'est ce qu'ils vont faire. C'est peut-être mieux de faire de la natation sur le dos mais si vous ne savez pas nager sur le dos, que vous n'aimez pas la piscine et bah il faut trouver une autre activité qui plait. Il faut se caler en fonction des demandes des patients, de leurs activités antérieures, de leurs envies...

Après il y a aussi des clubs de gymnastique avec des cours le soir ou le samedi, on peut orienter les patients vers ce type d'activité, c'est un bon support pour nous. On a des bons retours des patients et on connaît la prof de gymnastique, on sait qu'elle fait attention à ce qu'elle fait alors on peut envoyer nos patients sans crainte.

O : Oui c'est vrai et au-delà du travail physique, ça permet aux gens de sortir, de voir du monde, de se changer les idées.

Audrey : Exactement, et n'importe quelle activité physique sera bénéfique dès qu'elle permet au patient de se bouger. Quand je travaillais en centre je voyais très bien, même la pétanque est considérée comme une activité physique pour certains. Il n'y a pas grand-chose à interdire dans le cadre d'une lombalgie chronique simple au contraire il faut les solliciter à faire un maximum de choses, on va essayer de trouver avec eux une routine pour aller mieux et qu'ils trouvent par eux-mêmes qu'ils vont mieux pour qu'ils puissent continuer dans cette dynamique.

O : D'accord oui, il ne faut pas non plus que ça soit contraignant dans leur quotidien pour qu'ils puissent continuer.

Audrey : Évidemment, s'ils n'aiment pas ils ne feront pas.

O : Et au niveau des réactions des patients face aux changements de comportement et à la reprise d'activité physique, comment ça se passe ? Ont-ils une appréhension à la reprise par exemple ?

Audrey : Souvent on les accompagne, on est équipé au cabinet on a un vélo, un vélo elliptique, un tapis de marche. Alors on les fait marcher d'eux même de leur côté en essayant de fixer une durée. Si ce sont vraiment des gens qui n'ont rien fait depuis des années on va y aller très progressivement en fractionnant les activités au cours de la journée. Et comme je disais, on a ce qu'il faut au cabinet alors on va pouvoir leur faire faire du vélo par exemple en guise d'échauffement de la séance. Les gens y adhèrent plutôt bien. On utilise aussi la balnéothérapie et c'est très intéressant chez les patients qui sont déconditionnés ou bien qui ont d'autres pathologies associées comme de l'arthrose aux genoux/hanches, la balnéothérapie permet de bouger tranquillement.

Après je suis assez directe avec les gens en leur faisant comprendre que s'ils ne font pas ce qu'il faut de leur côté, ça ne pourra pas marcher.

Dans l'ensemble, ça fonctionne avec les patients. D'ailleurs l'Assurance Maladie a très bien fait son travail avec sa campagne sur le fait de bouger pour ne pas avoir mal au dos, le message est intégré, la plupart des patients ont compris mais il faut leur expliquer comment mieux bouger. Ça nous a bien aidé ces campagnes.

O : Je reviens sur un élément dont vous m'avez parlé tout à l'heure, vous me disiez que vous aimiez commencer par un massage, je me demandais donc si les patients n'étaient pas dans l'attente d'un massage à chaque séance et si cela ne les rendait pas passifs.

Audrey : Alors moi je leur dis en général que ça me permet de prendre contact, de sentir sur ce qui se passe au niveau de leur dos, forcément ils aiment tous avoir un massage. Mais il faut leur faire comprendre que si on trouve des points douloureux, des contractures alors oui on fera du massage. J'essaie d'expliquer que maintenant il faut qu'il y ait une

musculature qui soit tonique et endurante, ce qui leur permettra de ne plus avoir mal au dos.

Après il y a toujours ceux qui attendent du massage mais je trouve moins maintenant quand même. Avec l'expérience aussi, on se cale un discours, je sais que les 5 premières années d'exercice je faisais beaucoup plus de massages que maintenant et quand je leur demandais de s'installer je les retrouvais toujours allongés sur la table sur le ventre prêts pour leur massage. Maintenant, je les fais rentrer et s'ils voient le ballon de klein, ils vont commencer à faire leurs exercices, mobiliser leur bassin le temps que j'arrive et ensuite on fera un point sur ce qui a été ou n'a pas été. Par contre, quand les gens décrivent un point douloureux précis je vais aller travailler dessus.

Certains patients ne seront plus sûrs de bien réaliser les exercices alors on prendra le temps de les revoir ensemble et là on sera sur une éducation à la séance de gymnastique. Quand tous les exercices sont ok alors on en rajoute d'autres.

Après ça se fait au fur et à mesure et suivant comment on les a pris en charge avant, mais on s'améliore avec le temps et on finira par ne plus les toucher... (rires), même si j'aurais du mal moi. Je trouve que c'est important d'avoir ce contact là et ça permet de poser les questions au même moment, c'est deux en un.

O : D'accord, très bien. Pour ce qui est de l'autonomisation du patient et de la fin de la prise en charge, comment vous vous y prenez ?

Audrey : Je leur donne les fiches d'exercices que j'adapte en fonction de l'évolution au cours de la prise en charge. Je leur donne des conseils pour le quotidien avec notamment l'échauffement en se réveillant le matin pour éviter de partir et de commencer la journée à froid, souvent ça leur fait beaucoup de bien. J'essaie de leur faire comprendre d'au moins garder ce temps-là le matin parce que j'ai bien conscience qu'une journée de travail ça passe vite et que le soir quand on rentre à la maison il y a d'autres choses à faire. Après j'essaie de faire en sorte qu'ils se calent 2 fois par semaine un créneau de 20 minutes de gymnastique avec aussi de la marche ou du vélo. Après c'est compliqué de donner un programme fixe et précis avec une vie de famille, de travail à côté. Je préfère leur dire que c'est à eux de voir en fonction de ce qu'ils ressentent, qu'il ne faut pas surcharger, qu'il faut faire un mix d'assouplissement et de renforcement. Il ne faut pas que ça devienne une contrainte il faut trouver un équilibre et on essaye de s'adapter au cas par cas. Par exemple là j'ai un monsieur qui est à l'hôtel toute la semaine alors j'ai essayé de

lui trouver des exercices qu'il peut faire dans sa chambre d'hôtel, il faut aussi s'adapter à ce type d'éléments. Il faut promouvoir des petits exercices à faire, de façon régulière, de 10-15 minutes, dans n'importe quel lieu et n'importe quelle tenue. C'est difficile de codifier clairement les choses parce que si on ne donne pas assez ça ne sera pas suffisant et si on donne trop alors ça ne sera pas fait parce qu'ils n'auront pas le temps. Alors il faut réussir, et c'est tout le travail parfois quand les gens sont en arrêt, à trouver un rythme et au moment de la reprise garder la moitié de ce rythme-là comme ça ça passe.

O : Oui l'enjeu c'est surtout qu'ils aient les clés pour se gérer en cas d'épisodes plus douloureux.

Audrey : Voilà et j'essaye de faire en sorte qu'ils se rendent compte des bénéfices des exercices sur leur corps notamment lorsqu'ils arrêtent leur auto-prise en charge qu'ils comprennent que le fait d'avoir arrêté les exercices leur fait ressentir certaines douleurs par exemple. C'est de trouver toutes les habitudes du quotidien où on peut faire un peu d'exercices. Moi je suis adepte du ballon de klein alors je propose aux patients de l'utiliser comme chaise de bureau, ce qui leur permet de faire un peu d'exercices tranquillement en travaillant en parallèle. Il faut jauger tout ça après c'est compliqué parce que la lombalgie chronique elle intéresse toutes les populations. Il n'y a pas de recette miracle. Parfois quand on les recroise c'est à vélo et ils sont contents de nous dire que maintenant ils font du vélo tous les weekends et là je me dis que c'est bon on a gagné et on voit que ça leur fait plaisir.

Donc oui c'est leur donner les clés pour qu'ils se créent leur programme qui leur va bien, qui n'empiète pas sur leur quotidien et qu'ils font avec plaisir.

O : D'accord très bien. Pour ma part, j'en ai fini avec mes questions, je vous remercie pour votre participation.

ANNEXE IV : Tableau d'analyse des entretiens

Thèmes	Citation	Analyse
Le bilan	« ... »	
Une prise en charge singulière	« ... »	
La prise en compte de la douleur	« ... »	
L'implication du patient et son autonomisation	« ... »	
La relation patient-kiné	« ... »	
L'activité physique au cœur de la prise en charge	« ... »	

LOUSSAUT ORLANE

LA PRISE EN CHARGE BIOPSYCHOSOCIALE DES PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES

Different biological, psychological and social factors need to be taken into account and addressed in the management of chronic low back pain to provide effective care. In reality, treatments often focus on the physical cause and this is not enough to stop chronic low back pain. The objective of this thesis is to define the biopsychosocial means used by physiotherapists to optimize the treatment of chronic low back pain patients.

This qualitative study was carried out by semi-directive interviews with seven physiotherapists practising in rehabilitation centers or in private practice in Finistère.

The means used by the physiotherapists were the definition of objectives adapted to the patient during the assessment, pain education, defocusing, resumption of physical activity, revalorisation, involvement and empowerment of the patient. The patient-physiotherapist relationship was mentioned by all the physiotherapists as having a major impact on management.

Taking these elements into consideration allows to deliver a global treatment by including all the factors involved in chronic low back pain. This approach puts the patient at the center of his care, makes him independent and responsible for the behavior to be adopted to get better. It is therefore important to adopt such an approach to effectively treat chronic low back pain and prevent recurrence because of its social and economic impact.

Key words : Physiotherapy - Chronic low back pain - Biopsychosocial approach

Dans la prise en charge de la lombalgie chronique, différents facteurs biologiques, psychologiques et sociaux doivent être pris en compte et abordés pour fournir des soins efficaces. En réalité, les traitements sont souvent axés sur la cause physique, ce qui ne suffit pas à mettre fin à l'affection. L'objectif de cette mémoire est de définir les moyens biopsychosociaux utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes permettant d'optimiser la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Cette étude qualitative a été réalisée par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs auprès de sept masseurs-kinésithérapeutes exerçant en centre de rééducation ou en cabinet libéral dans le Finistère.

Les moyens utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes sont la définition d'objectifs adaptés au patient lors du bilan, l'éducation à la douleur, la défocalisation de la douleur, la reprise d'activité physique, la revalorisation, l'autonomisation et l'implication du patient. La relation patient-masseur-kinésithérapeute a été mentionnée par l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes comme ayant un impact majeur dans la prise en charge.

La prise en considération de ces moyens permet de délivrer une prise en charge globale en incluant tous les facteurs impliqués dans la lombalgie chronique. Cette approche met le patient au centre de sa prise en charge, le rend autonome et le responsabilise sur le comportement à adopter pour aller mieux. Il apparaît donc important d'adopter une telle approche pour traiter efficacement la lombalgie chronique et empêcher la récurrence en raison de son impact social et économique.

Mots clés : Kinésithérapie – Lombalgie chronique – Approche biopsychosociale

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE :
22 avenue Camille Desmoulins 29238 BREST CEDEX 3
TRAVAIL D'ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES : 2018 – 2022