



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation
et Réadaptation

Pays de la Loire.

54, rue de la Baugerie 44230 SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE

Enquête sur la reprise d'activité physique
chez les patients lombalgiques chroniques
après leur retour à domicile

Victor Auberville

Travail Ecrit de Fin d'Etudes
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-
Kinésithérapeute

Année scolaire : 2014-2015

Résumé/Abstract

Il est recommandé aux patients lombalgiques chroniques de pratiquer une activité physique régulière après leur sortie du centre de rééducation. Comment les patients reprennent-ils cette activité ? Quels obstacles rencontrent-ils ? Comment organisent-ils leur autogestion ? Nous avons réalisé une enquête téléphonique auprès de patients lombalgiques chroniques trois mois après leur sortie du centre de rééducation. De cette étude il ressort que les patients reprennent facilement une activité physique régulière. Cependant, une grande stabilité d'organisation leur est nécessaire. Cela entraîne un manque de progressivité dans leur pratique au cours du temps. L'obstacle majeur à la continuité de la réalisation de leur activité physique est la reprise du travail qui engendre une modification importante d'organisation.

It is recommended for chronic low back pain patients to practice regular physical activity after their release from rehabilitation centers. How do patients resume activity ? What obstacles do they face ? How did they organise their self-management ? We did a telephone survey of chronic low back pain three months after their discharge from the rehabilitation center. This study shows that patients easily resume regular physical activity. However, a large organizational stability is required. This causes a lack of progressiveness in their practice short time. The major obstacle to the continuity of the realization of their physical activity is the resumption of work which generates a significant change of organization.

Mots clés/key words

- Lombalgie chronique
- Activité physique
- Autogestion

- Chronic low back pain
- Physical activity
- Self-management

Sommaire

1	Introduction	1
2	Physiopathologie de la hernie discale	2
3	Le cercle vicieux.....	4
4	Activité physique et lombalgie	5
5	Les déterminants de l'observance.....	5
6	Changer nos comportements	6
7	Modalités de prise en charge au centre de rééducation.....	7
8	Questionnement initial et problématique	12
9	Matériel et méthode	13
9.1	Détermination des patients participants à l'enquête	13
9.2	Elaboration globale du questionnaire	14
9.3	Elaboration des questions	15
9.4	Explication des entretiens téléphoniques	19
9.5	Résultats	20
10	Discussion	25
10.1	Analyse des résultats	25
10.2	Propositions de facilitation.....	27
10.3	Critique de la méthode employée	29
11	Conclusion.....	30

1 Introduction

En France, ainsi que dans tous les pays développés, la lombalgie est un problème de santé publique. En effet, sa prévalence est de 35%. Elle atteint donc plus d'un adulte sur trois. Les lombalgies communes représentent 6 millions de consultations chaque année. Elles constituent 4,4% des consultations des médecins généralistes et 25% des patients consultant un rhumatologue. De plus, c'est la troisième cause d'invalidité en France (1). Les femmes sont davantage concernées par la lombalgie que les hommes (2).

Selon la Haute Autorité de Santé, les lombalgies communes peuvent être divisées en trois catégories distinctes :

- Les lombalgies aiguës qui concernent les lombalgies ayant une évolution inférieure à 4 semaines.
- Les lombalgies sub-aiguës qui évoluent entre 4 et 12 semaines.
- Les lombalgies chroniques si leur évolution est supérieure à 12 semaines.

J'ai effectué un stage au centre de rééducation Maubreuil & Tourmaline dans lequel j'ai pris en charge des patients lombalgiques chroniques. Pour la majorité la chronicité de leur pathologie datait de plusieurs années.

Durant leur séjour au centre de rééducation nous leur faisons prendre conscience que la douleur sera toujours présente. A la fin de la rééducation la douleur n'aura pas disparu intégralement mais ils pourront la gérer d'une meilleure façon. Il est important qu'ils comprennent que la douleur ne doit pas les amener à supprimer ou à réduire leurs activités. Au centre de rééducation les patients admettent facilement cela. Ils s'aperçoivent rapidement que l'activité n'est pas délétère contrairement aux croyances qu'ils pouvaient avoir en arrivant. Cependant, nous leur expliquons aussi que pour ne pas perdre le gain acquis pendant les séances de rééducation et améliorer leurs compétences il faudra continuer les exercices d'entretien par la suite. Ils devront aussi pratiquer une activité physique régulière pour garder une bonne capacité physique globale. Ils doivent donc devenir acteurs de leur rééducation. Cela inquiète certains patients. Ils ne s'estiment pas capable de prolonger les exercices dans le temps. En effet, ceci représente pour eux une modification conséquente de leurs habitudes de vie. La plupart des patients ont arrêté de pratiquer une activité physique depuis plusieurs années à cause de la douleur. Au centre de rééducation ils sont encadrés par les soignants et encouragés par les autres patients qui

comprennent parfaitement ce qu'ils ressentent. Après leur sortie ils ne bénéficient plus de cet accompagnement et se retrouvent seuls face à leurs douleurs.

A leur retour à domicile, les patients s'inscrivent-ils dans une démarche de reprise d'activité physique ?

2 Physiopathologie de la hernie discale

La lombalgie est un symptôme et pas une pathologie. Par conséquent, elle peut avoir plusieurs étiologies. Les douleurs peuvent être d'origine musculaire, ligamentaire, osseuse, articulaire, discale. Les patients participants à l'étude ont pour la grande majorité des douleurs d'origine discale (discopathie, hernie discale ou lomboradiculalgie).

Le disque intervertébral est soumis à de nombreuses contraintes. En position debout, il est en permanence soumis à des contraintes en compression. C'est au niveau lombaire qu'elles sont les plus importantes. En effet, ce niveau doit supporter l'ensemble du poids de la tête, des membres supérieurs et de la partie supérieure du tronc. La lordose lombaire permet d'augmenter la résistance aux compressions axiales. De plus, le rachis lombaire est au centre de l'abdomen pour diminuer ces contraintes.

Cependant, le rachis lombaire n'est pas uniquement soumis au poids de la partie supérieure du corps. En effet, lors des efforts de redressement ou de port de charge, le poids auquel les disques intervertébraux sont soumis augmente considérablement. Le risque est alors de dépasser leur limite de résistance aux efforts notamment chez le sujet âgé. Effectivement, à partir de 25 ans, les disques intervertébraux commencent à dégénérer et des déchirures intrafasciculaires peuvent apparaître. De ce fait, avant 40 ans les disques intervertébraux peuvent supporter des charges de plus de 800 kg alors qu'avec l'âge les disques ne peuvent plus supporter des charges supérieures à 450 kg. (3)

Les disques intervertébraux étant sur-sollicités, les déchirures intrafasciculaires s'agrandissent jusqu'à la partie périphérique du disque qui est innervée. Des douleurs surviennent alors. C'est pourquoi il est important de diminuer les contraintes s'exerçant sur les disques lors de ces efforts.

Les muscles de la paroi abdominale ont pour fonction de diminuer les contraintes s'exerçant sur les disques intervertébraux notamment lors des efforts importants

comme le port de charges ou les efforts de redressement. Il existe trois couches musculaires au niveau abdominal. La couche la plus profonde est constituée du transverse de l'abdomen. Ses fibres sont horizontales. Il ceinture transversalement la cavité abdominale.

Au niveau de la couche intermédiaire, nous trouvons deux groupes musculaires : les obliques internes et les obliques externes. Les fibres des obliques internes sont orientées vers le bas, le dehors et l'arrière tandis que celles des obliques externes sont dirigées vers le bas, le dedans et l'avant.

La couche la plus superficielle est constituée par le groupe musculaire des grands droits. Leurs fibres ont une direction verticale.

L'orientation différente des fibres musculaires de ces différents muscles entraîne la formation d'un corset naturel. Ce corset permet une bonne répartition de la pression abdominale. Il est important d'avoir une répartition de cette pression convenable lors des efforts de port de charge ou de redressement car elle permet de maintenir la lordose lombaire en position physiologique durant la durée de ces actions. De ce fait, les contraintes s'exerçant sur les disques intervertébraux sont diminuées.

La position « penchée en avant » est une position très contraignante pour les disques intervertébraux au niveau lombaire. En effet, dans cette position les contraintes exercées sur le disque sont 2,2 fois plus forte qu'en position debout (4). Assis en position de délordose le disque intervertébral L4-L5 doit supporter 2 fois le poids du corps (5). De ce fait, la répétition de ces mouvements entraîne leur usure prématurée. Ces deux positions sont cependant utilisées quotidiennement dans les pays industrialisés.

Lorsque nous nous penchons ou sommes assis en délordose, les fibres postérieures de ces disques sont étirées et le nucleus pulposus est projeté vers l'arrière. Si des fissures intrafasciculaires existent, une partie du nucleus pulposus passe à travers elles. Elle vient au contact des fibres innervées périphériques de l'annulus fibrosus. Des douleurs lombaires surviennent (5). C'est une hernie discale. Ce fragment de nucleus pulposus peut aussi venir irriter une racine nerveuse. Dans ce cas, des douleurs irradiant dans le membre inférieur apparaissent. C'est une lomboradiculalgie. Il est donc important de ne pas reproduire ce mouvement de nombreuses fois.

Le plus souvent, nous nous penchons en avant pour atteindre un objet au sol. En effet, la flexion antérieure du tronc sur les hanches permet la diminution de la distance main-sol ce qui nous autorise alors à attraper l'objet qui s'y trouve. Pour réduire cette distance sans augmenter les contraintes au niveau discal, nous pouvons utiliser une autre stratégie. En effet, il est possible d'atteindre le sol en fléchissant les hanches et les genoux tout en gardant la colonne vertébrale en position physiologique. Lorsque nous utilisons cette deuxième stratégie, les muscles grands fessiers et les quadriceps travaillent en excentrique pour contrôler le mouvement. Pour la réaliser, il est donc nécessaire que ces deux groupes musculaires soient puissants.

3 Le cercle vicieux

Dans la population générale, une grande majorité des personnes a déjà ressenti une douleur lombaire aiguë persistant durant plusieurs jours. Cependant, cette douleur ne devient pas obligatoirement chronique. En effet, seules 6 à 8% évoluent vers la chronicité (6).

En effet, la douleur lombaire chronique repose sur un cercle vicieux.

Le point de départ de ce cercle est une douleur aiguë qui peut avoir de nombreuses étiologies. Du fait de la douleur, le patient commence à craindre les mouvements lombo-pelviens. Une kinésiophobie s'installe. Il rigidifie son bassin et ses muscles spinaux. De ce fait, des contractures et des raideurs musculaires apparaissent. De plus, la peur du mouvement et de la douleur entraîne des attitudes d'évitement et une diminution des activités physiques (7). Cela engendre une perte de force des abdominaux qui ne jouent plus leur rôle de répartition de la pression abdominale et de maintien du rachis. Tout cela entretient la douleur lombaire.

Le patient diminue alors davantage ses activités. Il ne travaille plus et réduit fortement ses activités sociales.

Par la suite, le fait d'être resté inactif amène un déconditionnement à l'effort. La moindre activité est fatigante et douloureuse.

A ce moment, la reprise d'activité physique devient difficile et le patient reste enfermé dans ce cercle vicieux.

4 Activité physique et lombalgie

L'activité physique est préconisée dans les recommandations françaises et internationales (8). Elle permet la diminution des douleurs et réduit l'incapacité fonctionnelle (9). Cependant, nous ne connaissons pas les mécanismes qui entraînent ces effets. Des études disent qu'ils sont liés à une production d'endorphine, à une diminution des adhérences du tissu conjonctif tandis que d'autres expliquent que c'est simplement le reconditionnement physique qui engendre des bénéfices (10) (11).

Selon l'OMS (12), il est recommandé pour tous les adultes de 18 à 64 ans de pratiquer 150 minutes d'activité d'endurance à intensité modérée ou 75 minutes d'activité d'endurance à intensité soutenue par semaine. Cette activité d'endurance devra être réalisée par période d'au moins 10 minutes. L'OMS recommande d'apporter une progression en augmentant la durée de l'activité d'endurance afin de maintenir les bénéfices. De plus, l'OMS recommande de pratiquer des exercices de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine.

Cependant, quelles activités physiques peuvent être pratiquées par les patients lombalgiques chroniques ?

Ils peuvent réaliser la plupart des activités aérobies ainsi que des exercices contre résistances. La natation est une activité intéressante. En effet, dans l'eau les contraintes s'exerçant sur les disques intervertébraux sont diminuées. De plus, alterner les différentes nages permet de varier les positions du rachis lombaire. Cependant, la nage-papillon est à limiter. La marche est aussi une activité peu délétère. Il semblerait qu'elle améliore la nutrition du disque intervertébral (13).

Néanmoins, les effets bénéfiques de l'activité physique seraient davantage visibles chez les femmes (10).

5 Les déterminants de l'observance

D'après Haynes « l'observance est le degré de concordance entre le comportement des patients, en terme de suivi de médicaments, de suivi de régime ou de changement de mode de vie, et les recommandations médicales ou en terme de santé. » (14) Le simple fait de demander à un patient de modifier son comportement n'est pas suffisant pour que ce changement se mette en place. L'OMS signale que seulement 50% des patients sont observants dans les pays développés (15). Les patients lombalgiques ont une meilleure gestion de leur douleur lorsqu'ils sont

observants. Il est donc important de la faciliter. Pour cela il est en partie nécessaire de comprendre les freins de l'observance. Qu'est-ce qui détermine une bonne observance ?

Tout d'abord il y a des facteurs intrinsèques aux patients. En effet leurs émotions et leurs ressentis ont de l'importance. Ont-ils peur de réaliser une activité physique ? Se sentent-ils capable de faire des exercices d'entretien sans la présence de leur masseur-kinésithérapeute ? Leurs connaissances sur leur lombalgie sont aussi intéressantes et surtout leurs « fausses » connaissances. Les croyances sont des freins importants à l'observance. Par exemple, certains patients peuvent penser que leur dos étant fragile l'activité physique risque de l'endommager davantage. Leurs capacités physiques antérieures jouent aussi un rôle. Etaient-ils sportifs avant d'avoir des douleurs lombaires ? Pour finir, leur personnalité est à prendre en considération. Ont-ils tendance à compter simplement sur le système médical pour les soigner ou désirent-ils être acteur de leur prise en charge ?

D'autre part, il y a des facteurs extrinsèques aux patients. Nous trouvons des facteurs socio-économiques comme le travail. C'est une activité qui joue un rôle important dans la vie de tout individu. Il faut prendre en compte son aspect physique mais aussi psychologique qui peut constituer un frein majeur à l'observance. Sa famille peut aussi constituer un obstacle. En effet, le patient peut avoir un contexte familial difficile. Ses proches ont eux aussi des peurs et des croyances sur la pathologie, qu'ils peuvent transmettre au patient. Comme la lombalgie ne se voit pas du monde extérieur, il est aussi possible que certains patients se sentent incompris par leur entourage. Pour terminer nous trouvons aussi des facteurs liés au système de soins. Effectivement la relation entre le soignant et le soigné est importante. Il doit y avoir un rapport de confiance entre les deux. En cas d'absence, il est possible que le patient ne soit pas observant. En outre, il est nécessaire de clarifier les objectifs. Il faut que le patient comprenne pourquoi il doit faire une activité physique et des exercices d'entretien (14). Durant notre prise en charge, nous pouvons chercher à agir sur ces déterminants pour favoriser l'observance future.

6 Changer nos comportements

Il est difficile de changer nos habitudes de vie. Changer d'habitudes nécessite du temps, de la considération et de la motivation. Il faut intervenir des variables

individuelles, familiales et sociales. Prochaska et DiClemente ont décrit le processus de changement comportemental (16). Ce modèle comporte 6 étapes.

- L'étape de pré-intention : quand le patient se trouve à cette étape, il n'a aucune intention de changer son comportement. Il n'a pas conscience qu'il y a un problème.
- L'étape d'intention : durant cette étape le patient a pris conscience qu'il y a un problème. Il pense à modifier son comportement.
- L'étape de préparation : à ce stade le patient planifie son changement de comportement et se rend compte que ce sera difficile.
- L'étape d'action : le patient a modifié son comportement et se trouve confronté aux difficultés.
- L'étape de maintien : le patient a modifié ses habitudes comportementales sur le long terme.

Même si le patient atteint le stade de maintien le risque de rechute est toujours possible. Nous pouvons agir aux différentes étapes du changement des habitudes comportementales (10). En effet, au stade de pré-intention nous pouvons faire percevoir les risques de l'inactivité pour que le patient prenne conscience du problème. Au stade d'intention nous pouvons augmenter l'estime du patient en le valorisant afin qu'il se sente capable de changer. Enfin, au stade d'action nous pouvons l'accompagner et lui proposer des stratégies de prévention contre les rechutes.

7 Modalités de prise en charge au centre de rééducation

Au centre de rééducation Maubreuil & Tourmaline, les patients lombalgiques restent pour la plupart 4 semaines. Ils sont principalement pris en charge en hospitalisation à temps complet.

Les patients ont une séance de kinésithérapie par jour. Cette séance dure une heure.

La prise en charge décrite ci-dessous est une prise en charge type. En pratique les prises en charge diffèrent car elles sont adaptées aux patients.

Néanmoins, les patients qui ont participé à l'étude ont tous reçu des prises en charge comparables.

La première séance est consacrée au bilan diagnostique kinésithérapique.

Durant la séance consacrée au bilan nous recherchons les informations suivantes :

- Patient :
 - Son âge
 - Sa profession
 - Ses loisirs
 - Ses attentes
 - Ses antécédents
- Evaluation de la douleur
 - Type
 - Intensité
 - Localisation
 - Irradiations
 - Facteurs augmentant la douleur
 - Facteur diminuant la douleur
- Bilan morphostatique
- Bilan morphodynamique
- Bilan palpatoire
- Bilan articulaire
 - Mesure la flexion lombaire (Test de Shober) (17)
 - Mesure l'extension lombaire (Test de Shober inversé)
 - Mesure des inclinaisons
 - Mesure des rotations
 - Distance doigt-sol (18)
- Bilan musculaire
 - Force
 - Abdominaux (test d'Ito Shirado) (17)
 - Spinaux (test de Sorensen) (19)
 - Quadriceps (test de Killy) (19)
 - Hypoextensibilité
 - Des ischio-jambiers
 - Des quadriceps
 - Du piriforme
 - Du triceps sural

- De l'ilio-psoas
- Endurance globale
- Bilan de la proprioception
- Bilan fonctionnel

Lors de cette séance les objectifs de prise en charge sont déterminés.

Nous retrouvons souvent :

- Lutte contre la douleur
- Récupération des mobilités lombo-pelviennes
- Renforcement des muscles lombo-pelviens et des abdominaux
- Reconditionnement à l'effort
- Education du patient à l'hygiène rachidienne
- Rendre le patient actif

Ces objectifs sont hiérarchisés en fonction du bilan.

Les principes de prise en charge sont :

- Respecter une progressivité dans les exercices
- Respecter la douleur

Nous utilisons les techniques antalgiques seulement les jours où les patients sont très douloureux. L'objectif est de permettre aux patients d'être actifs malgré les douleurs. Lorsque nous effectuons des techniques antalgiques telles que le massage ou le TENS le patient est passif. Ce qui va à l'encontre de notre objectif principal.

Exercices de renforcement musculaire :

- Des abdominaux

Nous commençons par des exercices par irradiations à partir des membres supérieurs. Puis rapidement nous passons à des exercices de renforcement analytique. Nous préférons demander des exercices statiques, tel que le gainage, car ils sont moins contraignants pour le rachis lombaire comparés aux exercices dynamiques. Au fur et à mesure des séances, le nombre de séries et la durée de chaque exercice sont augmentés. De plus pour travailler plus spécifiquement le transverse de l'abdomen nous faisons faire au patient des exercices hypopressifs.

- Des spinaux

Ces exercices sont réalisés suivant les mêmes modalités que pour les exercices de renforcement des abdominaux. Nous commençons par des exercices par irradiations

puis nous demandons des exercices de renforcement en statique car moins contraignants.

- Du quadriceps

Le renforcement des quadriceps permet d'économiser la région lombaire (20). Les patients lombalgiques la sollicitent beaucoup lors du ramassage d'objet au sol, du port de charge ou du relevé de la station assise. De ce fait, il est difficile pour eux de s'accroupir pour atteindre le sol car leurs quadriceps n'ont pas suffisamment de force pour travailler en excentrique. Au début de la rééducation, nous commençons par des exercices en décharge à l'aide de poids. Puis rapidement, en progression, nous passons à des exercices en charge soit en dynamique à l'aide d'outils comme un ballon de Klein soit en statique avec l'exercice de la chaise par exemple.

Exercices à visée proprioceptive :

A cause de la douleur et de la kinésiophobie qu'elle engendre, les patients ont tendance à verrouiller en permanence leur région lombaire. Pour leur permettre l'utilisation de leur mobilité lombo-pelvienne, nous leur proposons des exercices de proprioception. Nous commençons, en décubitus dorsal, à leur faire prendre conscience des mouvements d'antéversion et de rétroversion de bassin. Une fois les mouvements acquis dans cette position, nous demandons au patient de réaliser le même mouvement en position quatre pattes. La consigne donnée alors au patient est de faire le dos rond et le dos plat. Ensuite, nous installons le patient en position assise sur un ballon de Klein. Nous pouvons alors ajouter, en plus des mouvements d'antéversion et de rétroversion de bassin, les mouvements d'inclinaisons latérales. Pour terminer, nous demandons au patient de réaliser les mouvements d'antéversion et de rétroversion de bassin debout. Nous avons la possibilité d'utiliser un miroir pour aider le patient à exécuter les exercices. De plus, il peut être intéressant de placer les mains du patient au niveau de ses crêtes iliaques pendant la réalisation du mouvement car cela lui permet de ressentir plus facilement ce mouvement.

Étirements musculaires :

Du fait de la sous-utilisation de la mobilité lombo-pelvienne pour certains patients, il existe des rétractions au niveau des muscles du bassin. Pour donner à nouveau de la mobilité dans cette région, nous demandons aux patients de réaliser des étirements musculaires. Tout d'abord, nous étirons les muscles de la chaîne post

c'est-à-dire les spinaux, les ischio-jambiers et le triceps sural. Puis, nous étirons les quadriceps pour permettre une meilleure flexion de genou et limiter l'antéversion de bassin engendrée par le droit fémoral. Nous demandons aussi un étirement du piriforme et du groupe musculaire des adducteurs de hanche pour redonner de la mobilité au niveau de cette articulation. Pour finir, nous étirons les ilio-psoas qui, rétractés, entraînent une hyperlordose lombaire lorsque le patient est debout.

Reconditionnement à l'effort :

Pour permettre aux patients de se reconditionner à l'effort, nous leur demandons de faire du vélo. La première fois, nous leur demandons de pédaler pendant 10 minutes et à résistance faible choisie avec le patient. Une fois les 10 minutes écoulées nous évaluons si nous pouvons augmenter la difficulté de l'exercice en fonction du ressenti du patient, de la dyspnée, de la transpiration et de sa couleur. Si nous estimons que le patient est en capacité d'augmenter la difficulté de l'exercice d'endurance, nous lui demandons de pédaler 5 minutes de plus la prochaine séance. Au fur et à mesure des séances, les patients augmentent la durée de pédalage puis la résistance.

Avec un APA les patients ont aussi la possibilité de faire de la marche nordique. Cela leur permet aussi de découvrir cette activité appréciable dans le but de leur donner envie de continuer par la suite.

Hygiène du rachis :

Au centre de rééducation l'apprentissage de l'hygiène du rachis est travaillé en séance d'ergothérapie. Les ergothérapeutes réalisent cet apprentissage au moyen d'exercices fonctionnels. En effet, les patients doivent déplacer des caisses contenant des charges plus ou moins lourdes. Des exercices de ramassage d'objet au sol leur sont proposés. Pour les mettre en situation de faire les courses au supermarché, un caddie est utilisé. Ils doivent emplir et vider ce caddie en balançant une jambe en arrière pour atteindre les objets.

Le livret d'information :

Les patients lombalgiques chroniques reçoivent pour consigne, dès le début de leur rééducation, de continuer l'activité physique après leur sortie du centre. Pour les aider, un livret d'information leur est confié durant leur dernière semaine de rééducation. Ce livret contient au début les objectifs des exercices d'entretien, des

recommandations concernant ces exercices, des conseils d'hygiène de vie et des données anatomiques sur la colonne vertébrale et les muscles. Puis il montre par des photos des exercices de détente, de mobilisation, de renforcement musculaire et d'étirement. Pour finir, il décrit des exercices nécessitant un ballon de Klein pour les patients qui en possèdent un. Les patients ne doivent pas réaliser tous les exercices. Au moment où le masseur-kinésithérapeute lui donne le livret, il explique au patient les exercices qui lui sont adaptés. Ce moment de remise du livret est un temps d'échange. Le masseur-kinésithérapeute explique les exercices et regarde si le patient a bien compris. Le livret n'est pas remis le dernier jour pour que le patient ait le temps de le lire et puisse poser des questions.

8 Questionnement initial et problématique

Durant mon stage, j'ai interrogé l'équipe pluridisciplinaire pour connaître son avis sur la continuité des exercices d'entretien par les patients après leur sortie du centre de rééducation. De mes conversations, j'ai compris qu'elle pensait que quelques temps après leur sortie la majorité des patients avait arrêté de réaliser régulièrement les exercices d'entretien. Néanmoins, j'ai aussi appris qu'elle s'imaginait que les patients reprenaient une activité physique régulière facilement en s'inscrivant dans des clubs de sport adaptés ou en pratiquant une activité qu'ils aiment.

Cependant, nous n'avons aucune certitude sur la véracité de ces propos. Aucun suivi kinésithérapique n'est effectué. Il n'y a pas de consultation à distance. Après leur sortie, nous ne savons donc pas si les patients appliquent les conseils reçus au centre de rééducation en matière d'activité physique. Nous ne connaissons pas non plus les difficultés qu'ils rencontrent pour les mettre en application.

Je me suis alors posé les questions suivantes:

- Les patients réalisent-ils des exercices d'entretien après leur sortie du centre de rééducation ?
- Reprennent-ils une activité physique ?
- Arrivent-ils à maintenir ces activités dans le temps ?
- Augmentent-ils progressivement la difficulté de leurs exercices ?
- Quels obstacles rencontrent-ils ?
- Ont-ils bien intégré l'importance de la poursuite de l'activité physique ?

Problématique : La prise en charge proposée au centre de rééducation Maubreuil & Tourmaline inscrit-elle les patients dans une démarche pérenne de reprise d'activité, permettant de maintenir sur le long terme, après leur retour à domicile, les bénéfices de la rééducation ?

9 Matériel et méthode

Cette étude va permettre d'évaluer si les patients lombalgiques chroniques qui sortent du centre de rééducation Maubreuil & Tourmaline arrivent à appliquer les conseils en matière d'activité physique.

Hypothèses :

- Les patients ont des difficultés à réaliser un planning d'exercices d'entretien
- Les patients n'augmentent pas la difficulté des exercices
- Après trois mois, la majorité de patients ne pratiquent plus d'activité physique

J'ai souhaité étudier la reprise d'activité physique chez des patients lombalgiques chroniques désirant retourner au travail et n'ayant pas d'autres pathologies associées.

9.1 Détermination des patients participants à l'enquête

C'est au cours de mon stage au centre de rééducation que j'ai décidé de réaliser cette enquête, après avoir expliqué ma démarche au Cadre de rééducation et obtenu l'autorisation du Centre de pouvoir mettre en place cette étude.

Pour les besoins de l'étude, je devais disposer des coordonnées de patients lombalgiques chroniques présents dans le centre de rééducation. J'ai alors personnellement demandé à des patients, que je prenais en charge ou non, leurs coordonnées téléphoniques et leur adresse mail. Durant cet entretien, je leur expliquais ma démarche. De plus, je recherchais à obtenir leur autorisation pour les appeler ou leur envoyer le questionnaire par mail. A la fin de mon stage, 29 patients m'avaient donné leur numéro de téléphone et leur adresse mail.

Après avoir collecté les coordonnées des patients, j'ai regardé leur dossier pour avoir davantage d'informations sur eux. En regardant ces dossiers je cherchais à savoir :

- Leur âge
- Leur profession
- Leur situation familiale

- Leur rapport antérieur avec l'activité physique

Je prenais en note ces informations à coté de leur numéro de téléphone et leur adresse mail.

Ont été retirés de l'enquête les patients retraités ainsi que ceux présentant une pathologie associée. Deux patients ont ainsi été exclus de l'enquête.

C'est à la suite de mon stage que j'ai décidé de réaliser mon enquête par téléphone et non par l'intermédiaire de mails. En effet, je pense que cette méthode m'a permis d'optimiser le nombre de réponse au questionnaire et de réunir davantage d'informations. L'utilisation de l'informatique peut être difficile pour certaines personnes. De plus, par téléphone les patients pouvaient s'exprimer plus facilement et plus librement.

9.2 Elaboration globale du questionnaire

J'ai ensuite élaboré mon questionnaire. Pour le construire, je me suis basé sur plusieurs questions principales auxquelles je désirais répondre :

- Les patients reprennent-ils une activité physique régulière ?
- Maintiennent-ils cette activité physique dans le temps ?
- Augmentent-ils l'intensité des exercices ?
- Quelles difficultés rencontrent-ils ?
- Les patients y trouvent-ils des bénéfices ?
- Ont-ils un suivi kinésithérapique après leur sortie ?

Pour permettre aux patients de répondre plus facilement j'ai réalisé un questionnaire semi-fermé.

Durant la conception de mon questionnaire, j'ai essayé de synthétiser les questions afin de réduire au maximum la durée des entretiens téléphoniques. En effet, avoir un questionnaire trop long aurait réduit le nombre de personnes acceptant de prendre le temps d'y répondre. De plus, j'ai organisé les questions de façon à ce que les réponses des premières questions n'induisent pas de réponses pour les questions suivantes.

9.3 Elaboration des questions

1. Avant votre arrivée au centre de rééducation aviez-vous peur de faire des activités physiques ?

Les peurs, les craintes et les attitudes d'évitement sont des facteurs de passage à la chronicité. L'une des premières étapes vers le chemin de la guérison est de supprimer ces peurs. C'est l'un des objectifs de leur séjour au centre de rééducation. La première question permet d'évaluer le nombre de patients qui avaient de l'appréhension vis-à-vis de l'activité physique avant d'arriver en rééducation.

L'évolution de ces craintes sera évaluée dans les prochaines questions.

2. Avez-vous gardé le livret que vous avez reçu à votre sortie du centre de rééducation ?

3. Aviez-vous compris les recommandations présentes dans le livret ?

Les patients reçoivent un livret d'information durant leur dernière semaine de rééducation. Le fait de garder ce livret est une preuve qu'ils ne sont pas opposés à l'idée de réaliser des séances d'exercices d'entretien régulièrement. La deuxième question évalue si les patients sont intéressés par les informations contenues dans ce livret. De plus, pour que les patients puissent l'utiliser correctement, il est nécessaire de savoir si les informations qu'il contient sont claires pour les patients. Cela est évalué par la troisième question. Les informations transmises par le livret doivent être parfaitement comprises pour que les patients, une fois à domicile, réalisent les exercices sans risque d'être néfastes pour leur région lombaire.

4. Avant votre sortie aviez-vous réfléchi à un programme pour organiser vos séances d'exercices d'entretien ?

Il est parfois difficile pour les patients d'intégrer des séances d'exercices d'entretien dans leur emploi du temps. En effet, il est compliqué de changer nos habitudes de vie. Selon le modèle de changement de nos comportements de Prochaska, écrire un planning montre que nous sommes à l'étape de préparation. Si nous y pensons simplement, nous ne sommes alors qu'à l'étape d'intention. Nous suivons plus facilement un planning écrit. En effet, il symbolise un contrat que nous signons avec nous-mêmes. La quatrième question permet de savoir à quel stade du changement sont les patients. Une fois à domicile, ils devront passer au stade d'action. Le centre conseille aux patients d'écrire un planning mais ce n'est pas obligatoire.

Les questions 5 à 10 portent sur les exercices d'entretien.

5. Dans les semaines qui ont suivi votre sortie du centre de rééducation, à quelle fréquence réalisiez-vous vos exercices d'entretien ? Si le patient répondait qu'il ne faisait aucun exercice, nous lui en demandions la raison.
6. Combien de temps duraient ces séances ?
7. Aujourd'hui avez-vous modifié votre planning ?
8. Aujourd'hui à quelle fréquence réalisez-vous vos exercices d'entretien ? De la même façon si le patient répondant qu'il avait diminué ou arrêté la réalisation des exercices d'entretien, nous lui en demandions la raison.
9. Combien de temps durent ces séances ?
10. Avez-vous augmenté la difficulté de vos exercices entre le moment de votre sortie du centre de rééducation et aujourd'hui ?

Les questions 5 et 6 nous renseignent sur la fréquence et la durée des séances d'exercices d'entretien. Connaître la fréquence des séances et leur durée permet de mesurer le temps consacré par les patients à faire des exercices d'entretien. Ainsi nous pourrions déterminer une moyenne. Les questions 7 à 9 nous informent sur l'évolution de leur organisation initiale après trois mois de pratique. La question 10 nous indique s'ils augmentent la difficulté de leurs exercices (en ajoutant des poids ou en faisant un exercice plus difficile).

La question 5 nous renseigne sur les raisons pour lesquelles certains patients ne font pas d'exercices d'entretien. Existe-t-il toujours des craintes de l'activité physique ? Les patients ont-ils des croyances erronées sur la lombalgie et l'exercice physique ? Pensent-ils qu'ils ne doivent pas être actifs et que c'est au personnel soignant de les guérir ? Manquent-ils de motivation ou d'organisation ?

Les questions 11 à 18 nous renseignent sur l'activité physique pratiquée par les patients.

11. Combien de temps après votre sortie avez-vous repris une activité physique ?
12. Quelle activité pratiquez-vous ?
13. Combien de temps dure cette activité ?
14. A quelle fréquence la pratiquez-vous ?
15. Pensez-vous avoir augmenté vos capacités physiques depuis votre sortie du centre de rééducation ?

16. Pratiquiez-vous une activité physique avant d'avoir vos douleurs lombaires ?

17. Si oui, laquelle ?

18. Depuis combien de temps aviez-vous arrêté ?

Les questions 13 et 14 nous indiquent la durée et la fréquence de leur activité. Ainsi, comme pour les séances d'exercices d'entretien, nous pouvons calculer la moyenne du temps consacré à l'activité physique par semaine.

Le questionnaire ne comporte pas de question destinée à observer l'évolution de l'activité physique car au centre de rééducation les patients ne pensaient pas la reprendre rapidement. En effet, ils avaient pour projet de rechercher un club sportif proposant une activité adaptée, qu'ils aiment et dans des horaires qui leur conviennent. Mais cela peut prendre du temps. C'est pourquoi la question 11 évalue le temps pris par les patients pour reprendre une activité physique. Elle nous renseigne aussi sur leurs raisons s'ils ne pratiquent aucune activité physique.

Le fait de faire de l'activité physique régulièrement leur permet de se reconditionner à l'effort. Ils vont augmenter leur capacité physique. De ce fait, les efforts deviendront moins fatigants. La question 15 permet de savoir si les patients constatent ces bénéfices.

La question 16 nous indique si les patients étaient sportifs avant d'avoir leur douleur lombaire. Ainsi, cela nous permettra de savoir si les patients sportifs reprennent plus facilement une activité physique. La question 18 porte sur la durée de l'arrêt de l'activité physique par ces patients. De cette façon, nous serons en mesure de savoir si la durée de l'arrêt influence la reprise de l'activité physique.

De plus, La question 12 nous permet de connaître quelles sont les activités physiques reprises par les patients lombalgiques. La question 17 nous apprend l'activité physique qu'ils pratiquaient avant d'avoir leur douleur lombaire (cette question concerne seulement les patients sportifs). Ainsi, nous pouvons comparer les résultats des deux questions dans le but de voir si les patients arrivent à commencer une activité physique moins délétère pour leur dos.

19. Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

La question 19 évalue l'état d'esprit du patient. Le fait que le patient ressente qu'il va bien lui montre que ses efforts lui sont bénéfiques. Cela lui permet de garder la motivation pour faire de l'exercice physique. De plus, le fait de demander si les

patients se sentent bien permet aussi de savoir s'ils ont toujours des difficultés pour gérer leur douleur.

20. Avez-vous repris votre travail ?

- A mi-temps thérapeutique ?
- Est-ce prévu prochainement ?
- Faites-vous du bénévolat ?

La reprise du travail est un signe de réussite du traitement. En effet, le retour à l'activité professionnelle est l'un des objectifs de la rééducation. La question 20 évalue cela. De plus, si l'activité professionnelle reprise nécessite un travail de force il engendre une activité physique. Par ailleurs, le retour au travail permet à nouveau la sociabilisation du patient et réduit son sentiment d'inutilité. Le fait de faire partie d'une association en tant que bénévole peut aussi avoir le même effet.

21. Pensez-vous que votre vie de famille favorise ou gêne la réalisation des exercices d'entretien et/ou d'une activité physique? Pourquoi ?

La lombalgie est une pathologie invisible des autres. De ce fait, la famille du patient ne comprend pas toujours la douleur qu'il ressent. De plus, l'entourage du patient ne bénéficie pas de l'éducation que celui-ci reçoit pendant son séjour au centre de rééducation. Ainsi, il se peut qu'il ne comprenne pas l'intérêt de l'activité physique et de la réorganisation de la vie de famille qu'elle engendre parfois. Cela peut entraîner l'arrêt de l'activité physique par le patient. D'autre part, le manque de soutien par ses proches et le sentiment de combattre seul face à la pathologie peut entraîner une démotivation du patient. Il est donc nécessaire de prendre en compte le comportement de son entourage. La question 21 permet d'évaluer cela. Cependant, certains patients ne souhaitent pas impliquer les autres dans l'organisation de leurs exercices physiques ni recevoir d'aide de leur part. C'est leur choix personnel.

Les questions 22 et 23 du questionnaire portent sur le suivi de la rééducation par les MK libéraux.

22. Au sortir du centre de rééducation avez-vous poursuivi la prise en charge avec un MK libéral ?

23. Si oui en quoi consistait la prise en charge ?

Elles permettent tout d'abord de savoir si ce suivi existe. Ensuite, elles évaluent si la prise en charge libérale va dans le sens d'une reprise d'activité physique, qui irait dans la continuité de la prise en charge au centre de rééducation Maubreil & et Tourmaline, ou au contraire si cette prise en charge est plutôt à visée antalgique avec des techniques passives.

9.4 Explication des entretiens téléphoniques

Avant de commencer les entretiens téléphoniques, j'ai testé le questionnaire avec des membres de ma famille. Ces tests m'ont permis de connaître la durée des entretiens que j'allais mener. De plus ils m'ont aidé à être plus clair et à prendre une voix neutre pour ne pas influencer les réponses des patients.

J'ai appelé les 27 patients environ 3 mois après leur sortie du centre de rééducation. Avant de les appeler, je créais une fiche réunissant les informations que j'avais cherchées dans leur dossier de soin et le questionnaire vierge.

Lorsque que le patient décrochait, je commençais par me présenter et je cherchais à ce qu'il se souvienne du moment où il m'avait donné ses coordonnées. Puis, je lui expliquais de nouveau que je réalisais cette enquête dans le cadre de mon travail écrit de fin d'études et que les informations qu'il me confierait resteraient confidentielles.

Ensuite, je lui demandais s'il était toujours d'accord pour participer à l'enquête. Alors, je lui proposais de répondre au questionnaire immédiatement en l'informant que cela prendrait seulement 10 minutes. S'il n'était pas disponible, je lui suggérais de l'appeler plus tard et nous prenions alors rendez-vous.

Pendant les entretiens, je gardais un ton neutre. Je posais les questions en n'indiquant pas, dans un premiers temps, les propositions de réponses pour chaque question. Puis, si le patient avait des difficultés à répondre ou s'il ne répondait pas à la question posée, je lui énonçais les affirmations. Elles me servaient principalement de soutien pour aider les patients à répondre. Cela m'a permis de ne pas récolter des informations induites par le questionnaire. L'objectif était aussi de ne pas restreindre la parole des patients. De ce fait, ils m'indiquaient librement leur organisation au quotidien et les difficultés qu'ils rencontraient. La partie commentaire du questionnaire me permettait de noter les informations intéressantes et d'écrire plus précisément les obstacles rencontrés.

Une fois que le patient avait répondu à toutes les questions, je lui résumais les informations ainsi fournies pour être certain d'avoir bien compris ce qu'il m'avait expliqué. De plus, cela m'assurait de n'oublier aucun renseignement et d'être en accord avec leur discours. Pour finir, je le remerciais d'avoir participé à l'enquête.

9.5 Résultats

Sur les 27 patients qui participaient à l'enquête au départ, 21 ont répondu au questionnaire. En effet, 6 patients n'ont jamais répondu aux appels. Le taux de participation est, par conséquent, de 77%. Tous les patients ayant décroché leur téléphone ont accepté de répondre au questionnaire.

La moyenne d'âge de ces 21 patients est de 46 ans. Parmi eux, se trouvent 62% de femmes et 38% d'hommes.

A la question 1, 52% patients ont dit qu'avant de venir au centre de rééducation ils avaient peur de faire de l'activité physique.

A la question 2, tous les patients ont répondu avoir gardé le livret d'information contenant les exercices d'entretien reçu à leur sortie. De plus, ils ont tous dit avoir compris les recommandations présentes dans ce livret. Cependant 19% ne les ont comprises que partiellement.

A la question 4, seulement 14% des patients ont répondu avoir écrit un planning pour organiser leurs séances d'exercices d'entretien avant de sortir du centre de rééducation. Au contraire, 47% y ont simplement pensé et 29% n'y ont pas réfléchi.

10% des patients ont dit qu'ils ont eu besoin d'écrire un planning après leur sortie du centre de rééducation.

En ce qui concerne l'organisation des séances d'exercices d'entretien, les réponses aux questions 5 et 6 montrent que seulement quelques jours après leur sortie, 96% des patients avaient commencé à faire des exercices d'entretien à l'aide du livret. En moyenne leur séance d'entraînement durait 35 minutes.

Cependant, à la question 7, 33% des patients disent avoir modifié leur planning trois mois après. Tous l'ont modifié en diminuant, soit le nombre de séances par semaine, soit leur durée ou bien les deux. De plus, 10% ont complètement arrêté. De ce fait, la moyenne du temps consacré par les patients à réaliser les exercices d'entretien par semaine passe de 2h01min par semaine quelques jours après la sortie à 1h22min par semaine trois mois après.

A la question 5, un seul patient répond n'avoir jamais repris. Il parle de manque d'organisation et de volonté pour expliquer cela. Les patients qui n'ont pas continué à faire des séances d'exercices d'entretien répondent à cette question qu'ils ont arrêté durant une période d'anxiété qu'ils ont vécu. Cette angoisse ressentie n'était pas obligatoirement liée à leurs douleurs lombaires. Malgré tout, c'est à cause de cette angoisse qu'ils n'ont pas continué.

Plusieurs raisons ont amené certains patients à diminuer leurs temps d'exercice.

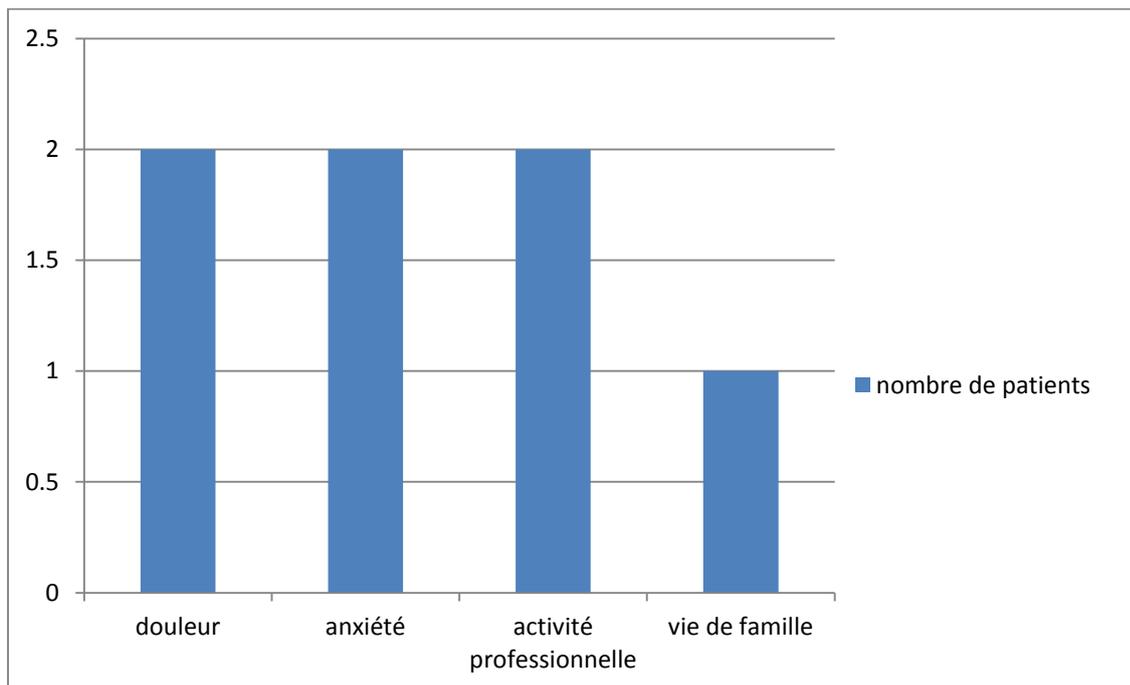


Figure 1 : Représentation des motifs pour lesquels les patients ont diminué ou arrêté les séances d'exercices d'entretien

Considérons maintenant l'activité physique. Les résultats de la question 11 montrent qu'une semaine après leur sortie 61% avaient déjà commencé une activité physique. Ils disent à la question 12 qu'ils pratiquent la marche, le vélo et le footing. Certains expliquent qu'ils vont à la piscine pour nager ou faire de l'aquagym.

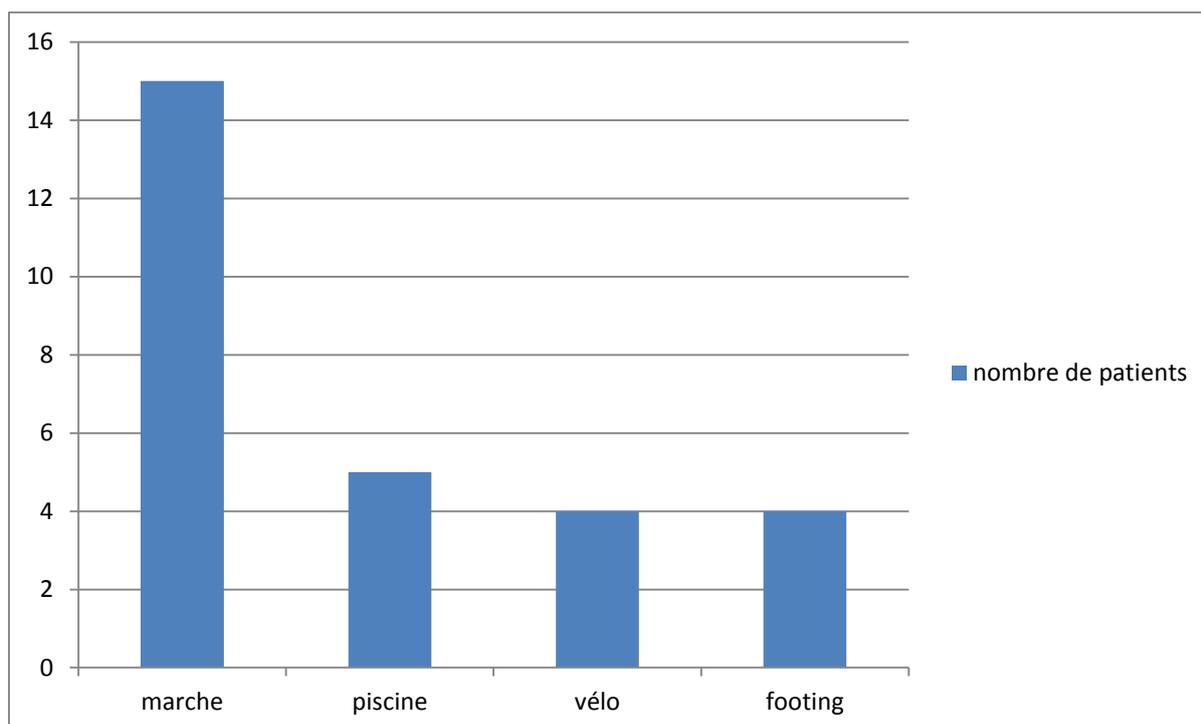


Figure 2 : Représentations des activités physiques reprises par les patients

Nous pouvons voir que l'activité qu'ils commencent préférentiellement est la marche. En effet, elle est débutée par 83% des patients.

La question 14 montre que lorsqu'ils partent faire de l'activité physique, ils y consacrent en moyenne 50 minutes. De plus, les questions 14 et 15 mettent en évidence qu'ils destinent en moyenne 3h17min par semaine à faire une activité physique.

Néanmoins, 14% répondent qu'ils n'ont jamais repris d'activité physique à la question 11. Ces patients ne sont pas obligatoirement les mêmes que ceux qui ne font pas de séances d'exercices d'entretien. Cependant les raisons pour lesquelles ils ne vont pas faire d'activité physique sont identiques. En effet, nous trouvons toujours le manque de motivation initiale, l'anxiété et le manque de temps dû à l'activité professionnelle.

Au total, si l'on ajoute le temps consacré à faire des séances d'exercices d'entretien et de l'activité physique, ils passent en moyenne 4h40min environ à faire de l'exercice physique par semaine trois mois après leur sortie.

Cependant, 3 mois après, 10% ne pratiquent plus d'exercice physique.

Néanmoins, malgré le fait que la majorité des patients pratique une activité physique régulière, seulement 48% des patients ont répondu à la question 15 avoir amélioré

leur capacité physique. Donc, 52% des patients n'ont pas amélioré leur capacité physique grâce au planning qu'ils ont mis en place ou n'ont pas conscience que leur capacité augmente.

A la question 16, 66% des patients disent avoir pratiqué un sport avant d'avoir leur douleur lombaire.

La question 17 montre que ces patients sportifs pratiquaient des activités physiques très variées. L'activité qu'ils pratiquaient préférentiellement était le footing.

La question 18 indique qu'ils avaient arrêté depuis en moyenne 4 ans. Cependant, les patients qui n'avaient jamais fait d'activité sportive avant ne font pas moins d'activité physique que les autres. Malgré tout, si l'on considère seulement les patients qui ont arrêté les exercices d'entretien ou l'activité physique, 75% ne faisaient pas de sport avant d'être lombalgique.

A la question 19, qui se rapporte au ressenti des patients durant leur nouvelle organisation de vie, 48% des patients considèrent qu'ils vont bien. 38% se sentent assez bien et 14% ne se sentent pas bien.

A la question 20 concernant la reprise de l'activité professionnelle, 43% répondent être retournés travailler. Cependant, tous n'ont pas repris à temps complet, certains sont à mi-temps thérapeutique. Pour 24% le retour au travail est prévu prochainement mais à mi-temps thérapeutique. Un patient fait simplement du bénévolat dans une association. Les autres n'ont pas d'activité.

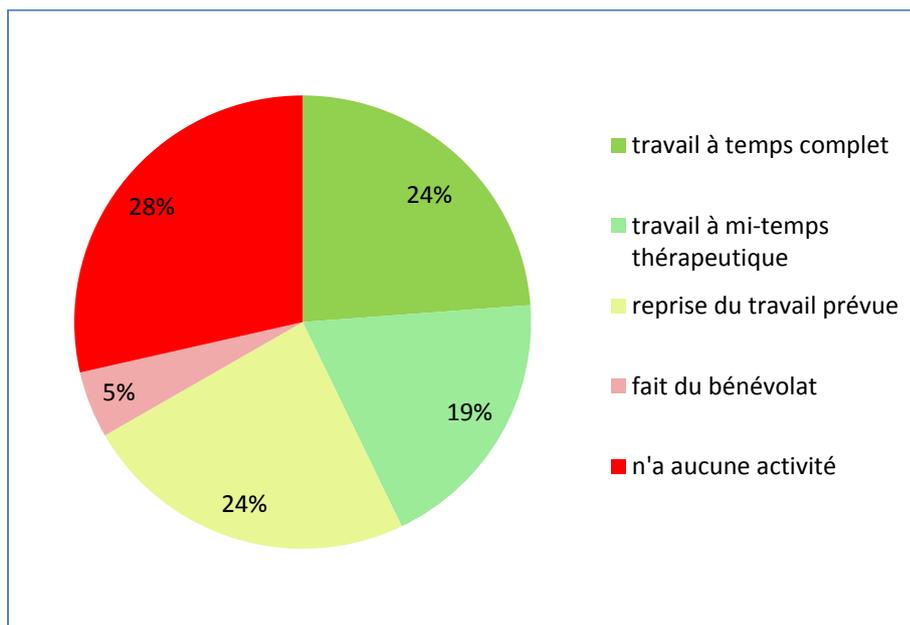


Figure 3 : Représentation graphique de la reprise de l'activité professionnelle

La reprise de l'activité professionnelle demande une nouvelle organisation. Cela entraîne de l'anxiété chez les patients qui passent d'un travail à mi-temps thérapeutique vers le temps complet. Cette inquiétude concerne aussi 20% des patients dont la reprise du travail est prévue. Les patients dont la reprise de l'activité professionnelle n'est pas programmée ne parlent pas des difficultés qu'ils pourraient avoir pour allier leur programme d'activité physique avec leur emploi du temps professionnel.

A la question 21, 62% des patients répondent considérer leur famille comme une aide. En revanche, 10% voient la leur comme un obstacle à la réalisation de l'exercice physique. De plus, un quart ne souhaite pas impliquer leurs proches. Ils jugent, par conséquent, qu'elle n'est ni une gêne ni un soutien.

Plusieurs raisons amènent les patients à dire que leur famille est aidante. Certains en évoquent plusieurs.

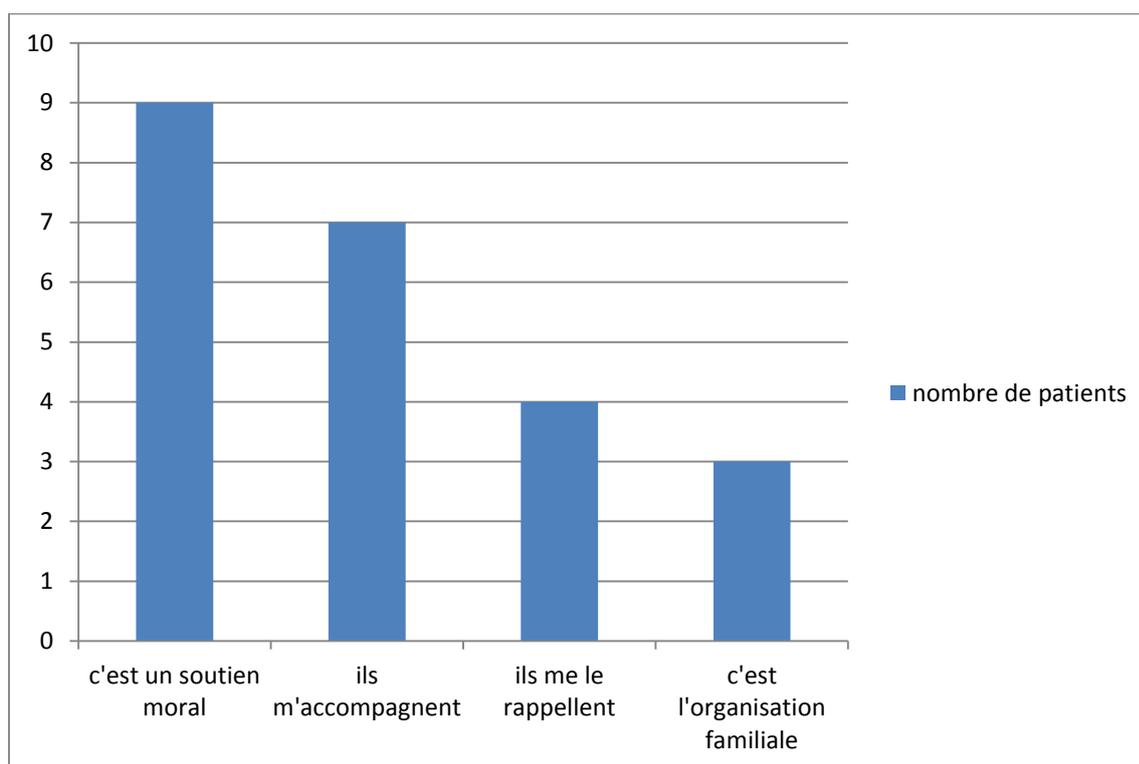


Figure 4 : Représentation graphique des motifs pour lesquels la famille favorise la réalisation des exercices d'entretien et de l'activité physique

Néanmoins, les patients considèrent que la vie de famille est un obstacle lorsqu'ils doivent s'occuper de leurs enfants. C'est la seule raison qu'ils expriment pour dire

que la famille est une gêne à la réalisation des séances d'exercices d'entretien et de l'activité physique.

Seulement 2 patients ont dit qu'ils avaient eu des séances de masso-kinésithérapie depuis leur sortie du centre de rééducation Maubreuil & Tourmaline. L'un a bénéficié de séances contenant des techniques antalgiques, des exercices de renforcement musculaire et des étirements. L'autre a eu uniquement des étirements durant ces séances. On a recommandé aux deux patients de faire des exercices à domicile.

10 Discussion

10.1 Analyse des résultats

Tout d'abord, nous pouvons dire qu'en matière de reprise d'activité physique après leur retour à domicile le bilan est positif. En effet, seul un patient n'a jamais repris d'exercice physique depuis sa sortie. Une autre étude montre les mêmes résultats (21). De plus, la quantité est suffisante car ils réalisent en moyenne 4h39min d'exercice physique par semaine dont 1h22min d'exercice d'entretien et 3h17min d'activité physique ce qui est plus que ce qui est recommandé par l'OMS. Et ceci sans distinction d'âge et de sexe. Cependant, nous pouvons observer que contrairement à leurs projets initiaux ils ne s'inscrivent pas dans un club sportif. Ils préfèrent faire une activité physique qu'ils peuvent réaliser sans contrainte d'horaire. En effet, ils font de la marche, du vélo, du footing et vont à la piscine pour faire de la natation et de l'aquagym.

Les patients qui faisaient du sport avant la survenue de leurs douleurs lombaires ne reprennent pas l'activité physique qu'ils pratiquaient ultérieurement et arrivent à changer pour réaliser une activité plus adaptée. Les patients qui ne faisaient pas de sport commencent l'activité physique aussi aisément que les autres, cependant ils arrêtent plus facilement.

La rééducation a donc permis de leur donner de l'intérêt pour l'activité physique et le livret d'information semble jouer un rôle important. En effet, tous les patients ont gardé ce livret. Il a été utilisé par 96% d'entre eux. Néanmoins, l'information qu'il contient pourrait être plus claire car 19% pensent ne pas avoir compris toutes les indications qu'il comporte. Les patients n'osent pas toujours admettre qu'ils n'ont pas compris. Par conséquent, ils ne posent pas de questions à leur masseur-kinésithérapeute.

Nous pouvons voir que, pour les 52% des patients qui avaient peur de faire de l'activité physique avant leur arrivée, leur séjour au centre de rééducation a permis de supprimer leurs attitudes d'évitement. Effectivement, aucun patient ne dit craindre l'exercice physique. Cependant, 10% ont réduit la durée de leurs séances d'exercice d'entretien à cause de la douleur. Nous pouvons nous demander si cela ne traduit pas le commencement d'un retour d'attitude d'évitement envers l'activité physique. De plus, la famille est une aide pour la grande majorité des patients. Et cela pour plusieurs raisons. Effectivement, pour certains, elle constitue un soutien moral important. Des patients ont leurs proches qui leur rappellent qu'ils ont de l'exercice physique à faire et certains ont des membres de leur famille qui les réalisent avec eux. D'autres considèrent que l'organisation familiale qu'ils ont mise en place suffit pour les aider à faire de l'exercice physique. Seul le fait de s'occuper des enfants constitue un obstacle à la réalisation des séances d'exercices d'entretien et de l'activité physique.

Un seul patient n'a jamais repris l'activité physique. Il explique cela par un manque de motivation qui l'a empêché de mettre au point une organisation. Cependant, il a pour projet de commencer. Il est donc resté au stade d'intention du modèle de changement des habitudes de vie de Prochaska et DiClemente. Les autres patients ont tous réussi à passer au stade d'action de ce modèle. Néanmoins, 86% des patients n'ont pas écrit de planning avant leur départ du centre de rééducation. Ils sont, par conséquent, au stade d'intention au moment de leur sortie. Une fois à domicile, ils doivent donc faire le travail seul pour passer au stade de préparation puis au stade d'action. D'ailleurs, 10% ont dû écrire un planning après avoir quitté le centre.

Cependant les patients peuvent quitter ce stade d'action et régresser vers les stades antérieurs. L'équilibre est fragile. En effet, la moyenne de temps consacré par les patients à réaliser des séances d'exercices d'entretien a diminué de 39 minutes en seulement 3 mois. Les raisons qui expliquent cette baisse sont l'augmentation des douleurs, la survenue d'un événement anxigène n'ayant pas obligatoirement un lien avec leur lombalgie, l'envie de profiter davantage de la famille après la journée de travail et la reprise de l'activité professionnelle. Une étude trouve en partie les mêmes résultats (22). En effet, elle décrit que la douleur, l'anxiété et la reprise du travail sont des freins à l'activité physique. De plus, seulement un tiers a augmenté la

difficulté de ses exercices. Pour finir, aucun patient n'a prolongé la durée de ses séances d'exercice physique. Tout cela traduit la nécessité d'une stabilité dans l'organisation. Le fait que un quart des patients ait arrêté l'exercice physique pendant les fêtes de fin d'année montre aussi cela. Ils maintiennent le programme d'entraînement qu'ils adoptent dès la sortie du centre de rééducation.

Le travail est l'obstacle le plus souvent décrit par les patients. Effectivement, il est mentionné aussi par des patients qui n'ont pas diminué leur durée d'exercice physique. L'activité professionnelle prend du temps et rompt la stabilité qui leur était nécessaire. De plus, ils expliquent qu'il est source de fatigue morale et physique. Par conséquent, il diminue leur motivation. Ce constat est effectué par les patients ayant déjà repris l'activité professionnelle. Le passage d'un travail à mi-temps thérapeutique à un temps plein est source d'anxiété. Au contraire, les patients qui sont toujours en arrêt maladie semblent moins s'inquiéter des conséquences de leur reprise future sur leur activité physique.

Le fait que seulement la moitié des patients considère qu'ils se sentent bien peut entraîner le sentiment que l'activité physique est inutile. Plus tard, une perte de motivation pourrait apparaître. De plus, cela signifie aussi que la moitié des patients considère ne pas gérer ses douleurs lombaires.

Les résultats ont montré qu'une organisation routinière est nécessaire. Ce constat associé au fait que la moitié des patients ne pense pas avoir augmenté leur capacité physique pourrait engendrer un problème sur le long terme. En effet, au fur et à mesure du temps, les patients s'adaptent à leur programme d'entraînement. Leur capacité physique augmente et les exercices qu'ils pratiquent deviennent inappropriés. Et ceci sans qu'ils en aient conscience. Une autre étude montre que les patients ont des difficultés à évaluer leur niveau d'activité (23). De plus, seuls 10% ont des séances avec un masseur-kinésithérapeute libéral après la sortie. Ils n'ont donc pas de suivi kinésithérapique qui pourrait les aider à modifier leur programme afin qu'il soit de nouveau approprié.

10.2 Propositions de facilitation

Suite aux résultats de l'enquête, il est possible de proposer des conseils aux patients pour faciliter la réalisation de l'exercice physique.

Tout d'abord, les patients expliquent qu'ils ne peuvent pas réaliser leurs exercices d'entretien quand ils doivent s'occuper de leurs enfants. Nous pouvons donc leur

conseiller de faire en sorte que les enfants fassent les exercices d'entretien avec eux en amenant cela sous forme de jeux. La famille favorise le maintien de l'activité physique chez les patients. Il pourrait être intéressant de rencontrer la famille afin de l'impliquer davantage. Par exemple, faire une thérapie de couple permet d'améliorer la communication conjugale (24).

De plus, pour faciliter le changement de leurs habitudes et les amener plus facilement au stade d'action du modèle de changement de comportement, il serait intéressant de leur faire écrire un planning détaillé systématiquement avant leur sortie. De ce fait, ils seraient en mesure de s'imaginer réaliser leur activité physique avant leur départ et ainsi anticiper certains obstacles. Cela leur permettrait d'être au stade de planification avant de sortir. Il leur serait donc plus facile de passer au stade d'action une fois seul au domicile.

De surcroît, le travail est décrit comme le principal obstacle car source de perte de motivation. Cependant il existe des exercices rapides facilement réalisables au travail. Effectivement, les patients peuvent renforcer leurs abdominaux assis sur leur chaise de bureau en hypopressif (25). Réaliser des exercices d'entretien sur le lieu de travail permet de diminuer la durée des séances à la maison. C'est une manière de donner à nouveau de la motivation aux patients. Il serait peut-être intéressant de créer une page sur le livret réservée aux exercices réalisables au travail et de leur faire pratiquer ces exercices au centre de rééducation.

Par ailleurs, comme la routine semble nécessaire, il pourrait être intéressant de leur demander, en progression, d'intensifier les exercices préférentiellement au lieu de leur demander d'augmenter la durée des séances. De cette façon, ils seraient en mesure d'améliorer leur capacité physique sans que cela leur prenne davantage de temps et modifie leur organisation.

Pour que les patients puissent adapter les exercices à leur capacité, il serait intéressant de leur faire ressentir quand un exercice est inadapté.

Les livrets ont été utilisés par les patients participant à l'enquête. D'autres études ont démontré l'efficacité des livrets d'information (26) (27). Coudeyre a travaillé sur la création d'un livret en français prônant la poursuite de l'activité physique par les patients lombalgiques (28). Il semblerait qu'il permet d'apporter des connaissances aux patients lombalgiques sur leur pathologie et de réduire leur incapacité fonctionnelle (29). En Australie une campagne publicitaire de prévention primaire contre la lombalgie a permis de réduire les invalidités (30).

Pour permettre le maintien de l'activité physique sur le long terme, il pourrait être intéressant de mettre en place des séances de gymnastiques collectives réservées aux patients lombalgiques chroniques. De cette manière les patients retrouveraient la cohésion de groupe qui existe au centre de rééducation et auraient un suivi kinésithérapique.

10.3 Critique de la méthode employée

Des améliorations auraient pu être apportées à cette étude. En effet, seulement 21 patients participent à l'étude. Avec un nombre plus important de patients, l'enquête aurait gagné en précision.

En outre, rencontrer de nouveau les patients et mener des d'entretiens aurait pu être intéressant. Avec comme guide d'entretien un questionnaire comportant seulement des questions ouvertes la parole du patient aurait pu être libérée davantage. D'autres informations auraient, par conséquent, pu être recueillies.

Par ailleurs, le questionnaire aurait pu comporter davantage de questions. En effet, l'étude ne prend pas en considération la qualité des exercices d'entretien réalisés par les patients. Lors des séances de rééducation, le masseur-kinésithérapeute corrige le patient afin qu'il réalise les exercices de façon optimale. Cependant, une fois le patient à domicile, comment sont-ils réalisés ? Cela joue un rôle important car des exercices mal exécutés peuvent provoquer l'augmentation des douleurs lombaires.

De plus, l'enquête ne prend pas en compte l'intensité de l'activité physique réalisée par les patients. Il aurait été possible de demander au patient le niveau de fatigue ressenti après l'activité physique en utilisant l'échelle de Borg. L'essoufflement aurait aussi pu être demandé.

Dans cette étude, nous ne connaissons pas les activités de loisir du patient. Certaines de ces activités peuvent être aussi considérées comme une activité physique comme le bricolage par exemple. L'activité physique induite par l'exercice de la profession aurait pu aussi être prise en compte.

Seul deux patients participant à l'étude ont eu un suivi kinésithérapique. L'enquête ne permet pas de voir si les masseurs-kinésithérapeutes libéraux encouragent la reprise d'une activité physique. Pour observer cela, il serait intéressant de réaliser une étude auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour voir quels sont leurs modalités de prise en charge de patients lombalgiques chroniques sortant d'un centre de rééducation désirant reprendre le travail. Combien de patients répondant à

ces critères prennent-ils en charge ? Y a-t-il communication entre eux et les centres de rééducation ?

Pour finir, il serait intéressant d'appeler à nouveau les patients 6 mois, 1 an et 2 ans après leur sortie. En effet, trois mois est un temps très court. Cela nous permettrait de continuer de suivre l'évolution des patients sur du long terme. Nous pourrions aussi répondre à d'autres questions :

- Les patients arrivent-ils à maintenir leur organisation sur du long terme ?
- Combien de patients reprennent le travail ?
- Est-ce qu'une fois le travail repris depuis plusieurs mois les patients continuent-ils de faire de l'activité physique ?
- Un sentiment de lassitude apparaît-il ?
- les attitudes d'évitement apparaissent-elles de nouveau ?
- Les patients seront-ils confrontés à d'autres obstacles ?
- Existe-t-il des périodes dans l'année propice à l'arrêt de l'activité physique ?

11 Conclusion

Les résultats de cette enquête s'appliquent uniquement aux patients participant à l'étude. Aucune conclusion scientifique ne peut en être tirée. Cependant, cette enquête permet de mettre en évidence des tendances. En effet, elle montre que les patients lombalgiques chroniques sortant du centre de rééducation de Maubreuil & Tourmaline reprennent une activité physique régulière. Cependant, ils rencontrent de nombreux obstacles et cette démarche n'est pas totalement pérenne. Trois mois après leur sortie aucun n'a trouvé un équilibre satisfaisant entre activité physique, vie de famille et vie professionnelle. La reprise du travail est l'obstacle majeur décrit par les patients.

Quelques aspects gagneraient à être améliorés, notamment l'auto-évaluation de leurs capacités afin d'apporter une progressivité dans leurs exercices et leur activité physique.

Une étude de suivi sur du long terme avec un nombre plus important de patients pourrait être intéressante à effectuer.

Références bibliographiques

1. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune modalités de prescription - Lombalgie 2005 rapport [Internet]. [cité 31 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.youscribe.com/catalogue/rapports-et-theses/sante-et-bien-etre/medecine/prise-en-charge-masso-kinesitherapique-dans-la-lombalgie-commune-2323198>
2. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* juin 2012;64(6):2028- 37.
3. Kapandji A. Anatomie fonctionnelle, tome 3 : tête et rachis. Maloine; 2007.
4. Chenard J-R, Lavignolle B, Charest J. Lombalgie: dix étapes sur les chemins de la guérison. 1991. 1 vol. (375 p.)
5. Dufour X, Ghossoub P, Cériani A, Barette G. Ecole de dos : prévention des lombalgies. *KS.* février 2012;529:33- 41.
6. Christelle Nguyen SP. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Rev Rhum - REV RHUM.* 2009;76(6):537- 42.
7. Palazzo C, Rannou F, Poiraudeau S. Peurs, croyances et attitudes d'évitement au cours de la lombalgie. *Rev Rhum Monogr.* févr 2014;81(1):46- 51.
8. Vaillant J. Etat des lieux des recommandations depuis 10 ans portant sur les lombalgies et lombo-radiculalgies chroniques : traitement médical et principes généraux de la prise en charge médicale et kinésithérapique. *kinésitér scient.* nov 2014;559:37- 8.
9. Henchoz Y, Kai-Lik So A. Exercise and nonspecific low back pain: a literature review. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* oct 2008;75(5):533- 9.
10. Bohman T, Alfredsson L, Hallqvist J, Vingård E, Skillgate E. The influence of self-reported leisure time physical activity and the body mass index on recovery

from persistent back pain among men and women: a population-based cohort study. BMC Public Health. 2013;13:385.

11. Hendrick P, Milosavljevic S, Hale L, Hurley DA, McDonough S, Ryan B, et al. The relationship between physical activity and low back pain outcomes: a systematic review of observational studies. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc. mars 2011;20(3):464- 74.
12. OMS | Activité physique pour les adultes [Internet]. WHO. [cité 9 mars 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/fr/
13. Ribaud A, Tavares I, Viollet E, Julia M, Hérisson C, Dupeyron A. Which physical activities and sports can be recommended to chronic low back pain patients after rehabilitation? Ann Phys Rehabil Med. oct 2013;56(7-8):576- 94.
14. Hilleret M-N, Zarski J-P. Peut-on favoriser et évaluer l'observance thérapeutique ? Hépatogastro Oncol Dig. 1 sept 2009;16(2):46- 53.
15. OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [Internet]. WHO. [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
16. Le modèle transthéorique (MTT) de Prochaska et DiClemente [Internet]. [cité 11 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
17. Gouilly P, Gross M, Muller J. Revue bibliographique du bilan-diagnostic kinésithérapique du lombalgique [Internet]. EM-Consulte. [cité 7 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/74214/revue-bibliographique-du-bilan-diagnostic-kinesith>
18. Angelliaume F, De Pablo Domingez A, Orriere B. Éducation thérapeutique du rachis : évaluation du patient lombalgique chronique (1ère partie). KS. nov 2013; 548:59- 60.

19. Angelliaume F, De Pablo Domingez A, Orriere B. Éducation thérapeutique du rachis : évaluation du patient lombalgique chronique (2e partie).KS. déc 2013; 549:57- 60.
20. Lucero A. XI^e journée de rééducation de la clinique du sport du samedi 8 décembre 2012. Morceaux choisis. kinésithérapie la revue. juill 2013;139:5- 6.
21. Roche G, Ponthieux A, Parot-Shinkel E, Jousset N, Bontoux L, Dubus V, et al. Comparison of a functional restoration program with active individual physical therapy for patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. oct 2007;88(10):1229- 35.
22. Coudeyre E, Richard E, Eschalier B, Dupeyron A. Étude qualitative des freins à la pratique d'une activité physique régulière pour les patients lombalgiques chroniques. Ann Phys Rehabil Med. oct 2013;56:308- 9.
23. Van Weering MGH, Vollenbroek-Hutten MMR, Hermens HJ. The relationship between objectively and subjectively measured activity levels in people with chronic low back pain. Clin Rehabil. mars 2011;25(3):256- 63.
24. Saarijärvi S. A controlled study of couple therapy in chronic low back pain patients. Effects on marital satisfaction, psychological distress and health attitudes. J Psychosom Res. 1991;35(2-3):265- 72.
25. Gasquet B de. Abdominaux, arrêtez le massacre ! : Méthode Abdologie de Gasquet. Paris: Marabout; 2009. 223 p.
26. Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, et al. Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. Spine. 1 oct 2001;26(19):2065- 72.
27. Roland M, Dixon M. Randomized controlled trial of an educational booklet for patients presenting with back pain in general practice. J R Coll Gen Pract. juin 1989;39(323):244- 6.

28. Coudeyre E, Givron P, Gremeaux V, Lavit P, Hérisson C, Combe B, et al. Traduction française et adaptation culturelle du « back book ». Ann Réadapt Médecine Phys. oct 2003;46(8):553- 7.
29. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J, et al. Un simple livret d'information peut contribuer à réduire l'incapacité fonctionnelle de patients lombalgiques subaigus et chroniques. Étude contrôlée randomisée en milieu de rééducation. Ann Réadapt Médecine Phys. nov 2006;49(8):600- 8.
30. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. BMJ. 23 juin 2001;322(7301):1516- 20.

Annexe :

Annexe : Questionnaire vierge soumis aux patients par téléphone

1. Avant votre arrivée au centre de rééducation aviez-vous peur de faire des activités physiques ? Oui Non
2. Avez-vous gardé le livret que vous avez reçu à votre sortie du centre de rééducation ?
 - Oui
 - Non
 - Je n'en ai pas reçu
3. Aviez-vous compris les recommandations présentes dans le livret ?
 - Oui totalement
 - Oui partiellement
 - Non pas du tout
 - Autre ...
4. Avant votre sortie aviez-vous réfléchi à un programme pour organiser vos séances d'exercices d'entretien ?
 - Oui j'ai fait un planning écrit
 - Oui j'ai pensé à un planning
 - Non je n'y avais pas réfléchi
 - Autre ...
5. Dans les semaines qui ont suivi votre sortie du centre de rééducation, à quelle fréquence réalisiez-vous vos exercices d'entretien ?
 - Quotidiennement
 - 3 fois par semaine
 - Une fois par semaine
 - De temps en temps (quand la douleur est présente/absente)
 - Je ne faisais aucune séance d'exercices d'entretien Pourquoi ? (passer à la question 7)
 - Par manque de temps
 - Par manque d'intérêt
 - A cause du travail
 - Ce n'est pas efficace
 - Il y a des risques
 - C'est le personnel soignant qui doit me guérir
 - Autre ...
 - Autre ...
6. Combien de temps duraient ces séances ?
 - Moins de 10 minutes

- 10 minutes
- 15 minutes
- 20 minutes
- 30 minutes
- 45 minutes
- 1 heure
- Plus d'une heure
- Autre ...

7. Aujourd'hui avez-vous modifié votre planning (par rapport au moment de votre sortie)

- Oui
- Non (passer à la question 10)

8. Aujourd'hui à quelle fréquence réalisez-vous vos exercices d'entretien ?

- Quotidiennement
- 3 fois par semaine
- Une fois par semaine
- De temps en temps (quand la douleur est présente /absente)
- Je ne fais aucune séance d'exercices d'entretien Pourquoi ? (passer à la question 11)
 - Par manque de temps
 - Par manque d'intérêt
 - A cause du travail
 - Ce n'est pas efficace
 - Il y a des risques
 - C'est le personnel soignant qui doit me guérir
 - Autre ...
- Autre ...

9. Combien de temps durent ces séances ?

- Moins de 10 minutes
- 10 minutes
- 15 minutes
- 20 minutes
- 30 minutes
- 45 minutes
- 1 heure
- Plus d'une heure
- Autre ...

10. Avez-vous augmenté la difficulté de vos exercices entre le moment de votre sortie du centre de rééducation et aujourd'hui ?

- Oui
- Non

11. Combien de temps après votre sortie avez-vous repris une activité physique ?

- Le lendemain
- Dans le courant de la semaine de la sortie
- La semaine d'après
- Deux semaines après
- Un mois après
- Deux mois après
- Autre ...
- Je n'ai jamais repris : Pourquoi ? (passer à la question 16)
 - Par manque de temps
 - Par manque d'intérêt
 - Ce n'est pas efficace
 - A cause du travail
 - Il y a des risques
 - Je fais déjà des exercices à l'aide du livret
 - C'est le personnel soignant qui doit me guérir
 - Autre ...

12. Quelle activité pratiquez-vous ?

13. Combien de temps dure cette activité ?

- Moins de 1 h
- 1 h
- 2 h
- Plus de 2 h
- Autre ...

14. A quelle fréquence la pratiquez-vous ?

- Quotidiennement
- 3 fois par semaine
- Une fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine
- Autre ...

15. Pensez-vous avoir augmenté vos capacités physiques depuis votre sortie du centre de rééducation ? Oui Non

16. Pratiquez-vous une activité physique avant d'avoir vos douleurs lombaires ?

- Oui
- Non (passer à la question 19)

17. Si Oui Laquelle ?

18. Depuis combien de temps aviez-vous arrêté ?

19. Comment vous sentez vous aujourd'hui ?

- Très bien
- Bien
- Assez bien
- Pas bien

20. Avez-vous repris votre travail ? Oui Non

- A mi-temps thérapeutique ? Oui Non
- Est-prévu prochainement ? Oui Non
- Faites-vous du bénévolat ? Oui Non

21. Pensez-vous que votre vie de famille favorise ou gêne la réalisation des exercices d'entretien et/ou une activité physique?

- gêne Pourquoi ?
 - Vous devez vous occuper de vos enfants
 - Vos proches ne vous soutiennent pas
 - Autre ...
- Favorise Pourquoi ?
 - Ils me soutiennent
 - Ils me rappellent que j'ai des exercices à faire
 - Ils m'accompagnent
 - Autre ...

22. Au sortir du centre de rééducation avez-vous poursuivi la prise en charge avec un MK libéral ? Oui Non

23. Si oui en quoi consistait la prise en charge ?

- Massage/antalgique
- Renforcement musculaire
- Etirement
- Exercices à domicile

Commentaire :

