



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire.

54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT- SÉBASTIEN SUR LOIRE

Le choix des outils rééducatifs des masseurs-
kinésithérapeutes dans la prise en soin de patients atteints
de lombalgies chroniques : Enquête par entretien

Théo ROUXEL

Mémoire UE 28

Semestre 8

Année scolaire 2019-2020

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Remerciements

Tout d'abord je souhaite remercier mon directeur de mémoire. Ses conseils m'ont permis d'avancer tout au long de ce mémoire et d'aller dans la bonne direction.

Je souhaite ensuite remercier ma famille pour son soutien et accompagnement tout au long de ma formation, elle a su m'aider lorsqu'il le fallait.

Enfin, je souhaite remercier les personnes qui ont participé à ce travail, ceux qui ont accepté de passer ces entretiens, et ont rendu possible cette enquête.

Résumé et mots clés

Introduction : La lombalgie chronique est une pathologie fréquente en France, et peut impacter de manière durable la qualité de vie des personnes atteintes, que ce soit d'un point de vue socio-professionnel ou fonctionnel. La prise en charge masso-kinésithérapique de cette affection s'inscrit dans une prise en soin globale et pluridisciplinaire du patient. La littérature scientifique nous indique que de nombreux traitements et outils rééducatifs sont disponibles, et que les connaissances concernant ces derniers ont grandement évoluées. Ce mémoire a pour objectif d'apporter une réponse à la problématique suivante :

Comment les masseurs-kinésithérapeutes libéraux choisissent-ils leurs outils rééducatifs lors de la prise en soin de patients atteints de lombalgie chronique ?

Matériel et méthode : Une enquête qualitative a été menée via des entretiens semi-directifs, auprès de cinq masseurs-kinésithérapeutes prenant en charge de manière régulière des patients atteints de lombalgie chronique. Chaque entretien a bénéficié d'une transcription écrite, puis d'une analyse thématique.

Résultats : Les masseurs-kinésithérapeutes interrogés choisissent principalement leurs outils rééducatifs en fonction des données cliniques obtenues en début de prise en charge, des plaintes exprimées par le patient et de leurs connaissances de la littérature scientifique et des recommandations. Ces dernières sont variables, et sont à mettre en lien avec leurs pratiques d'informations, leur expérience professionnelle et leurs formations, qu'elles soient initiales ou continues.

Discussion : Il semble exister un lien entre la démarche réflexive d'un praticien, son expérience professionnelle et son parcours de formation. Cela se retrouve également dans les habitudes de recherche des masseur-kinésithérapeutes interrogés. Les déterminants des pratiques de ces professionnels semblent donc un enjeu majeur dans le choix des outils rééducatifs utilisés, et il semblerait intéressant d'explorer ces déterminants à une échelle plus large.

Mots-clés :

- Lombalgie chronique
- Outils rééducatifs
- Entretien semi-directif
- Développement professionnel

Abstract and keywords

Introduction : Chronic low-back pain is a common disease in France, and it could have a sustainable impact on quality of life, socio-professional status and functional outcomes. Physiotherapy is a part of a global and multidisciplinary care. Scientific literature and clinical guidelines show that a lot of treatments are available, and knowledges about them have grown a lot. This master thesis aims to provide answers to this professional question :

How physiotherapists select their treatments in order to treat chronic low-back pain ?

Material and methods : Semi-structured interviews were conducted with 3 physiotherapists who regularly take care of patients with chronic low-back pain. Each interview has been transcribed and analysed by themes.

Results : The treatment selection by the physiotherapists is mainly based on the clinical data obtained during the therapy, the complaints of the patient and their knowledges about clinical guidelines. Their knowledges are inconsistent, and it can be linked with their information habit, their professional experience and their formal and continuing education.

Discussion : A professional's reflexion, his personal experience and his learning experience seem to be linked. This analysis is likely to be present in the research habits of the physiotherapists involved in this study. These elements seem to be decisive factors in the choice of therapeutic tools, and it could be interesting to explore these findings at a larger scale.

Keywords :

- Low-back pain
- treatments
- Semi-structured interviews
- Professional development

Sommaire

1	Introduction.....	1
2	Cadre conceptuel	2
2.1	Lombalgie chronique	2
2.2	Anatomie et biomécanique	5
2.3	Physiopathologie	8
2.4	Prise en charge et parcours de soin	11
2.5	Evolution des recommandations et de la littérature scientifique.....	13
3	Problématisation et question de recherche	17
4	Méthodologie de l'enquête.....	18
4.1	Choix de la méthode.....	19
4.2	Hypothèses	20
4.3	Guide d'entretien	20
4.4	Population.....	21
4.5	Entretiens.....	21
5	Résultats et analyse des résultats	21
5.1	Méthodologie d'analyse des résultats	21
5.2	Analyse qualitative des résultats	22
6	Discussion	37
6.1	Discussion au regard des résultats	38
6.2	Discussion à propos de ce travail d'initiation à la recherche	46
7	Conclusion	50
	Références bibliographiques.....	52
	Annexes 1 à 3.....	58
	Annexes amovibles.....	

1 Introduction

En France, la lombalgie est une pathologie fréquente, qui touchera 4 personnes sur 5 au cours de leur vie. Lorsque cette dernière devient chronique, les personnes atteintes souffriront d'une pathologie potentiellement invalidante, pouvant mener à la perte d'activités, l'arrêt d'une activité professionnelle, et plus largement à un retentissement important sur la vie de ces personnes. Le traitement de cette pathologie constitue un enjeu majeur et les masseurs-kinésithérapeutes en sont des acteurs clés.

Cet intérêt pour ce thème est né d'observations effectuées lors de stages en milieu libéral, dans des cabinets accueillant un nombre significatif de patients souffrant de lombalgies chroniques. Nous avons alors fait un constat, répété au fil du temps, qui a fortement attiré notre attention : il semblait exister une variabilité dans le choix des traitements utilisés par les différents masseurs-kinésithérapeutes rencontrés lors de ces stages. Certains préféraient utiliser majoritairement, voire exclusivement, des techniques passives et hands-on, alors que d'autres préféraient utiliser une majorité de techniques actives et hands-off. Un premier questionnaire est donc apparu concernant les raisons de ces choix. Ce constat a été confronté à une première recherche dans la littérature scientifique, française et internationale, sur le sujet. Nous avons pu constater qu'il existait des différences entre ce qui était préconisé par les recommandations et la littérature, et les choix des masseurs-kinésithérapeutes que nous avons été amené à observer.

Cette confrontation entre expérience de terrain et littérature scientifique suscite un questionnement professionnel, celui des motivations de choix des techniques employées par le masseur-kinésithérapeute. Un questionnement secondaire est aussi présent à propos du degré de connaissance de ces professionnels concernant les recommandations récentes.

Afin d'apporter des éléments de réponse à ce questionnement initial, un cadre conceptuel a été rédigé, permettant d'aborder les concepts et éléments théoriques nécessaires à la compréhension de cette pathologie. Premièrement, il nous faudra définir la lombalgie chronique, ses caractéristiques et facteurs de risque, et établir une approche à travers des données épidémiologiques notamment. Ensuite, des rappels anatomiques et biomécaniques seront nécessaires pour apprécier les spécificités mécaniques et fonctionnelles de cette zone du rachis. La troisième partie permettra d'amener des éléments de compréhension des

données et phénomènes physiopathologiques de cette affection. Nous aborderons ensuite les différents modèles de prises en soin ainsi que les parcours de soin, afin d’obtenir une vision globale de la prise en charge de cette pathologie. Enfin, nous aborderons l’évolution des données issues de la science et des recommandations françaises et internationales concernant les traitements de la lombalgie chronique, afin d’apporter des éléments de réponse à notre questionnement initial.

2 Cadre conceptuel

2.1 Lombalgie chronique

2.1.1 Définition

Selon la HAS, la lombalgie commune chronique est définie par la présence de douleurs au niveau lombaire depuis plus de trois mois, sans causes spécifiques établies, ou « red flag » (1). Nous excluons donc les lombalgies aiguës et chroniques causées par une lésion anatomique type hernie discale, ou encore une symptomatologie non mécanique ou associée à des symptômes neurologiques. Le caractère chronique de la lombalgie est déterminé par la durée de l’affection qui doit être de plus de trois mois, avec des retentissements fonctionnels importants.

2.1.2 Classification des lombalgies

La classification des différentes lombalgies se fait sur la durée de l’épisode douloureux, répartie en trois catégories (2) :

- La lombalgie aiguë, d’une durée inférieure à quatre semaines
- La lombalgie subaiguë, d’une durée comprise entre quatre et douze semaines
- La lombalgie chronique, d’une durée supérieure à douze semaines.

Une seconde catégorisation se fait grâce au type de lombalgie :

- Non-commune ou spécifique, c’est-à-dire que ces dernières sont symptomatiques d’une cause précise (traumatisme, tumeur, pathologie inflammatoire ou cause extra-rachidienne)
- Commune ou aspécifique, dans ce cas le lien n’est pas forcément fait avec un élément anatomique et la douleur est le principal symptôme.

De plus, il est important de noter que la notion de spécificité est préférable au terme « commun », car ce dernier peut induire une notion de banalité et peut minimiser l'impact de cette affection sur la qualité de vie des personnes atteintes.

2.1.3 Epidémiologie et coût

« Au cours de leur vie, 4 personnes sur 5 souffriront d'un mal de dos. Pour 7% d'entre elles, la lombalgie s'installera et deviendra chronique, entraînant des douleurs invalidantes menant parfois à l'arrêt de toute activité. » (3). Compte tenu de ces chiffres, nous pouvons constater que la lombalgie est une affection répandue et qui peut faire partie du quotidien. En effet, 63% des personnes ayant souffert d'un épisode de lombalgie auront un nouvel épisode sous un an (4), ce qui démontre une certaine récurrence de cette pathologie, et une difficulté à s'en débarrasser, que ce soit pour le patient ou pour le praticien. Une lombalgie sur cinq entraînera un arrêt de travail et 20% des accidents de travail ont pour conséquence une lombalgie, ce qui représente un coût non négligeable (5). Nous estimons une perte de 3600000 journées de travail par an dû aux arrêts de travail liés à une lombalgie. De plus, 85% des dépenses de santé concernant la lombalgie sont occasionnées par les lombalgies chroniques, alors qu'elles ne représentent que 7% des patients (6). Ces dépenses sont estimées à 2.7 milliards d'euros par an, ce qui représente 1.5% des dépenses de santé annuelles en France. Ce constat se retrouve par ailleurs au Royaume-Uni ainsi qu'en Europe plus généralement. Outre l'aspect économique présenté par ces données épidémiologiques, le passage à la chronicité apparaît aussi comme un réel enjeu de santé publique.

2.1.4 Facteurs de risque

Les facteurs de risque liés à la lombalgie sont dotés d'une classification, et sont appelés « flags ». Cette dernière permet classer les facteurs de risque en plusieurs domaines, comme les domaines psycho-sociaux ou du travail. Nous avons les « Yellow flags », les « Blue flags », et les « Black flags ». Ces facteurs de risque sont à repérer lors d'un épisode aigu ou subaigu, afin de limiter la chronicisation et les conséquences qui en découlent. Nous retrouvons principalement (7) :

- Instabilité émotionnelle et tendance à l'anxiété, stress et dépression, catastrophisme
- Attitudes et représentations inadaptées concernant le mal de dos, comme la nécessité de ne plus bouger, la tendance à la passivité dans la prise en soin ou des attentes importantes envers les traitements plutôt que dans une implication personnelle

- Comportements inappropriés comme la kinésiophobie, les réductions d'activité.

En complément de ces facteurs de risques psychosociaux, il existe des « Blue flags » qui représentent les facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur. Nous retrouvons par exemple un contexte professionnel difficile, qui peut être source de stress ou d'insatisfaction, ou lorsque l'environnement au travail est jugé comme hostile. Cela peut aussi se manifester par une charge mentale importante dans le cadre du travail, voire le fait de subir des pressions de la part de l'employeur ou de ses collègues.

Les « Black flags » sont des facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance, comme la politique de l'entreprise qui empêche l'aménagement de poste, la réintégration d'un salarié ou le changement de poste, l'insécurité financière ou la durée de l'arrêt maladie (8).

2.1.5 Répercussions fonctionnelles

Lorsque la lombalgie devient chronique, son retentissement fonctionnel peut s'observer à de nombreux niveaux. Premièrement, la douleur qui se chronicise vient altérer de manière durable l'utilisation corporelle du patient, qui se retrouve souvent dans un évitement de la douleur. Un certain nombre de mouvements seront donc limités, souvent ceux perçus comme douloureux. L'utilisation des muscles intervenant dans la dynamique rachidienne sera également diminuée, dans un souci de « protection et d'évitement » de la part du patient. Cette limitation se retrouve donc dans la pratique de leurs activités, qui provoquent souvent des douleurs. Nous observons généralement une baisse de l'activité des patients, qui réalisent de moins en moins de choses en raison des douleurs ou des limitations physiologiques impliquées dans la lombalgie chronique. Cette stratégie de peur-évitement se retrouve également au niveau social, où l'on observera une baisse significative des sorties ou, plus largement, de la participation sociale d'un individu, dans un souci d'éviter les activités ou mouvements perçus comme douloureux.

Le domaine professionnel est aussi impacté, où les facteurs de risque prennent une place importante. Les sources de stress ou d'insatisfaction y sont nombreuses, ainsi que des contraintes au niveau corporel (pénibilité d'un poste, ergonomie, position fixe sur un temps important...). La lombalgie chronique peut provoquer de nombreux arrêts de travail, voire une reclassification en maladie professionnelle ou en invalidité (5).

2.2 Anatomie et biomécanique

Avant d'explorer la suite de ce cadre conceptuel, il est intéressant de réaliser un rappel anatomique sur le rachis lombaire, afin de rappeler le fonctionnement de cette zone. L'ensemble des données présentées sont issues de deux travaux portant sur l'anatomie et la biomécanique, écrits par Dufour M. et al. (9)(10).

2.2.1 Rappels anatomiques

Le rachis, qui s'étend de la base du crâne au coccyx en passant par le bassin, est considéré comme un élément primordial de la statique du tronc. De haut en bas le rachis est composé de l'écaillé de l'occipital, puis d'un mât axial rectiligne de face. Ce mât comporte 5 segments : cervical, thoracique, lombaire, sacré, coccygien. Les trois premiers segments sont mobiles, le segment coccygien constitue le reliquat de l'appendice caudal. Cet empilement de vertèbres est rectiligne dans le plan frontal, et possède des courbures dans le plan sagittal. Nous retrouvons des lordoses au niveau cervicales et lombaires, ainsi que des cyphoses au niveau thoracique et sacro-coccygien.

Le rachis est en rapport avec le caisson thoracique (par l'intermédiaire des côtes) ainsi que le caisson abdominal : les muscles de la ceinture abdominale comme les muscles obliques ou les transverses permettent cette liaison. Sur cette colonne osseuse vient s'insérer un nombre conséquent de muscles, ayant une fonction de stabilité ou de mobilité suivant les muscles, les insertions et les chaînes musculaires. De plus, le rachis a aussi un rôle de protection de la moelle spinale, ainsi que de distribution nerveuse au moyen des racines segmentaires.

Lorsque tous ces éléments interagissent entre eux, nous pouvons dire que le rachis s'organise en unités fonctionnelles, constituées schématiquement de deux vertèbres, articulées entre elles par le disque intervertébral, avec en son centre le nucléus pulposus et l'annulus fibrosus en périphérie, ainsi qu'avec deux articulations inter-apophysaires en arrière. Ces articulations sont planes au niveau cervical et thoracique, et de type arthroïde au niveau lombaire. Ce tripode articulaire permet au rachis une mobilité dans les trois plans de l'espace. Cette unité fonctionnelle est agrémentée de structures passives et actives qui seront détaillées plus en aval.

Le rachis lombaire constitue la partie inférieure de la partie mobile de la colonne vertébrale. Composé de cinq vertèbres en lordose, ces dernières s'articulent en haut avec les vertèbres

thoraciques et en bas avec le sacrum. Cette portion a deux grands rôles, celui d'apporter de la stabilité au rachis par une répartition des contraintes, notamment grâce aux disques intervertébraux, et celui d'apporter de la mobilité, notamment en flexion/extension et en rotation principalement. D'un point de vue morphologique ces vertèbres ont un corps vertébral volumineux comparé aux autres vertèbres, ce qui témoigne de leur fonction de support du poids du tronc et de stabilité. De plus les facettes articulaires des articulations inter-apophysaires sont orientées strictement vers le dedans/dehors, ce qui témoigne encore une fois de la fonction de stabilité du segment rachidien lombaire. D'un point de vue biomécanique, la lordose lombaire (ainsi que les autres courbures) permet une bonne répartition et gestion des contraintes exercées sur le rachis. Cette gestion est modélisée par la loi d'Euler : $R = n^2 + 1$, où R symbolise la résistance du rachis et n le nombre de courbures. Ainsi, les courbures rachidiennes permettent une résistance dix fois plus importante qu'un rachis sans courbure.

Concernant les muscles en rapport avec le rachis lombaire, nous en retrouvons de part et d'autre de ce dernier. Sur le plan postérieur profond, nous avons le groupe des sacro-épineux avec l'iliocostal, le longissimus et l'épineux ; le groupe des intertransversaires et interépineux ; ainsi que les rotateurs et multifides. Plus superficiellement, nous retrouvons le grand dorsal, qui forme un losange sur le rachis avec son homologue controlatéral, ainsi que le dentelé postéroinférieur qui permet la stabilisation de la charnière thoraco-lombale. Sur le plan antérieur, nous trouvons les muscles qui forment le caisson abdominal, c'est-à-dire les grands-droits, les obliques internes et externes ainsi que les transverses. Ces muscles permettent la contention de la cavité abdominale et un maintien du rachis lombaire. Latéralement au rachis lombaire nous retrouvons le carré des lombes, qui est composé de trois faisceaux : le costo-transversaire, l'iliocostal et l'ilio-transversaire. Ces trois faisceaux permettent un haubanage du rachis lombaire dans le plan frontal, avec une composante de stabilité et une de mobilité.

2.2.2 Eléments de stabilisation passive

Dans un premier temps, le fait que le rachis soit un empilement osseux assure une partie de la stabilité rachidienne. L'os qui constitue les vertèbres prédispose à la gestion des contraintes et à la stabilisation. En effet, les travées osseuses des corps vertébraux sont en forme de « diabolos », ce qui améliore la résistance à la compression. De plus, cette disposition des travées osseuses permet la répartition des forces sur tout le corps vertébral. Enfin, les

processus articulaires postérieurs sont enchâssés les uns dans les autres. Ces trochoïdes permettent notamment au niveau lombaire un maintien important de ce tripode articulaire.

Concernant les éléments disco-ligamentaires, nous les retrouvons principalement en postérieur, avec le ligament longitudinal postérieur, qui court sur la partie postérieure des disques intervertébraux et des corps vertébraux, ainsi que des ligaments jaunes, qui joignent les lames de chaque vertèbre. Nous avons aussi les ligaments intertransversaires, interépineux et supra épineux. Ces derniers parcourent respectivement les processus transverses et les processus épineux. En antérieur, nous retrouvons le ligament longitudinal antérieur, qui court sur l'ensemble des corps vertébraux en avant. Ce système ligamentaire limite les mouvements surtout dans le plan antéro-postérieur, ainsi que les mouvements de rotation et d'inclinaison avec le ligament intertransversaire et le ligament interépineux. En somme, la combinaison des particularités osseuses, articulaires et capsulo-ligamentaires permettent une gestion des contraintes exercées sur les vertèbres, ainsi qu'un haubanage passif dans les trois plans de l'espace.

2.2.3 Éléments de stabilisation active

D'un point de vue actif, les muscles du plan postérieur profond permettent une première stabilisation du rachis lombaire. En effet, ces muscles sont plaqués aux vertèbres et sont constitués de fibres musculaires de type I. Dans un second temps, l'action conjointe des muscles postérieurs superficiels, antérieurs et latéraux permet une stabilisation dans les trois plans de l'espace, une sorte d'étau formant une poutre pour verrouiller le rachis lombaire. Nous retrouvons donc un second haubanage du rachis lombaire, constitué cette fois-ci de muscles principalement posturaux.

Lorsque nous mettons en lien ces différentes informations, l'analyse que nous livre Dufour prend tout son sens : « Les structures passives (disque principalement) supportent bien les contraintes de compression et se déforment peu. L'augmentation des courbures sous la contrainte dépend de la qualité du haubanage musculaire, qui offre une stabilisation active au rachis ». Ceci nous rappelle l'importance du système de stabilisation active, ainsi que son rôle dans le maintien d'un rachis lombaire fonctionnel.

En somme, les éléments actifs et passifs caractéristiques du rachis lombaire permettent une stabilisation des vertèbres entre elles et un respect des courbures physiologiques du rachis,

élément primordial dans la gestion des contraintes qui s'exercent sur le rachis. Enfin, certains points sont importants à rappeler de manière synthétique :

- La fonction principale de cette zone est la stabilité et ceci est permis par l'ensemble des éléments anatomiques en présence
- La physiologie musculaire est importante avec la co-contraction des muscles du tronc, abdominaux en avant et muscles postérieurs, qui doivent donc être travaillés en synergie
- Importance d'une stabilisation active des muscles du dos afin de maintenir le rachis lombaire dans une lordose physiologique lorsque ce dernier est sollicité, ainsi que dans tous les mouvements quotidiens. L'éducation au respect des courbures physiologiques permet de protéger l'intégrité du rachis lombaire.

2.3 Physiopathologie

2.3.1 Modes d'entrée dans la lombalgie chronique

Comme nous avons pu le voir précédemment, la lombalgie chronique commune, ou aspécifique, n'a pas de cause anatomique clairement identifiée. Le principal symptôme est la douleur localisée au niveau lombaire, ainsi que les restrictions fonctionnelles qui en découlent. Nous pouvons donc dire que le passage de la lombalgie aiguë à la lombalgie chronique se fait lorsque la douleur persiste, et qu'elle perd son rôle premier, celui de signal d'alarme et de défense. La perte d'activité est aussi caractéristique de la lombalgie chronique, que ces activités soient professionnelles, sociales ou de loisirs. Ceci a pour conséquence une sous-utilisation des zones douloureuses, principalement la région lombaire, ainsi que du corps dans sa globalité.

Enfin, le déconditionnement musculaire est aussi symptomatique de la lombalgie chronique. En effet, nous pouvons observer une diminution qualitative de la force musculaire (baisse de force et d'endurance) des patients atteints de lombalgie chronique (11). De plus, une diminution quantitative est aussi présente, avec une diminution des fibres de type I, partiellement remplacées par des fibres de type IIc et du tissu graisseux (12). En somme, lorsque la douleur présente dans la lombalgie aiguë devient chronique, que les activités sont restreintes, nous entrons dans la lombalgie chronique, caractérisée par une douleur chronique et entretenue par des stimuli anormalement perçus comme douloureux, un déconditionnement musculaire, une intolérance au mouvement ainsi qu'une restriction

d'activité durable (13). Ces différentes caractéristiques se renforcent mutuellement, et créent un cercle vicieux représenté par le modèle cognitivo-comportemental de Vlaeyen (14) (annexe 1). Dans ce modèle nous pouvons constater que les différentes étapes de ce cycle se renforcent mutuellement, et que les trois principaux moteurs de ce cycle sont le déconditionnement, la répétition des expériences douloureuses, ainsi que la détresse émotionnelle (et les facteurs psychologiques qui la modulent) qui engendre notamment une dramatisation des douleurs, comme le catastrophisme par exemple. Toujours selon ce modèle, l'absence de peur permettrait d'éviter l'entrée dans ce cercle ou d'en favoriser la sortie, pour ainsi passer sur une stratégie d'affrontement plutôt que d'évitement.

2.3.2 L'imagerie dans la lombalgie

Concernant les recommandations françaises, nous pouvons constater que l'utilisation de l'imagerie est recommandée en l'absence de drapeaux rouges lorsqu'une lombalgie devient chronique (1), et ce depuis quelques années, comme nous pouvons le voir dans cet article datant de 2001 (12). Ces recommandations concernent la démarche diagnostic, et apparaissent comme un moyen d'identifier une cause anatomique potentiellement responsable de la symptomatologie douloureuse.

Cependant, la concordance radio-clinique n'est pas clairement établie. En effet, la littérature disponible sur le sujet nous indique que les modifications rachidiennes asymptomatiques ont une forte prévalence, et ne peuvent être corrélées aux symptômes. De plus, les éléments retrouvés à l'imagerie ne semblent pas avoir de valeur prédictive quant à la survenue d'une lombalgie (15). Cette littérature nous indique aussi que les recommandations internationales ne préconisent pas une utilisation systématique de l'imagerie (16), au regard d'un rapport bénéfice-risque non avantageux ; c'est-à-dire que les bénéfices ne sont pas avérés et que les signes retrouvés à l'imagerie peuvent être perçus comme graves par le patient, même si ces derniers sont asymptomatiques.

2.3.3 Facteurs psychologiques

Selon la HAS « Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale » (1). Il est donc pertinent d'aborder les aspects psycho-

cognitifs présents chez une personne souffrant de lombalgies chroniques, de les connaître, afin de mieux les appréhender dans notre pratique professionnelle.

Dans un premier temps, il est important de noter que la douleur est souvent associée à des comorbidités psychologiques, comme l'anxiété et la dépression (17). D'ailleurs le terme de souffrance paraît plus adapté afin de mieux appréhender ces aspects psychologiques, étant donné qu'il tient compte du ressenti psycho-cognitif de l'individu. Selon Rentsch et al. (18) « la pénibilité de la douleur chronique avec le sentiment de perte de contrôle qu'elle engendre mène à la dépression », le lien est fait entre le ressenti douloureux (et donc la souffrance) et son influence négative sur la santé mentale d'un individu. Toujours selon cet article « la dépression s'accompagne également de modifications cognitives et affectives qui peuvent conduire à une interprétation particulièrement négative, voire alarmiste des sensations corporelles », ce qui souligne le lien entre douleur et dépression. Concernant l'anxiété, celle-ci entretient aussi une relation négative avec la douleur, au même titre que la peur. La peur génère l'anticipation de signaux douloureux, qui peut majorer ces derniers ; ainsi que de l'hypervigilance, qui a un rôle négatif dans la perception douloureuse. Ces deux comorbidités psychologiques sont donc importantes à évaluer lors de douleurs chroniques, et sont évaluables à l'aide de l'échelle « Hospital Anxiety and Depression Scale », validée pour la lombalgie (19)

Nous allons également aborder le phénomène de catastrophisme, qui joue un rôle important dans la perception de la douleur : « la perception de la douleur s'accompagne d'une interprétation catastrophiste, reposant sur les croyances, le statut émotionnel préexistant et d'autres facteurs prédisposants, cela entraînant un état de peur de la douleur » (7). Cette notion s'intègre dans le modèle de peur-évitement dans la douleur chronique, et permet de mettre en lumière certains comportements favorisant l'installation d'une douleur de manière chronique. Ce trait comportemental peut être évalué grâce au « *Fear-avoidance beliefs questionnaire* » (FABQ), outil qui permet de mieux appréhender cet aspect psychologique dans la lombalgie, et qui apparaît comme important à prendre en compte lors de la prise en soin de patients souffrant de lombalgies chroniques (20)

Nous allons également aborder le thème de la kinésiophobie, littéralement « peur du mouvement ». Cette dernière se matérialise par des stratégies d'évitement de mouvements corporels incluant le dos. Généralement associés à l'algophobie, ces deux mécanismes

concourent à la baisse d'activités sociales, professionnelles et de loisirs lorsqu'une personne souffre de lombalgies chroniques. En effet, des liens entre kinésiophobie et intensité de la douleur ont été montrés (21), ce qui renforce des schémas douloureux et invalidants. De plus, cette sous-utilisation du corps, et plus particulièrement des éléments anatomiques constituant le rachis lombaire, implique une déminéralisation osseuse et une baisse de la réponse aux différentes contraintes appliquées sur le rachis (22). De ce fait, lutter contre ces mécanismes paraît important dans nos prises en soin (23).

2.3.4 L'effet nocébo

L'effet nocébo est un mécanisme neuropsychologique reprenant les mêmes principes que l'effet placebo, mais en engendrant des effets négatifs. Concrètement, l'anticipation d'un événement ou d'une intervention perçus comme négatifs peut causer une exacerbation des symptômes, une douleur ou une baisse de moral d'un individu (24). Parmi les mécanismes de cet effet, nous avons l'induction négative par les mots (25), c'est-à-dire véhiculer du stress ou de l'anxiété via les mots que l'on emploie, ce qui fait écho aux facteurs psychologiques présents dans la lombalgie chronique.

Certaines zones anatomiques et certains phénomènes neurobiologiques ont été mis en évidence dans le fonctionnement de l'effet nocebo. Le circuit dopaminergique est impliqué dans ce mécanisme, au même titre que le système limbique et l'axe hypothalamo-pituitaire adrénal. Ce dernier est par ailleurs impliqué dans les réponses neurologiques face au stress (26). Compte tenu des éléments explorés à propos de l'effet nocébo, il apparaît comme important de choisir avec soin les mots qu'un professionnel de santé peut employer, afin de favoriser les effets d'un discours positif et limiter les effets délétères d'un discours perçu comme négatif (27).

2.4 Prise en charge et parcours de soin

2.4.1 L'importance du modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial est un modèle de soin où les aspects médicaux, socio-culturels et psychologiques sont pris en compte de manière conjointe dans l'évaluation de l'état de santé d'un patient. Ce modèle théorique peut être considéré comme une extension du modèle biomédical, où les facteurs biologiques, anatomiques et physiologiques sont les arguments principaux pour expliquer une pathologie et déterminer les traitements pour répondre à cette dernière. Le modèle biomédical ne prend pas en compte les causes externes comme

l'environnement social d'un patient, les influences des mécanismes psycho-cognitifs, que ce soit dans la définition d'une pathologie ou dans l'importance donnée au patient en tant qu'individu, généralement réduit à son corps (28). De plus, un certain nombre d'éléments ne peuvent être expliqués par le modèle biomédical, qui montre ses limites dans les pathologies où la biologie seule ne suffit pas ; à l'instar de la douleur chronique par exemple, lorsqu'aucune cause biologique ou anatomique est identifiée.

Le modèle biopsychosocial permet donc d'intégrer tous ces facteurs, et de fournir des modèles de compréhension plus complets, que ce soit lors de l'identification des déterminants de la santé et d'une maladie ou dans l'élaboration des soins, qui sont souvent pluridisciplinaires. Le patient dans sa globalité est mis au centre de la démarche de soin, en opposition au modèle biomédical, centré sur la maladie et ses facteurs biologiques (29).

Ainsi, la notion d'un projet de soin réalisé en co-construction avec le patient a toute sa place dans ce genre de modèle, où certains objectifs de traitement comme la (ré)adaptation d'un patient à son environnement, l'amélioration de la qualité de vie, du bien-être et de la réalisation d'activités adaptées ont une place plus importante auprès d'objectifs plutôt curatifs, qui sont majoritaires dans le modèle biomédical.

Intégrer ce modèle à notre pratique clinique ouvre le champ des possibles d'un point de vue traitement. En effet, de nouvelles compétences sont nécessaires, notamment relationnelles et éducatives, ainsi que dans la gestion des croyances du patient. De ce fait, les compétences habituelles de soin peuvent rencontrer le champ des sciences humaines, où des compétences relationnelles, communicationnelles et pédagogiques peuvent être intégrées aux outils d'un professionnel de santé (30).

Enfin, la capacité à collaborer est aussi nécessaire dans ce modèle où la coordination des différents métiers est importante. Différents acteurs appartenant à des professions médicales et paramédicales peuvent être impliqués dans la prise en soin d'un patient, où une certaine coordination est nécessaire. Un certain nombre de modèles théoriques permettent le développement de ces compétences de communication interprofessionnelles, comme le modèle du patient traceur (31).

Adopter ce modèle théorique dans le cadre de la lombalgie chronique nous permet de nous éloigner des facteurs somatiques, d'accorder plus de place aux mécanismes cognitifs,

psychologiques, et d'apporter de nouvelles explications notamment sur la douleur, les comportements, ainsi que sur les répercussions fonctionnelles et socioprofessionnelles. Cette prise en charge globale apparaît donc comme nécessaire pour intégrer tous les facteurs présents dans cette affection, et est d'ailleurs présente dans les recommandations de prise en charge publiées par la HAS (1).

2.4.2 Les trajectoires de soin

Il est ici question d'aborder les différentes trajectoires de soins possibles pour un patient souffrant de lombalgies chroniques, d'en déterminer les différents aspects, points communs et particularités, dans le but d'offrir un regard global sur les situations de soin d'un patient lombalgique. Parmi les principales modalités de soin nous retrouvons les prises en charge de ville, les prise en soin en centre de rééducation et les suivis par des centres spécialisés dans la douleur.

Lors d'une prise en charge de ville, les médecins généralistes sont les premiers intervenants auprès des patients, et ce sont eux qui coordonnent la prise en charge, et prescrivent des soins de masso-kinésithérapie. Certains spécialistes peuvent être consultés, comme lors de la demande d'imagerie par exemple. L'enjeu ici est la gestion de la douleur, ainsi que le maintien des activités, qu'elles soient sociales ou professionnelles.

Lors d'une prise en charge en centre, les patients bénéficient de programmes de restauration fonctionnelle du rachis (RFR). La prise en charge est coordonnée par un médecin rééducateur, et comprend de la masso-kinésithérapie, de l'activité physique adaptée, de la gestion de la douleur, et d'autres prises en soin comme un accompagnement social ou psychologique suivant les besoins. Ce parcours de soin est multifactoriel et pluriprofessionnel, le patient et son projet de soin sont au cœur de la démarche. Souvent la reprise d'une activité professionnelle et la gestion de la douleur sont au centre de ce projet de soin (32). Ici les patients souffrent généralement d'une pathologie plus lourde et avec plus d'impact dans leur vie, que ce soit sur le plan socio-professionnel ou sur le plan personnel. Ici, plus que le maintien de capacités, c'est le gain et la « reconquête » de capacités qui est visé.

2.5 Evolution des recommandations et de la littérature scientifique

Afin de réaliser un état des lieux des différents traitements utilisés dans la lombalgie chronique, il semble pertinent d'interroger la littérature récente et ancienne. En effet, devant

la disparité de choix des traitements utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes, le fait d'interroger la littérature sur une période temporelle importante permet de savoir comment les recommandations, connaissances et preuves ont évolué au cours du temps.

Comme nous avons pu le voir précédemment, le modèle biomédical, modèle prédominant depuis plusieurs dizaines d'années, prêle une influence importante aux causes organiques lors de l'apparition d'une pathologie. Concernant la lombalgie, aiguë ou chronique, le rachis, et plus particulièrement le disque intervertébral, a été souvent désigné comme la cause d'une douleur lombaire, comme nous pouvons le voir dans cette étude datant de 2001 (33), ainsi que la flexion répétée, avec ou sans charge. Nous pouvons imaginer l'impact de ce genre d'étude sur les croyances de la part des patients et des praticiens, ainsi que sur les traitements entrepris, bien que de nouvelles données plus récentes tendent vers une implication moindre de ces facteurs (34).

Si nous remontons quelques dizaines d'années en arrière, nous pouvons constater que le disque intervertébral est alors au centre des préoccupations, et que le repos (ainsi que des antalgiques et des anti-inflammatoires, traitement abandonné depuis) est le traitement principal afin de « protéger » ce dernier (35). En effet, nous pouvons observer la crainte d'une potentielle compression discale, et de la majoration des douleurs. Cette kinésiophobie est présente non seulement chez les patients, mais aussi chez les praticiens. Dans cet article les traitements recommandés sont concentrés sur la symptomatologie de cette phase de repos, avec une majorité de techniques passives et hands-on. De plus, les positions antalgiques et attitudes d'évitement sont recherchées. Dans un second temps, des techniques actives et/ou hands-off font leur apparition, principalement du renforcement musculaire. Encore une fois, ces traitements actifs recherchent un verrouillage permanent du segment lombaire douloureux, décrit comme une « protection permanente active », ce qui renforce la notion de kinésiophobie et la croyance selon laquelle les mouvements de flexion-extension vont déclencher des douleurs. Enfin, une éducation du patient est présente, toujours dans un objectif de protection du rachis et de limitation des mouvements de cette zone lors des activités de la vie quotidienne, et aucune mention n'est faite à propos des facteurs psychocognitifs, des capacités fonctionnelles et des objectifs de réadaptation.

Nous devons attendre le début des années 90 pour trouver des articles étudiant ces facteurs chez les patients atteints de lombalgie chronique (36). Cohen et al. évaluent les ressources

psycho-cognitives des patients, ainsi que la perception de la douleur engendrée par la lombalgie. Parmi les résultats avancés nous pouvons citer des déficits retrouvés au niveau des capacités physiques ainsi que des adaptations cognitives chez les patients atteints de lombalgies chroniques, avec une corrélation supposée entre les capacités psycho-cognitives et les capacités physiques des patients.

Ici les facteurs physiques ne sont plus prédominants, et cela se constate par ailleurs dans les recommandations de la même époque (37). Les objectifs de rééducation ne sont plus orientés vers la protection du rachis lombaire, mais vers l'amélioration des capacités fonctionnelles du patient afin de répondre à un objectif de rééducation global et centré sur le patient. Enfin, il est précisé que les techniques passives (et majoritairement hands-on) ne doivent pas constituer l'arsenal thérapeutique principal du praticien. Ces changements d'approche coïncident avec la diffusion et la démocratisation du modèle biopsychosocial, ce qui a pu amorcer un changement d'approche dans la prise en charge de la lombalgie chronique.

Les justifications anatomiques sont moins présentes, et nous constatons l'apparition de nouveaux outils et axes de traitements. Nous pouvons prendre l'exemple du « Fear-avoidance beliefs questionnaire » (20) (38), datant de 1993, qui évalue les croyances relatives à la lombalgie chronique. Cet outil porte sur le domaine socio-professionnel et les activités physiques, et permet d'appréhender la kinésiophobie d'un patient, ainsi que le catastrophisme et l'évitement.

Actuellement, ce changement de « paradigme » se constate de plus en plus dans les recommandations officielles (1). Selon la HAS, la prise en charge d'un patient lombalgique chronique est centrée sur ce dernier comme indiqué dans le modèle biopsychosocial. Le patient est acteur de son projet de soin, et le retour à une activité normale est le principal objectif de cette prise en charge, que ce soit dans le domaine socioprofessionnel ou personnel, comme sur les activités de la vie quotidienne, les loisirs ou la pratique d'une activité physique. Concernant les recommandations des techniques masso-kinésithérapiques, l'outil principal exprimé est le travail actif du patient, avec une participation effective de ce dernier. L'éducation du patient sur les mécanismes de la lombalgie, de la gestion de la douleur et des croyances pouvant entourer cette pathologie est préconisée. Enfin, les techniques passives ne sont pas recommandées seules, en raison d'une absence d'efficacité selon un accord d'experts.

En explorant la littérature actuelle sur le sujet, nous constatons que des revues systématiques montrent l'efficacité des prises en soin pluridisciplinaires et centrées sur le patient, comme c'est le cas des programmes de restauration fonctionnelle du rachis (39) (32). Ceci renforce l'importance du modèle biopsychosocial dans la prise en charge des patients lombalgiques chroniques, ainsi que la prise en considération des facteurs psychosociaux et cognitifs.

Concernant la littérature actuelle sur les différentes techniques masso-kinésithérapiques, nous pouvons effectivement voir que les techniques passives et majoritairement hands-on semblent avoir des effets principalement à court terme. Pour ce qui est de la massothérapie (40) et de la physiothérapie antalgique (41), ces deux techniques semblent efficaces à court terme, mais sans influence sur l'évolution de la lombalgie à plus long terme. D'autres outils antalgiques comme le TENS ne semblent pas avoir d'effet dans le cadre de la lombalgie chronique (42). Nous pouvons également citer les ultra-sons utilisés dans le cadre de la lombalgie chronique, qui ne semblent pas montrer d'efficacité (43).

Cependant, lorsque des techniques passives (supposées efficaces) sont couplées à une prise en charge active, des effets positifs sur la douleur semblent présents à court mais aussi à moyen terme. Nous pouvons également constater les effets supposés de cette association entre le kinesio-tape et l'activité physique (44) (45).

Concernant les différents types d'activités physiques utilisés dans le cadre de la lombalgie chronique, nous avons trouvé deux sources traitant du contrôle moteur et de la pratique du yoga (46) (47). Ces deux moyens de réaliser de l'activité physique semblent efficaces, et ces études ne semblent pas montrer de supériorité de l'une par rapport à l'autre. Nous pouvons donc supposer que le choix de l'activité physique utilisée dans les traitements de la lombalgie chronique peut se faire sur d'autres critères comme les préférences ou capacités du patient.

De plus, certaines ressources bibliographiques récentes continuent de se détacher des facteurs somatiques d'une pathologie musculosquelettique douloureuse chronique, et publient des recommandations pour ces pathologies indifféremment de la zone concernée (48).

Enfin, nous pouvons nous questionner sur l'intégration de thérapies basées sur les facteurs psycho-cognitifs impliqués dans la douleur dans le traitement de la lombalgie chronique (49). Cet article nous indique que l'éducation du patient aux neurosciences de la douleur semble réduire les restrictions fonctionnelles et la douleur à court terme. L'hypothèse d'une

association de cette éducation à une prise en soin « habituelle » est posée dans cet article, cela peut amener de nouvelles réflexions sur les outils à intégrer à notre pratique.

3 Problématisation et question de recherche

L'élaboration de ce cadre conceptuel a permis de mettre en lumière plusieurs points. Tout d'abord, nous avons pu voir que la lombalgie est une pathologie avec une forte prévalence dans la population française, constituant un enjeu majeur de santé publique, que ce soit d'un point de vue médico-social ou économique. De plus, le retentissement fonctionnel important que peut causer cette pathologie implique aussi des enjeux majeurs en termes de prévention primaire et secondaire, par les coûts importants que peut engendrer cette pathologie, comme nous avons pu le voir. Ces enjeux majeurs se retrouvent par ailleurs dans le suivi des patients et dans la gestion de leur projet de soin.

Ensuite, l'étude anatomique et biomécanique du rachis lombaire nous a permis d'appréhender cette zone, ainsi que sa fonction et son intégration dans la biomécanique du tronc. Nous avons pu voir que cette zone permettait la stabilité du rachis, ainsi qu'une part de sa mobilité. Cela nous permet de mieux comprendre son contexte d'utilisation, son rôle, ainsi que les potentiels éléments anatomiques susceptibles de dysfonctionner dans le cadre de cette pathologie, comme les éléments musculaires participant à la stabilité du rachis par exemple.

Puis, les données physiopathologiques à propos de la lombalgie chronique nous ont beaucoup appris à propos des mécanismes d'entrée dans cette pathologie, ainsi que sur les principaux phénomènes agissant sur la douleur, les comportements vis-à-vis de la douleur et les facteurs psycho-cognitifs influençant ces derniers. Nous avons pu constater l'étendue et la diversité des déterminants de cette pathologie, et que la douleur, ainsi que les répercussions fonctionnelles, ne pouvaient pas se résumer à l'altération d'éléments anatomiques.

De plus, la nécessité d'une prise en charge globale est mise en lumière lorsque le modèle biopsychosocial est utilisé comme cadre théorique et comme cadre de réflexion. En effet, ce modèle permet l'intégration des facteurs cités plus haut, et apporte ainsi une réponse plus adaptée face aux enjeux de la lombalgie chronique.

Nous avons aussi pu voir que cette réponse a évolué au cours du temps, lors de l'exploration de la littérature et de ses changements. Nous avons constaté que les connaissances théoriques ont changé, que ce soit sur les éléments anatomiques potentiellement impliqués dans la lombalgie chronique, sur la compréhension de la complexité de cette affection ou sur l'efficacité et la pertinence des traitements et outils rééducatifs proposés aux patients. Nous sommes passés d'une explication de la pathologie centrée sur les causes organiques à une explication centrée sur la chronicisation de la douleur, avec une importance moindre donnée aux éléments anatomiques, et une intégration des facteurs psycho-sociaux qui influencent cette pathologie. Concernant les traitements, nous avons pu constater qu'initialement les outils rééducatifs étaient majoritairement passifs et que les principes de prise en charge étaient orientés vers la protection du rachis et la limitation des mouvements de ce dernier lors de l'éducation au patient. Puis, nous avons retrouvé dans la littérature un « changement de paradigme » concernant les traitements. Les outils rééducatifs actifs sont majoritairement recommandés, les outils passifs occupent une place secondaire dans la prise en soin ; l'éducation au patient est centrée sur la poursuite des activités, la lutte contre la kinésiophobie et les croyances pouvant mener à une chronicisation des douleurs ou un maintien de ces dernières.

Si nous confrontons ce cadre conceptuel à notre problématique de départ, c'est-à-dire le constat d'une disparité dans le choix des techniques masso-kinésithérapiques dans le traitement de patients souffrant de lombalgies chroniques, nous observons un écart entre les choix faits par certains masseurs-kinésithérapeutes et les données énoncées dans ce cadre conceptuel, notamment sur les éléments issus de la littérature.

Au regard des éléments discutés précédemment, nous posons la problématique suivante :

Comment les masseurs-kinésithérapeutes libéraux choisissent-ils leurs outils rééducatifs lors de la prise en soin de patients atteints de lombalgie chronique aspécifique ?

4 Méthodologie de l'enquête

Ce chapitre concerne la méthodologie mise en œuvre lors de l'élaboration de ce travail de recherche. Elle repose sur la méthodologie proposée par Blanchet et Gotman (50) concernant les études observationnelles qualitatives.

4.1 Choix de la méthode

Afin de rester dans le cadre d'une démarche « evidence-based practice », nous décidons de confronter dans notre enquête la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes aux données de la littérature. Pour ce faire, nous allons utiliser la méthode de l'entretien semi-directif. Cette méthode exploratoire consiste à interviewer un sujet, à l'aide d'une grande majorité de questions ouvertes permettant d'aborder les thématiques en lien avec notre sujet de recherche. Le recueil des données collectées dans ces différentes thématiques, ainsi qu'une analyse précise de ces informations, permettent de répondre aux hypothèses préalablement posées. Le fait que cet entretien soit basé sur des questions ouvertes appelle un dialogue assez libre, où des questions complémentaires peuvent être utilisées pour recentrer les échanges et cibler les informations que nous recherchons afin de répondre à nos hypothèses. Cette méthode exploratoire a pour objectif la collecte d'informations, cette démarche se veut donc objective, où l'on recherchera le « comment » et le « quoi ». La recherche du « pourquoi » est à proscrire, afin de ne pas être dans une remise en cause de la pratique du praticien, ni dans la provocation d'un embarras chez ce dernier en jugeant sa pratique professionnelle. L'interviewer se doit donc d'adopter une démarche compréhensive lors de l'entretien, avec pour objectif de comprendre une pratique professionnelle dans une situation donnée (51).

Concernant les avantages de cette méthodologie d'enquête, le fait que les questions posées appellent des réponses ouvertes permet une certaine richesse dans la collecte des données, car l'interlocuteur est libre de sa réponse et de ses mots. Cette liberté reste cadrée par la thématique de nos questions, ce qui permet dans une certaine mesure d'éviter la collecte de données non pertinentes et non utiles à la formulation d'une réponse à nos hypothèses. De plus, cette liberté relative permet potentiellement la collecte de données qui n'ont pas été spécifiquement ciblées, ce qui favorise l'émergence de données complémentaires. Enfin, « L'analyse qualitative est [...] une activité de production de sens qui ne peut être réduite à des opérations (bien que des techniques essaient de les mettre en pratique). » (52). Cela nous indique que l'analyse qualitative permet une réflexion lors de l'analyse des données et lors de la réponse à nos hypothèses, ce qui est non négligeable dans une démarche de recherche.

4.2 Hypothèses

Grâce au cadre conceptuel réalisé dans ce début de mémoire, aux lectures scientifiques et à notre observation sur le terrain de stage, nous avons pu construire une problématique de recherche. Pour tenter de répondre à cette dernière, plusieurs hypothèses de travail sont proposées en lien avec les données issues de notre cadre conceptuel. Les hypothèses présentées sont en lien direct avec les considérations qui doivent émerger des entretiens à réaliser auprès des professionnels MK, en lien avec leurs expériences vécues dans leurs pratiques.

Hypothèse 1 : Les masseurs-kinésithérapeutes ne connaissent pas les différentes recommandations récentes concernant la lombalgie chronique.

Hypothèse 2 : Les masseurs-kinésithérapeutes n'organisent pas de veille scientifique.

Hypothèse 3 : Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas actualisé leurs connaissances issues de leur formation initiale par des formations continues sur la lombalgie chronique.

Hypothèse 4 : Les masseurs-kinésithérapeutes choisissent leurs techniques en fonction des données cliniques, des plaintes exprimées par le patient et de leur connaissance sur les traitements.

Hypothèse 5 : L'expérience passée des masseurs-kinésithérapeutes influence leur choix de traitement.

Ces hypothèses seront éprouvées en interrogeant nos interlocuteurs. Cette démarche nécessite la réalisation d'un guide d'entretien en amont, nous devons en effet anticiper la collecte des données nécessaires à la construction d'une réponse à ces hypothèses.

4.3 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé en fonction des données relevées dans le cadre conceptuel (annexe 2). Comme il est écrit dans le livre « Le mémoire : Penser, écrire, soutenir, réussir », l'interlocuteur est « maître du jeu dans la chronologie de sa réponse » (53). C'est à l'enquêteur d'adapter les questions en fonction de ce que peut dire l'interlocuteur. Il convient donc d'anticiper les réponses que nous allons obtenir, en sélectionnant les questions ouvertes que nous allons poser, ainsi que de potentielles questions de recentrage si nous n'avons pas collecté toutes les informations nécessaires. Ces questions sont organisées par thèmes, qui

représentent les domaines à aborder lors de cet entretien et constituent la trame de notre guide. Ces thèmes sont en lien avec nos hypothèses, et ce sont nos questions qui permettent la collecte de données. Nous retrouvons par exemple une exploration des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes interrogés, leur rapport à la littérature scientifique et recommandations ainsi que leur parcours professionnel. Ces questions servent de repère, afin de cibler les réponses attendues, elles peuvent être amenées à évoluer en fonction du déroulement de l'entretien et des réponses de l'interviewé.

4.4 Population

Parmi cinq masseur-kinésithérapeutes exerçant en milieu libéral, trois ont été directement contactés pour participer à ces entretiens, et la sollicitation s'est faite via une communication écrite. Les deux autres masseurs-kinésithérapeutes ont répondu de manière spontanée à un appel à candidature. Les critères d'inclusion à respecter étaient le fait de prendre en soin plus de cinq patients atteints de lombalgie chronique par semaine, et de travailler en libéral. Nous avons attribué à chaque masseur-kinésithérapeute un matricule (MK1, MK2, MK3, MK4, MK5) afin de garantir leur anonymat lors de l'analyse des données.

4.5 Entretiens

Les cinq entretiens ont été conduits par téléphone, et ont été enregistrés via une application. Préalablement à la conduite de l'entretien, les masseurs-kinésithérapeutes ont été informés de l'objet d'étude de cet entretien, sans pour autant leur dévoiler la problématique de recherche ou les futures questions qui allaient leur être posées, afin de garantir la spontanéité de leurs réponses. De plus, leur consentement a été recueilli concernant l'enregistrement de l'entretien et la garantie de leur anonymat. Les entretiens ont duré de 18 à 29 minutes.

5 Résultats et analyse des résultats

5.1 Méthodologie d'analyse des résultats

Dans ce travail de fin d'études, l'analyse et la méthodologie employées s'appuieront principalement sur l'ouvrage de P. Paille et P. Rondeau édité en 2016 : « L'analyse qualitative pas à pas » (54). Afin d'analyser les données récoltées, l'analyse thématique sera la méthodologie retenue pour ce travail d'analyse. En effet, un certain nombre de thèmes ont été identifiés dans le produit des entretiens (et qui sont en lien avec les thèmes présents dans

le guide d'entretien). Préalablement, et pour donner du sens à ce corpus de données, un certain nombre d'étapes sont nécessaires, qui sont au nombre de trois :

Transcription/traduction : Cette étape consiste à retranscrire l'entretien sous forme écrite, dans son intégralité. L'ensemble des propos y sont consignés, il n'y a pas de transformation des propos de l'interviewé. Nous mettons à disposition dans les annexes de ce travail (annexe amovible) l'intégralité des entretiens retranscrits à titre informatif. Cette traduction est organisée en « temps de parole » (TP), afin de bien différencier les propos de l'interviewé et de l'intervieweur, et permet d'améliorer la lisibilité du produit de cet entretien.

La transposition/réarrangement : « le matériau disponible, venant de la phase précédente, passe à travers une lecture beaucoup plus explicitement conceptuelle. » Ici les données bénéficient d'un premier niveau d'analyse, celui du regroupement des TP selon des thèmes, ce qui permet une certaine conceptualisation des données récoltées. Ce produit synthétique, présenté en annexe (annexe 3), permet un « panorama » des données qui seront présentées dans les résultats

La narration/réarrangement : Cette dernière étape consiste en une rédaction de « rapports » selon les thèmes retenus pour l'analyse. Ceci permet la présentation des résultats, ainsi que de leur donner du sens en rapport avec la problématique posée.

Les résultats seront donc présentés selon des thèmes, qui apparaîtront dans notre analyse thématique ainsi que dans des rubriques, dans un souci de clarté pour le lecteur de ce travail.

5.2 Analyse qualitative des résultats

5.2.1 Profil des masseurs-kinésithérapeutes interviewés

Diplôme et expérience professionnelle

Les cinq masseurs-kinésithérapeutes (MK) que nous avons interrogés partagent un certain nombre de points communs, comme le fait de travailler en milieu libéral ; ainsi que des disparités, comme la longueur de leur carrière. En effet, les MK interrogés ont obtenu leur diplôme sur une période temporelle relativement importante, s'étendant sur une vingtaine d'année (1996, 2005, 2008, 2013, 2016). Certains MK ont une activité complémentaire à leur exercice en cabinet, comme des interventions en EHPAD ou des prises en soin à domicile. De plus, MK3 et MK4 ont une relative expérience de l'exercice professionnel en milieu hospitalier,

lors de remplacements décrits comme assez courts. Enfin, chaque MK nous indique prendre en charge de manière régulière des patients atteints de lombalgies chroniques, et ce depuis le début de leur carrière. Cela semble être une part importante du travail de chaque MK, compte tenu de la fréquence à laquelle ces professionnels prennent en soin des patients souffrant de cette pathologie.

Formations continues

Concernant les formations continues, nous retrouvons également une diversité de contenu dans ces enseignements. MK1 est titulaire d'un diplôme universitaire de masseur-kinésithérapeute du sport, et a effectué des formations continues dans la rééducation du périnée, ainsi que dans la rééducation abdominale (TP2).

Pour MK2, « des formations continues en thérapie manuelle, dans les points trigger et dans la prise en charge du patient obèse » ont été réalisées (TP4). De plus une formation a été réalisée sur les bilans initiaux (TP8).

Pour MK3, ce sont des formations en uro-gynécologie, sur McKenzie (formation en cours au moment de l'entretien), « ainsi que d'autres formations sur le dos » (TP2).

MK4 nous a indiqué avoir réalisé un certain nombre de formations continues (TP2), comme la formation Sohier juste après l'obtention de son diplôme (TP6). Cette dernière a également réalisé des formations sur les chaînes physiologiques de Busquets, sur la gymnastique abdominale hypopressive, ainsi qu'une spécialisation en périnéologie. MK4 nous a également indiqué avoir réalisé une formation en kinésiotaping, en kiné du sport, « ainsi que d'autres formations pour des soins hors-conventionnés » (TP6).

Concernant MK5, ce dernier nous explique avoir réalisé un double cursus en ostéopathie, des formations en maxillo-lingual, une formation dite « CGE » sur l'épaule, une sur la réflexologie plantaire, une formation sur le genou, une formation sur les levés de tension, et une sur la lombalgie (TP6). Les cinq MK nous ont indiqué avoir fait d'autres formations sans toutefois en préciser la nature (MK1-TP2, MK2-TP4, MK3-TP2, MK4-TP6, MK5-TP4).

Ces formations continues couvrent des domaines très larges, et témoignent de l'évolution professionnelle de chaque MK, ainsi que de son parcours dans la pratique de la masso-kinésithérapie. La manière de choisir ses formations continues varie également, et reflète les

envies, besoins et opportunités de chaque MK dans sa volonté de continuer à se former. Nous avons ici affaire à plusieurs profils différents, qui seront explorés plus en aval dans cette analyse des résultats de l'enquête.

Si nous analysons les données récoltées vis-à-vis des formations continues de ces MK, nous pouvons voir que ces formations sont majoritairement musculosquelettiques, et orientées soit sur des outils thérapeutiques, soit sur une région anatomique. Les MK interrogés nous ont indiqué utiliser ces formations continues dans le cadre de la lombalgie chronique, bien que ces formations ne se soient pas spécifiques. A ce stade de l'analyse, il serait intéressant de supposer un lien entre l'aspect majoritairement musculosquelettique de ces formations et la conception des MK à propos de la prise en soin d'un patient lombalgique chronique. De plus, nous remarquons une faible mention de formations continues à propos de phénomènes physiopathologiques comme le ressenti douloureux, ou encore à propos de phénomènes psycho-cognitifs et psychosociaux. Ce constat sera confronté au reste de notre analyse.

5.2.2 Les enjeux du début de prise en charge

Le bilan initial

Lors du début de la prise en charge d'un patient, chaque MK indique réaliser un bilan initial. Le contenu varie pour chacun d'entre eux, en fonction des objectifs déterminés pour la réalisation de ce bilan. Ainsi, nous allons pouvoir aborder la stratégie thérapeutique de chaque MK à travers leurs déclarations, laquelle se retrouvera dans leurs bilans initiaux ainsi que dans la suite de leurs prises en soins.

Pour MK1, le bilan est centré sur la douleur du patient, ainsi que sur les manifestations douloureuses lors de mouvements que le patient est amené à faire. Cette douleur est aussi mise en lien avec la potentielle pratique d'une activité physique, et sur son possible arrêt (TP10). L'accent est donc mis sur la douleur, y compris dans son impact sur les restrictions fonctionnelles qui affectent le patient.

MK2 nous indique mettre l'accent sur l'entretien réalisé avec le patient, durant lequel l'environnement psycho-social de ce dernier est abordé. Ainsi, l'histoire de la maladie, le ressenti du patient, l'information donnée au patient sur sa maladie, apparaissent comme primordiaux pour MK2 (TP10). Un lien est aussi fait avec l'expérience et le "feeling" du MK, notamment par rapport aux éléments importants à traiter lors de la future prise en soin (TP8).

De plus, une référence à l'utilisation d'échelles est faite, bien que MK2 n'en utilise plus, se fiant à une évaluation subjective.

Pour MK3, cette dimension psycho-sociale est aussi présente, afin d'aborder les croyances du patient, ce que sa maladie signifie pour lui, sa motivation dans cette prise en charge ainsi que ses objectifs (TP8-TP10). Cependant, tout un pan du bilan de MK3 est orienté sur les capacités fonctionnelles du patient, évaluées notamment par des « marqueurs » et des tests, qui serviront à élaborer la prise en charge et le contenu de la rééducation (TP8). Ces « marqueurs » sont des points de repères cliniques qui sont évalués régulièrement par le praticien. « Un marqueur peut être un geste, un mouvement ou une posture (de préférence fonctionnels et signifiants pour le patient) qui révèle de façon claire et reproductible les symptômes du patient. » (TP10). De plus, le contexte de vie du patient sert aussi à l'élaboration du programme de rééducation, ainsi qu'à obtenir son adhésion au traitement (TP10, TP12).

Pour MK4, l'un des premiers éléments exprimés concerne la caractérisation de l'affection dont souffre le patient, car cette dernière nous indique un manque de précision sur les ordonnances qu'elle est amenée à recevoir. Pour ce faire, une exploration des douleurs ressenties par le patient, ainsi que ses attentes concernant la rééducation, est réalisée lors de la première séance (TP12). Ces éléments permettent à MK4 une première analyse du patient, ainsi qu'un début de suivi basé sur les données du bilan initial. De plus, une recherche des antécédents est présente, ainsi que la recherche de l'histoire douloureuse du patient (TP16). Ces informations permettent à MK4 d'orienter le début de sa prise en soin, que ce soit dans ses objectifs de traitement ou dans le choix de ses techniques (TP14).

Pour MK5, une partie importante du bilan porte sur un entretien mené avec le patient, dans lequel cette dernière recherche de potentielles appréhensions, de la kinésiophobie ou de la peur. MK5 recherche aussi une éventuelle surutilisation de leur dos. En somme, MK5 a pour objectif, lors de son bilan initial, d'appréhender comment les patients interagissent et utilisent leurs dos, et comment cette utilisation est impactée par leurs douleurs (TP16), notamment par la prise de mesures lors du bilan (TP20). De plus, MK5 souhaite connaître les attentes du patient concernant la rééducation qui va débiter avec elle, et vérifie si ces attentes sont compatibles avec ses objectifs de prise en soin. Ces attentes sont généralement orientées sur la réduction des douleurs, le gain de fonction ainsi que la reprise d'une activité (TP18), qu'elle

soit de l'ordre du domaine professionnel (reprise du travail) ou du domaine privé (activités personnelles par exemple).

Si nous réalisons une synthèse des données collectées concernant l'approche du bilan initial par les différents MK, nous pouvons voir que les objectifs liés à ce bilan sont diversifiés, et reflètent l'approche de chaque MK dans la prise en soin d'un patient lombalgique chronique. Certaines explorations seront communes, comme l'interrogatoire à propos des douleurs potentiellement présentes chez les patients, ou encore la limitation d'activité. Ces éléments semblent constituer une part importante de la stratégie thérapeutique de chaque MK, et semblent constituer un socle commun pour aborder la prise en soin de patients douloureux chroniques. Cependant, nous pouvons observer chez chaque MK des éléments particuliers abordés lors du bilan. Nous pouvons prendre l'exemple de MK2, qui accorde une part importante de son bilan aux facteurs psychosociaux, au ressenti du patient ou à ses aspirations ; ainsi que l'exemple de MK3, qui accorde une place importante à l'évolution du patient dans ses actes de la vie quotidienne.

Nous pouvons constater que chaque MK aborde ce type de prise en soin de manière singulière, par la diversité des éléments abordés lors d'un bilan initial. Il semble par ailleurs que les objectifs associés à ce bilan initial conditionnent les objectifs de rééducation et de traitement, et ce constat sera donc à mettre en relation avec la suite de cette analyse.

Le projet de soin

Concernant le projet de soin, chaque MK explore les attentes du patient au travers d'entretiens avec ce dernier, et désire en tenir compte (MK1-TP12, MK2-TP10, MK3-TP10, MK4-TP18, MK5-TP18), notamment dans un objectif d'adaptation et de collaboration avec le patient. Cependant, MK1, MK3 et MK5 émettent rapidement l'idée d'une limite dans cette collaboration, où ils désirent « rester maître du contenu de la rééducation » (MK1-TP12, MK3-TP10, MK5-TP20) et souhaitent trouver un juste milieu entre les souhaits du patient, que ce soit en termes d'objectifs ou de techniques employées, et ceux que le MK estime adaptés pour le patient. Cette limite a été exprimée notamment vis à vis des traitements actifs, qui, selon ces MK, peuvent être moins appréciés par les patients, qui ont plus tendance à souhaiter recevoir des traitements passifs comme du massage, utilisé comme traitement antalgique. Cette négociation dans la relation soignant-soigné semble importante pour ces MK afin que

les objectifs de remise à l'effort, de lutte contre le déconditionnement et de lutte contre les appréhensions potentiellement présentes chez les patients lombalgiques chroniques, soient atteignables.

5.2.3 Le parcours de rééducation

L'évolution de la rééducation

Tout d'abord, nous pouvons observer une disparité entre la prise en charge de chaque MK, bien que certains objectifs communs soient présents.

En effet, si nous prenons l'exemple de MK1, le début de la prise en soin sera concentré principalement sur de la massothérapie (TP14), des soins passifs et « hands-on » en somme. Cependant, nous observons une volonté d'intégrer des traitements actifs, comme un programme d'exercices (ainsi que la mise en place d'une auto-rééducation à domicile), et notons que cela peut constituer un point de négociation avec le patient, notamment sur la phase qui fait suite au début de prise en charge. Nous pouvons aussi voir que le critère principal de progression retenu par MK1 est la douleur, ainsi que le ressenti du patient. Cela met en lumière un lien entre les techniques passives utilisées et l'objectif antalgique de la prise en soin. Pour la fin de rééducation, MK1 dit utiliser principalement des traitements actifs (exercices, gainage, et « ça peut aller jusqu'au geste sportif » (TP14)).

MK4 nous indique également utiliser la massothérapie en début de prise en charge, toujours dans un objectif antalgique (TP24). Par ailleurs, il semble qu'un certain nombre de techniques utilisées dans la prise en soin de MK4 sont des techniques passives, dans un objectif de prise en charge globale selon MK4 (TP20). Cette dernière nous indique aussi utiliser la douleur comme premier critère d'évaluation et de suivi. Par la suite, des notions d'équilibre postural sont présentes, et sont à mettre en lien avec les techniques utilisées par MK à ce moment de la prise en soin (TP22).

Cette utilisation de traitements passifs en phase initiale de prise en soin se retrouve également chez MK3, bien que certains éléments diffèrent. En effet, cette utilisation est décrite comme étant optionnelle (TP14), et est déterminée par l'état du patient, ainsi que par le suivi de « marqueurs » dans la vie quotidienne de ce dernier. Nous pouvons constater que d'autres paramètres sont pris en compte par MK3, principalement sur le versant fonctionnel de l'évaluation du patient, ainsi que sur ses capacités. De plus, les traitements passifs utilisés par

MK3 sont plus variés. Concernant la partie active du traitement, celle-ci semble intervenir plus rapidement et apparaît comme l'objectif majoritaire jusqu'à la fin de la rééducation.

Pour MK2, bien que la douleur soit mentionnée dans les critères d'évolution, le critère principal est l'appréhension du patient concernant les mouvements qu'il est amené à faire, notamment lors de ses activités de la vie quotidienne. Ainsi, le début de la prise en charge est ciblé sur la mobilité, qu'elle soit active ou passive (TP12, TP16), avec des techniques « hands-off » et « hands-on ». La suite de la prise en soin de MK2 sera majoritairement active, en ayant pour but de renforcer les capacités fonctionnelles du patient dans ses activités de la vie quotidienne, voire au-delà de ces dernières lors de la fin de prise en charge. De plus, une notion d'auto-rééducation est également présente, avec une forte incitation à la pratique d'une activité physique comme la marche à pied.

Pour MK5, l'évolution de la prise en soin se fera sur une remise à l'effort progressive, sur le développement des capacités fonctionnelles du patient comme sa mobilité, ses capacités musculaires (TP14). La lutte contre l'appréhension est également présente, et ce dès le début de prise en charge. Les techniques passives à visée antalgique (massothérapie principalement) sont également présentes au début de la prise en soin, notamment pour établir un lien de confiance, et favoriser l'adhésion du patient aux techniques passives ainsi que son autonomisation vis à vis des soins (TP20). Enfin, la partie terminale de la rééducation est constituée uniquement de traitements actifs, ce qui témoigne de la diminution (puis de l'abandon) des techniques passives au fur et à mesure de l'avancée de la rééducation. Afin de mener à bien ce suivi, la douleur est le critère principal de suivi, notamment pour augmenter l'intensité des exercices actifs (TP24). L'évolution du patient au regard de certains tests est aussi mentionnée.

Nous pouvons donc constater une certaine diversité dans les objectifs des MK concernant les différents temps de rééducation, et par conséquent nous retrouvons également cette différence dans les critères d'évaluation utilisés par les MK. Ces critères sont majoritairement subjectifs. Si nous remettons en perspective les différents éléments énoncés plus haut, et que nous les mettons en relation avec les données analysées à propos du bilan, nous retrouvons la singularité de chaque MK dans sa façon de conduire sa prise en soin.

Ainsi, les MK qui explorent les facteurs psycho-cognitifs chez les patients intègrent ces facteurs tout au long de leur prise en soin, que ce soit dans les critères de suivi ou dans les traitements ; à l'instar des MK qui donnaient une place importante au ressenti douloureux et ses conséquences, et qui voient aussi leur traitement s'adapter à cet objectif.

Les adaptations du masseur-kinésithérapeute

Lors des entretiens, les différents MK nous ont fait part de la nécessité de s'adapter lors de la prise en soin des patients. En effet, nous pouvons constater que l'état du patient, que ce soit d'un point de vue douleur ou moral, est pris en compte par les MK dans l'élaboration de leur prise en charge (MK1-TP20, MK2-TP18, MK3-TP16-TP20, MK4-TP26, MK5-TP24), ainsi que dans la conduite des séances. Ainsi, nous pouvons observer une utilisation plus importante des techniques passives comme la massothérapie, lorsque le patient exprime un ressenti douloureux plus important ou un moral plus faible. A l'inverse, les techniques actives comme la réalisation d'exercices sont mises en avant lorsque le patient se sent bien.

De plus, MK2, MK3 et MK5 expriment la nécessité de réaliser un suivi et une réévaluation des objectifs tout au long de la prise en soin. MK2 indique ne plus utiliser d'échelles pour évaluer l'évolution de la douleur et de l'appréhension, bien qu'il continue de se baser sur une évaluation, réalisée de manière subjective (TP18). De plus, une part non négligeable de ce suivi concerne le ressenti psycho-cognitif du patient, ce qui porte l'évaluation sur un domaine autre que la douleur. Pour MK3, les éléments évalués lors de la première séance servent d'indicateurs sur l'efficacité supposée du traitement masso-kinésithérapique, et peuvent initier un changement de ce traitement si ces indicateurs n'évoluent pas positivement (TP16). Ces indicateurs évaluent les capacités fonctionnelles du patient dans sa vie quotidienne et ses activités, cette évaluation n'est pas exclusivement centrée sur la douleur. Concernant MK5, ce dernier se basera sur les tests réalisés lors du bilan, qu'il fera passer de nouveau au patient afin d'en comparer les résultats et en apprécier l'évolution (TP24). Enfin, une évaluation subjective est également présente avec une appréciation continue du ressenti douloureux du patient, ainsi que sa réponse au traitement. En effet, MK5 nous indique que « si le patient éprouve de moins en moins de difficultés à réaliser un exercice, la charge de travail sera augmentée » (TP24).

Encore une fois ici, nous constatons que les critères d'évaluation ainsi que les potentielles adaptations des MK leur sont personnels, et sont en adéquation avec leurs stratégies thérapeutiques. Par la diversité des réponses obtenues nous pouvons apprécier le fait que la douleur occupe une position centrale dans l'adaptation des MK, et que d'autres facteurs complémentaires comme l'appréhension, certains marqueurs ou tests, peuvent être employés, suivant les besoins des MK. Ces constatations sont en accord avec nos analyses précédentes, où nous retrouvons la singularité de chaque MK dans sa manière d'aborder cette prise en soin, ainsi que des traits communs à chaque MK.

Lorsque nous nous intéressons à l'adaptation de ces MK face au ressenti douloureux du patient, nous pouvons voir que les réponses majoritaires sont des techniques passives et antalgiques, principalement dirigées vers des structures anatomiques (massothérapie du rachis par exemple). Compte tenu du constat énoncé plus haut dans notre analyse (formations continues), nous nous questionnons à propos d'outils complémentaires, comme l'approche du ressenti douloureux d'un patient, ainsi que son expression. De plus, les causes supposées de ces expressions douloureuses sont majoritairement associées à des structures musculosquelettiques, et la question de l'impact de phénomènes psycho-cognitifs (et par extension leur gestion) se pose également.

Les différents outils rééducatifs utilisés

Nous allons maintenant nous intéresser aux différentes techniques employées par les MK interrogés ainsi qu'aux critères de choix de ces techniques.

MK1 nous indique utiliser de la massothérapie, du TENS en utilisation antalgique, des étirements, du renforcement musculaire ainsi que du réentraînement à l'effort (TP18). Nous pouvons observer que les techniques actives sont utilisées en l'absence de douleurs, et si ces dernières sont présentes, ces techniques ne seront pas ou peu employées, au profit des techniques passives à visée antalgique (TP20). La présence de douleurs apparaît donc comme un facteur limitant à l'utilisation de techniques actives, et par extension à la progression de la prise en soin, si nous reprenons les réponses de MK1 (TP14-16). La gestion de la douleur chez les patients par MK1 est donc un des enjeux principaux dans le choix de ses techniques, qui sont majoritairement hands-on dans le cadre des techniques passives (et antalgiques).

Pour MK2, les techniques passives utilisées sont la thérapie manuelle et la massothérapie. Concernant les techniques actives, nous retrouvons l'utilisation de matériel comme une plateforme motorisée, des vélos elliptiques et divers objets utilisés dans le cadre d'exercices de renforcement musculaire, ainsi que dans un objectif de réentraînement à l'effort. De plus, les exercices proposés peuvent aussi s'inscrire dans un objectif d'auto-mobilisation (TP16). Nous pouvons aussi noter l'utilisation de la balnéothérapie dans cet objectif, ainsi que pour du renforcement musculaire et dans la lutte contre les potentielles appréhensions présentes chez les patients. Nous constatons que les techniques passives occupent ici une place minoritaire et optionnelle dans la prise en soin (TP18). De plus, les traitements centrés sur la mobilité sont actifs et hands-off, comme la majorité des traitements employés par MK2. Ceci place le patient dans une position active précocement dans la prise en soin, ce qui constitue par ailleurs un objectif et critère de choix à propos des techniques rééducatives employées par MK2.

MK3 nous indique utiliser des mobilisations passives ainsi que de la massothérapie comme techniques passives et hands-on. Concernant les techniques actives, nous retrouvons des auto-mobilisations, du renforcement musculaire et des étirements (TP14-18). Concernant le choix de ces techniques, MK3 nous fait part de l'importance accordée aux représentations douloureuses des patients, et de la potentielle nécessité d'utiliser majoritairement des techniques passives lorsque des douleurs sont exprimées par le patient (TP20). Cependant, nous constatons aussi que les techniques actives restent une priorité dans la prise en soin pour faire suite aux techniques passives. Nous constatons également que la douleur est un critère important dans le choix des techniques, notamment entre les techniques passives (et hands-on) et les techniques actives (et hands-off). Cependant, d'autres critères de choix sont présents comme les motivations et croyances du patient, ainsi que ses besoins, lors de la phase active de la rééducation.

MK4 nous indique utiliser la massothérapie à visée antalgique, un travail de guidance sur la respiration, des techniques myotensives, des étirements, des outils posturaux, un programme actif à domicile, ainsi que de la proprioception et du gainage (TP14-18-24).

Cette dernière nous explique principalement se baser sur les formations continues qu'elle a été amenée à réaliser tout au long de sa carrière ; certains outils thérapeutiques qu'elle privilégie (concernant la posture notamment) entrent dans le cadre de ces formations. De

plus, nous pouvons constater que ces techniques sont plutôt passives et hands-on, et sont globalement associées à un objectif antalgique, où la douleur est un critère principal. L'utilisation de techniques actives semblent être utilisées lorsque le patient progresse dans sa rééducation, l'évolution de ses capacités seraient alors un critère de choix pour l'utilisation de ces techniques.

Pour MK5, nous retrouvons l'utilisation de la massothérapie, de la prise de conscience corporelle et musculaire, de l'éducation sur la proprioception des patients, du stretching, des exercices de stabilisation active du dos et du bassin, du renforcement musculaire avec ou sans charge, un programme actif à domicile, ainsi que des exercices de mobilité active (TP 20-26).

Ici, l'utilisation de techniques passives et hands-on semble minoritaire, et volontairement cantonnée au début de prise en soin. Lors de la suite de la rééducation, les techniques actives et hands-on (ainsi que de la guidance et de l'éducation) semblent majoritaires. Ici la douleur est également un critère de choix principal concernant le choix des techniques (ainsi que leur intensité), mais la présence de douleur ne semble pas être un facteur limitant à ces techniques actives. La responsabilisation des patients, ainsi que leur gestion de leur ressenti douloureux semble être un objectif et donc, par extension, un critère de choix dans l'utilisation des techniques actives par ce MK. De plus, MK5 nous indique prendre en compte la compréhension de ses patients dans le choix de ses exercices (TP 28), ainsi que ses propres connaissances (TP 30).

Ici, nous pouvons voir une certaine disparité dans les techniques utilisées, et cela va de pair avec les critères de choix de ces outils. Lorsque la douleur prend une place importante dans les critères de choix, nous constatons une utilisation majoritaire de techniques passives à visée antalgique. A l'inverse, lorsque l'appréhension et les capacités fonctionnelles du patient occupent une place importante, les techniques actives seront majoritaires.

5.2.4 Rapport à la littérature scientifique, aux recommandations, et développement professionnel continu

Les connaissances de la littérature scientifique et des recommandations

Lorsque nous abordons le rapport de ces MK à la littérature scientifique, nous constatons également une disparité dans les réponses.

MK1 nous indique très peu connaître la littérature scientifique et les recommandations, et exprime une connaissance partielle de ces dernières (TP22), ainsi qu'un faible niveau de lecture scientifique. MK1 explique cela par un manque de temps et d'envie (TP24), et base une partie de ses connaissances sur ses formations complémentaires (en plus de sa formation initiale) (TP30). Aucune mention n'est faite sur le lien entre la formation initiale de MK1 et la recherche scientifique. Compte tenu de l'année d'obtention de son diplôme de masseur-kinésithérapeute, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'enseignement en rapport avec la recherche scientifique n'était pas aussi développé que dans les formations initiales actuelles, et que cela a pu influencer MK1 dans le développement de ses connaissances vis-à-vis de la littérature scientifique.

MK2 nous affirme « se renseigner de loin », et consacre peu de temps à la littérature scientifique (TP20). Concernant les recommandations, MK2 se renseigne principalement en discutant avec ses collègues, et accorde peu de temps à leur lecture. Cependant, l'ancienneté du diplôme obtenu et l'absence de sensibilisation à la recherche a poussé MK2 à effectuer des recherches de manière autonome, notamment au travers de conférences (TP20-22). Nous pouvons nous interroger sur le lien entre l'apprentissage autodidacte de MK2 à propos de la recherche et les moyens d'information que cette dernière utilise (TP 20-22) ; il semble que cette expérience professionnelle ait pu participer à la construction de ces stratégies d'informations et de recherche.

Concernant MK3, nous constatons des connaissances plus importantes concernant les recommandations (TP22) ainsi qu'une lecture plus active de la littérature scientifique, mais uniquement basée sur des résumés (TP30). MK3 nous indique par ailleurs que la recherche scientifique était très présente lors de sa formation initiale, et l'avait initiée à la recherche de données dans la littérature (TP24). De plus, nous pouvons constater que les moyens d'information utilisés par MK3 diffèrent de ce qui était présent dans sa formation initiale récente (passer par des sites ou pages internet présentant des résumés d'articles), mais que l'apprentissage de la critique d'articles scientifiques est présent dans sa manière de s'informer (TP 30). Il semble donc que les formations initiales récentes ont un rôle dans l'approche qu'ont les MK vis à vis de la littérature scientifique.

MK4 estime être une « mauvaise élève » concernant la littérature, exprime un faible intérêt pour la littérature scientifique, et avoue lire peu (TP 28-30). Cette dernière nous indique

toutefois travailler avec des ressources théoriques provenant de ses formations continues (sous la forme de livres) et semble beaucoup baser sa pratique professionnelle là-dessus (TP20). De plus, MK4 nous indique lire des éléments issus de la littérature scientifique sous forme de courriels qu'elle peut recevoir (TP38). Cette dernière semble s'informer de manière passive (d'un point de vue de la littérature scientifique), sauf dans le cadre de ses formations continues. Enfin, MK4 a fait mention des recommandations de la HAS lors de sa formation initiale, et indique ne plus trop les suivre (TP 32).

MK5 nous indique que la recherche scientifique était absente de sa formation initiale, et se base donc plus sur ses résultats cliniques que sur la littérature scientifique. Cette dernière nous indique par ailleurs que les formations continues effectuées sur la lombalgie chronique n'ont pas fait évoluer sa stratégie thérapeutique, ni ses connaissances à propos de cette pathologie (TP 40). Cependant, MK5 nous dit avoir pris connaissance des drapeaux lors d'une formation continue, et nous exprime donc une connaissance partielle des recommandations françaises récentes (TP 34), « surtout par manque de temps » (TP 42). De plus, MK5 nous explique mener des réflexions à propos de sa pratique et son lien avec la littérature scientifique (TP 32)

Nous pouvons constater que le fait de peu lire les recommandations françaises de manière directe est commun à ces cinq réponses. Ceci est également valable concernant la littérature scientifique et les bases de données. Cependant, chaque MK adopte des stratégies propres d'information, que ces dernières se basent sur des conférences, des formations continues ou des sites qui présentent des résumés d'articles. Nous pouvons toutefois observer qu'il existe une volonté d'aller rechercher des informations, lorsque cela est nécessaire ou lorsqu'un besoin est présent pour MK1, MK2, MK4 et MK5, et que cela se fait de manière plus régulière pour MK3. De plus, il semble exister une influence de la formation initiale sur la façon dont les MK interrogés appréhendent la recherche scientifique. En effet, si nous prenons l'exemple de MK3, diplômé en 2016, la recherche scientifique a fait partie intégrante de sa formation, et cela perdure dans ses stratégies d'information (veille scientifique, lecture critique d'articles). A l'inverse, les MK dont l'obtention du diplôme est relativement ancienne nous ont fait part d'un manque de sensibilisation à la littérature scientifique, et semblent peu utiliser cet outil dans leur activité professionnelle actuelle.

Le développement des compétences et connaissances, et l'influence de l'expérience professionnelle

MK1 affirme ne s'appuyer que partiellement sur ses connaissances issues de sa formation initiale. Ce dernier nous a en effet exprimé le besoin de faire évoluer sa pratique professionnelle et ses connaissances, ce qu'il a pu réaliser notamment grâce à des formations continues (TP30). Pour MK1, le besoin d'évolution des connaissances a émergé de son expérience professionnelle ; il exprime un manque d'efficacité des techniques passives à long terme, pratique qui correspond à ce qui lui a été enseigné en formation initiale, selon ses propos. Les connaissances acquises en formation continue ont aussi permis à MK1 d'avoir confirmation de ce constat. Ces formations, il les choisit d'ailleurs en fonction des potentielles difficultés rencontrées lors de prises en charges, ou si un certain type de rééducation devient de plus en plus important dans son activité professionnelle.

Concernant MK2, nous retrouvons ce besoin de faire évoluer les connaissances acquises en formation initiale, notamment sur les bilans (TP8). Les formations continues basées sur les preuves sont recherchées par ce dernier, car cela constitue selon lui un gage de sérieux (TP24). Cependant, MK2 garde tout de même des éléments de sa formation initiale dans sa pratique professionnelle, car ils lui paraissent toujours pertinents, confrontés aux connaissances acquises tout au long de sa vie professionnelle. Ce besoin de faire évoluer ses pratiques est toujours présent, notamment à l'aide de futures formations continues et d'un regard critique envers ses propres pratiques (TP26). MK2 indique utiliser son expérience professionnelle dans ses prises en charge, ainsi qu'un « feeling », associé à cette expérience (TP8). Cependant, aucune mention n'est faite d'un potentiel besoin de s'adapter en fonction des différentes prises en soin.

Pour MK3, le développement de ses connaissances et compétences semble continu entre sa formation initiale et son exercice professionnel. En effet, il nous indique avoir une lecture critique d'articles à la fois dans sa formation initiale, dans ses formations continues et dans ses recherches personnelles (TP22-TP24). Une remise en cause permanente des pratiques de MK3 est aussi présente, ainsi qu'un besoin de savoir s'adapter aux différences dans les prises en soin (TP16-20). Cette adaptation peut être mise en lien avec un esprit critique exprimé par MK3 concernant ses connaissances (TP22), ainsi que sur la recherche d'outils supplémentaires pour mieux aborder la prise en charge de patients lombalgiques chroniques

(TP24). Enfin, un temps journalier consacré à la lecture de contenu en lien avec la littérature scientifique est mentionné par MK3.

Concernant MK4, son développement professionnel à la suite de sa formation initiale s'est majoritairement fait par la réalisation de formations continues, qui lui ont permis « d'apporter plein d'autres outils techniques, pour améliorer ma pratique » (TP 36). Ces apports semblent occuper une place importante dans l'exercice professionnel de MK4. Cependant cette dernière fait mention de sa formation initiale, et des connaissances qu'elle y a acquises, et qu'elle semble encore utiliser. De plus, MK4 utilise comme critère principal pour appréhender son propre travail le résultat avec ses patients, tout en entretenant une réflexion à propos de la validité scientifique des formations continues réalisées (TP 36).

MK5 nous indique principalement se baser sur sa formation initiale pour prendre en charge des patients souffrant de lombalgies chroniques. Cela a été renforcé par le fait que la dernière formation continue que MK5 a réalisé sur la lombalgie chronique n'a pas eu d'impact sur sa stratégie thérapeutique (TP 40). MK5 entretient d'ailleurs une réflexion sur le fait qu'elle évolue « peu » sur ses prises en soin et que d'autres outils issus de la littérature pourraient être utiles (TP 32) ; mais vu que sa prise en soin semble être efficace, le besoin de faire évoluer ses pratiques ne semble pas une nécessité (bien que des formations continues puissent encore être réalisées).

Au regard des différents éléments de réponse apportés par ces MK, nous pouvons constater que les stratégies d'information varient en fonction du professionnel, du contexte d'exercice et de l'expérience professionnelle de chacun d'entre eux. Cela se constate aussi concernant les besoins qui mènent à cette recherche d'information, qu'ils soient ponctuels ou non. Dans un premier temps, nous pouvons voir que l'ancienneté du diplôme et les connaissances issues de la formation initiale sont des facteurs qui vont influencer le développement professionnel de ces MK. En effet, lorsque les MK nous ont indiqué que leur formation initiale était ancienne et/ou incomplète d'un point de vue des connaissances, ces derniers semblaient ressentir le besoin de faire évoluer leurs connaissances, que ce soit d'un point de vue technique ou théorique.

Puis, nous avons également constaté que l'enseignement reçu en rapport avec les stratégies d'information et d'amélioration des pratiques influence la manière dont ces MK appréhendent

leur développement professionnel. En effet, les MK interrogés se développent de manière différente, et ce développement semble plus se baser sur l'expérience professionnelle que sur des outils théoriques enseignés actuellement en formation initiale. Les MK qui nous ont indiqué avoir peu ou pas reçu d'enseignement en rapport avec la recherche scientifique nous ont également signalé peu effectuer de recherches, et les moyens utilisés sont variables. A l'inverse, des professionnels comme MK3, qui ont reçu un enseignement où la littérature scientifique était présente ont des stratégies de recherche différentes, et semblent plus proches de la littérature scientifique dans leur exercice professionnel. Enfin, il est à noter que les résultats cliniques obtenus par les MK interrogés constituent un critère important dans leur développement professionnel. Si des MK nous ont indiqué s'estimer être efficaces, cela intervient dans leurs réflexions à propos de leur pratiques professionnelles (MK4-TP36, MK5-TP32).

En somme, cette analyse des données extraites de ces entretiens nous permet d'établir un certain nombre de constatations. Premièrement, nous avons pu voir que ces MK se rejoignent autour d'une idée commune à propos de la prise en soin de patients lombalgiques chroniques, c'est à dire de lutter contre la douleur présente chez ces patients, dans un objectif de regain de capacités fonctionnelles, et par extension d'activités, qu'elles soient personnelles ou professionnelles. Cependant, ces entretiens nous ont montré qu'il existait des variabilités dans la construction et l'évolution d'une prise en soin, ainsi que dans le choix des outils thérapeutiques utilisés. Ces variabilités semblent corrélées à l'approche personnelle de chaque MK vis-à-vis de cette pathologie. Ces approches personnelles semblent influencées et construites à partir du parcours professionnel de chacun, son expérience clinique et de terrain, ainsi que de sa conception du métier de masseur-kinésithérapeute. Enfin, ces constatations se retrouvent dans l'approche de ces MK vis-à-vis de nouvelles connaissances, que ce soit dans la recherche scientifique ou dans le développement de leurs compétences professionnelles par exemple.

6 Discussion

Nous allons maintenant procéder à la discussion de ce travail. Suite à la préparation de notre enquête, sa réalisation et l'analyse de ses résultats, nous allons pouvoir discuter de plusieurs points. Dans une première partie, nous consacrerons cette discussion aux résultats obtenus

lors de cette enquête. Il est ici question de discuter de nos hypothèses, et de les confronter aux résultats obtenus. Dans une seconde partie, une discussion au regard de ce travail d'initiation à la recherche sera proposée. Nous allons pouvoir dans un premier temps effectuer une rétrospective de la démarche effectuée, aborder les limites méthodologiques que nous avons identifiées à posteriori. Dans un second temps, nous allons questionner la place de ce travail dans ce champ de recherche, et amorcer une réflexion sur les potentiels apports de ce travail.

6.1 Discussion au regard des résultats

Dans cette partie, nous allons pouvoir discuter chaque hypothèse au regard des données issues de la littérature, des données extraites des entretiens et de l'analyse que nous en avons faite. Pour rappel, les hypothèses que nous avons définies étaient :

- Hypothèse 1 : Les masseurs-kinésithérapeutes ne connaissent pas les différentes recommandations récentes concernant la lombalgie chronique.
- Hypothèse 2 : Les masseurs-kinésithérapeutes n'organisent pas de veille scientifique.
- Hypothèse 3 : Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas actualisé leurs connaissances issues de leur formation initiale par des formations continues sur la lombalgie chronique.
- Hypothèse 4 : Les masseurs-kinésithérapeutes choisissent leurs techniques en fonction des données cliniques, des plaintes exprimées par le patient et de leur connaissance sur les traitements.
- Hypothèse 5 : L'expérience passée des masseurs-kinésithérapeutes influence leur choix de traitement.

Hypothèse 1 : Les masseurs-kinésithérapeutes ne connaissent pas les différentes recommandations récentes concernant la lombalgie chronique.

Comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, la littérature scientifique à propos de la lombalgie chronique est assez riche et variée, nous retrouvons une abondance de sources, sur différents sujets que nous avons explorés de manière non-exhaustive dans notre cadre conceptuel. Nous avons également vu que les connaissances concernant les traitements de la lombalgie chronique ont bénéficié d'une évolution au cours de ces quarante dernières années, et que cette évolution s'est faite au gré de l'avancement de la recherche et de la progression

des connaissances fondamentales sur ce sujet. De ce fait, les recommandations ont-elles aussi évolué. Nous avons pu constater des changements d'approche et de modèles de soin, passant du modèle biomédical au modèle biopsychosocial par exemple. De plus, les préoccupations des praticiens ont évolué. Elles étaient centrées sur le disque intervertébral (et par extension sur les structures musculosquelettiques) il y a quelques dizaines d'années, puis sont passées sur le ressenti douloureux et ses déterminants, ainsi que sur les restrictions fonctionnelles et sociales causées par la lombalgie chronique. Cela va de pair avec les outils théoriques qui sont apparus au cours de ces dernières années, comme le modèle peur-évitement. En somme, ce changement d'approche et de connaissance a permis aux recommandations, à l'origine centrées sur les éléments anatomiques et la douleur, d'évoluer vers une prise en considération globale du patient, orientée sur ses capacités fonctionnelles et le maintien de ces dernières. Cette évolution peut d'ailleurs se mesurer dans les outils thérapeutiques recommandés, où nous sommes passés d'une large utilisation de traitements antalgiques passifs (associés à une protection du rachis) à une utilisation majoritaire de traitements actifs, dans un but de revalorisation fonctionnelle.

Comme nous avons pu le voir, les masseurs-kinésithérapeutes interrogés nous restituent de manière partielle les connaissances en rapport avec les recommandations actuelles. Les grandes lignes des dernières recommandations (datant de 2019) (1) ont été exprimées, comme le fait de privilégier l'utilisation de techniques actives de rééducation, de participer à l'éducation du patient et à la lutte contre de potentielles croyances négatives, ainsi que de faire appel à la participation active du patient. Cependant, certains éléments de ces recommandations sont absents, comme le fait de ne pas utiliser de techniques passives isolément. De plus, certaines techniques utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes interrogés ne semblent pas montrer d'efficacité dans la lombalgie chronique (42). Il est aussi pertinent de rappeler l'influence de la formation initiale sur les connaissances exprimées lors de cette enquête. Nous avons pu constater que les formations initiales les moins récentes, selon les témoignages des masseurs-kinésithérapeutes interrogés, pouvaient avoir un enseignement qui s'éloigne des informations disponibles dans la littérature actuelle, comme ce fut le cas pour le témoignage de MK1.

Concernant les connaissances partielles énoncées par les masseurs-kinésithérapeutes, cela peut être mis en lien avec les méthodes de documentation utilisées par ces derniers, qui ne

semblent pas rechercher l'information directement sur des bases de données ou sur le site internet de la HAS dans le cadre des recommandations françaises. D'autres moyens ont été évoqués, comme des conférences disponibles en ligne, ou la consultation de contenu scientifique disponible sur les réseaux sociaux.

Plus précisément, nous avons pu constater qu'une part importante du développement des connaissances de ces MK se fait par la réalisation de formations continues. Par exemple, MK4 nous indique baser principalement sa pratique professionnelle sur les outils théoriques et techniques appris lors de formations continues. Nous retrouvons ce constat chez d'autres MK interrogés, comme chez MK1 avec sa formation en kinésithérapie du sport et MK3 avec sa formation McKenzie. Nous avons également pu constater que des réflexions venant de ces MK existent vis-à-vis de la validité scientifique des formations continues réalisées, mais que le principal critère de choix reste l'efficacité clinique présumée chez les patients, donc ces réflexions semblent avoir un faible impact sur la façon dont ces MK développent ces connaissances via ces formations continues.

Au regard des éléments développés précédemment, nous pouvons valider cette hypothèse. Les données récoltées ne permettent pas d'établir une connaissance claire des recommandations actuelles. Cependant, il est important de noter la significativité faible de cette validation. En effet, nous pouvons estimer que notre guide d'entretien ne permettait pas d'aborder de manière claire et directe certains éléments, comme le fait de savoir si les masseurs-kinésithérapeutes interrogés savaient qu'une recommandation était publiée en 2019. Cet indicateur aurait sans doute permis une réponse plus tranchée à cette hypothèse.

Hypothèse 2 : Les masseurs-kinésithérapeutes n'organisent pas de veille scientifique.

Avant de formuler une réponse à cette hypothèse, il peut être utile de rappeler le concept de veille scientifique. Cette méthode consiste à mettre en place une « surveillance » d'un certain nombre de sites, de bases de données ou de sources d'informations scientifiques, concernant un sujet ou domaine de recherche. Cette méthode se distingue d'une recherche active (et ponctuelle) sur des bases de données par la régularité de la veille scientifique. En effet, cette recherche automatisée se fait en permanence, et les résultats sont directement transmis à celui qui a mis en place cette veille scientifique. Les articles retenus peuvent arriver par mail par exemple, ce qui permet une information plus régulière sur un sujet donné.

Si nous reprenons les éléments évoqués au cours de notre enquête, nous pouvons voir que les pratiques d'information évoquées par les masseurs-kinésithérapeutes sont diverses et d'intensité variable. Certains nous indiquent lire peu et se reposer sur leurs connaissances déjà acquises, d'autres nous indiquent lire régulièrement des résumés d'articles par exemple. Outre la fréquence à laquelle ces MK s'informent, les moyens d'information sont également variables. Seul MK2 et MK3 nous indiquent rechercher des éléments issus de la recherche scientifique ; via des sites spécialisés (sans être des bases de données type PubMed) pour MK3, ou des conférences dans le cadre de MK2. Concernant les cinq autres MK, la notion de veille scientifique semble absente de leur pratique, ces derniers se basent sur d'autres moyens d'information, comme les formations continues qu'ils sont amenés à réaliser.

Ces données peuvent être mises en lien avec l'ancienneté du diplôme et la potentielle initiation à la recherche effectuée lors de la formation initiale. En effet, dans les entretiens que nous avons menés, nous pouvons supposer l'existence d'un lien entre ces éléments, étant donné que pour les sujets dont le diplôme est le moins récent et pour lequel il n'est pas fait mention d'une initiation à la recherche, les « habitudes de recherche » sont les moins présentes. C'est ce que nous pouvons supposer avec MK1, MK4 et MK5 au regard des données exprimées dans leurs entretiens, en comparaison avec MK3, dont le diplôme est plus récent. Cependant, MK2, dont le diplôme est le plus ancien, nous a fait part d'un besoin de faire évoluer ses connaissances issues de sa formation initiale, car ces dernières lui semblaient « anciennes », et qu'il « souhaitait se mettre à jour ». Enfin, le manque de temps et le manque d'envie est globalement exprimé lorsqu'il s'agit de s'informer par la lecture d'articles scientifiques ou par la lecture de recommandations. Ces éléments sont retrouvés dans les données collectées, chez la majorité des cinq MK interrogés.

Au vue des éléments discutés, nous pouvons valider cette hypothèse. Si nous reprenons les éléments que nous avons fait émerger de notre enquête, nous constatons que les réponses fournies par les cinq MK interrogés semblent indiquer une absence de veille scientifique au regard de la définition que nous en avons donné précédemment. Seul MK2 et MK3 semblent utiliser des ressources scientifiques, et les cinq autres MK interrogés nous ont indiqué utiliser peu ou pas de ressources scientifiques.

Cependant, cette réponse amène une discussion à propos de notre définition de la veille scientifique. En effet, notre enquête a permis de mettre en lumière des moyens de s'informer

que nous pourrions qualifier de « non-conventionnels », par comparaison avec les bases de données, revues scientifiques et recommandations de la HAS. Nous pouvons prendre l'exemple du contenu scientifique diffusé via les réseaux sociaux, ou via des plateformes d'hébergement de vidéos. Bien que ces sources d'informations ne soient pas issues des méthodes d'information dites « traditionnelles », ces supports peuvent constituer une source d'information et de réflexion pour ces masseurs-kinésithérapeutes. La question de la prise en compte de ce genre de méthodes d'information se pose donc. Nous n'avons pas retrouvé de données bibliographiques concernant les méthodes d'informations des MK libéraux, ni de données concernant les moyens évoqués dans cette discussion (mis à part de la littérature grise), et de nouvelles données permettraient d'enrichir notre réflexion à ce sujet.

Hypothèse 3 : Les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas actualisé leurs connaissances issues de leur formation initiale par des formations continues sur la lombalgie chronique.

Les cinq masseurs-kinésithérapeutes interrogés ont pu nous faire part des différentes formations continues qu'ils ont effectuées tout au long de leur vie professionnelle. Ces formations apparaissent comme diversifiées, et sont en lien avec l'expérience professionnelle de chaque masseur-kinésithérapeute interviewé.

En effet, nous avons pu aborder leur manière de choisir ces formations, et sur quels critères reposent ces choix. Il apparaît que ces décisions sont à la fois motivées par les goûts des masseurs-kinésithérapeutes, la fréquence d'un type de prise en charge dans leur pratique professionnelle, ainsi qu'un besoin de faire évoluer sa prise en soin et ses connaissances à propos d'une pathologie par exemple. De plus, l'orientation que chaque MK souhaite donner à sa pratique professionnelle influe sur les choix de formations continues. Nous pouvons prendre l'exemple de MK4, qui nous a fait part lors de son entretien de son évolution professionnelle grâce aux formations qu'elle a pu réaliser, et comment ces dernières ont impacté sa pratique professionnelle. Ce besoin d'évolution est présent chez les cinq masseurs-kinésithérapeutes interrogés, et a motivé la réalisation d'un certain nombre de formations continues chez ces derniers.

Lorsque nous nous intéressons au contenu de ces formations continues, nous constatons que tous les masseurs-kinésithérapeutes interrogés n'ont pas réalisé de formations continues spécifiquement sur la prise en soin de patients atteints de lombalgies chroniques, ce qui est

par exemple le cas de MK1, MK2 et MK4. Pour les deux autres MK interrogés, les formations réalisées portaient soit sur des outils thérapeutiques soit sur des principes de prise en soin. Les trois MK n'ayant pas réalisé de formations continues spécifiques à la lombalgie chronique nous ont affirmé pendant l'entretien que certaines formations leur ont quand-même permis d'actualiser leurs connaissances sur cette pathologie, comme c'est le cas pour MK1 avec son DU « kiné du sport ». Enfin, il est à noter qu'une partie des MK interrogés ont pu faire évoluer leurs connaissances à travers d'autres moyens que les formations continues, comme la lecture de contenus scientifiques, assister à des conférences ou journées d'informations, et en discutant avec des pairs. Ces moyens d'informations sont à mentionner car ils participent à l'évolution des connaissances et des pratiques des MK, bien que ces vecteurs occupent une place restreinte vis-à-vis des formations continues.

Si nous réalisons une synthèse des éléments récoltés lors des entretiens et lors de l'analyse des résultats, nous pouvons dire que les MK interrogés ont pu faire évoluer leurs connaissances vis-à-vis de leur formation initiale, et que cette dernière prend une place relativement moins importante au fur et à mesure que les MK enrichissent leurs connaissances et leurs pratiques professionnelles. Certains comme MK1, MK2 et MK4 nous ont par ailleurs indiqué en entretien qu'ils se basent partiellement sur leur formation initiale lors de la prise en soin de patients atteints de lombalgies chroniques.

Compte tenu des éléments discutés, nous ne pouvons pas valider cette hypothèse. Un certain nombre d'éléments de notre enquête nous amène à supposer que les connaissances des masseurs-kinésithérapeutes ont été actualisées, notamment lorsque nous nous basons sur les témoignages des sujets.

Afin d'apporter une réponse plus précise à cette hypothèse, il aurait été intéressant d'obtenir plus de précisions sur les connaissances ou pratiques qui ont évolué grâce à ces formations continues. Cela aurait permis une récolte de données plus descriptive, et cela aurait peut-être permis une réponse plus riche à cette hypothèse.

Hypothèse 4 : Les masseurs-kinésithérapeutes choisissent leurs techniques en fonction des données cliniques, des plaintes exprimées par le patient et de leur connaissance sur les traitements.

Comme nous avons pu le voir dans notre enquête, la construction du projet de soin par les différents masseurs-kinésithérapeutes interrogés est variable. Cette variabilité, propre à chaque MK et en lien avec son identité professionnelle, est également décelable dans la progression de la prise en soin et dans les outils rééducatifs utilisés. Nous avons aussi constaté que les données cliniques recherchées étaient principalement centrées sur le ressenti douloureux du patient, certaines caractéristiques psycho-cognitives comme l’appréhension ou la kinésiophobie, ainsi que les capacités fonctionnelles du patient. Nous avons pu voir que ces données, recherchées notamment lors de la première séance, pouvaient conditionner la suite de la prise en charge, que ce soit en termes d’objectifs ou de projet de soin, ce qui se retrouve dans le choix des techniques. Ces données sont également à mettre en lien avec la manière personnelle de chaque MK d’aborder la prise en soin d’un patient lombalgique chronique.

Ainsi, une prise en compte importante des signaux douloureux dans l’élaboration de la prise en soin est associée à une grande utilisation de techniques à visée antalgiques, principalement passives et hands-on. A l’inverse, une prise en soin axée sur l’appréhension du patient et ses capacités fonctionnelles sera constituée majoritairement de techniques actives, dans un objectif de renforcement musculaire, de mobilité, de réentraînement à l’effort ou d’amélioration des capacités fonctionnelles.

Les éléments que nous venons de développer sont aussi en lien avec les connaissances exprimées par les masseur-kinésithérapeutes interrogés, qu’elles soient issues de la formation initiale ou de formations continues. Nous pouvons prendre l’exemple de MK1, qui nous affirme avoir reçu un enseignement initial centré sur la réduction de la douleur, notamment à l’aide de techniques antalgiques passives. Ici nous pouvons constater une certaine concordance entre les éléments théoriques à disposition du praticien et sa pratique professionnelle. Néanmoins, il est à noter que nous avons constaté une certaine variabilité dans le contenu enseigné en formation initiale. Par exemple, MK5 nous a indiqué principalement se baser sur sa formation initiale, et affirme limiter rapidement les soins passifs à visée antalgique pour basculer quasiment exclusivement sur des soins actifs.

Enfin, les plaintes exprimées par le patient semblent être un élément pris en compte. Les cinq masseurs-kinésithérapeutes font part de cet objectif d’aller explorer les attentes du patient, et de les intégrer à l’élaboration de la prise en soin. Nous avons aussi pu voir que cette volonté

d'intégration pouvait être source de négociations entre le praticien et le patient, notamment lors du choix des techniques dans la conduite d'une séance. Ce point de négociation est vécu et géré différemment selon les masseurs-kinésithérapeutes, bien que l'objectif soit commun aux cinq, c'est à dire rechercher l'autonomisation du patient ainsi qu'une adhésion aux soins.

Au regard des éléments évoqués précédemment, nous pouvons valider cette hypothèse. Nous avons relevé des éléments permettant de démontrer la prise en compte des plaintes exprimées par le patient, la recherche de données cliniques lors du bilan initial, ainsi qu'une utilisation d'outils thérapeutiques basée sur les connaissances que les MK ont de ceux-ci. Bien que ces trois éléments soient exprimés de manière variable et personnelle par les MK interrogés, ils sont communs aux cinq entretiens que nous avons réalisés. Nous avons donc une certaine homogénéité dans les réponses que nous avons récoltées, et dans l'aperçu que nous avons eu des pratiques professionnelles de ces MK.

Hypothèse 5 : L'expérience passée des masseurs-kinésithérapeutes influence leur choix de traitement.

Ici, les éléments de réponse se trouvent dans le cheminement professionnel décrit par les masseurs-kinésithérapeutes lors des entretiens que nous avons menés, ainsi que dans l'analyse que nous en avons faite. Chaque MK nous a fait part de son évolution en tant que professionnel, que ce soit dans sa pratique ou dans son abord de la pathologie. Nous pouvons prendre l'exemple de MK1, pour lequel ses connaissances ont changé entre l'enseignement reçu en formation initiale et les enseignements reçus en formation continue, ou encore l'exemple de MK4 qui a fait évoluer ses outils thérapeutiques utilisés dans ses prises en soin à la suite de formations continues.

Outre l'évolution des connaissances et des pratiques, il est à noter que l'approche de chaque MK vis-à-vis de cette pathologie semble évoluer avec le temps, comme le souligne MK3 dans son entretien. En effet cette dernière nous a indiqué avoir une démarche réflexive à la suite de ses premières années d'exercice, et que cela l'encourage à modifier ses pratiques pour s'adapter et se développer en tant que professionnelle. Enfin, nous avons pu voir que l'expérience acquise sur le terrain, lors de la prise en charge de patients lombalgiques, est un des moyens de faire intervenir son expérience professionnelle, comme a pu le souligner MK2. Cette dernière nous a affirmé que l'expérience acquise lui est utile dans la mise en place d'un

projet de soin notamment. Cette expérience peut aussi permettre de renforcer certaines pratiques, comme c'est le cas pour MK5. En effet, son expérience clinique semble jouer un rôle dans le choix de certains outils thérapeutiques ou dans la construction d'une prise en soin.

En somme, ce lien entre connaissances, démarche réflexive et expérience professionnelle, apparaît comme important pour les masseurs-kinésithérapeutes. Ce cheminement a permis à chaque sujet de faire évoluer ses outils thérapeutiques et pratiques professionnelles, ou de les renforcer, en fonction de ce que ces MK ont vécu durant leur exercice professionnel.

Les éléments discutés précédemment permettent de valider cette hypothèse. Bien que chaque expérience professionnelle soit propre à chaque masseur-kinésithérapeute, les différents liens et points communs que nous avons fait émerger permettent cette validation.

6.2 Discussion à propos de ce travail d'initiation à la recherche

Nous allons ici discuter du travail réalisé, afin de faire émerger un certain nombre de réflexions. Nous allons pouvoir effectuer une rétrospective du travail effectué pour mener à bien cette enquête, et réaliser une évaluation à posteriori de notre démarche réflexive. Nous allons aussi pouvoir discuter du choix de notre méthode et des différents biais méthodologiques imputables à cette méthode. Enfin, nous allons pouvoir poser les perspectives de ce travail au regard de la recherche scientifique, et discuter des apports personnels de ce travail.

Dans un premier temps, nous pouvons nous intéresser à la construction de ce travail. Après avoir réalisé cette enquête, nous avons pu voir que notre conception de ce travail à posteriori est sensiblement différente de la conception que nous en avons lors de la construction de ce projet. En effet, nous avons mesuré la complexité de la construction d'une enquête par entretien, et la rigueur méthodologique nécessaire à la bonne réalisation de cette dernière. Ainsi, nous avons constaté que lors d'une première expérience de recherche, il peut être difficile de visualiser l'ensemble de la démarche menant à ce mémoire.

Par exemple, nous avons constitué nos hypothèses de recherche en fonction des éléments présentés dans notre cadre conceptuel et des données que nous pensions collecter lors des entretiens. Lorsque nous avons discuté de ces hypothèses à la suite de notre enquête, il nous est apparu que notre analyse avait soulevé de nouvelles questions et de nouveaux sujets, sur

lesquels nous avons peu de données pour enrichir notre réflexion et notre réponse à ces hypothèses. Cet exemple permet de nous questionner sur le degré d'anticipation nécessaire lors de la construction d'une démarche de recherche, ainsi que sur l'anticipation des résultats. Il peut être ardu d'anticiper les réponses potentielles aux hypothèses, ce qui souligne l'importance de la construction d'un projet de recherche. Compte tenu de ce constat, il semble que la réalisation d'un ou plusieurs entretiens tests aurait pu être bénéfique pour la construction méthodologique de notre enquête.

Cette réflexion nous amène au choix des données que nous souhaitons collecter lors de notre enquête, ainsi qu'à la construction de notre guide d'entretien. L'un des avantages de l'entretien semi directif est de favoriser l'émergence de données par une certaine liberté donnée à l'interviewé. Cependant, cette émergence de données doit être favorisée et guidée par l'interviewer, à l'aide de questions de recentrage ou d'approfondissement par exemple. Compte tenu du manque de données que nous avons exprimé, nous pouvons nous questionner sur la pertinence de notre guide d'entretien. Nous avons été confrontés à des phénomènes de silence et de bruit lors de notre collecte de données, ce qui a pu impacter notre analyse ainsi que notre réponse à cette enquête. Ce potentiel manque de données est à mettre en lien avec notre anticipation de l'analyse des résultats de cette enquête, où la recherche de sens a pu être impactée par la façon dont nous avons mené ces entretiens.

Enfin, compte tenu du parcours effectué lors de la réalisation de ce travail, un certain nombre d'éléments aurait pu être explorés lors de la constitution de notre cadre conceptuel, afin d'apporter une base théorique lors de l'analyse de nos résultats et la discussion de nos hypothèses. Nous pouvons penser qu'une exploration plus importante des facteurs physiopathologiques ou de phénomènes pathologiques comme la douleur aurait pu être bénéfique pour la réalisation de ce travail. Nous pouvons prendre l'exemple de cet article (48) qui apporte une conception différente des pathologies occasionnant des douleurs chroniques, et se détache d'une approche musculosquelettique pour adopter une vision centrée sur le phénomène douloureux. De plus, une exploration des moyens de formation continue des MK comme le DPC (55) aurait peut-être permis d'alimenter de nouvelles réflexions sur la façon dont les MK se forment et font évoluer leurs pratiques professionnelles. Ce sujet est majoritairement apparu suite à notre enquête, et il aurait pu être intéressant d'anticiper son apparition et de l'intégrer à notre cadre conceptuel, afin d'obtenir des données théoriques

supplémentaires. Nous pouvons prendre l'exemple de cette source, qui nous renseigne sur la formation continue de certains MK (56). Cet article de revue est écrit par trois masseurs-kinésithérapeutes, Grégory Kech, Marie-André Planche et Séverine Buatois. Ces trois professionnels ont réalisé une enquête par questionnaire afin de réaliser un état des lieux de la formation continue chez les MK lorrains, et ont montré que 20% des MK interrogés se sont formés sur l'année 2010. De plus, cette enquête a permis de faire émerger le manque de temps et d'information à propos du DPC dans les réponses des MK interrogés. Ce genre de données aurait été intéressante à intégrer à notre cadre conceptuel, compte tenu de la proximité de ces données avec les informations récoltées lors de nos entretiens.

À la suite de cette rétrospective effectuée sur notre travail d'initiation à la recherche, nous pouvons maintenant explorer certains aspects méthodologiques de notre enquête. En premier lieu, il est intéressant de mentionner une limite qui est imputable à la nature même de ce travail. Étant donné qu'une seule et même personne a réalisé l'ensemble de ce travail de recherche, la question de la neutralité se pose. Sachant qu'une anticipation des réponses a été nécessaire, nous pouvons discuter d'un potentiel biais d'interprétation des données collectées. Cela peut entraîner un manque de neutralité lors du traitement de ces données, ce qui peut constituer une limite méthodologique à ce travail.

De plus, un biais de confirmation peut aussi être présent, du fait de l'anticipation des données. Ce biais consiste à privilégier les informations confirmant ses idées préconçues ou ses hypothèses et/ou à accorder moins de poids aux hypothèses et informations jouant en défaveur de ses conceptions (57). Cependant, ces éléments ne sont pas forcément le signe d'une perte de qualité de l'analyse effectuée, puisque l'anticipation des données, et la conduite des entretiens, sont des spécificités de l'enquête par entretien semi-directif. Cette démarche permet une analyse d'éléments qualitatifs et subjectifs, ce qui fait intervenir la réflexion du chercheur. Cela permet de faire émerger des liens, de mettre en perspective des éléments entre eux, et de faire naître une certaine compréhension sur le sujet de notre travail de recherche, ce qui constitue aussi une force de cette méthode.

Enfin, une limite supplémentaire se réfère à la population de cette étude. Les cinq masseurs-kinésithérapeutes interviewés ont, soit été démarchés pour participer à cette enquête, soit ils ont donné spontanément leur candidature. Cette méthode de sélection peut représenter un biais de sélection. De plus, le nombre de sujets inclus dans ce travail questionne la

représentativité de cet échantillon, et exclut donc d'imputer certains résultats issus de cette étude à la population générale étudiée, les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en milieu libéral en l'occurrence.

Nous allons pouvoir maintenant discuter de la méthode d'enquête utilisée dans ce travail d'initiation à la recherche, et des limites potentielles qui en découlent. Pour rappel, « l'entretien semi directif est une approche phénoménologique et interprétative », qui a pour but d'explorer des liens, et d'être en quête de sens à propos des données que l'on récolte (58). Comme nous avons pu le voir précédemment, cette recherche de sens a été réalisée seul, et répond à un questionnement personnel ainsi qu'à des recherches dans la littérature. Bien que ce travail ait permis de faire émerger certains éléments de réponse à notre problématique initiale, ces constats et analyses sont uniquement valables concernant les données que nous avons en notre possession, obtenues auprès de cinq masseurs-kinésithérapeutes.

Les éléments de réponses obtenus ne sont donc pas transposables à l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral, ce qui pose la question de la significativité des résultats de notre enquête. De plus, la réponse apportée aux hypothèses s'est faite de manière subjective, et ne répond à aucune loi statistique permettant d'imputer certaines caractéristiques d'un échantillon à une population générale. Cet article (59), écrit par Madeleine Mute et Nicole Sibelet, permet d'étayer notre réflexion à propos du choix de la méthode employée, et amène la question du choix d'une méthode plus objective. Nous pouvons penser à l'enquête par questionnaire, où les données récoltées peuvent faire l'objet de traitements statistiques afin d'obtenir une significativité dans la population générale. Nous sommes donc dans la recherche de données utilisables, et non plus dans la recherche de données qualitatives permettant la quête de sens.

Nous pouvons imaginer la conduite d'une enquête mixte, qui permettrait à la fois d'obtenir des éléments d'analyse utiles à la compréhension de certains phénomènes ou comportements, ainsi que des données avec plus de représentativité au regard de la population étudiée.

Cette réflexion nous amène à réfléchir sur la place de ce travail dans notre champ de recherche. Ici, l'évolution de notre travail d'initiation à la recherche nous amène à nous éloigner de la recherche clinique, pour nous rapprocher de la recherche à propos de pratiques

professionnelles chez les masseurs-kinésithérapeutes. Nous pouvons assimiler ce travail à de l'analyse de pratiques professionnelles, car la démarche réflexive initiée dans cette enquête peut amener de nouvelles interrogations à propos de nos pratiques en tant que professionnel de santé. Lors de cette démarche nous avons été amenés à effectuer des recherches supplémentaires dans la littérature à propos des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes, et nous avons trouvé peu d'éléments à propos des habitudes de recherche ou de formation, mis à part certains articles comme celui-ci (56). Il pourrait être intéressant de suivre à l'avenir de futures publications à propos de nos pratiques professionnelles, dans un objectif d'amélioration de celles-ci.

Enfin, le fait de réaliser ce travail d'initiation à la recherche a permis de faire émerger des apports personnels en tant que futur professionnel de santé. Les recherches bibliographiques nous ont permis de faire évoluer nos conceptions à propos de certains phénomènes comme le ressenti douloureux et les facteurs pouvant influencer la douleur, qu'ils soient physiopathologiques ou psycho-cognitifs. De plus, le fait d'avoir mené des réflexions à propos des données récoltées lors des entretiens nous ont amenés à repenser notre propre pratique professionnelle, et à nous questionner sur notre propre façon de prendre en soin des patients atteints de lombalgies chroniques. Enfin, cette enquête nous a aussi amené à réfléchir sur notre future façon de faire évoluer nos connaissances et compétences, que ce soit via la littérature scientifique ou les formations continues que nous serons amenés à réaliser au cours de notre exercice professionnel.

7 Conclusion

La prise en soin de patients souffrant de lombalgies chroniques fait partie intégrante du travail journalier du masseur-kinésithérapeute libéral. Cette pathologie, très fréquente, amène un certain nombre de troubles fonctionnels, de restrictions, et impacte de manière durable la qualité de vie des patients souffrant de cette affection. Nous avons pu aborder de manière non exhaustive les spécificités de cette pathologie, que ce soit d'un point de vue physiopathologique, psychologique ou épidémiologique. Nous avons aussi exploré les données issues de la science concernant les traitements de cette pathologie, sa logique de prise en soin, et ce à travers l'évolution de ces données au cours du temps, notamment dans les recommandations françaises, ainsi que dans la littérature internationale.

Nous avons ensuite mené notre enquête, qui a permis d'apporter des éléments de réponse à la problématique de recherche que nous nous étions posées à la suite de notre cadre conceptuel. Les choix de traitement des sujets interviewés, leur outils décisionnels, et leur logique de prise en charge ont été explorés. Nous avons aussi pu aborder les connaissances des masseurs-kinésithérapeutes interviewés à propos des données issues de la littérature scientifique et des recommandations.

Nous avons pu faire émerger des liens entre ces différents éléments, et les mettre en perspective avec nos recherches antérieures. Ceci nous a permis d'apporter des éléments de réponse à notre problématique de recherche, par la validation ou l'invalidation de nos hypothèses, au regard des données que nous avons analysées. Ces éléments de réponse font émerger des perspectives qui pourraient être explorées à la suite de ce travail de recherche. Nous avons par exemple abordé les pratiques d'information de masseurs-kinésithérapeutes diplômés récemment, et pour lesquels la recherche semble avoir occupé une place prépondérante dans la formation initiale. Il serait intéressant d'apprécier l'évolution de ces pratiques d'information, au fur et à mesure que la formation de masseur-kinésithérapeute devient de plus en plus universitaire, avec une priorité donnée à la recherche. De plus, la question des méthodes d'information se pose également. Nos outils de communication et d'échange d'informations évoluent, et il serait intéressant d'explorer l'impact de ces nouvelles technologies sur nos moyens de s'informer, et d'examiner en quoi elles pourraient être vecteur de progression pour notre profession, notamment en optimisant la diffusion et la qualité des connaissances disponibles, apportant ainsi une contribution à l'évolution de nos pratiques professionnelles de masseur-kinésithérapeute.

Références bibliographiques

1. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
2. Prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2005 [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_464893/fr/prise-en-charge-masso-kinesitherapique-dans-la-lombalgie-commune-modalites-de-prescription
3. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* mars 2006;15 Suppl 2:S192-300.
4. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J.* avr 2003;12(2):149-65.
5. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité.* sept 2011;3(3):137-49.
6. « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement » : sensibilisation sur la lombalgie [Internet]. 2019 [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>
7. Nguyen C, Poiraudou S, Revel M, Papeard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme.* juin 2009;76(6):537-42.
8. Buruck G, Tomaschek A, Wendsche J, Ochsmann E, Dörfel D. Psychosocial areas of worklife and chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* déc 2019;20(1):480.
9. Dufour M, Pillu M, Langlois K, Del Valle Acedo S. BIOMCANIQUE FONCTIONNELLE: membres - tte - tronc. ELSEVIER-MASSON; 2017.
10. Dufour M. Anatomie de l'appareil locomoteur. Tome 3, Tome 3,. 2017.

11. KERKOUR K. MJ. Évaluation comparative isocinétique des muscles du tronc de sujets sains et de lombalgiques. *Ann Kinésithér.* 1994;21(1):27-31.
12. KERKOUR K. Les muscles paravertébraux chez le lombalgique : Quelles sont les principales modifications ? *Kinésithérapie, la Revue.* sept 2001;1(0):16-9.
13. den Bandt HL, Paulis WD, Beckwée D, Ickmans K, Nijs J, Voogt L. Pain Mechanisms in Low Back Pain: A Systematic Review With Meta-analysis of Mechanical Quantitative Sensory Testing Outcomes in People With Nonspecific Low Back Pain. *J Orthop Sports Phys Ther.* oct 2019;49(10):698-715.
14. HERBERT A. Le parcours de soins du patient lombalgique chronique. *Kinésithérapie, la Revue.* déc 2017;(593):5-11.
15. Ract I, Meadeb J-M, Mercy G, Cueff F, Husson J-L, Guillin R. Valeur des signes IRM dans le cadre de la lombalgie commune (revue). *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle.* avr 2015;96:S11-21.
16. Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, Kongsted A, Aaboe J, Andersen M, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J.* janv 2018;27(1):60-75.
17. Bletzer J, Gantz S, Voigt T, Neubauer E, Schiltenswolf M. Chronic low back pain and psychological comorbidity : A review. *Schmerz.* avr 2017;31(2):93-101.
18. Rentsch D, Andreoli A, Cedraschi C, Desmeules J. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? *Rev Med Suisse.* 2009;5(208):1364-9.
19. Turk DC, Dworkin RH, Trudeau JJ, Benson C, Biondi DM, Katz NP, et al. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Acute Low Back Pain. *The Journal of Pain.* oct 2015;16(10):1012-21.
20. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *The Spine Journal.* nov 2014;14(11):2658-78.

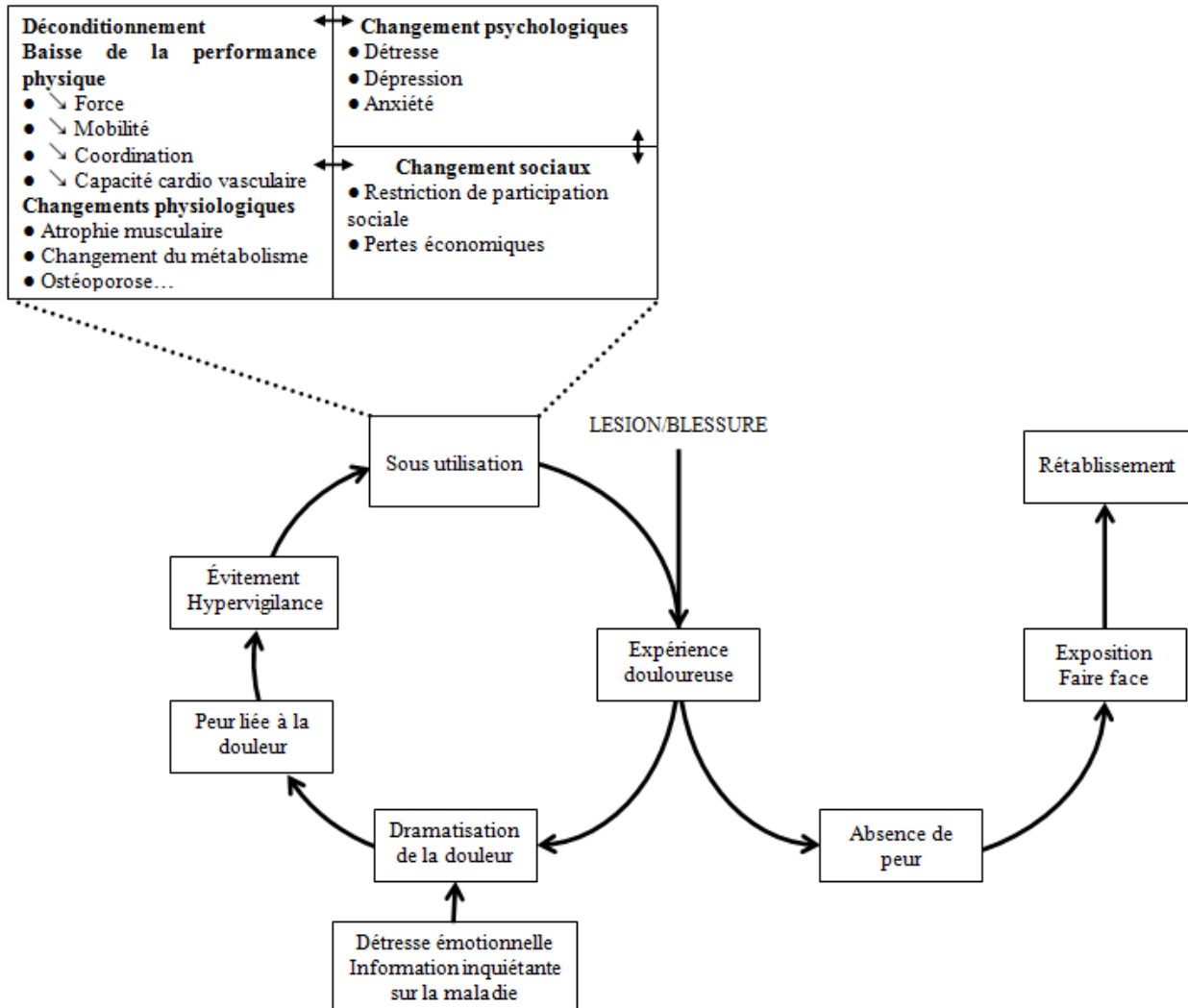
21. Vaegter HB, Madsen AB, Handberg G, Graven-Nielsen T. Kinesiophobia is associated with pain intensity but not pain sensitivity before and after exercise: an explorative analysis. *Physiotherapy*. juin 2018;104(2):187-93.
22. Steele J, Bruce-Low S, Smith D, Osborne N, Thorkeldsen A. Can specific loading through exercise impart healing or regeneration of the intervertebral disc? *The Spine Journal*. oct 2015;15(10):2117-21.
23. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. juill 2011;54(5):319-35.
24. Amanzio M, Palermo S, Benedetti F. Nocebo and Pain. In: *Neuroscience of Pain, Stress, and Emotion* [Internet]. Elsevier; 2016 [cité 24 mars 2020]. p. 117-31. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780128005385000066>
25. Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*. juin 2007;147(2):260-71.
26. Cantini F, Niccoli L, Franchi G, Damiani A, Benucci M. The Nocebo Effect in Rheumatology: An Unexplored Issue. *Isr Med Assoc J*. mars 2020;22(3):185-90.
27. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 7 juill 2010 [cité 28 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002014.pub3>
28. Guéné V. Le modèle biopsychosocial : de quoi parle-t-on ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. avr 2018;79(2):161-7.
29. BERQUIN A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*. 2010;6:1511-3.
30. Zhang Q, Jiang S, Young L, Li F. The Effectiveness of Group-Based Physiotherapy-Led Behavioral Psychological Interventions on Adults With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. mars 2019;98(3):215-25.

31. Patient traceur [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807803/fr/patient-traceur
32. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, et al. Back Schools for chronic non-specific low back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 3 août 2017 [cité 28 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011674.pub2>
33. Callaghan JP, McGill SM. Intervertebral disc herniation: studies on a porcine model exposed to highly repetitive flexion/extension motion with compressive force. *Clinical Biomechanics*. janv 2001;16(1):28-37.
34. Foss IS, Holme I, Bahr R. The Prevalence of Low Back Pain Among Former Elite Cross-Country Skiers, Rowers, Orienteers, and Nonathletes: A 10-Year Cohort Study. *Am J Sports Med*. nov 2012;40(11):2610-6.
35. ACCARD R., JUSSERAND J. Du lumbago aigu à la lombalgie chronique, traitement masso-kinésithérapique. *Cahiers de kinésithérapie*. sept 1975;(56).
36. Naliboff BD, Cohen MJ, Swanson GA, Bonebakker AD, McArthur DL. Comprehensive assessment of chronic low back pain patients and controls: Physical abilities, level of activity, Psychological Adjustment and Pain Perception: *Pain*. oct 1985;23(2):121-34.
37. ANDEM. Masso-kinésithérapie dans les lombalgies communes. *Ann Kinésithér*. 1996;23(5):254-5.
38. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability: *Pain*. févr 1993;52(2):157-68.
39. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cité 1 avr 2020]. p. CD000963. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000963>

40. Furlan A, Brosseau L, Imamura M, Irvin E. Massage for low-back pain. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 1 avr 2020]. p. CD001929. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001929>
41. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Superficial heat or cold for low back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 25 janv 2006 [cité 1 avr 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004750.pub2>
42. Khadilkar A, Odebiyi DO, Brosseau L, Wells GA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 8 oct 2008 [cité 1 avr 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003008.pub3>
43. Ebadi S, Henschke N, Nakhostin Ansari N, Fallah E, van Tulder MW. Therapeutic ultrasound for chronic low-back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 14 mars 2014 [cité 28 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009169.pub2>
44. Nelson NL. Kinesio taping for chronic low back pain: A systematic review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. juill 2016;20(3):672-81.
45. Sheng Y, Duan Z, Qu Q, Chen W, Yu B. Kinesio taping in treatment of chronic non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. 2019;51(10):734-40.
46. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, et al. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 8 janv 2016 [cité 28 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012004>
47. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Vempati R, D'Adamo CR, Berman BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. Cochrane Back and Neck Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 12 janv 2017 [cité 28 juill 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010671.pub2>

48. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med.* 1 janv 2020;54(2):79.
49. Wood L, Hendrick PA. A systematic review and meta-analysis of pain neuroscience education for chronic low back pain: Short-and long-term outcomes of pain and disability. *Eur J Pain.* févr 2019;23(2):234-49.
50. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Armand Colin; 2007.
51. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? 1 janv 2011;7.
52. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd. Armand Colin; 2016. 285 p.
53. Gatto F, Ravenstein J. Le mémoire: penser, écrire, soutenir, réussir. Sauramps; 2008.
54. Paille P, Rondeau P. L'analyse qualitative pas à pas. 2016.
55. La formation continue [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-formation-continue/>
56. Kech G, André Planche M, Buatois S. Point sur la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de Lorraine à l'heure du développement professionnel continu (DPC). *Kinésithérapie, la Revue.* 1 févr 2015;15(158):51.
57. Larivée S, Sénéchal C, St-Onge Z, Sauvé M-R. Le biais de confirmation en recherche. *psyedu.* 2019;48(1):245-63.
58. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers.* 2010;N° 102(3):23-34.
59. Mutel M, Sibelet N. L'interprétation des données : 2013;7.

Annexe 1 : Modèle cognitivo-comportemental de Vlaeyen



Annexe 2 : Guide d'entretien

Préalable : Présentation du contexte de l'entretien, rappel de l'anonymat en accord avec le formulaire, possibilité de transmettre une copie, durée approximative de l'entretien.

Thème 1 : Présentation du professionnel. Consigne initiale : pouvez-vous vous présenter en tant que kinésithérapeute, ainsi que votre parcours professionnel

Questions d'approfondissement :

- a) Année de diplôme d'état
- b) Parcours professionnel (établissement, mode d'exercice) ?
- c) Formations réalisées jusqu'à présent (DPC, DU) ?
- d) Depuis combien de temps prenez-vous régulièrement des patients atteints de lombalgie chronique ?

Thème 2 : Pratiques professionnelles. Consigne initiale : Nous allons maintenant parler de votre façon d'appréhender la prise en charge d'un patient atteint de lombalgies chroniques

Questions d'approfondissement :

- a) Quelles sont pour vous les informations primordiales à obtenir lors de la première séance ?
- b) Quelle place accordez-vous au contexte de vie du patient et à son projet de soin ?
- c) Pouvez-vous me décrire les différentes étapes et éléments clés du déroulement classique de votre prise en charge MK ?
- d) Sur quels signes cliniques vous appuyez-vous pour établir une progression dans votre prise en charge MK ?
- e) Pouvez-vous me décrire vos principaux outils thérapeutiques ?
- f) Sur quels critères reposent le choix de vos techniques de rééducation ?

Thème 3 : Rapport à la littérature. Consigne initiale : Pouvez-vous me parler de votre rapport à la littérature scientifique et les recommandations françaises récentes ?

Questions d'approfondissement :

- a) Avez-vous reçu lors de vos formations (initiale ou continue) un enseignement en rapport avec la littérature scientifique ?
- b) Comment choisissez-vous vos formations continues ?
- c) Sur quelles connaissances basez-vous votre pratique professionnelle concernant la lombalgie chronique ? Avez-vous ressenti le besoin de les faire évoluer ?
- d) Quel temps accordez-vous à la recherche et la lecture d'article scientifique dans votre travail ?

Annexe 3 : Tableau d'analyse thématique des données

Présentation des professionnels	Diplôme	Expérience professionnelle	Formations continues	Choix des formations
MK 1	« Je suis kiné depuis 2013 » (2)	« J'ai fait que du libéral, dont trois mois de remplacement ; je me suis tout de suite installée et je me suis associée au bout de deux ans. » (4) « Après je travaille aussi en maison de retraite avec le cabinet, voilà, ça me fait deux façons de travailler. » (2)	« J'ai fait plusieurs formations dont la formation kiné du sport, rééducation du périnée, rééducation abdominale, et après quelques formations, un peu de tout » (2) « Pour kiné du sport c'est un DU » (8)	« Ça dépend de mes goûts, envies et patients. Si j'ai pas mal de prises en charge d'un type je vais faire une formation là-dessus, ou alors si je bloque sur une prise en charge je vais vouloir me former. » (28)
MK 2	« Je suis Kiné en libéral depuis que je suis diplômée en 1996 » (4)	« J'ai directement travaillé en France après ça. J'ai fait d'abord deux ans de remplacements. Ensuite je me suis associée dans un cabinet où j'ai travaillé pendant 10 ans, sans forcément me spécialiser ; je faisais du domicile le matin et des soins au cabinet l'après-midi. [...] Après cet exercice en cabinet où je prenais un patient par demi-heure, j'ai eu un second lieu d'exercice, un autre cabinet avec une balnéo [...] Je suis passée d'un travail de kiné assez classique, d'un patient par demi-heure, à une rééducation plus active, grâce au matériel dans lequel nous avons investi. J'ai donc basculé vers une rééducation fonctionnelle active, où j'ai eu l'occasion de prendre, dès que ça a été possible, environ trois patients par heure. [...] Depuis 8 ans je suis maintenant à temps plein dans ce second cabinet, là où il y a la balnéo. » (4)	« J'ai suivi deux années de formation en thérapie manuelle. [...] J'ai fait des formations qui, ponctuellement, m'ont permis de me spécialiser plutôt dans la thérapie manuelle, dans les points trigger, et aussi dans la prise en charge du patient obèse [...] J'ai aussi fait d'autres formations, un peu de tout. » (4)	« Pendant tout un temps, par manque de temps, on faisait avec une collègue des formations d'une ou deux journées, environ trois ou quatre par ans. [...] Ensuite j'ai voulu des formations plus longues, j'ai recherché les thèmes qui me plaisaient, et aussi les formations qui étaient « EBP », c'est plus sérieux. Après je ne recherche pas toujours la preuve scientifique, je trouve qu'à partir du moment où quelque chose marche sur des patients la formation a un intérêt, tout n'est pas prouvé scientifiquement. Mais par contre je choisis les organismes qui sont assez soucieux de ça. Et donc là c'étaient des formations sur plusieurs jours et plusieurs modules. » (24)

<p>MK 3</p>	<p>« Je suis diplômée depuis trois ans et demi. » (2)</p>	<p>« J'ai travaillé un peu en hôpital où je faisais des remplacements, mais sinon que du libéral, je ne me vois pas revenir dans une autre structure pour le moment. » (4)</p>	<p>« Je me suis plutôt intéressée à l'uro-gynéco, donc j'ai fait des formations sur ça, et, depuis peu, je m'intéresse au dos, je suis le cursus McKenzie, j'ai deux autres formations sur le dos mais moins connues, pour refaire le point sur les tests par exemple. » (2)</p> <p>« Il y a aussi des conférences qui sont gratuites » (24)</p>	<p>« Je les choisis en fonction de ce qu'on en dit quand même, des retours ; je me suis intéressée à la McKenzie parce que pas mal de gens en parlait et lors de mes stages j'ai trouvé ça intéressant. Puis aussi en fonction de mon intérêt pour le sujet et la formation. » (26)</p>
<p>MK 4</p>	<p>« Je suis MK depuis 2008 » (2)</p>	<p>« Dès l'obtention de mon diplôme je suis allé travailler deux mois dans un centre de rééducation près de *****, et ensuite j'ai beaucoup travaillé en faisant des remplacements en cabinet libéral pendant quelques années, sur ***** toujours. Après ça j'ai arrêté les remplacements pour aller travailler dans un centre de rééducation côté suisse, et en parallèle je travaillais pour la fédération handisport, je suivais l'équipe de ski handisport. Et après ça, cela fait maintenant 8 ans que je suis installé en tant que professionnel libéral à côté de *****. Et je continue un petit peu de travailler avec l'équipe de ski, sur des tout petits déplacements. » (2)</p>	<p>« [...] j'ai fait pas mal de formations parallèles pour continuer de me former dans la profession. » (2)</p> <p>« Alors, j'ai fait la formation Sohier tout de suite après mon diplôme, j'ai fait une formation sur la gymnastique abdominale hypopressive, la formation sur les chaînes physiologiques Busquets, une formation de spécialisation en périnéologie. J'ai aussi fait une formation de massage complémentaire à proposer en cabinet pour des soins</p>	<p>« C'est souvent du bouche à oreille ou par mail : je reçois souvent des choses par les associations ou les organismes chez qui j'ai déjà fait des formations, c'est beaucoup par internet. » (34)</p>

		« J'ai fait quelques remplacements en hôpital, mais vraiment sur de courtes périodes, pour dépanner. » (4)	hors-conventionnés, j'ai aussi fait la formation kinésiotaping, et aussi une formation kiné du sport à *****. Après je dois en oublier sûrement. » (6)	
MK 5	« Je suis kiné depuis 15 ans » (2)	« j'ai toujours exercé en libéral, j'ai d'abord commencé par du remplacement, ensuite j'ai été assistante, puis titulaire, et là depuis un an je suis redevenue assistante. » (2)	« Après j'ai des formations depuis que les formations sont obligatoires, j'ai fait une formation ostéo, et ensuite j'ai fait des formations en maxillo-lingual, c'est ce qui m'a le plus intéressé. Puis après j'ai fait des formations pour me tenir au goût du jour, avec le DPC notamment. » (4) « [...] une formation CGE sur l'épaule, une formation sur la réflexologie plantaire, une formation sur le genou, une formation sur les levés de tension, et une sur la lombalgie. » (6)	« C'est souvent en fonction de si c'est un sujet qui m'intéresse, et souvent c'est aussi ma disponibilité. » (38)

Pratiques professionnelles	Première séance et projet de soin	Déroulement et progression de la prise en charge	Outils rééducatifs et critères de choix
<p>MK 1</p>	<p>« Le plus important c'est l'interrogatoire, pourquoi la personne a mal, où elle a mal, depuis combien de temps... Est-ce qu'il y a des mouvements qui lui font plus mal que d'autres [...] s'ils font du sport, lequel, s'ils sont gênés [...] qu'est-ce qu'ils ont arrêté de faire depuis qu'ils ont mal. [...] c'est en fonction de ce que je retrouve que j'adapte ma prise en charge. » (10)</p> <p>« On discute, donc je sais ce qu'ils recherchent. J'essaie de m'adapter à leurs envies, mais c'est quand même moi qui dirige leurs séances » (12)</p>	<p>« Souvent quand même après le bilan je vais les masser [...] discuter et avoir un climat de confiance ; après, tout de suite, j'essaie d'intégrer des exercices, des mouvements ou des étirements, pour que le patient ait en tête que les séances ça ne sera pas que du massage [...] Je peux leur noter les exercices sur un papier et à la fois d'après on révise, voir s'ils font bien, on en réintègre de nouveaux [...] c'est pas mal, ça leur permet de faire des exos chez eux qu'on a vus en séance. Après, en fin de prise en charge, c'est vraiment du renforcement, du gainage et ça peut aller jusqu'au geste sportif » (14)</p> <p>« Moi c'est plus la douleur, savoir s'ils ont mal ou pas mal, et le ressenti du patient sur sa douleur. » (16)</p>	<p>« Alors, il y a le massage, du TENS en antalgique, des étirements, du renforcement, et du réentraînement à l'effort. » (18)</p> <p>Le premier critère c'est la douleur. Si le patient a mal il ne fera quasiment pas d'exercices, sauf des exercices qui sont infradouloureux, mais parfois c'est vraiment limité, pareil pour les étirements [...] Donc c'est plutôt la douleur, la souplesse et la compréhension du patient. » (20)</p>
<p>MK 2</p>	<p>« Lors de mes études, les kinés de ma génération n'ont pas eu une super formation en bilan, il y a quelques années j'ai fait une formation pour me remettre à niveau sur le sujet. [...] il y a un long entretien préalable. Lorsque c'est chronique il y a cet environnement psychosocial qui prend beaucoup d'importance dans la maladie et la rééducation. [...] Et puis je laisse aussi intervenir mon feeling et mon expérience de kiné, pour savoir comment je vais mettre en place ma</p>	<p>« J'aime bien d'abord travailler sur la mobilité, où est-ce que le patient se situe dans le mouvement, s'il a peur, [...] J'aime voir comment le patient réagit dans sa mobilité lombaire, et sur le reste de son corps. Ensuite, j'essaie de comprendre ce qu'il attend de moi, et à ce moment-là on travaille en renforcement musculaire, avec de la proprioception. Ensuite on met en place des situations de sa vie quotidienne, on met en place de la mobilité en force dans sa vie de tous les</p>	<p>« Alors, on va dire que j'estime que mes yeux sont un outil, parce que j'arrive à voir où il en est dans sa façon de se déplacer ; je dois regarder mon patient pour avoir une observation précise et précieuse. Mes mains pour la thérapie manuelle, car régulièrement il faut qu'on se voie en cabine [...]. Bien entendu tout le matériel qui m'est offert au cabinet, c'est-à-dire : les vélos elliptiques, j'aime les plateformes comme le Huber, je travaille avec des tapis au sol, un ballon de Klein, et plus</p>

<p style="text-align: center;">MK 2</p>	<p>rééducation. Je demande toujours à mon patient de venir avec son dossier et imagerie, qui est en général assez conséquent. » (8)</p> <p>« Lorsque je le rencontre, j'ai besoin d'entendre l'histoire de la maladie, le ressenti psychologique du patient, son âge [...] s'il travaille, s'il est en arrêt, quelle est l'ambiance au boulot, [...] est-ce qu'il comprend bien sa maladie, s'il a besoin d'être éduqué par un kiné, si son médecin a pris le temps de le faire, de lui expliquer pourquoi sa lombalgie dure aussi longtemps. Et je pense que ça c'est le rôle du kiné, pas qu'à la première séance, mais à toutes les séances, ce rôle d'informateur et d'éducateur, et de le rassurer sur le point final qui arrivera un jour où l'autre. J'essaye aussi de savoir si ce patient est en capacité de comprendre l'information que je m'engage à lui fournir, est-ce que son milieu social et intellectuel va être un facteur facilitant ou non, [...] est-ce qu'il a eu une errance de diagnostic, [...] Puis l'entretien motivationnel qui est important." (10)</p> <p>« Je n'ai pas beaucoup parlé de l'alimentation et du poids, mais en général j'en parle régulièrement et dès le début. » (12)</p>	<p>jours. Ensuite on charge, pour aller au-delà des efforts qu'il doit fournir dans sa vie privée et sa vie professionnelle. En parallèle à tout ça, il aura toujours des petits exercices à faire à son domicile, que ce soient des étirements ou de la relaxation, respiratoire, de mobilité. Avec en plus des consignes plus que sévères sur l'usage de la marche à pied. » (12)</p> <p>« La progression ne se fait pas forcément toujours sur la douleur, j'évolue dès que je sens qu'on est passé au-delà d'une certaine appréhension. Un lombalgique doit apprendre à vivre avec un peu de douleur, mais il doit surtout apprendre à ne plus avoir peur de son corps. [...] Je vais surtout travailler sur l'appréhension. » (14)</p>	<p>simplement avec des élastiques ou d'autre matériel. On a aussi la chance d'avoir la balnéo, un peu tout le temps mais surtout au début. » (16)</p> <p>« Pour choisir, souvent c'est l'état du patient ; quand je le vois en forme je privilégie toutes les techniques en salle de rééducation, tout ce qui est mobilité et proprioception ; quand je sens une petite fragilité je le vois en cabine, soit en massage, soit en thérapie manuelle, [...] Par contre le massage c'est vraiment quand je sens une grande fragilité, plutôt sur le plan moral. [...] Et ça c'est pareil pour la balnéo, quand ça ne va pas, un petit coup dans l'eau et ensuite ça va mieux. » (18)</p>
--	---	---	---

	« Lorsque j'étais plus consciencieuse j'intégrais des échelles pour évaluer l'appréhension et la douleur dans la vie quotidienne. Ça me permettait de pouvoir évoluer dans ma prise en charge. » (18)		
MK 3	<p>« Pour un lombalgique chronique il faut voir ce qu'il est capable de faire en actif et en passif, et puis, comme je disais, les marqueurs de la vie quotidienne, c'est-à-dire voir avec lui ses objectifs » (16)</p> <p>« Voir déjà leurs croyances [...], il y a pas mal d'idées reçues sur la lombalgie chronique. Il faut discuter avec lui pour voir ce que ça signifie pour lui, ce qu'il en pense, comment ça le gêne dans son quotidien, comment il la gère, de voir en faisant quelques tests sur plusieurs séances pour élaborer un traitement en coopération entre le patient et moi ce que je pense, et surtout aller vers une prise en charge pour que le patient soit de plus en plus actif, que ça ne soit pas trop du massage. [...] il faut vraiment le responsabiliser dans la rééducation, essayer de voir avec lui pour un programme d'exercices, ce qui lui convient, si ce sont plutôt des exercices ou des étirements, [...]. Parfois les patients veulent des massages, mais je ne pense pas que ce soit le plus efficace. » (8)</p> <p>« [...] Puis connaître la motivation du patient, connaître ses croyances, et se</p>	<p>« Comment ça le gêne dans son cadre de vie, pour avoir des marqueurs, voir en fait au fur et à mesure des séances s'il a progressé ou pas, c'est en voyant dans son quotidien des marqueurs pour voir si ça va mieux. » (10)</p> <p>« Ça dépend tellement du patient... On va dire que les éléments clés, c'est savoir comment va le patient ce jour-là, s'il a bien compris ce qu'on avait fait la fois d'avant, s'il a pu refaire ses exercices, ou si quelque chose n'a pas marché. Pourquoi pas quelques manipulations ou mobilisations, avec un peu de massage ou de thérapie manuelle s'il y a besoin. Puis ensuite partir sur des exercices, les faire avec lui, essayer pourquoi pas de lui faire une feuille pour qu'il puisse de souvenir de ce qu'on a fait, puis lui demander souvent si ça va, s'il a compris pourquoi on faisait ça, une première partie massage pourquoi pas et une grosse partie exercice et mouvement quoi, faire bouger le patient. » (14)</p> <p>« Si petit à petit ses objectifs ça va mieux on voit qu'on est dans la bonne direction, sinon c'est qu'il faut qu'on reprenne un</p>	<p>« Il y a les mobilisations articulaires, voir la flexion, l'extension et l'inclinaison du tronc, [...] Je ne m'embête pas trop avec les échelles, c'est plutôt du fonctionnel on va dire. » (18)</p> <p>« Les patients peuvent avoir besoin d'un peu plus de cocooning au début, parce que ça fait longtemps qu'ils sont ancrés dans cette douleur de dos, [...] il y aura peut-être plus de massages au début pour faire plus actif après. Il y a aussi des patients qui font déjà du renforcement donc ce seront plutôt des étirements, ça sera adapté et ça dépend vraiment du patient en fait. Je fais aussi en fonction de sa motivation et de ses croyances. » (20)</p>

	<p>mettre d'accord sur quel chemin on va prendre ensemble. C'est surtout ça, obtenir l'adhésion du patient à son traitement je trouve. » (10)</p> <p>« En fonction de son contexte on va élaborer son programme de rééducation. » (12)</p>	<p>peu le travail et le traitement, qu'on change de direction. » (16)</p>	
MK 4	<p>« Alors.... Quand il se présente au cabinet il n'y a pas forcément marqué « traitement pour lombalgie chronique » sur les ordonnances que font les médecins, donc forcément j'attaque par un bilan qui est assez complet, sur les douleurs et les attentes du patient. C'est quand même assez souvent qu'on s'oriente vers les douleurs lombaires, puis en fonction de mon bilan et de tout ce que je note par rapport au premier jour où je vois le patient, j'oriente les techniques en fonction de ce que je vois, en fonction de ce que j'analyse du patient. » (12)</p> <p>« Donc, en fonction de mon bilan, j'oriente plus ou moins les séances avec des techniques différentes, même si ça se regroupe un petit peu dans le même thème » (14)</p> <p>« Moi ce sont beaucoup les antécédents de la personne en fait qui vont beaucoup orienter mon traitement, en fonction de si la personne a eu des accidents, en fonction</p>	<p>« Vu que les patients sont tous différents et que chaque personne est unique, forcément que je prends en compte ses motivations, ses envies, et ses habitudes personnelles et professionnelles, [...] c'est un petit peu dur de répondre globalement à cette question, parce que chaque personne a son contexte à elle ; forcément que je le prends en compte, parce que je prends en compte mon patient dans sa globalité, donc oui c'est important pour moi. » (18)</p> <p>« Après je vais orienter mes séances d'après ce que je constate, après c'est un peu dur de répondre, parce que chaque personne est différente. Après ce qui est sûr c'est que j'axe sur une prise en charge globale, parce que c'est ma formation continue qui veut ça, comme les chaînes physiologiques où je ne peux pas traiter que le dos, je traite tout. » (20)</p> <p>« Alors en premier c'est la douleur. Si parfois la douleur diminue ou que le</p>	<p>« Alors, bah le massage, je suis masseur-kinésithérapeute quand-même dans un premier temps, après je travaille beaucoup la respiration, le ventre, le diaphragme, la détente du Psoas, massage étirement, j'essaye d'insister sur la détente en position raccourcie, des outils de posture pour rééquilibrer les chaînes. Aussi l'enseignement d'exercices à faire à la maison, ça c'est sûr qu'ils repartent toujours avec un exercice. Je crois que c'est tout. Aussi de la proprioception sur ballon, du gainage, mais pas au début. » (24)</p> <p>« Après moi, avec les formations que j'ai faites, c'est vrai que j'utilise beaucoup de travail de respiration, du ventre, du transverse ; j'essaye aussi de reconstruire au niveau postural, par qu'il y a souvent de gros déséquilibres entre les chaînes postérieures et antérieures, ça se rejoint toujours dans les mêmes troubles posturaux, donc voilà. Je fais une prise en charge assez générale et globale, après je</p>

	<p>de depuis quand la douleur s'est installée, en fonction des antécédents : ça va orienter mon traitement oui, donc pour moi c'est un point qui est ultra-important. » (16)</p>	<p>patient me dit « hier je n'ai pas eu mal au dos » par exemple, c'est un signe de progression sur la douleur. Si elle diminue, si ça change, s'il sent moins son dos, c'est important pour moi. Puis au niveau mobilité aussi, sur l'équilibre postural, c'est aussi important. Généralement ça va ensemble. » (22)</p>	<p>masse beaucoup aussi, pas mal de stretching. » (14)</p> <p>« Après j'essaye toujours d'inciter les gens à faire des exercices à faire à la maison. Après il y a des gens qui ont beaucoup de mal à intégrer cette routine-là, ou ceux qui travaillent beaucoup pour intégrer des exercices de respiration ou de correction de la posture au travail » (18)</p> <p>« Ça dépendra toujours du bilan. Après c'est vrai que ça se ressemble un petit peu, parce qu'on retrouve des grandes lignes dans comment les gens se tiennent ou sur les symptômes comme la douleur. Ça dépend aussi de l'histoire de vie du patient, comment il se présente le jour de la séance, mes séances ne sont jamais exactement les mêmes. » (26)</p>
<p>MK 5</p>	<p>« Alors c'est arriver à déceler si la personne appréhende de se servir de son dos, si elle a des réticences et qu'elle ne fait plus rien, ou alors au contraire si elle en fait trop et mal. C'est arriver à déceler comment elle se sert de son dos, dans ses douleurs. » (16)</p> <p>« Les attentes du patient par rapport à la rééducation qui débute avec moi, c'est une question que je pose lors du bilan initial. Après la plupart du temps les gens demandent d'enlever la douleur, et parfois d'eux même ils vont demander à récupérer de la fonction, soit parce qu'ils sont en arrêt</p>	<p>« En gros c'est de les remettre à l'effort, et qu'ils se servent de leur dos. Également qu'ils reprennent confiance en eux, qu'ils reprennent confiance en leur dos et ses capacités, leur redonner de la mobilité et de la force, dans un mouvement global et fonctionnel. » (14)</p> <p>« La première séance on fait le bilan, avec beaucoup de questions. La plupart du temps je fais un peu de massage, mais très vite je n'en fais plus. Ça leur fait du bien pour réduire la douleur, et pour établir un lien de confiance. Par contre je leur dis</p>	<p>« Alors, au début il y a de la prise de conscience musculaire, déjà les muscles qui permettent de mobiliser le dos, de stabiliser le bassin. C'est de l'éducation sur leur propre proprioception, après ça va être du stretching, du renforcement musculaire, au début sans machine puis avec, et chez eux ils ont de toute façon des exercices de stretching, des exercices musclant, et penser à positionner leur bassin et se grandir. Et bouger. » (26)</p>

	<p>de travail ou parce qu'ils veulent aller bêcher leur jardin, ou quoi que ce soit. La plupart du temps ce sont les attentes vis-à-vis de la kiné. » (18)</p>	<p>tout de suite que ce n'est pas le massage qui va les soigner, que ça permet d'enlever les douleurs, qu'il faut qu'ils aient moins mal pour bouger et avoir confiance. Et à la fin de cette première séance, ils essayent de se grandir, on mesure des distances, et rapidement on leur dit qu'ils vont être capable d'utiliser toute la mobilité de leur dos. Très vite je leur dis que ça sera à eux de se guérir, et que ça sera à eux de faire des exercices chez eux. Ils repartent avec quelques exercices, comme penser à leur dos, à positionner leur bassin correctement, à se grandir et à être tonique. Ça c'est la première séance. Au fur et à mesure, il y a de plus en plus de parties actives et de moins en moins de parties passives, et à la fin il n'y a quasiment que de l'actif. » (20)</p> <p>« Quasiment que sur la douleur, et puis on refait des petits tests et on voit que ça progresse. Du coup on continue et on fait une série supplémentaire. S'ils n'ont pas eu de courbature lors de la dernière séance, on va augmenter la charge de travail. » (24)</p>	<p>« En 1 c'est la compréhension des gens, et après, c'est de ce que moi je connais et qui a l'air de fonctionner. » (28)</p> <p>« Il y a tout un tas d'arsenal technique, je ne les connais pas tous, donc j'applique ce que j'ai appris et ce qui a l'air de fonctionner. » (30)</p>
--	--	---	--

Rapport à la littérature	Connaissance de la littérature scientifique et des recommandations	Influence de l'expérience professionnelle	Développement des compétences et connaissances
MK 1	« Ça j'y connais pas grand-chose, je ne lis pas de littérature sur la lombalgie. Après je sais qu'ils sont plus sur des exercices, pas que du massage, et qu'il faut rendre le patient acteur, mais je n'ai pas de sources. » (22)	<p>« J'ai vu quelques petites choses en kiné du sport. J'ai eu besoin de les faire évoluer, quand j'étais à l'école on nous disait de beaucoup masser, après c'est sûr que ça fait du bien sur le coup mais les patients vont revenir nous voir parce qu'ils ont toujours mal, sur le long terme ce n'est pas efficace. Au fil du temps on s'est rendu compte que c'est le côté musculaire qui est plus important, mais je ne sais plus où j'ai vu ça, peut-être dans ma formation kiné du sport. » (30)</p> <p>« Ça dépend de chaque patient, les réponses aux techniques peuvent être variables, donc il faut pouvoir s'adapter ; on fait globalement la même chose, mais il faut savoir changer. Par contre il faut vraiment que le patient soit acteur, s'il ne veut rien faire c'est compliqué et ça ne marche pas. » (32)</p>	« Après j'avoue que c'est par manque de temps et d'envie que je ne lis pas, en fait on a tout pour le faire, on connaît les sites, mais lorsque je lis c'est plutôt sur d'autres thèmes. » (24)
MK 2	« J'avoue que je me renseigne de loin, je ne prends pas toujours le temps de lire tout ce qui sort régulièrement. Je suis plutôt adepte des conférences que je peux retrouver sur internet. [...] Pour les recommandations je les parcours en diagonale, c'est surtout en discutant entre collègues que je m'informe, c'est un peu de mon propre chef, je ne prends pas forcément le temps de les lire. » (20)	<p>« La base de formation initiale, je la retrouve encore dans ce que je peux faire, elle n'était pas mauvaise. [...] Mais bien sûr aujourd'hui il me manque certaines techniques que je peux trouver intéressantes » (26)</p> <p>« Et puis je laisse aussi intervenir mon feeling et mon expérience de kiné » (8)</p>	<p>C'est surtout en discutant entre collègue que je m'informe, c'est peu de mon propre chef (20)</p> <p>Les formations continues pourraient encore m'apporter quelque chose à l'avenir, il faudra que je réfléchisse à ça (26)</p> <p>J'aime assez bien aussi ce qui est aussi rangé dans les formations continues mais qui sont plutôt sur</p>

	<p>« Ma génération, diplômée en 1996, a juste été éveillée à des revues type « kiné scientifique ». On n'avait rien en ligne [...] j'avoue que je regarde peu les articles ou recommandations. C'est plus que léger en ce qui me concerne. » (22)</p>		<p>une seule journée d'information, récemment je n'en ai pas faite sur les lombalgies (20)</p>
<p>MK 3</p>	<p>« Dans mon école on a pas mal insisté sur la littérature scientifique et notre mémoire était vraiment basé sur ça, on devait s'appuyer sur des articles, voir s'ils étaient pertinents ou pas » (24)</p> <p>« Moi, de la littérature, ce que j'en ressors c'est qu'on a vu plein de choses à l'école qui sont discutables, dans le sens où ce n'est pas prouvé. Voilà je lis peu d'article personnellement [...], j'ai fait des formations [...], essayer de recouper un peu toutes les idées reçues qu'on a sur le dos, et puis ce qui est bien c'est que les idées changent au niveau de la prise en charge du dos. On parle de plus en plus d'actif, de moins en moins de repos, il faut faire bouger les gens c'est bien. » (22)</p> <p>« Ce sont plus des résumés que je lis, je ne lis pas les articles directement. » (30)</p>	<p>« Il faut toujours savoir se remettre en question, ce n'est pas facile de trouver dès le début le bon traitement. » (20)</p> <p>« Il ne faut pas hésiter à s'adapter à chaque fois et à se remettre en cause. » (16)</p> <p>« Après en ayant fait des formations on se rend compte qu'il y a plein d'échelles qui ne sont pas valables, donc il faut rester critique. » (22)</p>	<p>« Je regarde pas mal le site « agence EBP », ils postent pas mal d'articles, c'est assez intéressant » (22)</p> <p>« Et après en formation continue aussi, il y a aussi des conférences qui sont gratuites qui se basent beaucoup sur la littérature, et du coup ça permet d'amener des bons outils » (24)</p> <p>« Je commence McKenzie donc je suis un peu obnubilée sur ça, je n'ai pas encore assez de recul » (28)</p> <p>« Je regarde surtout des sites sur internet ou sur les réseaux sociaux, [...]. Je ne passe pas beaucoup de temps à les lire mais je prends plus de temps pour l'analyse. On va dire que tous les jours je lis un petit peu soit sur les sites ou sur mon téléphone. » (30)</p>

<p>MK 4</p>	<p>« Je suis une très mauvaise élève là-dessus. » (28)</p> <p>« J'avoue que je ne lis plus grand-chose, [...] (30)</p>	<p>« Oui, surtout par rapport à la formation initiale, avec les recommandations de la HAS, et toutes les chose à suivre. J'avoue que maintenant je ne le fais plus trop. » (32)</p> <p>« c'est vrai qu'avec les formations que j'ai faites, on repart avec beaucoup de bouquins, et je travaille beaucoup avec ça » (30)</p> <p>« Après ce qui est sûr c'est que j'axe sur une prise en charge globale, parce que c'est ma formation continue qui veut ça » (20)</p> <p>« Depuis la formation initiale, le fait que je m'oriente vers des formations complémentaires ça m'a apporté plein d'autres outils techniques, pour améliorer ma pratique. Maintenant est-ce que les formations que j'ai suivies sont des formations reconnues ou « sûres »... j'ai quand même des résultats sur mes patients, ça reste le critère principal. Je soigne les gens à ma manière, c'est sûr que certains outils sont tirés de lectures scientifiques, d'autres pas du tout je pense. » (36)</p>	<p>« C'est vrai qu'avec les formations que j'ai faites, on repart avec beaucoup de bouquins, et je travaille beaucoup avec ça » (30)</p> <p>« Alors c'est sûr que si je reçois quelque chose sur ma boîte mail je vais le lire, après, de moi-même je ne vais pas chercher. » (38)</p> <p>« [...] Après je saurais où les trouver si j'ai envie de les lire. Et le fait d'en discuter me donne envie d'aller les voir. » (40)</p>
<p>MK 5</p>	<p>Eh bien ça c'est quelque chose qui de mon temps n'existait pas, l' « evidence based practice » c'est quelque chose qui m'est assez inconnu. Je fais avec les progrès que je constate avec les patients et pas forcément avec ce qui est prouvé par des études » (32)</p>	<p>« Alors, sur ce que j'ai appris au cours de ma formation initiale principalement, et pour les faire évoluer, j'ai fait une formation continue qui ne m'a pas appris grand-chose et qui n'a pas fait évoluer ma stratégie thérapeutique. » (40)</p> <p>« Peut-être que je me repose sur mon « train-train », mais bon ça marche, les patients sont soulagés ; dans la littérature il y a forcément d'autres choses qui marchent » (32)</p>	<p>« Ça c'est quelque chose que je ne fais pas, surtout par manque de temps » (42)</p> <p>« Non, j'en ai entendu parler lors de formations en e-learning, avec les histoires de drapeau rouge, drapeau jaune, mais c'est tout. » (34)</p>

1) Première question : est-ce que vous pouvez vous présenter en tant que MK, ainsi que votre parcours professionnel ?

2) Oui, alors moi je suis kiné depuis 2013 de l'école de ***, je travaille dans un cabinet libéral où on est quatre kinés. J'ai fait plusieurs formations dont la formation kiné du sport, rééducation du périnée, rééducation abdominale, et après, quelques formations, un peu de tout, pas forcément spécialisées dans les problèmes de dos, mais ça peut être envisageable. Après je travaille aussi en maison de retraite avec le cabinet, voilà, ça me fait deux façons de travailler.

3) Est-ce que vous avez toujours fait du libéral dans votre parcours professionnel ?

4) Oui, je n'ai fait que du libéral, dont trois mois de remplacement ; je me suis tout de suite installée et je me suis associée au bout de deux ans.

5) D'accord. Et est-ce que vous prenez régulièrement en charge des patients atteints de lombalgie chronique ?

6) Oui, depuis 2013. On en a tout le temps, c'est très fréquent, je dirais bien que ça représente un quart des patients qu'on a quand même.

7) Vos formations complémentaires rentrent-elles dans le cadre de la formation continue ou est-ce que ce sont des DU par exemple ?

8) Pour kiné du sport c'est un DU, pour le reste c'est de la formation continue sur un ou plusieurs week-ends en fonction des modules et de ce qu'on a à faire.

9) D'accord. Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vos pratiques professionnelles : est-ce que vous pouvez me parler de votre façon d'aborder la prise en charge d'un patient atteint de lombalgie chronique ?

10) Ce qui est le plus important c'est l'interrogatoire, pourquoi la personne a mal, où elle a mal, depuis combien de temps... est-ce qu'il y a des mouvements qui lui font plus mal que d'autres ; après moi j'aime bien leur demander s'ils font du sport, lequel, s'ils sont gênés dans leur pratique sportive et s'ils la modifient à cause de leur douleur. Aussi savoir si ce n'est que la douleur qui les arrête ou s'il y a un blocage, et puis savoir aussi si ça les gêne la nuit, et qu'est-ce qu'ils ont arrêté de faire depuis qu'ils ont mal. Tout ça déjà, et après, en fonction de leur retour, j'ai déjà une bonne idée de ce que c'est. Après c'est l'examen purement kiné, voir s'il y a des contractures, donc là ce serait plus du massage, si c'est des étirements à faire, si c'est du renforcement ou du gainage, c'est en fonction de ce que je retrouve que j'adapte ma prise en charge.

11) Quelle place accordez-vous au contexte de vie du patient et à son projet de soin ?

12) En fait, à chaque fois je demande à mes patients de..., on discute, donc je sais ce qu'ils recherchent. J'essaie de m'adapter à leurs envies, mais c'est quand même moi qui dirige leurs séances ; si par exemple j'ai décidé de lui faire faire du gainage et qu'il n'a pas envie, je vais quand même l'inciter à en faire.

13) Est-ce que vous pourriez me décrire les différentes étapes et les éléments clés du déroulement d'une prise en charge classique avec un patient lombalgique chronique ?

14) Souvent quand même après le bilan je vais les masser, pour détendre les muscles, discuter et avoir un climat de confiance ; après, tout de suite, j'essaie d'intégrer des exercices, des mouvements ou des

étirements, pour que le patient ait en tête que les séances ça ne sera pas que du massage, parce que si tu masses toute la première séance c'est foutu : après, ils ne veulent plus rien faire. Je peux leur noter les exercices sur un papier et à la fois d'après on révisé, voir s'ils font bien, on en réintègre de nouveaux, puis je leur parle aussi de l'application Activ 'dos. Je leur en parle quatre, cinq fois pour qu'ils intègrent ça au quotidien, c'est pas mal, ça leur permet de faire des exos chez eux qu'on a vus en séance. Après, en fin de prise en charge, c'est vraiment du renforcement, du gainage et ça peut aller jusqu'au geste sportif s'ils font du sport, et s'ils ne sont pas sportifs, j'essaie de leur faire comprendre qu'il faut qu'ils en fassent, souvent quand ils ont mal au dos ils ne font rien.

15) Prochaine question : sur quels signes cliniques vous vous appuyez pour établir une progression dans votre prise en charge ?

16) Moi c'est plus la douleur, savoir s'ils ont mal ou pas mal, et le ressenti du patient sur sa douleur.

17) Est-ce que vous pouvez me décrire vos principaux outils thérapeutiques pour cette prise en charge ?

18) Alors, il y a le massage, du TENS en antalgique, des étirements, du renforcement, et du réentraînement à l'effort.

19) Sur quels critères reposent vos choix de techniques ?

20) Le premier critère c'est la douleur. Si le patient a mal il ne fera quasiment pas d'exercices, sauf des exercices qui sont infradouloureux, mais parfois c'est vraiment limité, pareil pour les étirements, ça peut tirer un peu mais ça ne doit pas faire mal, et aussi en fonction de leur souplesse. Ça dépend aussi de la compréhension du patient, si le patient n'est pas capable de refaire ce que je lui montre, je change d'exercice. Donc c'est plutôt la douleur, la souplesse et la compréhension du patient.

21) Prochain thème : est-ce que vous pouvez me parler de votre rapport à la littérature scientifique et aux recommandations françaises récentes ?

22) ça j'y connais pas grand-chose, je ne lis pas de littérature sur la lombalgie. Après je sais qu'ils sont plus sur des exercices, pas que du massage, et qu'il faut rendre le patient acteur, mais je n'ai pas de sources.

23) Est-ce que vous avez reçu lors de vos formations, qu'elles soient initiales ou continues, un enseignement en rapport avec la recherche ?

24) Oui ! Après j'avoue que c'est par manque de temps et d'envie que je ne lis pas, en fait on a tout pour le faire, on connaît les sites, mais lorsque je lis c'est plutôt sur d'autres thèmes.

25) Par exemple ça peut vous arriver de rechercher des données sur d'autres sujets ?

26) Oui, en ce moment je suis plus sur le sport et le périnée, mais ça peut varier.

27) Comment est-ce que vous choisissez vos formations continues ?

28) ça dépend de mes goûts, envies et patients. Si j'ai pas mal de prises en charge d'un type je vais faire une formation là-dessus, ou alors si je bloque sur une prise en charge je vais vouloir me former. Et j'évite de refaire quelque chose que j'ai déjà fait

29) Sur quelles connaissances basez-vous votre pratique professionnelle concernant la lombalgie chronique, et avez-vous ressenti le besoin de les faire évoluer ?

30) Du coup, c'est plus sur la formation de l'école, j'ai vu quelques petites choses en kiné du sport. J'ai eu besoin de les faire évoluer, quand j'étais à l'école on nous disait de beaucoup masser, après c'est

sûr que ça fait du bien sur le coup mais les patients vont revenir nous voir parce qu'ils ont toujours mal, sur le long terme ce n'est pas efficace. Au fil du temps on s'est rendu compte que c'est le côté musculaire qui est plus important, mais je ne sais plus où j'ai vu ça, peut-être dans ma formation kiné du sport. Et maintenant à l'école ils vous disent qu'il faut rendre le patient acteur, qu'il doit être responsable sur la gestion de sa douleur, et qu'il doit aller vers l'actif, ça évolue tout le temps.

31) Donc si je résume votre propos, votre besoin de faire évoluer vos pratiques se fait dans une démarche au jour le jour ?

32) Oui, et puis ça dépend de chaque patient, les réponses aux techniques peuvent être variables, donc il faut pouvoir s'adapter ; on fait globalement la même chose, mais il faut savoir changer. Par contre il faut vraiment que le patient soit acteur, s'il ne veut rien faire c'est compliqué et ça ne marche pas.

33) Super, merci beaucoup pour vos réponses.

34) De rien !

1) L'entretien porte sur la prise en charge de patients lombalgiques chroniques, je vais vous poser quelques questions là-dessus, l'entretien devrait durer une vingtaine de minutes. Avez-vous des questions ?

2) Non ! ça me va.

3) Super ! Est-ce que vous pouvez maintenant vous présenter en tant que MK, ainsi que votre parcours professionnel ?

4) Je suis kiné en libéral depuis que je suis diplômée en 1996, d'une école belge, c'était l'époque des études en trois ans. J'ai directement travaillé en France après ça. J'ai fait d'abord deux ans de remplacements. Ensuite, je me suis associée dans un cabinet où j'ai travaillé pendant 10 ans, sans forcément me spécialiser ; je faisais du domicile le matin et des soins au cabinet l'après-midi. J'ai suivi deux années de formation en thérapie manuelle. Après cet exercice en cabinet où je prenais un patient par demi-heure, j'ai eu un second lieu d'exercice, un autre cabinet avec une balnéo, que j'ai ouvert avec d'autres associés, où je travaillais le matin. Je suis passée d'un travail de kiné assez classique, d'un patient par demi-heure, à une rééducation plus active, grâce au matériel dans lequel nous avons investi. J'ai donc basculé vers une rééducation fonctionnelle active, où j'ai eu l'occasion de prendre, dès que ça a été possible, environ trois patients par heure. Les prises en charge se font autant à sec qu'en balnéo. J'ai fait des formations qui, ponctuellement, m'ont permis de me spécialiser plutôt dans la thérapie manuelle, dans les points trigger, et aussi dans la prise en charge du patient obèse, car nous nous sommes rendu compte que nous avions de plus en plus de patients de ce type, et que nous étions dans l'inconnu, cela n'existait pas quand j'ai fait mes études. J'ai aussi fait d'autres formations, un peu de tout. Depuis 8 ans je suis maintenant à temps plein dans ce second cabinet, là où il y a la balnéo.

5) Depuis combien de temps prenez-vous régulièrement en charge des patients lombalgiques chroniques ?

6) C'est arrivé avec le second cabinet, donc depuis 2007. Je voyais les cas aigus dans mon ancien cabinet, et avec le matériel de mon cabinet actuel, les médecins ont commencé à nous envoyer de plus en plus de patients.

7) Maintenant je vais vous interroger sur vos pratiques professionnelles : est-ce que vous pouvez me parler de votre façon d'appréhender la prise en charge d'un patient lombalgique chronique ?

8) Lors de mes études, les kinés de ma génération n'ont pas eu une super formation en bilan, il y a quelques années j'ai fait une formation pour me remettre à niveau sur le sujet. Pour la prise en charge

il y a un long entretien préalable. Lorsque c'est chronique il y a cet environnement psycho-social qui prend beaucoup d'importance dans la maladie et la rééducation. Donc un entretien assez long, je prends que les mesures basiques que je reprends peu, j'écoute surtout mon patient régulièrement. Et puis je laisse aussi intervenir mon feeling et mon expérience de kiné, pour savoir comment je vais mettre en place ma rééducation. Je demande toujours à mon patient de venir avec son dossier et imagerie, qui est en général assez conséquent.

9) Quelles sont pour vous les informations primordiales à obtenir lors de la première séance ?

10) Et bien, quand je t'ai parlé du statut psychosocial du patient, lorsque je le rencontre, j'ai besoin d'entendre l'histoire de la maladie, le ressenti psychologique du patient, son âge me permet de savoir si il travaille, si il est en arrêt, quelle est l'ambiance au boulot, si dans sa famille on comprend sa situation de douleur, est-ce qu'il comprend bien sa maladie, s'il a besoin d'être éduqué par un kiné, si son médecin a pris le temps de le faire, de lui expliquer pourquoi sa lombalgie dure aussi longtemps. Et je pense que ça c'est le rôle du kiné, pas qu'à la première séance, mais à toutes les séances, ce rôle d'informateur et d'éducateur, et de le rassurer sur le point final qui arrivera un jour où l'autre. J'essaye aussi de savoir si ce patient est en capacité de comprendre l'information que je m'engage à lui fournir, est-ce que son milieu social et intellectuel va être un facteur facilitant ou non, est-ce qu'il est suffisamment cortiqué pour comprendre où on va aller tous les deux. Qui voit-il encore, est-ce qu'il a eu une errance de diagnostic, est-ce qu'il a trainé avant de venir me voir, est-ce qu'il a vu d'autres kinés, est-ce qu'il est resté dans la médecine générale ou a-t-il expérimenté des médecines parallèles. Puis l'entretien motivationnel qui est important.

11) Est-ce que vous pouvez me décrire les étapes et éléments clés d'une prise en charge d'un patient lombalgique chronique ?

12) Alors, j'aime bien d'abord travailler sur la mobilité, où-est-ce que le patient se situe dans le mouvement, s'il a peur ; donc on travaille les mobilités lombaires. J'aime voir comment le patient réagit dans sa mobilité lombaire, et sur le reste de son corps. Ensuite, j'essaye de comprendre ce qu'il attend de moi, et à ce moment-là on travaille en renforcement musculaire, avec de la proprioception. Ensuite on met en place des situations de sa vie quotidienne, on met en place de la mobilité en force dans sa vie de tous les jours. Ensuite on charge, pour aller au-delà des efforts qu'il doit fournir dans sa vie privée et sa vie professionnelle. En parallèle à tout ça, il aura toujours des petits exercices à faire à son domicile, que ce soient des étirements ou de la relaxation, respiratoire, de mobilité. Avec en plus des consignes plus que sévères sur l'usage de la marche à pied. Je considère que la marche à pied est un élément indispensable pour les lombalgiques chroniques, elle doit être intégrée quotidiennement.

Je n'ai pas beaucoup parlé de l'alimentation et du poids, mais en général j'en parle régulièrement et dès le début.

13) Sur quels signes cliniques vous appuyez pour établir une progression dans votre prise en charge ?

14) La progression ne se fait pas forcément toujours sur la douleur, j'évolue dès que je sens qu'on est passé au-delà d'une certaine appréhension. Un lombalgique doit apprendre à vivre avec un peu de douleur, mais il doit surtout apprendre à ne plus avoir peur de son corps. S'il n'a plus peur de se pencher en avant par exemple il arrivera à faire plus de choses, s'il n'a plus peur de ramasser quelque chose de lourd je vais pouvoir lui demander de travailler en charge. Je vais surtout travailler sur l'appréhension.

15) Est-ce que vous pouvez me décrire vos principaux outils thérapeutiques dans cette prise en charge ?

16) Alors, on va dire que j'estime que mes yeux sont un outil, parce que j'arrive à voir où il en est dans sa façon de se déplacer ; je dois regarder mon patient pour avoir une observation précise et précieuse. Mes mains pour la thérapie manuelle, car régulièrement il faut qu'on se voit en cabine pour voir comment sont les muscles, est-ce que je peux aider pour des étirements, à mobiliser une vertèbre par rapport à l'autre, est-ce qu'on peut travailler des étages lombaires manuellement. Bien entendu tout le matériel qui m'est offert au cabinet, c'est-à-dire : les vélos elliptiques, j'aime les plateformes comme le Huber, je travaille avec des tapis au sol, un ballon de Klein, et plus simplement avec des élastiques ou d'autre matériel. On a aussi la chance d'avoir la balnéo, un peu tout le temps mais surtout au début. Lorsque je travaille les points trigger, j'encourage aussi mon patient à travailler avec des balles myofascial au cours de la séance et à son domicile, je trouve que c'est une bonne aide. Je vais aussi l'encourager à travailler avec des rouleaux pour travailler la mobilité du rachis en global.

17) Sur quels critères choisissez-vous vos outils rééducatifs ?

18) Alors je vais revenir sur ta question précédente, lorsque j'étais plus consciencieuse, j'intégrais des échelles pour évaluer l'appréhension et la douleur dans la vie quotidienne. Ça me permettait de pouvoir évoluer dans ma prise en charge. Je reviens à ta question. Alors, pour choisir, souvent c'est l'état du patient ; quand je le vois en forme je privilégie toutes les techniques en salle de rééducation, tout ce qui est mobilité et proprioception; quand je sens une petite fragilité je le vois en cabine, soit en massage, soit en thérapie manuelle, je pense que c'est mon manque de temps qui m'empêche de l'intégrer à chaque séance, mais je crois que c'est bénéfique de le faire un petit peu à chaque séance. Par contre, le massage c'est vraiment quand je sens une grande fragilité, plutôt sur le plan moral.

Quand le moral n'est pas là, un petit massage par-dessus ça permet au patient de se confier un petit peu en dehors des autres patients et des autres praticiens, on est en tête à tête, on peut parler et le soin est beaucoup plus personnalisé, ça lui fait du bien. Et ça c'est pareil pour la balnéo, quand ça ne va pas, un petit coup dans l'eau et ensuite ça va mieux.

19) Le prochain thème va porter sur la littérature scientifique et la kiné : est-ce que vous pouvez me parler de votre rapport à la littérature scientifique et aussi aux recommandations françaises plutôt récentes ?

20) J'avoue que je me renseigne de loin, je ne prends pas toujours le temps de lire tout ce qui sort régulièrement. Je suis plutôt adepte des conférences que je peux retrouver sur internet. Il y a parfois des chaînes YouTube bien faites. Je n'aime pas quand c'est organisé que par des kinés, je préfère quand il y a des interventions de médecins, de chirurgiens, des interventions pluridisciplinaires. J'aime assez bien aussi ce qui est aussi rangé dans les formations continues, mais qui sont plutôt sur une seule journée d'information ; récemment je n'en ai pas faite sur les lombalgies, mais j'en ai fait par exemple sur l'épaule, qui brassait beaucoup de pathologies qu'on peut rencontrer en cabinet. Pour les recommandations je les parcours en diagonale, c'est surtout en discutant entre collègues que je m'informe, c'est un peu de mon propre chef, je ne prends pas forcément le temps de les lire.

21) Est-ce que vous avez reçu lors de vos formations, initiales ou continues, un enseignement en rapport avec la littérature scientifique ?

22) Et bien non, très peu, ma génération, diplômée en 1996, a juste été éveillée à des revues type « kiné scientifique ». On n'avait rien en ligne parce qu'internet tout le monde ne le recevait pas, c'était surtout papier, on avait un abonnement en sortant de l'école. Lorsqu'on a pu les avoir en ligne on lisait surtout des résumés, et puis, dans les formations continues, à part des références en fin de formation, j'avoue que je regarde peu les articles ou recommandations. C'est plus que léger en ce qui me concerne.

23) En parlant de formations continues, comment les choisissez-vous ?

24) Pendant tout un temps, par manque de temps, on faisait avec une collègue des formations d'une ou deux journées, environ trois ou quatre par ans. Ensuite je me suis lassée de ce type de formation parce que je trouvais ça trop court et trop dense, le lundi suivant on reprend trop vite son habitude. Ensuite j'ai voulu des formations plus longues, j'ai recherché les thèmes qui me plaisaient, et aussi les formations qui étaient « EBP », c'est plus sérieux. Après je ne recherche pas toujours la preuve scientifique, je trouve qu'à partir du moment où quelque chose marche sur des patients la formation

a un intérêt, tout n'est pas prouvé scientifiquement. Mais par contre je choisis les organismes qui sont assez soucieux de ça. Et donc là c'étaient des formations sur plusieurs jours et plusieurs modules.

25) Dernière question pour finir : sur quelles connaissances basez-vous votre pratique professionnelle concernant la lombalgie chronique et avez-vous ressenti le besoin de les faire évoluer ?

26) La base de formation initiale, je la retrouve encore dans ce que je peux faire, elle n'était pas mauvaise, parce qu'on nous avait ouvert sur beaucoup de techniques à l'époque. Quand je suis arrivée en France, j'ai trouvé que la vision sur la lombalgie était un peu plus étroite, on travaillait en délordose, point. On nous avait dit qu'il fallait essayer plein de techniques en fonction de ce qui marchait. Mais bien sûr aujourd'hui il me manque certaines techniques que je peux trouver intéressantes, comme le McKenzie, je pense que j'ai un manque à ce niveau-là. Les formations continues pourraient encore m'apporter quelque chose à l'avenir, il faudra que je réfléchisse à ça

27) Super ! c'est tout pour moi, merci beaucoup de m'avoir accordé cet entretien et d'avoir répondu à mes questions.

Annexe amovible 3 : Retranscription de l'entretien avec MK3

1) Pour commencer cet entretien, pouvez-vous vous présenter en tant que MK, ainsi que votre parcours professionnel ?

2) Alors je suis diplômée depuis trois ans et demi. Au début je me suis plutôt intéressée à l'uro-gynéco, donc j'ai fait des formations sur ça et, depuis peu, je m'intéresse au dos, je suis le cursus McKenzie, j'ai deux autres formations sur le dos mais moins connues, pour refaire le point sur les tests par exemple. Voilà en gros pour mon parcours.

3) Est-ce que vous avez toujours exercé en libéral ?

4) J'ai travaillé un peu en hôpital où je faisais des remplacements, mais sinon que du libéral, je ne me vois pas revenir dans une autre structure pour le moment.

5) Depuis combien de temps prenez-vous en charge de manière régulière des patients atteints de lombalgie chronique ?

6) Depuis le début du libéral en fait. Franchement il y a beaucoup de patients qui ont des problèmes de dos chroniques, il y en a toujours un peu tout le temps.

7) Concernant vos pratiques professionnelles, est-ce que vous pouvez me parler de votre façon d'appréhender la prise en charge d'un patient lombalgique chronique ?

8) Voir déjà leurs croyances, c'est super important de voir dans quelles croyances les patients se sont enfermés ; il y a pas mal d'idées reçues sur la lombalgie chronique. Il faut discuter avec lui pour voir ce que ça signifie pour lui, ce qu'il en pense, comment ça le gêne dans son quotidien, comment il la gère, de voir en faisant quelques tests sur plusieurs séances pour élaborer un traitement en coopération entre le patient et moi ce que je pense, et surtout aller vers une prise en charge pour que le patient soit de plus en plus actif, que ça soit pas trop du massage. Après au début ça peut être pas mal, mais il faut vraiment le responsabiliser dans la rééducation, essayer de voir avec lui pour un programme d'exercices, ce qui lui convient, si ce sont plutôt des exercices ou des étirements, à quelle fréquence ; oui vraiment le rendre actif dans sa rééducation surtout. Des fois les patients veulent des massages, mais je ne pense pas que ce soit le plus efficace.

9) Pour vous quelles sont les informations importantes à obtenir lors de la première séance ?

10) Comment ça le gêne dans son cadre de vie, pour avoir des marqueurs, voir en fait au fur et à mesure des séances s'il a progressé ou pas, c'est en voyant dans son quotidien des marqueurs pour voir si ça va mieux. C'est vraiment important de faire ça je trouve dès la première séance. Puis connaître la

motivation du patient, connaître ses croyances, et se mettre d'accord sur quel chemin on va prendre ensemble. C'est surtout ça, obtenir l'adhésion du patient à son traitement je trouve.

11) Quelle place accordez-vous au contexte de vie du patient et à son projet de soin ?

12) Très important, parce que c'est dans ce contexte-là que la rééducation va se faire, si on veut que le patient fasse le plus d'auto-rééducation possible, c'est dans son contexte de vie qu'il va la faire, donc dès le début on peut amener ça. Aussi, en fonction de son contexte, on va élaborer son programme de rééducation, ça ne sert à rien si on a un patient complètement sédentaire de partir sur un programme difficile, faut vraiment s'adapter à ce contexte là pour faire adhérer le patient à ce qu'on veut, puis pour que ça soit à son image aussi, c'est ça qui rend la rééducation unique à chaque patient aussi, c'est ce qui est intéressant.

13) Est-ce que vous pourriez me décrire les différentes étapes et éléments clés de votre prise en charge ?

14) ça c'est compliqué, ça dépend tellement du patient... On va dire que les éléments clés, c'est savoir comment va le patient ce jour-là, s'il a bien compris ce qu'on avait fait la fois d'avant, s'il a pu refaire ses exercices, ou si quelque chose n'a pas marché. Pourquoi pas quelques manipulations ou mobilisations, avec un peu de massage ou de thérapie manuelle s'il y a besoin. Puis ensuite partir sur des exercices, les faire avec lui, essayer pourquoi pas de lui faire une feuille pour qu'il puisse se souvenir de ce qu'on a fait, puis lui demander souvent si ça va, s'il a compris pourquoi on faisait ça, une première partie questions et massage pourquoi pas et une grosse partie exercices et mouvements quoi, faire bouger le patient.

15) Sur quels signes cliniques vous vous appuyez pour établir une progression dans votre prise en charge sur plusieurs séances ?

16) Soit de la mobilité, pour un lombalgique chronique il faut voir ce qu'il est capable de faire en actif et en passif, et puis, comme je disais, les marqueurs de la vie quotidienne, c'est-à-dire voir avec lui ses objectifs, si petit à petit ses objectifs ça va mieux on voit qu'on est dans la bonne direction, sinon c'est qu'il faut qu'on reprenne un peu le travail et le traitement, qu'on change de direction. Il ne faut pas hésiter à s'adapter à chaque fois et à se remettre en cause.

17) Est-ce que vous pourriez me décrire vos principaux outils thérapeutiques et techniques de rééducation pour la lombalgie chronique ?

18) Alors il y a les mobilisations articulaires, voir la flexion, l'extension et l'inclinaison du tronc, généralement je les fais trois fois de suite, parce qu'apparemment pour prendre des bonnes mesures,

dans la littérature c'est ce qu'ils disaient, qu'à partir de trois fois on peut dire que la mesure a été prise. Je ne m'embête pas trop avec les échelles, c'est plutôt du fonctionnel on va dire.

19) Sur quels critères reposent vos choix de techniques de rééducation ?

20) En fonction du patient, parce que si j'ai un patient sportif je vais aller directement sur de l'actif, alors que si ce n'est pas le cas les patients peuvent avoir besoin d'un peu plus de cocooning au début, parce que ça fait longtemps qu'ils sont ancrés dans cette douleur de dos, du coup ce sera plus progressif, il y aura peut-être plus de massages au début pour faire plus actif après. Il y a aussi des patients qui font déjà du renforcement donc ce seront plutôt des étirements, ça sera adapté et ça dépend vraiment du patient en fait. Je fais aussi en fonction de sa motivation et de ses croyances. Si le patient est persuadé d'un truc je ne vais pas aller directement tout démolir, on va aller progressivement vers autre chose si je pense que ce n'est pas la bonne voie. Mais après il faut toujours savoir se remettre en question, ce n'est pas facile de trouver dès le début le bon traitement.

21) Troisième thème : est-ce que vous pouvez me parler de votre rapport à la littérature scientifique et aussi aux recommandations françaises plutôt récentes ?

22) Moi je regarde pas mal le site « agence EBP », ils postent pas mal d'articles, c'est assez intéressant ; ils postent pas mal de vidéos, pour donner des exercices type, des choses comme ça. Après, en ayant fait des formations, on se rend compte qu'il y a plein d'échelles qui ne sont pas valables, donc il faut rester critique. Moi, de la littérature, ce que j'en ressors c'est qu'on a vu plein de choses à l'école qui sont discutables, dans le sens où c'est pas prouvé. Voilà je lis peu d'article personnellement mais sur le site « agence EBP » je m'intéresse, j'ai fait des formations de la clinique du coureur où ils parlaient pas mal de la course à pied et des douleurs de dos, essayer de recouper un peu toutes les idées reçues qu'on a sur le dos, et puis ce qui est bien c'est que les idées changent au niveau de la prise en charge du dos. On parle de plus en plus d'actif, de moins en moins de repos, il faut faire bouger les gens c'est bien.

23) Est-ce que vous avez reçu lors de vos formations, qu'elles soient initiales ou continues, un enseignement en rapport avec la recherche ?

24) Dans mon école on a pas mal insisté sur la littérature scientifique et notre mémoire était vraiment basé sur ça, on devait s'appuyer sur des articles, voir s'ils étaient pertinents ou pas, pour éviter de se faire avoir par des articles qui au final ne sont pas significatifs. Et après en formation continue aussi, il y a aussi des conférences qui sont gratuites qui se basent beaucoup sur la littérature, et du coup ça permet d'amener des bons outils si on a envie de s'intéresser à ça je trouve, ça donne des bonnes méthodes d'analyse critique.

25) En parlant de ces formations, comment choisissez-vous vos formations continues ?

26) Je les choisis en fonction de ce qu'on en dit quand même, des retours ; je me suis intéressée à la McKenzie parce que pas mal de gens en parlait et lors de mes stages j'ai trouvé ça intéressant. Puis aussi en fonction de mon intérêt pour le sujet et la formation.

27) Sur quelles connaissances basez-vous votre pratique professionnelle concernant la lombalgie chronique, et avez-vous ressenti le besoin de les faire évoluer ?

28) Oui, alors je pense qu'il faut les faire évoluer, parce que même en ayant fait des formations on est toujours surpris, on a toujours des patients qui ne répondent pas au traitement, donc là pour le moment je commence McKenzie donc je suis un peu obnubilée sur ça, je n'ai pas encore assez de recul, mais je trouve ça intéressant, ça m'a amené des solutions avec des patients lombalgiques chroniques, mais quand ça ne marche pas il faut trouver autre chose. Mais dans tous les cas je pense qu'il faut continuer à faire évoluer ses connaissances.

29) Dernière question, quel temps consacrez-vous à la recherche et à la lecture d'articles scientifiques ?

30) Pas beaucoup honnêtement, je regarde surtout des sites sur internet ou sur les réseaux sociaux, ce sont plus des résumés que je lis, je ne lis pas les articles directement. Je ne passe pas beaucoup de temps à les lire mais je prends plus de temps pour l'analyse. On va dire que tous les jours je lis un petit peu soit sur les sites ou sur mon téléphone.

- 1) Le premier thème porte sur votre présentation en tant que professionnel. Pouvez-vous vous présenter en tant que MK, ainsi que votre parcours professionnel s'il vous plaît ?
- 2) Je suis MK depuis 2008. Dès l'obtention de mon diplôme je suis allé travailler deux mois dans un centre de rééducation près de *****, et ensuite j'ai beaucoup travaillé en faisant des remplacements en cabinet libéral pendant quelques années, sur ***** toujours. Après ça j'ai arrêté les remplacements pour aller travailler dans un centre de rééducation côté suisse, et en parallèle je travaillais pour la fédération handisport, je suivais l'équipe de ski handisport. Et après ça, cela fait maintenant 8 ans que je suis installé en tant que professionnel libéral à côté de *****. Et je continue un petit peu de travailler avec l'équipe de ski, sur des tout petits déplacements. En plus de ça j'ai fait pas mal de formations parallèles pour continuer à me former dans la profession.
- 3) D'accord. Est-ce que vous avez travaillé en milieu hospitalier durant votre carrière ?
- 4) J'ai fait quelques remplacements en hôpital, mais vraiment sur de courtes périodes, pour dépanner. Sur les 10 ans et plus où j'ai travaillé, j'ai dû cumuler 4 semaines en hôpital.
- 5) En termes de formation continue, est-ce que vous pouvez m'en dire plus sur les formations que vous avez suivies ?
- 6) Alors, j'ai fait la formation Sohier tout de suite après mon diplôme, j'ai fait une formation sur la gymnastique abdominale hypopressive, la formation sur les chaînes physiologiques Busquets, une formation de spécialisation en périnéologie. J'ai aussi fait une formation de massage complémentaire à proposer en cabinet pour des soins hors-conventionnés, j'ai aussi fait la formation kinésiotaping, et aussi une formation kiné du sport à *****. Après je dois en oublier sûrement.
- 7) Il n'y a pas de soucis, si des éléments vous reviennent pendant l'entretien n'hésitez pas à les dire. Avez-vous fait des formations spécifiques sur la lombalgie chronique ?
- 8) Spécifiquement non.
- 9) Depuis combien de temps prenez-vous en charge des patients atteints de lombalgies chroniques ?
- 10) Depuis que je travaille en libéral. On en a beaucoup dans notre prise en charge en cabinet.
- 11) Nous allons maintenant passer au second thème qui porte sur les pratiques professionnelles. Est-ce que vous pourriez me parler de votre façon d'appréhender la prise en charge d'un patient atteint de lombalgies chroniques ?

12) Alors.... Quand il se présente au cabinet, il n'y a pas forcément marqué « traitement pour lombalgie chronique » sur les ordonnances que font les médecins, donc forcément j'attaque par un bilan qui est assez complet, sur les douleurs et les attentes du patient. C'est quand même assez souvent qu'on s'oriente vers les douleurs lombaires, puis en fonction de mon bilan et de tout ce que je note par rapport au premier jour où je vois le patient, j'oriente les techniques en fonction de ce que je vois, en fonction de ce que j'analyse du patient. Est-ce que vous souhaitez que je parle de mes techniques que j'utilise en fonction de ça ?

13) Comme vous le souhaitez, la question est libre, je préciserai si besoin.

14) Donc, en fonction de mon bilan, j'oriente plus ou moins les séances avec des techniques différentes, même si ça se regroupe un petit peu dans le même thème. Après, moi, avec les formations que j'ai faites, c'est vrai que j'utilise beaucoup de travail de respiration, du ventre, du transverse ; j'essaye aussi de reconstruire au niveau postural, parce qu'il y a souvent de gros déséquilibres entre les chaînes postérieures et antérieures, ça se rejoint toujours dans les mêmes troubles posturaux. Donc voilà, je fais une prise en charge assez générale et globale, après je masse beaucoup aussi, pas mal de stretching.

15) Quelles sont pour vous les informations primordiales à obtenir lors de la première séance ? Que ce soit en termes de bilan ou d'informations, lors de la première rencontre avec un patient atteint de lombalgies chroniques ?

16) Moi, ce sont beaucoup les antécédents de la personne en fait qui vont beaucoup orienter mon traitement, en fonction de si la personne a eu des accidents, en fonction de depuis quand la douleur s'est installée, en fonction des antécédents : ça va orienter mon traitement oui, donc pour moi c'est un point qui est ultra-important.

17) Quelle place accordez-vous au contexte de vie du patient et à son projet de soin ?

18) Vu que les patients sont tous différents et que chaque personne est unique, forcément que je prends en compte ses motivations, ses envies, et ses habitudes personnelles et professionnelles. Après j'essaye toujours d'inciter les gens à faire des exercices à la maison. Après il y a des gens qui ont beaucoup de mal à intégrer cette routine-là, ou ceux qui travaillent beaucoup pour intégrer des exercices de respiration ou de correction de la posture au travail. C'est un petit peu dur de répondre globalement à cette question, parce que chaque personne a son contexte à elle ; forcément que je le prends en compte, parce que je prends en compte mon patient dans sa globalité, donc oui c'est important pour moi.

19) Est-ce que vous pourriez me donner les différentes étapes et éléments clés de votre prise en charge MK, par exemple que faites - vous lors des premières séances, que faites-vous à moyen terme, quels sont vos objectifs à plus long terme...

20) Alors forcément la première séance c'est toujours un bilan, c'est hyper important. Parfois cela occupe toute la première séance, je passe beaucoup de temps dessus. Après j'essaie de faire en sorte que la personne reparte avec un début de traitement quand même. Après je vais orienter mes séances d'après ce que je constate, c'est un peu dur de répondre, parce que chaque personne est différente. Après ce qui est sûr c'est que j'axe sur une prise en charge globale, parce que c'est ma formation continue qui veut ça, comme les chaînes physiologiques où je ne peux pas traiter que le dos, je traite tout. Après je travaille beaucoup la respiration, le massage quand-même pour soulager, je fais du stretching actif et passif, je fais aussi pas mal de viscéral. Après j'essaie que le patient reparte toujours avec un petit exercice à la maison, je n'en donne pas une tonne mais un à la fois. Après quelques séances, je fais un point sur les exos faits à domicile, car parfois ils oublient. Puis, en fonction du patient et depuis combien de temps je le vois, j'essaie de voir si on progresse, si les douleurs diminuent. Si il n'y a pas de résultat, on oriente le traitement différemment, voir si on n'a pas loupé quelque chose, parfois on fait des pauses, et voilà. Après j'incite beaucoup les gens à faire des activités en dehors de la rééducation, pour qu'ils bougent en dehors de la maison, du boulot et des séances de kiné.

21) Super. Sur quels signes cliniques vous-vous appuyez pour établir une progression dans votre prise en charge kiné ?

22) Alors en premier c'est la douleur. Si parfois la douleur diminue ou que le patient me dit « hier je n'ai pas eu mal au dos » par exemple, c'est un signe de progression sur la douleur. Si elle diminue, si ça change, s'il sent moins son dos, c'est important pour moi. Puis au niveau mobilité aussi, sur l'équilibre postural, c'est aussi important. Généralement ça va ensemble.

23) Très bien. Est-ce que vous pourriez me décrire vos principaux outils thérapeutiques ?

24) Alors, bah le massage, je suis masseur-kinésithérapeute quand-même dans un premier temps, après je travaille beaucoup la respiration, le ventre, le diaphragme, la détente du Psoas, massage étirement, j'essaie d'insister sur la détente en position raccourcie, des outils de posture pour rééquilibrer les chaînes. Aussi l'enseignement d'exercices à faire à la maison, ça c'est sûr qu'ils repartent toujours avec un exercice. Je crois que c'est tout. Aussi de la proprioception sur ballon, du gainage, mais pas au début.

25) Sur quels critères de choix utilisez-vous ces techniques ? Que ce soit entre différents patients ou entre différentes séances ?

26) Ça dépendra toujours du bilan. Après c'est vrai que ça se ressemble un petit peu, parce qu'on retrouve des grandes lignes dans comment les gens se tiennent ou sur les symptômes comme la douleur. Ça dépend aussi de l'histoire de vie du patient, comment il se présente le jour de la séance, mes séances ne sont jamais exactement les mêmes.

27) Maintenant troisième et dernier thème, sur la littérature et les recommandations françaises. Pouvez-vous me parler de votre rapport à la littérature scientifique et aux recommandations françaises récentes ?

28) Je suis une très mauvaise élève là-dessus.

29) Il n'y a aucun souci. Dans toutes les questions que je pose, il n'y a pas de notion de jugement.

30) J'avoue que je ne lis plus grand-chose. C'est vrai qu'avec les formations que j'ai faites, on repart avec beaucoup de bouquins, et je travaille beaucoup avec ça, donc je ne m'intéresse pas trop au reste.

31) Est-ce que vous avez reçu lors de vos formations, qu'elles soient initiales ou continues, un enseignement en rapport avec la recherche scientifique ?

32) Oui, surtout par rapport à la formation initiale, avec les recommandations de la HAS, et toutes les choses à suivre. J'avoue que maintenant je ne le fais plus trop.

33) Comment choisissez-vous vos formations continues ?

34) C'est souvent du bouche à oreille ou par mail : je reçois souvent des choses par les associations ou les organismes chez qui j'ai déjà fait des formations, c'est beaucoup par internet.

35) Sur quelles connaissances basez-vous votre pratique professionnelle concernant la lombalgie chronique, et avez-vous déjà ressenti le besoin de faire évoluer vos connaissances ?

36) Depuis la formation initiale, le fait que je m'oriente vers des formations complémentaires ça m'a apporté plein d'autres outils techniques, pour améliorer ma pratique. Maintenant, est-ce que les formations que j'ai suivies sont des formations reconnues ou « sûres » ... j'ai quand même des résultats sur mes patients, ça reste le critère principal. Je soigne les gens à ma manière, c'est sûr que certains outils sont tirés de lectures scientifiques, d'autres pas du tout je pense.

37) Super. Quel temps accordez-vous à la recherche et la lecture d'articles scientifiques, ou aux recommandations de la HAS ?

38) Alors c'est sûr que si je reçois quelque chose sur ma boîte mail je vais le lire, après, de moi-même je ne vais pas chercher.

39) Recevez-vous les recommandations de la HAS sur votre boîte mail ?

40) Non, je ne crois pas. Après je saurais où les trouver si j'ai envie de les lire. Et le fait d'en discuter me donne envie d'aller les voir.

41) Super. C'est bon pour moi, merci à vous de m'avoir accordé ce temps d'entretien et d'avoir répondu à mes questions.

42) Merci à vous.

1) Le premier thème porte sur votre présentation en tant que professionnel, pouvez-vous vous présenter en tant que masseur-kinésithérapeute, ainsi que votre parcours professionnel ?

2) Alors, je suis kiné depuis 15 ans, j'ai toujours exercé en libéral. J'ai d'abord commencé par du remplacement, ensuite j'ai été assistante, puis titulaire, et là depuis un an je suis redevenue assistante.

3) D'accord.

4) Après j'ai des formations depuis que les formations sont obligatoires, j'ai fait une formation ostéo, et ensuite j'ai fait des formations en maxillo-lingual, c'est ce qui m'a le plus intéressé. Puis après j'ai fait des formations pour me tenir au goût du jour, avec le DPC notamment.

5) Est-ce que vous pourriez me décrire vos formations continues s'il vous plaît ?

6) Alors, j'ai fait une formation en maxillo-linguale, une formation CGE sur l'épaule, une formation sur la réflexologie plantaire, une formation sur le genou, une formation sur les levés de tension, et une sur la lombalgie.

7) Donc vous avez toujours exercé en libéral ?

8) Oui.

9) Et depuis combien de temps prenez-vous de manière régulière des patients atteints de lombalgies chroniques ?

10) Depuis le début, depuis 15 ans.

11) Très bien. Nous allons maintenant passer au second thème sur les pratiques professionnelles. Pouvez-vous me parler de votre façon d'aborder la prise en charge d'un patient lombalgique chronique ?

12) C'est-à-dire ma stratégie thérapeutique ?

13) Oui, ou comment vous prenez en charge ce genre de patients.

14) En gros c'est de les remettre à l'effort, et qu'ils se servent de leur dos. Également qu'ils reprennent confiance en eux, qu'ils reprennent confiance en leur dos et ses capacités, leur redonner de la mobilité et de la force, dans un mouvement global et fonctionnel.

15) D'accord. Quelles sont selon vous les informations primordiales à obtenir lors de la première séance ou lors du bilan ?

16) Alors c'est arriver à déceler si la personne appréhende de se servir de son dos, si elle a des réticences et qu'elle ne fait plus rien, ou alors au contraire si elle en fait trop et mal. C'est arriver à déceler comment elle se sert de son dos, dans ses douleurs.

17) Quelle place accordez-vous au contexte de vie du patient et à son projet de soin ?

18) Les attentes du patient par rapport à la rééducation qui débute avec moi, c'est une question que je pose lors du bilan initial. Après la plupart du temps les gens demandent d'enlever la douleur, et parfois d'eux même ils vont demander à récupérer de la fonction, soit parce qu'ils sont en arrêt de travail ou parce qu'ils veulent aller bêcher leur jardin, ou quoi que ce soit. La plupart du temps ce sont les attentes vis-à-vis de la kiné.

19) Pouvez-vous me présenter les différentes étapes et éléments clés d'une prise en charge MK d'un patient lombalgique, du début jusqu'à la fin de la prise en charge ?

20) La première séance on fait le bilan, avec beaucoup de questions. La plupart du temps je fais un peu de massage, mais très vite je n'en fais plus. Ça leur fait du bien pour réduire la douleur, et pour établir un lien de confiance. Par contre je leur dis tout de suite que ce n'est pas le massage qui va les soigner, que ça permet d'enlever les douleurs, qu'il faut qu'ils aient moins mal pour bouger et avoir confiance. Et à la fin de cette première séance, ils essayent de se grandir, on mesure des distances, et rapidement on leur dit qu'ils vont être capables d'utiliser toute la mobilité de leur dos. Très vite je leur dis que ça sera à eux de se guérir, et que ça sera à eux de faire des exercices chez eux. Ils repartent avec quelques exercices, comme penser à leur dos, à positionner leur bassin correctement, à se grandir et à être tonique. Ça c'est la première séance. Au fur et à mesure, il y a de plus en plus de parties actives et de moins en moins de parties passives, et à la fin il n'y a quasiment que de l'actif. Après moi j'exerce en ***** et ici il n'y a pas de référentiel de quinze séances.

21) D'accord.

22) Et le problème, c'est que lorsque le médecin a par exemple marqué vingt séances, les patients veulent toutes les séances, et c'est un peu compliqué. Les gens sont très chronicisés, c'est assez dramatique. Donc généralement on fait plus de quinze séances pour les lombalgies quand le médecin a marqué plus, mais généralement ça sert pour d'autres soucis et le bien-être général.

23) Très bien. Et sur quels signes cliniques vous vous appuyez pour établir votre progression ?

24) Quasiment que sur la douleur, et puis on refait des petits tests et on voit que ça progresse. Du coup on continue et on fait une série supplémentaire. S'ils n'ont pas eu de courbature lors de la dernière séance, on va augmenter la charge de travail.

25) Super. Est-ce que vous pourriez me décrire vos principaux outils thérapeutiques s'il vous plait ?

26) Alors, au début il y a de la prise de conscience musculaire, déjà les muscles qui permettent de mobiliser le dos, de stabiliser le bassin. C'est de l'éducation sur leur propre proprioception, après ça va être du stretching, du renforcement musculaire, au début sans machine puis avec, et chez eux ils ont de toute façon des exercices de stretching, des exercices musclant, et penser à positionner leur bassin et se grandir. Et bouger.

27) Super. Et sur quels critères vous choisissez vos techniques de rééducation ?

28) En 1 c'est la compréhension des gens, et après, c'est de ce que moi je connais et qui a l'air de fonctionner.

29) Qu'est-ce que vous entendez par « de ce que moi je connais » ?

30) Il y a tout un tas d'arsenal technique, je ne les connais pas tous, donc j'applique ce que j'ai appris et ce qui a l'air de fonctionner.

31) Maintenant nous allons passer au dernier thème sur la littérature, pouvez-vous me parler de votre rapport à la littérature scientifique et aux recommandations françaises récentes ?

32) Et bien ça c'est quelque chose qui de mon temps n'existait pas, l'« evidence based practice » c'est quelque chose qui m'est assez inconnu. Je fais avec les progrès que je constate avec les patients et pas forcément avec ce qui est prouvé par des études, et qui j'estime sont démenties dans une autre étude 5 ans après. Peut-être que je me repose sur mon « train-train », mais bon ça marche, les patients sont soulagés ; dans la littérature il y a forcément d'autres choses qui marchent, je n'ai pas forcément le temps de me mettre au courant.

33) Est-ce que vous avez reçu dans vos formations, qu'elles soient initiales ou continues, un enseignement en rapport avec la littérature scientifique ?

34) Non, j'en ai entendu parler lors de formations en e-learning, avec les histoires de drapeau rouge, drapeau jaune, mais c'est tout.

35) Quand vous dites que vous n'en avez pas reçu, vous faites référence à votre formation initiale ?

36) Oui, on voyait simplement des contre-indications, mais rien comme aujourd'hui.

37) Comment choisissez-vous vos formations continues ?

38) C'est souvent en fonction de si c'est un sujet qui m'intéresse, et souvent c'est aussi ma disponibilité.

39) Sur quelles connaissances basez-vous votre pratique professionnelle concernant la lombalgie chronique et avez-vous ressenti le besoin de les faire évoluer ?

40) Alors, sur ce que j'ai appris au cours de ma formation initiale principalement, et pour les faire évoluer, j'ai fait une formation continue qui ne m'a pas appris grand-chose et qui n'a pas fait évoluer ma stratégie thérapeutique.

41) Quel temps accordez-vous à la recherche et à la lecture d'articles scientifiques ?

42) Ça c'est quelque chose que je ne fais pas, surtout par manque de temps.

43) Incluez-vous la lecture de journaux dedans ?

44) Je peux avoir quelques lectures qui vont me servir, mais spécifiquement je ne vais pas lire des choses scientifiques sur mon temps libre.

45) D'accord. Je vous remercie pour m'avoir accordé ce temps d'entretien.

46) De rien.