



**Institut de Formation aux Métiers de la Rééducation et la
Réadaptation**

Pays de la Loire

54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT- SEBASTIEN SUR LOIRE

Traitement kinésithérapique des lombalgies chroniques : de
l'enquête sur la perception des patients et des techniques
effectuées en cabinet libéral à la proposition d'un contrat
d'objectifs tripartite

Aude SAUCES

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

Année scolaire : 2012-2013

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



Remerciements :

Je tiens à remercier dans un premier temps tous les kinésithérapeutes libéraux ayant répondu à mon questionnaire pour leur collaboration à la rédaction de ce travail, ainsi que l'organisme du CEVAK pour avoir fait le lien entre ces professionnels et mon étude.

Je remercie également les patients du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) ainsi que tous les professionnels de cette structure qui m'ont apporté leur aide et qui ont été une source d'informations importante.

Je remercie ensuite ma tutrice de stage et mon tuteur de mémoire pour m'avoir guidée dans mon travail et m'avoir aidée à trouver les idées et solutions pour avancer.

Enfin, je remercie tout particulièrement la documentaliste de l'ifm3r pour être disponible à tout moment et pour son impressionnante efficacité lors de la recherche d'articles scientifiques.

Résumé:

Les facteurs de chronicité de la lombalgie et l'adhésion du patient au projet thérapeutique sont les principales difficultés exprimées par le patient lui-même et rencontrées dans le traitement de la lombalgie chronique par les kinésithérapeutes libéraux. Une enquête directive a permis de montrer, d'une part que les apports d'une prise en charge libérale sont parfois insuffisants selon les patients, et d'autre part que malgré un respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) les professionnels libéraux sont insatisfaits des résultats obtenus lors de la rééducation. Afin de favoriser un suivi rééducatif après une prise en charge pluridisciplinaire en Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) et d'obtenir du patient un investissement rééducatif, il est proposé la mise en place d'un contrat d'objectifs tripartite individualisé entre la structure hospitalière, le kinésithérapeute libéral et le patient.

Mots clés/ Keywords:

- Contrat d'objectifs / Objectives contract
- Enquête / Survey
- Lombalgie chronique / Chronic low back pain
- Pluridisciplinarité / Multidisciplinary
- Suivi rééducatif / Followed rehabilitative

Sommaire:

1.	Introduction	1
2.	Actualités dans la prise en charge masso-kinésithérapique de la lombalgie chronique	2
2.1	Rappel des aspects cliniques de la lombalgie chronique	2
2.2	Conduite de l'examen kinésithérapique et les outils utilisés	4
2.3	La place des techniques kinésithérapiques	6
2.4	Les difficultés du patient à adhérer au projet thérapeutique	9
3.	La prise en charge kinésithérapique en libéral avant hospitalisation dans un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) : entretiens exploratoires avec les patients	10
3.1	La prise en charge pluridisciplinaire dans un CETD	10
3.2	Enquête exploratoire auprès des patients du CETD	13
3.2.1	Matériels et méthode	13
3.2.2	Résultats des entretiens	14
3.2.2	Analyse des résultats et discussion	14
4.	Enquête auprès des kinésithérapeutes sur la prise en charge en cabinet libéral de patients lombalgiques chroniques	15
4.1	Introduction	15
4.2	Matériel et méthode	15
4.3	Résultats de l'enquête	16
4.4	Analyse des résultats de l'enquête	22
4.5	Discussion	23
5.	Suivi rééducatif et réseau de soins : proposition d'un contrat d'objectifs	26
5.1	Importance d'un suivi rééducatif entre les structures spécialisées et les professionnels libéraux	26
5.2	Réseau de soins : l'exemple du réseau Lombaction 44	26
5.3	Proposition d'un contrat d'objectifs	28
5.4	Discussion	29
6.	Conclusion	30
	Références bibliographiques et autres sources	
	Annexes 1 et 2	

1. Introduction

La Haute Autorité de Santé définit la lombalgie chronique comme « *une douleur lombaire d'adulte sans rapport inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse, évoluant depuis plus de 3 mois* » (1). Plus de la moitié de la population active dit avoir souffert de lombalgie dans les 12 mois précédents. Une enquête précise que 30% ont eu des douleurs durant 8 jours, 4% ont bénéficié d'un arrêt de travail dont 1% de plus d'un mois. Certains milieux professionnels sont plus touchés que d'autres : le secteur du bâtiment et des transports pour les hommes, le secteur de soins, de nettoyage et de service pour les femmes (2). Afin de favoriser la réinsertion professionnelle et sociale, la prise en charge des patients présentant une lombalgie chronique se doit d'être pluridisciplinaire pour une efficacité optimale (3). Le contexte psychologique et les facteurs de chronicisation en font toute la complexité.

La prise en charge kinésithérapique s'effectue en Centre de rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle, en Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur et en cabinet libéral. Un des objectifs principaux est de redonner au patient l'envie de bouger et de favoriser la reprise d'activités physiques et socialisantes malgré la présence de la douleur (4).

Dans le cadre d'un stage de 6 semaines dans un Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), il m'a été permis de participer à la prise en charge de plusieurs patients présentant ce type de pathologie, et qui ont fait l'objet d'une prise en charge en cabinet libéral. La présence de ces patients dans cette structure a très tôt animé un questionnement : Quelles sont les actualités de prise en charge concernant la lombalgie chronique ? Quelles sont les modalités d'hospitalisation et de prise en charge dans un CETD ? Les patients, actuellement hospitalisés dans ce centre spécialisé, sont-ils satisfaits de leur rééducation effectuée en amont en libéral ?

Pour répondre à ces interrogations dans ce travail écrit, l'actualité sur la prise en charge kinésithérapique a été reconsidérée dans un premier temps. Dans un second temps, après avoir précisé les critères et modalités d'hospitalisation dans cette structure CETD de ces patients lombalgiques, une enquête exploratoire auprès d'eux est proposée afin d'identifier les techniques kinésithérapiques réalisées en cabinet libéral ainsi que le ressenti des patients sur cette prise en charge. Dans un troisième temps, la proposition d'une enquête auprès des kinésithérapeutes libéraux a pour objet de révéler d'une part, les techniques kinésithérapiques utilisées par ces professionnels et le suivi rééducatif mis en place au regard des préconisations de la Haute Autorité de Santé (HAS), et d'autre part, de mesurer leur degré de satisfaction dans les résultats obtenus.

2. Actualités dans la prise en charge masso-kinésithérapique de la lombalgie chronique

2.1 Rappel des aspects cliniques de la lombalgie chronique

La lombalgie est définie par la Société Française de Rhumatologie comme « *une douleur lombo-sacrée située à la hauteur des crêtes iliaques ou plus bas (pli fessier), médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas les genoux, mais avec prédominance de la douleur lombo-sacrée.* »

Nous pouvons déterminer 4 stades de rachialgies basses (5) :

- Lombalgie aiguë qui va être soulagée rapidement, en quelques jours.
- Lombalgie subaiguë, qui guérit en 3 à 6 semaines avec possible récurrence, en moyenne de 1 ou 2 fois par an
- Lombalgie permanente ou chronique, évoluant depuis plus de 3 mois, résistant aux traitements médicamenteux.
- Douleurs chroniques, avec un retentissement psychique majeur.

Maigne, quant à lui, définit 3 groupes de douleurs de dos (6) :

- *Rachidien*, avec une lésion anatomique proche de la colonne vertébrale (lésion discale ou des articulaires postérieurs, lésion d'un nerf ou d'un ligament)
- *Central*, avec une anomalie des voies de la sensibilité, notamment de la douleur avec laquelle s'ajoute un phénomène d'hypersensibilisation. La douleur est diffuse et résiste aux traitements.
- *Social*, avec une absence de logique d'organe, une incapacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne et professionnelle ainsi qu'une cinésiophobie majeure, soit une peur ou une appréhension du mouvement. (7)

La Haute Autorité de Santé indique qu'une douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est « *un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment aux traitements, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.* »

La lombalgie chronique est un réel problème de santé publique, entraînant des coûts directs de prestations de santé pour la sécurité sociale (consultations chez les professionnels de santé, indemnités d'arrêt de travail ou d'accident de travail, médicaments, soins, examens complémentaires, etc.) mais aussi indirects car elle est responsable d'absentéisme au travail, de perte d'efficacité professionnelle et de productivité pour les entreprises. Selon une enquête SOFRES en 2004, 31.7% des français ont des douleurs chroniques et 5.1% (soit 3 millions de personnes) ont des douleurs intenses.

De plus, $\frac{3}{4}$ de la population va présenter au moins une fois dans sa vie des douleurs lombaires: 90% guérissent sans traitement médical, 10 à 23% évoluent plus de 3 mois (8) et 7% deviennent chroniques (9) et sont alors responsables de 70 à 80% des coûts de santé pour cette maladie.

Les répercussions socio-économiques des lombalgies chroniques sont directement en rapport avec la sévérité de la durée de l'affection, même si le nombre de patients reste limité (10). En effet, après six mois d'arrêt de travail, la reprise d'activité professionnelle est de 50%, après un an elle est de 30% (6). Il importe que la prise en charge soit efficace, pluridisciplinaire et selon le modèle biopsychosocial c'est-à-dire selon « *une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie.* » (11).

Une fois les douleurs lombaires installées, les facteurs de risque de chronicisation sont nombreux et maintiennent le sujet dans un cercle vicieux de la douleur (figure 1), notamment les facteurs émotionnels.

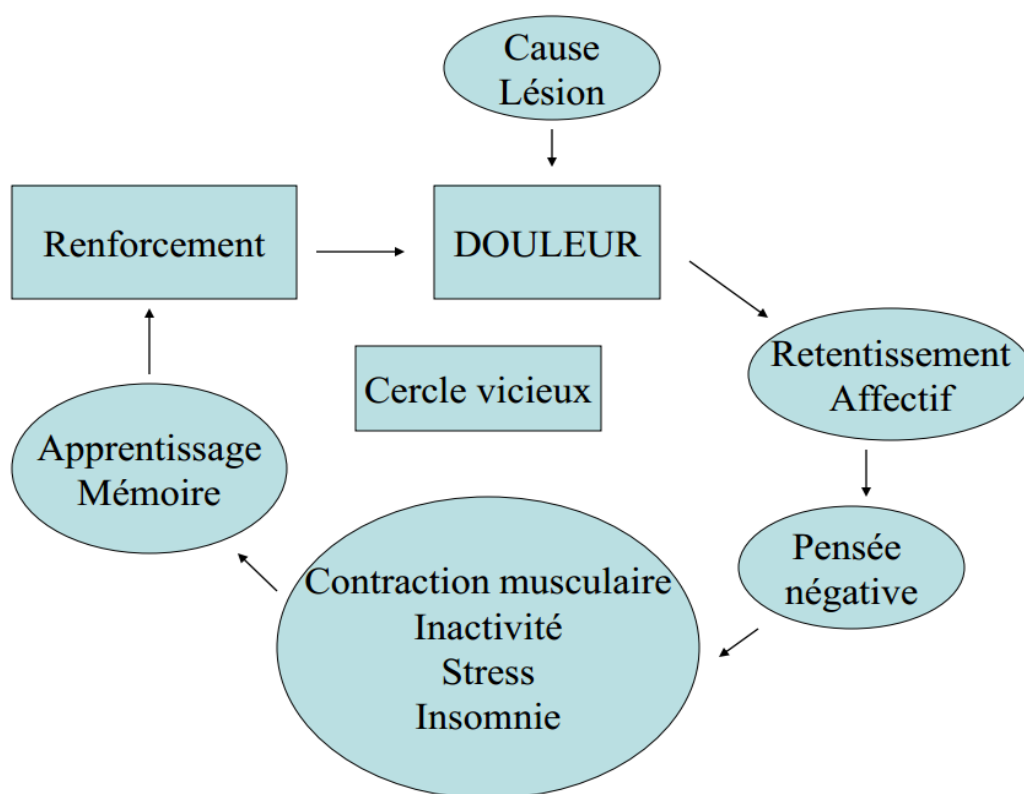


Figure 1 : Schéma montrant le cercle vicieux de la douleur chronique par l'impact de certains facteurs de chronicisation.

Ils sont appelés les « yellow flags » et sont de plusieurs natures (12) :

- Professionnels : insatisfaction au travail, mésentente entre collègues, harcèlement, contraintes physiques, absence de poste aménagé, stress, manque de gratification, monotonie de la tâche.
- Médico-légaux : prise en charge de l'incapacité par le système social, indemnisation au titre d'arrêt de travail, litige avec le système d'assurance.
- Socio-économiques : faible niveau de ressource, faible niveau d'éducation, barrière linguistique, diminution des activités physiques et professionnelles, restriction des pôles d'intérêt.

- Emotionnels : dépression, anxiété, tension, tendance au repli sur soi et à l'isolement, comportement surprotecteur du partenaire, dramatisation, catastrophisme, anticipation anxieuse de la douleur, augmentation du sentiment d'impuissance.
- Peurs et croyances : par rapport aux activités physiques et professionnelles, croyances erronées d'une lésion grave par le patient et/ou le médecin traitant (qui peut prescrire des antalgiques opioïdes, du repos au lit, un arrêt de travail, favorisant encore plus cette chronicisation).
- Personnels : antécédent d'épisodes de lombalgie et/ou de chirurgie du rachis lombaire, un mauvais état général de santé, charge de travail domestique importante, divorce.

La présence d'un de ces facteurs a peu de conséquences sur le patient. Cependant l'accumulation de « yellow flags » est un signal d'alerte, le thérapeute doit se montrer très attentif car, dans ce cas, le risque de chronicisation de la douleur est majeur. En effet le patient va interpréter sa douleur ce qui va modifier ses activités, ses investissements et ainsi contribuer à l'apparition de comportements douloureux. L'environnement social favorisera ou non la situation douloureuse entraînant ou non le patient dans le cercle vicieux de la chronicisation (13). De plus, la recherche de reconnaissance du handicap ainsi que les bénéfices secondaires, financiers ou non, de la douleur entretiennent la persistance de la lombalgie chronique (12). Ces « yellow flags » mettent en avant l'importance des sensations émotionnelles de la douleur, des comportements qu'elle engendre ainsi que de l'impact de l'environnement sur celle-ci.

Il est donc primordial pour le kinésithérapeute d'identifier leur présence rapidement ou de prévenir leur apparition lors de l'examen kinésithérapique initial et tout au long de la rééducation.

2.2 Conduite de l'examen kinésithérapique et les outils utilisés

L'examen kinésithérapique se déroule conventionnellement en 3 temps : le relaté constitue l'interrogatoire, l'observé vérifie les actes que le patient peut ou ne peut plus faire, le mesuré objective les capacités du sujet. (6) (14).

- Le relaté : En premier lieu, 4 questions sont à poser au patient : « Où se situe précisément votre douleur ? », « Depuis combien de temps avez-vous mal ? », « Quels sont les facteurs aggravant et soulageant la douleur ? », « Dans quel état d'esprit se trouve le patient ? ». Il faut laisser le patient nous raconter sa douleur et déceler la présence d'un bénéfice secondaire à sa lombalgie le maintenant dans la chronicité. L'étude du dossier médical, s'il est présent, est indispensable afin de connaître les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient, son traitement médical s'il y en a un, les examens complémentaires réalisés, les possibles consultations et hospitalisations effectuées ainsi que les bilans et comptes-rendus kinésithérapiques si des séances de rééducation ont déjà été prescrites.

Dans un deuxième temps, l'évaluation de la douleur est primordiale. Il faut déterminer: le type (nociceptive, neuropathique ou psychogène), l'intensité (grâce aux échelles d'évaluation de la douleur), la topographie (locale, diffuse ainsi que la

projection dans un territoire nerveux à la recherche d'un syndrome radiculaire) et pour finir la temporalité de la douleur (mécanique et/ou inflammatoire).

- L'observé : Un examen morpho-statique est effectué afin d'observer l'attitude posturale du sujet (évaluation des courbures lombaires, thoraciques et cervicales, l'existence ou non d'un varus/valgus de genou et de cheville, la présence d'une inégalité de longueur des membres inférieurs) et de la présence ou non d'une position antalgique spontanée, se traduisant généralement par une inclinaison du tronc. Il faut ensuite apprécier la présence d'anomalies s'exprimant par des asymétries ou des différences de hauteur (par exemple des ceintures scapulaires, des épines iliaques, des plis de flexions aux genoux et fessiers). L'expertise de l'importance des cyphoses ou lordoses est réalisée grâce à l'utilisation d'un fil à plomb par rapport à un repère vertical, seules sont nommées les vertèbres les plus antérieures et les plus postérieures.
- Le mesuré : Le dernier temps de l'examen est celui du mesuré. Le kinésithérapeute appréciera la qualité de la mobilité lombaire : la distance doigts-sol permettra une évaluation de la mobilité globale du plan postérieur. Les tests de Schober et la double inclinométrie mesurent uniquement la qualité de la flexion lombaire. Le test de Macrae and Wright apprécie la mobilité lombo-sacrée. Borenstein et Ensink ont démontré que la mobilité en flexion du lombalgique augmentait au cours de la journée, ainsi pour une bonne comparaison des tests, il importe qu'ils soient réalisés au même instant de la journée. L'inclinaison se mesurera également avec une distance doigts-sol ou avec un inclinomètre. La rotation du rachis sera évaluée par goniométrie, inclinométrie ou centimétrie. La capacité de dissociation lombo-pelvi-femorale du patient est appréciée par la réalisation active de mouvements d'antéversion et de rétroversion de bassin.

Pour éliminer une quelconque limitation de mobilité se répercutant sur les vertèbres lombaires, un examen articulaire du rachis cervical et des hanches est aussi effectué. Une ré-harmonisation du bassin est réalisée si nécessaire (dans ce cas, les tests seront réalisés avant et après la manœuvre). Un syndrome radiculaire sera évincé par la réalisation des manœuvres de Lasègue et Léri. La pression des épineuses et des articulaires postérieurs permet de localiser plus précisément un étage douloureux et de localiser une racine pouvant être irritée. Un examen sensitif décèlera la présence d'une hypoesthésie, une anesthésie, une hyperesthésie ou une allodynie sur le territoire de la douleur. L'extensibilité des muscles ischio-jambiers, pelvi-trochantériens, adducteurs, quadriceps, fessiers et triceps sural est évaluée. Un testing musculaire ou un test dynamométrique jugeront d'un déficit de force dans le territoire ciblé. Les tests de Shirado, de Sorensen et de la chaise pourront mettre en évidence un déconditionnement global à l'effort. La palpation des muscles paravertébraux, des muscles fessiers et des muscles du membre inférieur décèlera la présence de contractures ou points douloureux. Au niveau cutané, les adhérences d'une cicatrice dues à une intervention chirurgicale sont à rechercher.

D'après la littérature, les répercussions de la lombalgie chronique peuvent être évaluées grâce à plusieurs questionnaires (12) :

- Les répercussions fonctionnelles de la douleur grâce à l'auto-questionnaire de Dallas et l'Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des Lombalgies (EIFEL),
- Les répercussions comportementales de la douleur grâce à l'échelle Tampa et FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire = questionnaire d'évaluation de peur-évitement),
- Les répercussions psychologiques de la douleur grâce aux échelles HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) et de Beck.

Les risques de passage à la chronicité peuvent aussi être estimés, notamment grâce aux questionnaires de Deyo et Diehl, de Rossignol et de Valat (12).

Enfin, il est important de déterminer avec le patient ses projets et attentes au niveau rééducatif mais aussi aux niveaux fonctionnel et socioprofessionnel, afin de le placer dans une dynamique de progression. En effet, les facteurs de chronicisation étant de différentes natures, le kinésithérapeute se doit de prendre en charge le patient dans sa globalité, surtout en cabinet libéral où il est peut-être le seul professionnel de santé que voit le patient.

Une fois l'examen effectué et les objectifs posés, le kinésithérapeute adaptera sa rééducation en fonction de ces derniers mais aussi du patient et de sa fatigabilité.

2.3 La place des techniques kinésithérapiques

La rééducation de la lombalgie chronique doit respecter plusieurs points essentiels. Premièrement, il faut aborder la lombalgie comme un dysfonctionnement et non une lésion pour avoir une meilleure cohérence avec les données radiologiques et cliniques (6). Ensuite, le thérapeute doit tenir compte de la notion de « peur-évitement » c'est-à-dire lorsque l'expérience douloureuse s'accompagne de pensées catastrophistes. Le patient se sent impuissant face aux événements et a peur du mouvement. De façon à faire évoluer ces croyances, le kinésithérapeute a un devoir d'information indispensable pour permettre au patient de comprendre le processus douloureux et le rendre ainsi acteur de sa rééducation (15).

La plupart des patients sont déconditionnés à l'effort et cinésiophobes. Le programme de rééducation sera orienté vers le mouvement et l'activité ainsi que la reprise de confiance en soi. Les techniques utilisées iront donc vers une autonomisation du patient (15). Le message concernant la rééducation doit être universel : la colonne est solide, l'exercice physique la renforce, il faut donc rester actif. Ceci permettra de lutter contre les anciennes mœurs favorisant le repos au lit. De nombreuses études ont montré son aspect nocif. En effet il entraîne une atrophie musculaire, un enraidissement rachidien, un mauvais effet psychologique, une majoration de l'intolérance à la douleur, un risque de phlébite et un retard de guérison, autant de facteurs ralentissant la rééducation (6).

La prise en charge kinésithérapique comporte 5 axes thérapeutiques (6):

- *La lutte contre la douleur,*
- *Le gain de mobilité articulaire,*

- *Le renforcement musculaire,*
- *La restauration fonctionnelle du rachis,*
- *La prévention.*

Pour cette rééducation, des techniques actives et passives sont utilisées.

Les techniques passives :

- Le massage : d'après l'HAS « *il existe un consensus professionnel fort pour l'utilisation du massage. Son utilisation devrait être inversement proportionnelle à la nécessité d'autonomiser le patient* ». Selon une étude menée par Imamura, il existe un fort niveau de preuve pour affirmer l'efficacité du massage dans la prise en charge de lombalgie chronique. Ce dernier améliore la fonction et diminue les symptômes (5). Cependant le massage ne doit pas, à lui seul, constituer la séance de rééducation. Il n'est qu'un complément ou une préparation à d'autres techniques antalgiques ou à visée de gain de mobilité (1).
- La physiothérapie chaude ou froide : d'après Poitras et Brosseau en 2008, cette technique a un impact antalgique immédiat mais n'agit pas à long terme sur la douleur.
- La stimulation électrique transcutanée ou TENS : il existe différentes modalités. Les courants à basses fréquences (50 à 100Hz), de longueur d'impulsion comprise entre 60 et 180 microsecondes, et d'intensité faible utilisent la théorie du portillon ou Gate Control System et traitent les douleurs localisées. Les courants de très basses fréquences (>10Hz), de longueur d'impulsion entre 200 et 400 microsecondes et d'intensité élevée soulagent les douleurs diffuses en favorisant la libération d'endorphines. Le résumé des différentes modalités d'utilisation se trouve dans le Tableau I ci-dessous.

Tableau I : Principaux modes d'utilisation des Electrostimulations Transcutanées (16)

	Gate Control	Substances Endorphiniques
Fréquence des implusions	30 à 100 Hz	2 à 10 Hz
Largeur des impulsions	30 à 200 micro secondes	200 à 500 microsecondes
Intensité du courant	Faible (paresthésie)	Forte (désagréable)
Place des électrodes	Homotopique	Homotopique ou Hétérotopique
Durée de la séance	15 à 30 minutes	> à 30 minutes
Efficacité	Rapide	Tardive (30 minutes)
Post-effet	Peu important	Important > à 1H

- La récupération des amplitudes articulaires au niveau des hanches est un aspect à ne pas oublier. En effet les lombalgiques disposent d'une amplitude rotatoire et d'extension limitée par rapport à un sujet sain. Il semble alors nécessaire de pallier à ce manque de mobilité (17).
- Les manipulations vertébrales : selon une revue de littérature menée par Bonfort, les preuves sont modérées sur l'efficacité à long terme de cette technique.

- Les tractions lombaires, la thermothérapie profonde ainsi que l'immobilisation par corset n'ont pas prouvé leur efficacité dans le traitement de la lombalgie chronique. Le laser de basse énergie et les ultrasons sont quant à eux inefficaces (18).

En résumé le massage, le TENS et le gain de mobilité articulaire ont des effets à long terme sur la diminution de la douleur. La physiothérapie et les manipulations vertébrales ne seraient efficaces qu'à court terme uniquement.

Du fait du déconditionnement physique du patient, l'HAS recommande une approche majoritairement active pour l'autonomiser.

Les techniques actives :

- Les exercices de stabilisation lombaire avec renforcement musculaire des abdominaux et des paravertébraux sont fortement recommandés (5). Le travail endurant des muscles spinaux est à rechercher (17).
- Les exercices de renforcement des muscles extenseurs: travail musculaire en force (6 répétitions à 85% de la résistance maximale) et en endurance (25 répétitions à 35% de la résistance maximale) ainsi qu'un reconditionnement physique global (vélo, rameur, tapis roulant) sont en faveur d'une évolution vers le gain de mobilité globale et d'autonomie du patient (5).
- Les étirements musculaires permettent de gagner en mobilité.
- Les exercices de proprioception du rachis lombaire et du bassin sécurisent le patient dans ses activités, permettent une plus grande liberté de mouvement et diminuent la cinésiophobie.
- La technique de Restauration Fonctionnelle du Rachis (RFR) est la plus efficace pour le traitement des lombalgies chroniques (5). Son coût est plus élevé mais le taux de reprise d'activité est supérieur aux autres techniques et les rechutes sont moins nombreuses. Cette approche vise à améliorer la condition physique globale du patient, à lui redonner l'accès aux activités physiques tout en gérant sa douleur ainsi qu'à modifier les facteurs socioprofessionnels et psychologiques, sources de chronicisation. La prise en charge étant globale, celle-ci n'est possible pour le moment, qu'en centre de rééducation.

Les techniques cognitivo-comportementales (TCC):

Il semble nécessaire de ne pas négliger cet aspect de la prise en charge rééducative qui se veut globale. L'apprentissage de la maîtrise de soi et des gestes de prévention, la gestion du stress grâce à la relaxation, la sophrologie et l'hypnose, l'éducation thérapeutique et la correction des croyances erronées du patient en sont les principales modalités (6). La restructuration est une approche cognitive visant à identifier et analyser les pensées dysfonctionnelles et de développer des idées plus adaptées pour remplacer progressivement les anciennes croyances afin de lutter contre les stratégies de dramatisation (12) (19).

De nombreuses études ont été réalisées concernant l'intérêt de ces techniques. Les résultats sont largement en faveur de leurs utilisations (20). Selon l'HAS « *Les thérapies comportementales associées à un autre traitement semblent plus efficace sur la douleur que ce même traitement seul* » (3). Les TCC doivent être adaptées à chaque patient et commencées dès que possible. En effet, elles ont un rôle important sur l'amélioration de la

qualité de vie du patient. De plus, elles le rendent acteur de sa rééducation en lui apprenant à gérer ses douleurs

L'évolution de la rééducation :

La prise en charge se doit de respecter une progression adaptée à chaque patient. En effet, la réalisation intensive d'exercices physiques peut majorer les douleurs du patient à court terme du fait de son déconditionnement à l'effort. De ce fait, l'intensité de la rééducation doit être croissante pour une bonne réadaptation et axée vers des techniques de plus en plus actives et fonctionnelles pour le patient (1).

Pour éviter la médicalisation excessive, 10-15 séances de kinésithérapie seront réalisées de façon à laisser au patient un temps d'apprentissage des exercices et techniques. Entre ses séances, il est impératif que le patient réalise les auto-exercices donnés par le praticien à domicile. Si l'évolution n'est pas significative, 15 séances de plus seront effectuées afin de renforcer les acquis et l'auto-rééducation. Si au terme de ces séances il n'y a pas de réels progrès, une consultation médicale spécialisée ou pluridisciplinaire est à envisager (1).

Le large choix de techniques rééducatives laisse au kinésithérapeute une certaine liberté dans sa prise en charge de façon à l'adapter à chaque patient. Cependant les résultats obtenus ne sont pas toujours satisfaisants. Ils s'expliquent souvent par un refus du patient d'accepter la prise en charge.

2.4 Les difficultés du patient à adhérer au projet thérapeutique

La principale difficulté rencontrée par le kinésithérapeute dans la prise en charge du patient douloureux chronique est d'obtenir une alliance thérapeutique, qui d'après Duruz, se définit comme un processus par lequel patient et thérapeute « *expriment cognitivement et affectivement, et au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement* ». Selon Gaston en 1990, celle-ci comporte 4 axes (21) :

- *Relation affective du patient à son thérapeute,*
- *Capacité du patient à poursuivre un objectif thérapeutique,*
- *Compréhension empathique et implication du thérapeute,*
- *Accord patient-thérapeute sur les objectifs et tâches de la thérapie.*

La rééducation se veut active et dans un but d'autonomie du patient. S'il n'adhère pas aux objectifs thérapeutiques ou s'il n'est pas acteur de sa rééducation, celle-ci est vouée à l'échec.

La seconde difficulté rencontrée concerne la présence de facteurs d'aggravation physiopathologiques mais aussi de facteurs psycho-sociaux entretenant la chronicité. Les principaux facteurs psychologiques rencontrés sont les troubles de l'humeur, l'anxiété et le catastrophisme, « *la peur de la douleur pouvant se montrer plus handicapante que la douleur elle-même* » (13) (19). Dans 50% des cas, la dépression est présente. Cependant une controverse existe à son sujet. Pour certains, la douleur est à l'origine de la dépression, pour d'autres la dépression engendre la douleur. Une étude montre néanmoins que la douleur ne déclenche pas d'état dépressif sauf après une longue évolution de la pathologie (19). De ce

fait, il importe que ces deux paramètres, la douleur et la dépression, soient évalués correctement et précisément de façon à les traiter simultanément. La somatisation est aussi retrouvée, « *la recherche de soins serait une façon d'exprimer la douleur* » (13).

Ces facteurs psychologiques ont ensuite des répercussions socioprofessionnelles importantes telles que l'arrêt d'activités socialisantes ou de travail favorisant les comportements d'évitement et de dramatisation enfermant le patient dans sa douleur et la chronicisation (19). La difficulté de la prise en charge se retrouve donc dans l'identification, l'évaluation de ces facteurs ainsi que leurs impacts sur la douleur. De ce fait, le thérapeute se doit d'expliquer au patient que le traitement de sa douleur n'est pas uniquement médical ou de l'ordre de la rééducation, mais concerne aussi la résolution de facteurs sociaux, environnementaux et psychologiques, d'où l'importance de l'éducation thérapeutique (12). Si les attentes du malade concernant la rééducation sont trop importantes et qu'il ne s'investit pas dans la résolution des autres facteurs, elle est vouée à l'échec.

La rééducation d'un patient lombalgique chronique montre des difficultés dans la résolution simultanée des facteurs de chronicisation. Le kinésithérapeute ne peut à lui seul aider le patient à solutionner tous les problèmes qu'il peut rencontrer et le maintenant dans la chronicité. De ce fait des structures pluridisciplinaires existent avec une prise en charge globale du patient par l'intervention de divers professionnels de santé et du domaine social.

3. La prise en charge kinésithérapique en libéral avant hospitalisation dans un Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) : entretiens exploratoires avec les patients

Afin de situer le contexte de prise en charge des patients lombalgiques chroniques, les modalités de prise en charge sont exposées dans un premier temps. Elles seront suivies de la présentation de l'enquête menée auprès de ces patients.

3.1 La prise en charge pluridisciplinaire dans un CETD

La pluridisciplinarité se définit comme « *un regroupement de personnes de diverses disciplines appartenant à une même organisation et collaborant ensemble pour répondre à des besoins préalablement définis* » (22).

La prise en charge pluridisciplinaire des patients souffrant de douleurs chroniques est validée et se montre efficace sur : la douleur, le comportement face à la douleur, l'activité physique, l'impact émotionnel, la qualité de vie, le retour au travail, l'utilisation des soins de santé (20). Plus précisément cette efficacité se retrouve aussi pour les patients souffrant de lombalgie chronique avec un retour au travail, une qualité de vie et une utilisation des soins de santé améliorés de façon significative (23).

Il existe plusieurs structures qui prennent en charge la douleur : les consultations d'évaluation et de traitement de la douleur, les unités et les centres.

Les Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) sont des établissements qui proposent des consultations externes de la douleur, des possibilités d'hospitalisation dans un service de la douleur, et qui disposent d'activités de recherche et d'enseignement. Il en existe un peu plus d'une vingtaine en France. Ce sont des structures reposant sur « *le principe du regroupement de spécialistes partageant une culture commune de la douleur chronique en plus de leur spécialité d'origine* » (24). De ce fait, ces établissements prennent en charge des personnes présentant des douleurs chroniques rebelles pour lesquelles aucun traitement ne s'est avéré efficace.

Comme le précise la Haute Autorité de Santé (HAS), une évaluation de pré-entrée au centre spécialisé est obligatoire. Elle est réalisée par plusieurs professionnels et suivie d'une réunion interdisciplinaire comprenant au moins un médecin praticien et un psychiatre ou un psychologue pour :

- Faire le point sur les antécédents médicaux du patient,
- Compléter une éventuelle précédente évaluation de la douleur,
- Evaluer les conséquences scolaires ou professionnelles qu'engendre la douleur,
- Valider ou modifier la prise en charge en cours.

En d'autres termes, ce premier entretien permet de déterminer si une hospitalisation serait bénéfique pour un patient. Si celui-ci n'a pas compris les objectifs de cette prise en charge, elle peut s'avérer délétère.

Le CETD de la région Pays de la Loire se trouve à l'hôpital nord Guillaume et René Laennec à Nantes. Au CHU de Nantes, il existe :

- Une unité fixe Douleur,
- Une unité mobile Douleur,
- Des consultations Douleur : pour l'enfant, l'adulte et la personne âgée,
- Des consultations Lombalgies Complexes,
- Des consultations Algies Pelvi-périnéales,
- Des consultations Céphalées,
- Des consultations Douleurs Oro-fasciales,
- Des consultations de Stimulations Transcrâniennes.

Afin de répondre à une demande de plus en plus croissante et pour diminuer les temps d'attente, l'hospitalisation dans l'unité fixe Douleur est passée de 10 jours d'hospitalisation (2x5 jours) depuis fin 2011 à 5 jours, du lundi matin au vendredi midi. Une évaluation est réalisée le vendredi matin afin d'envisager, si nécessaire, une deuxième semaine d'hospitalisation notamment pour les sevrages de morphine et les Syndromes Douloureux Régionaux Complexes (SDRC).

Le service est composé de 2 praticiens hospitaliers algologues, dont l'un est responsable du centre d'évaluation et de traitement de la douleur, 2 praticiens attachés algologues, 2 médecins psychiatres, un médecin anesthésiste, 2 psychologues, un kinésithérapeute, des infirmières ainsi que des aides-soignantes.

Une fois les bilans d'entrée effectués, la prise en charge permet :

- La mise en place d'un traitement médicamenteux efficient,

- Des séances d'éducation thérapeutique sur le traitement de la douleur (traitements de fond et de crise), ainsi que des séances d'informations sur les causes de la douleur, le maintien et le bénéfice de l'activité physique régulière et la gestion de l'effort, l'anatomie du rachis et l'adaptation des gestes de la vie quotidienne,
- Des séances de kinésithérapie individuelle et en groupe,
- Des séances de relaxation effectuées par le kinésithérapeute et l'infirmière du service, spécialisés dans le traitement de la douleur,
- La mise en place de techniques cognitivo-comportementales : groupe de parole (afin de permettre aux patients de discuter entre eux de la douleur, de leur vécu et de la façon dont ils vivent avec) ou de l'arthérapie,
- L'apprentissage de techniques antalgiques non médicamenteuses : la physiothérapie, la relaxation, l'hypnose.

Si nécessaire et avec accord du patient, une consultation avec le psychiatre du service est effectuée pour :

- Evaluer la dimension psychosociale et professionnelle de la plainte douloureuse,
- Avoir une expertise spécialisée quant à la présence ou non d'une pathologie psychiatrique sous-jacente,
- Pour permettre au patient de s'exprimer sur sa douleur à une personne qu'il ne côtoie pas tous les jours comme les infirmières ou aides-soignantes,
- Pour « démystifier » le psychiatre auprès des patients refusant un suivi psychothérapique ou psychiatrique.

Une consultation en pathologie professionnelle peut avoir lieu si une adaptation au poste de travail, un reclassement professionnel ou une reconversion professionnelle sont à envisager.

Une assistante sociale peut aussi intervenir si nécessaire, afin d'aider le patient dans ses démarches administratives et accélérer le processus de réinsertion socioprofessionnelle.

Avant son entrée dans le service hospitalier, il est demandé au patient de définir, précisément et seul, 3 objectifs à réaliser dans le cadre d'un contrat de soin avec le CETD. Il s'agit d'objectifs simples, facilement réalisables, concernant la santé et/ou le domaine socioprofessionnel. Ceci place le patient d'emblée dans une dynamique de progression avec une finalité précise.

Ainsi la prise en charge se veut globale et aborde à la fois le domaine de la réadaptation fonctionnelle mais aussi celui de la réadaptation socio-professionnelle.

A leur sortie du centre, les patients continuent une rééducation en libéral ou se dirige vers un centre de rééducation et de réadaptation pour quelques semaines.

Aucune étude n'a été faite quant à l'efficacité d'un tel traitement pour des personnes lombalgiques chroniques sévèrement atteints et en arrêt de travail depuis longtemps. Cependant une étude prospective non randomisée montre des résultats encourageant lorsque cette hospitalisation est suivie de 3 semaines de rééducation en Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF) (25).

Suite à un stage de 6 semaines dans le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) de Nantes, il a été remarqué que la majorité des patients lombalgiques en hospitalisation bénéficiaient de séances de kinésithérapie en cabinet libéral précédant leur arrivée.

Quel est le ressenti des patients actuellement hospitalisés en CETD concernant leurs rééducations en cabinet libéral et quelles techniques kinésithérapiques ont été utilisées?

3.2 Enquête exploratoire auprès des patients du CETD

3.2.1 Matériels et méthode

Afin d'en savoir plus sur cette prise en charge, un entretien exploratoire de dix minutes en moyenne est réalisé avec chaque patient lombalgique chronique à leur entrée dans le centre. Douze patients en tout sont donc interrogés.

Le seul critère d'inclusion est d'avoir effectué des séances de kinésithérapie dans les 12 mois précédents cette hospitalisation. En effet, l'HAS recommande, au maximum, trente séances de kinésithérapie sur une durée d'un an. Au-delà, la prise en charge rééducative n'est plus bénéfique (1). De part ce critère, parmi les douze patients interrogés, trois sont écartés.

Trois axes vont guider l'élaboration du questionnaire :

- Il s'agit d'identifier de façon quantitative le nombre de séances réalisées par le patient en lien avec les besoins rééducatifs de celui-ci,
- Mais aussi de façon qualitative objective de répertorier les techniques kinésithérapiques utilisées qu'elles soient actives ou passives afin de les confronter aux recommandation de la HAS (1),
- Et enfin de façon qualitative subjective, le niveau de satisfaction du patient au regard de l'efficacité des techniques utilisées

Les patients sont vus seuls dans leur chambre, au calme, dans un espace où ils peuvent s'installer confortablement.

L'élaboration du questionnaire a permis de proposer 3 questions classées chronologiquement comme suit :

- Question n°1 : « Combien de séances par semaine de kinésithérapie aviez-vous avant votre hospitalisation au CETD ? »
- Question n°2 : « Quelles techniques votre kinésithérapeute utilisait-il ? Massage, électrothérapie, thermothérapie, étirements, mobilisations passives, travail musculaire des abdominaux, renforcement musculaire global, travail de perception du rachis lombaire, balnéothérapie, autres (à préciser) »
- Question n°3 : « Concernant les bénéfices et apports de cette prise en charge libérale, vous jugeriez qu'elle est très bénéfique ? bénéfique ? que les apports sont insuffisants ? ou que les apports sont inexistantes ? »

Afin de connaître la dominante des rééducations effectuées par les professionnels libéraux les techniques kinésithérapiques utilisées ont été classées en techniques passives regroupant les

étirements passifs, les mobilisations passives, la thermothérapie, l'électrothérapie, la balnéothérapie de détente, les massages, l'acupuncture digitale, et en techniques actives, comprenant les exercices musculaires actifs, les exercices de proprioception et la balnéothérapie active.

3.2.2 Résultats des entretiens

Les résultats sont les suivants :

A titre indicatif, ces patients étaient vus en moyenne deux fois par semaine (selon les disponibilités du kinésithérapeute et du patient). Une personne était vue une fois dans la semaine et une autre bénéficiait de trois séances.

Concernant les techniques utilisées :

- 67% des patients interrogés (soit 6 personnes) ont eu une prise en charge avec des techniques actives et passives dont 1 personne qui n'a bénéficié que d'une rééducation en balnéothérapie,
- 33% (soit 3 personnes) ont bénéficié d'une rééducation n'impliquant que des techniques passives,
- 78% des patients interrogés, (soit 7 personnes) ont jugé leur prise en charge bénéfique, alors que 11%, (soit 1 personne), ont considéré les apports insuffisants et 11% (soit 1 personne) ont jugé que les apports de cette rééducation étaient inexistants.

3.2.2 Analyse des résultats et discussion

L'analyse des résultats nous montre :

- L'association des techniques passives et actives dans plus de la moitié des prises en charge libérales de ses patients, en accord avec ce qui est recommandé par la HAS (3). Cependant le classement des techniques kinésithérapiques utilisées peut présenter un biais d'interprétation, car il n'est pas précisé dans quelles proportions elles sont réalisées. En effet, l'utilisation d'une technique active sur un temps très court de la séance ne permet pas de juger de la dominante active de la rééducation. Un seul patient n'énonce que la balnéothérapie comme technique utilisée, or celle-ci peut être active par la réalisation d'exercices contre résistance ou passive par l'utilisation du massage au jet, ou active et passive par le thérapeute.
- Seuls douze patients ont été interrogés, ce qui n'est pas représentatif de toute l'ensemble de la population de patients lombalgiques hospitalisés en CETD. Il s'agit d'un biais de sélection.
- Les entretiens exploratoires ont durés en moyenne dix minutes. Le choix d'une entrevue de courte durée est motivé par sa rapidité de réalisation et sa simplicité d'accès pour le patient sans empiéter sur les activités de soins et les temps de repos indispensables au patient. Cependant certains détails auront peut-être été occultés par le patient réduisant ainsi la pertinence de l'interprétation des résultats.

- Les patients sont globalement satisfaits de leur rééducation mais lors de la prise en charge libérale l'utilisation de techniques passives est privilégiée (tous les patients en ont bénéficié). Quelle en est la raison ? Les recommandations de l'HAS sont-elles connues de tous les kinésithérapeutes libéraux ? Pour quelles raisons l'utilisation de techniques actives est-elle limitée ?

Si nous sommes en mesure, à titre indicatif, d'apprécier le ressenti de cette population de patients au regard de la prise en charge kinésithérapique en libéral, nous pouvons aussi nous interroger sur le point de vue des kinésithérapeutes libéraux à ce sujet :

- Quelles techniques mettent-ils en place précisément ?
- Comment considèrent-ils leur niveau d'efficacité au regard de leurs résultats ?

Si le nombre de personnes hospitalisées en CETD par semaine est faible, nous pouvons aussi nous intéresser aux liens existants entre le centre spécialisé et la prise en charge ambulatoire en kinésithérapie libérale dans le suivi des patients ?

Afin de répondre au mieux à ces interrogations, un questionnaire a été réalisé et transmis à une population de praticiens libéraux.

4. Enquête auprès des kinésithérapeutes sur la prise en charge en cabinet libéral de patients lombalgiques chroniques

4.1 Introduction

La difficulté de prise en charge des patients douloureux chroniques en libéral réside sur la gestion du temps, qui est limité, réduisant ainsi le temps de parole et l'abord psychologique donnant la priorité à la biologie et examens complémentaires (24).

Quelle est la prise en charge des patients douloureux chroniques en cabinet libéral ?

Nous pouvons interroger les praticiens libéraux d'une part sur les techniques réalisées et les résultats obtenus, et d'autre part, sur le suivi rééducatif existant entre les praticiens libéraux et les structures hospitalières telles que les CETD.

Dans cette perspective, un questionnaire (*annexe 1*) a été constitué et transmis à une population de professionnels kinésithérapeutes libéraux.

4.2 Matériel et méthode

Le questionnaire réalisé a été envoyé à 370 masseurs-kinésithérapeutes libéraux de toute la France.

Ce questionnaire, (*annexe 1*), comporte treize questions dont huit sont des questions ouvertes, trois sont des questions fermées sous forme de réponses oui/non et deux sont semi-fermées. Les questions ouvertes ont été privilégiées afin de ne pas influencer les réponses des kinésithérapeutes et d'avoir une idée exacte des techniques mises en place, qu'elles soient d'ordre rééducatif ou comprenant aussi un abord psychologique ou socioprofessionnel.

L'anonymat est préservé afin de donner une plus grande liberté de réponses aux masseurs-kinésithérapeutes sans qu'ils ne se sentent jugés dans leur prise en charge.

L'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes n'étant pas en mesure de transmettre les adresses emails des praticiens, il a été fait appel à un organisme, le CEVAK (Cercle d'Etudes Vendée-Atlantique de Kinésithérapie) qui a permis de faire le relai de l'information sous forme de lien internet auprès des professionnels libéraux membres de cet organisme.

L'unique critère d'inclusion est de faire partie du CEVAK.

Un seul critère d'exclusion est pris en compte, celui de ne pas prendre en charge de patients lombalgiques chroniques dans son cabinet libéral.

Le recueil et l'analyse des données sont réalisés à l'aide du logiciel Excel®2007.

4.3 Résultats de l'enquête

Ainsi 370 masseurs-kinésithérapeutes ont eu la possibilité de prendre connaissance de ce questionnaire et ont pu y répondre instantanément de façon anonyme. Les réponses ont été récupérées automatiquement grâce à un autre lien internet.

La mise en ligne s'est effectuée du 19 novembre 2012 au 19 décembre 2012 et vingt-huit réponses ont été obtenues.

Toutes les données recueillies ont été retranscrites sur une base de données Excel®2007.

Ainsi vingt-six réponses ont été retenues. Les deux réponses exclues sont deux kinésithérapeutes libéraux ne prenant pas en charge de patients lombalgiques chroniques.

Question 1 :

Concernant le nombre de patients lombalgiques vu par semaine par chaque kinésithérapeute : 63% des libéraux ont répondu à la question et voient entre trois et dix patients par semaine, le reste des praticiens ne se prononce pas. Ainsi le nombre moyen de patients vu par semaine est de six par praticien interrogé. Les résultats sont présentés figure 2.

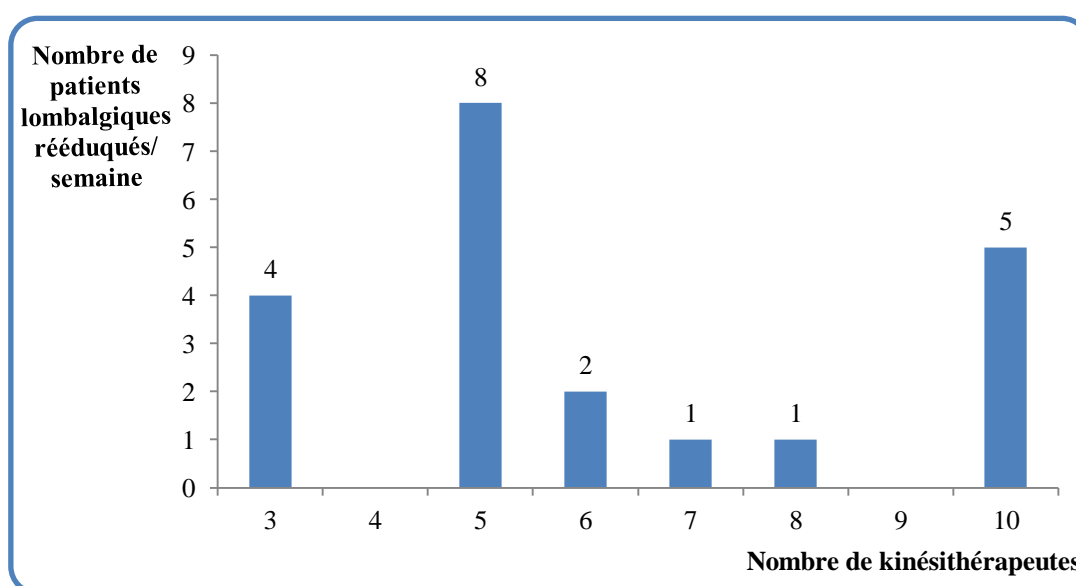


Figure 2: nombre de patients lombalgiques total rééduqués par semaine par chaque kinésithérapeute libéral.

Dans 81% des cas, les patients lombalgiques chroniques ont deux séances de kinésithérapie par semaine. Seul un kinésithérapeute (4%) mentionne trois séances par semaine en moyenne et quatre (soit 15%) seulement une séance. Au cours d'une rééducation complète, 85% des praticiens effectuent entre dix et vingt séances avec leurs patients, 11% entre vingt et trente séances et 4% en font moins de dix.

Question 2 :

Les techniques kinésithérapiques mises en place au cours de cette rééducation sont variables d'un praticien à l'autre. Afin de faciliter l'analyse des résultats, elles ont été classées en deux parties avec les techniques thérapeutiques d'une part et les techniques éducatives d'autres part.

- Les techniques thérapeutiques sont représentées dans trois catégories comprenant les techniques de développement des perceptions corporelles, les techniques correctrices et les techniques antalgiques :

- Ainsi dans les techniques de **développement des perceptions corporelles** se classent le renforcement musculaire global comprenant un travail des abdominaux et des spinaux, le travail des chaînes musculaires, les techniques actives de levées de tensions et les exercices de proprioception,
- Dans les techniques **correctrices** nous retrouvons les mobilisations passives, les techniques de thérapies manuelles, les étirements et assouplissements musculaires du rachis et des membres inférieurs, le stretching postural, la correction de la statique et la gymnastique hypopressive,
- Les massages antalgiques et décontracturants, la thermothérapie et l'électrothérapie sont regroupés en techniques **antalgiques**

- Les techniques éducatives sont représentées par l'éducation aux gestes ergonomiques et comprennent les gestes ergonomiques, les postures à adopter ou à proscrire au travail ainsi que dans la vie quotidienne, et les conseils d'hygiène du rachis.

Presque un tiers des techniques utilisées appartiennent à la catégorie des techniques correctrices. Un peu plus d'un quart concerne les techniques de développement des perceptions corporelles. De même les techniques antalgiques représentent 27% des techniques utilisées. Parmi l'ensemble des praticiens interrogés, 42% éduquent leurs patients. Les résultats sont présentés figure 3.

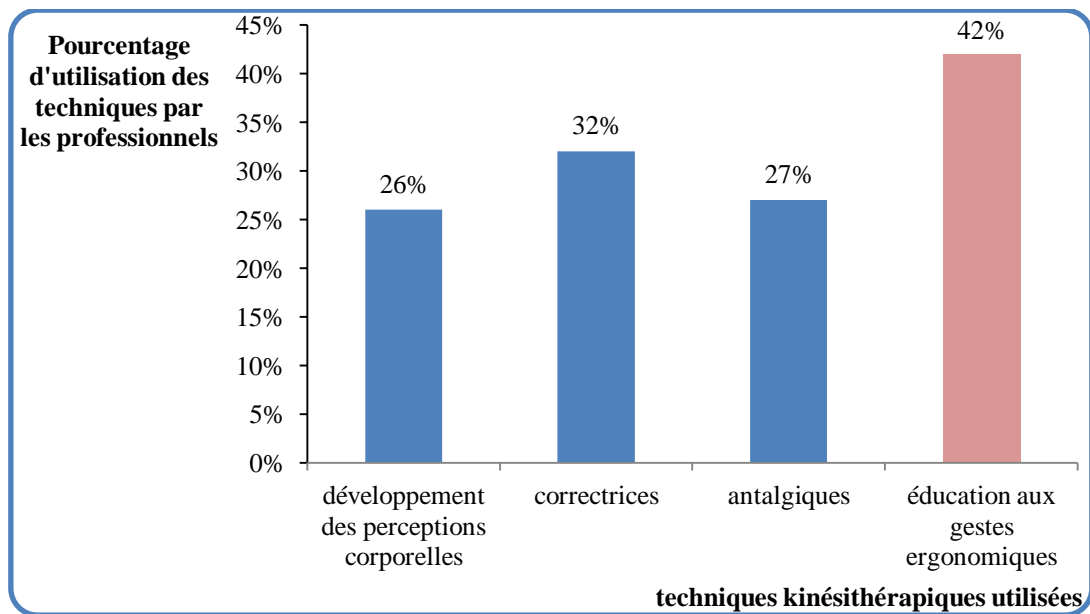


Figure 3: Répartition en pourcentages des techniques utilisées par les kinésithérapeutes interrogés lors de la rééducation des patients lombalgiques chroniques.

61% des kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire utilisent au cours de leur séance au moins une technique antalgique, au moins une technique correctrice et au moins une technique de développement des perceptions corporelles. 20% n'utilisent pas de technique de développement des perceptions corporelles autrement dit uniquement des techniques correctrices et antalgiques. 11% (soit 3 réponses) n'utilisent pas de technique antalgique. Enfin, seules 8% des réponses concernent l'utilisation d'une seule catégorie de techniques : soit l'usage de techniques correctrices, soit de techniques de développement des perceptions corporelles. Les résultats sont présentés dans la figure 4 ci-dessous.

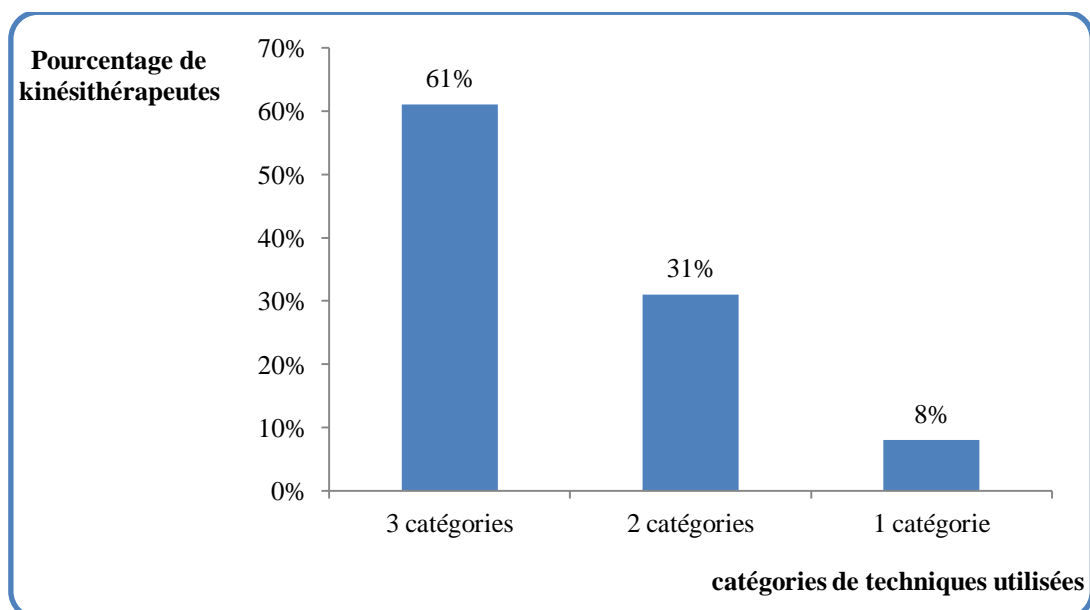


Figure 4: Pourcentage de kinésithérapeutes interrogés utilisant une seule ou deux ou les trois catégories de techniques: techniques de développement des perceptions corporelles, correctrices et/ou antalgiques.

Questions 3 et 4 :

Parmi les réponses obtenues, 88% des praticiens disent ne pas atteindre totalement leurs objectifs lors de la rééducation de patients lombalgiques chroniques. 73% cotent leur satisfaction entre 2 et 3 sur une échelle de 0 à 10 avec 0 une satisfaction totale et 10 une absence complète de résultat. La moyenne des satisfactions est de 2.7. Les résultats se trouvent dans la figure 5.

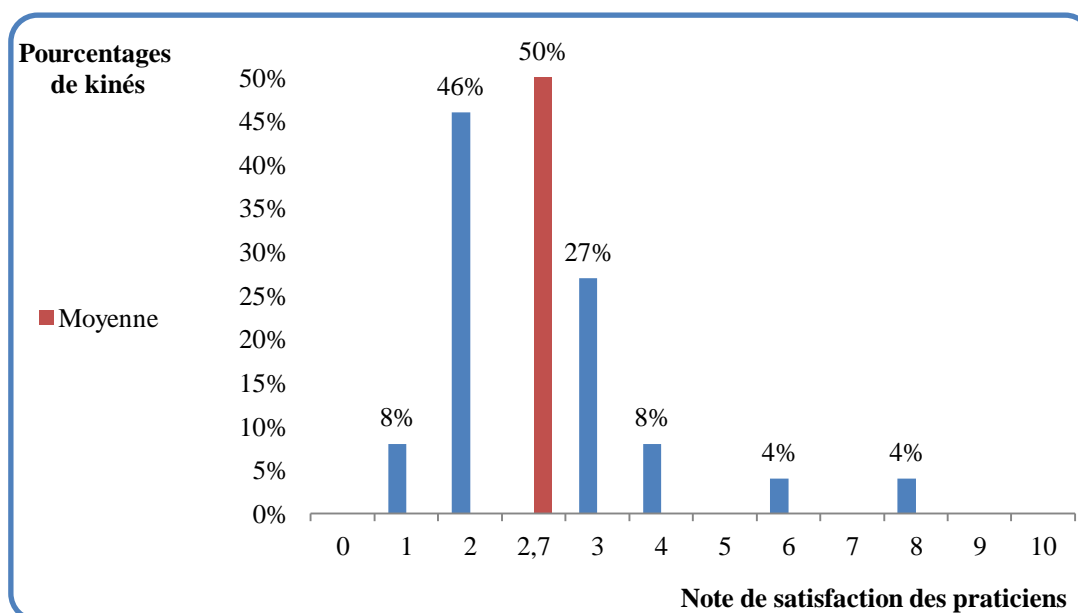


Figure 5 : Pourcentage de satisfaction des résultats obtenus lors d'une prise en charge de lombalgiques chroniques par des kinésithérapeutes libéraux sur une échelle de 0 à 10.

Question 5 :

Les difficultés rencontrées par les kinésithérapeutes libéraux ont été répertoriées en 3 catégories de facteurs : le patient, le praticien et les éléments extérieurs.

Les éléments se référant au patient sont : la motivation, la coopération, la prise d'un traitement médical, la douleur, l'état psychologique, la peur/l'appréhension, les relations familiales et les dysfonctions anatomiques. Les éléments propres au kinésithérapeute sont : les connaissances sur la pathologie, l'aspect psychosocial et le matériel présent dans le cabinet. Les éléments extérieurs pouvant avoir une influence sur la rééducation sont : le temps, la présence d'imagerie médicale et la transmission des informations par l'équipe soignante si un dossier médical existe.

Ainsi la majorité (64%) des kinésithérapeutes interrogés considèrent que le facteur patient est prépondérant dans la mise en échec de la rééducation, 21% considèrent le facteur extérieur et 15% estiment que le praticien lui-même est en cause. Les résultats sont présentés figure 6.

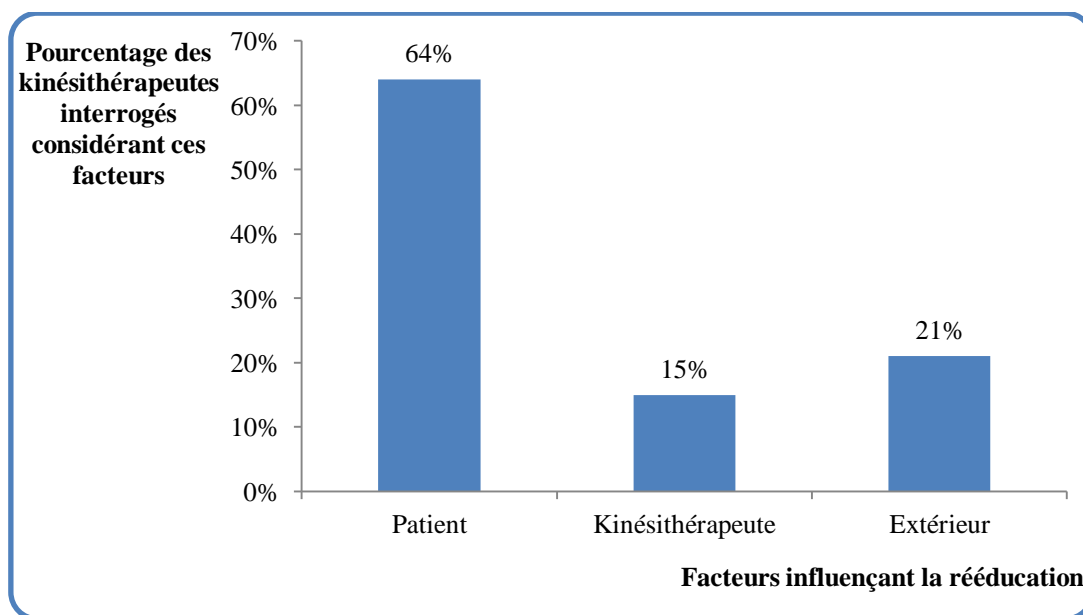


Figure 6: Impact des facteurs patient, kinésithérapeute et extérieur influençant la rééducation selon le point de vue des kinésithérapeutes.

Plus précisément, beaucoup de libéraux considèrent que la mise en échec de la rééducation est influencée par plusieurs facteurs à la fois. La figure 7 apporte des précisions sur la répartition de ces facteurs. Ainsi la majorité des praticiens considère que l'absence de résultats satisfaisants au niveau de la rééducation est due en majeure partie au patient et dans une moindre mesure qu'un facteur extérieur s'y ajoute. Uniquement 2 libéraux suggèrent que le kinésithérapeute est responsable de cet échec à lui seul soit 8% des praticiens. Dans 4% des cas, le patient et le kinésithérapeute sont en cause. Seul un professionnel évoque l'influence des 3 facteurs à la fois, c'est-à-dire du patient, du kinésithérapeute et de l'extérieur.

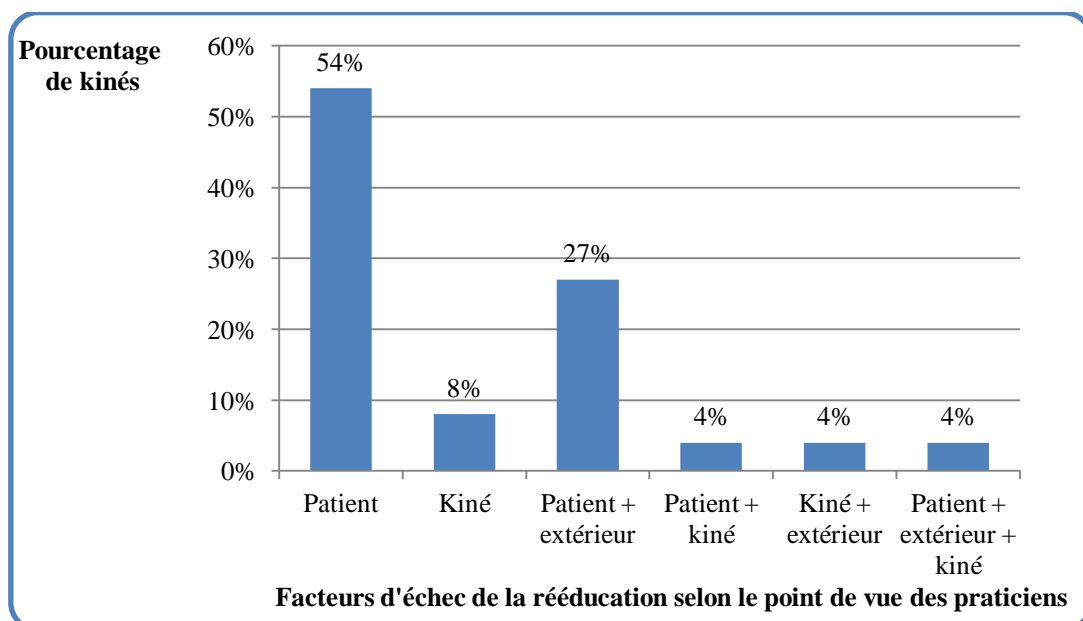


Figure 7 : Impact de 3 catégories de facteurs : le patient, le kinésithérapeute et les éléments extérieurs sur la mise en échec de la rééducation des patients lombalgiques chroniques selon le point de vue des praticiens libéraux.

Questions 6 et 7 :

Concernant les Centres d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, 27% des praticiens ayant répondu au questionnaire ignorent l'existence de ce genre d'établissement, 73% en ont déjà entendu parler et seulement 47% en connaissent les principes et modalités de prise en charge.

Question 8 :

Ces derniers ont ainsi pu citer les techniques utilisées en CETD. Parmi elles, nous retrouvons des techniques kinésithérapiques, des techniques médicales et l'utilisation d'autres thérapeutiques :

- 54% des réponses concernent les techniques kinésithérapiques avec l'utilisation de l'électrothérapie, le reconditionnement à l'effort, la balnéothérapie, le massage, les assouplissements et la réintégration du patient dans la vie quotidienne,
- 11% des réponses se rapportent à l'amélioration du traitement médical,
- 35% des réponses sont relatives à la découverte d'autres thérapeutiques telles que l'acupuncture, l'hypnose, la sophrologie, la relaxation, l'ostéopathie et le suivi psychothérapique.

Question 9 :

La majorité des kinésithérapeutes libéraux (58%) n'ont pas répondu à la question concernant la nécessité d'un suivi rééducatif en cabinet libéral suite à une hospitalisation en CETD.

Parmi les praticiens ayant donné leur avis, ce dernier est nécessaire pour 73% d'entre eux. La principale raison énoncée est le maintien des acquis et des auto-exercices à faire à domicile pour le patient. Mais l'accompagnement, la remise en mouvement du corps, le coaching à moyen terme et le suivi pré et post hospitalisation ont aussi été cités pour justifier la continuité de la rééducation en cabinet libéral. Pour 27% des professionnels interrogés, soit trois réponses, ce suivi ne doit se faire qu'en fonction des patients, au cas par cas, la seule raison donnée étant la nécessité d'un temps de latence entre l'hospitalisation et la prise en charge libérale.

Question 10 et 11 :

Parmi les professionnels libéraux interrogés, 35 % n'ont jamais eu l'expérience d'un suivi rééducatif suite à une hospitalisation en CETD, et 42% ne répondent pas à la question. Seulement six praticiens, soit 23% des personnes interrogées, ont rééduqué des patients ayant bénéficié de cette hospitalisation. Un seul kinésithérapeute a trouvé les échanges entre le CETD et la prise en charge libérale suffisants. Pour les autres ces relations interprofessionnelles sont insuffisantes ou inexistantes.

Afin d'améliorer ces échanges, la principale demande est un compte-rendu ou un contact téléphonique avec le kinésithérapeute du centre pour savoir quelle a été la prise en charge durant cette hospitalisation afin qu'il y ait une continuité des soins. Des journées portes ouvertes avec conférences, une augmentation du nombre de lits en CETD, le suivi du dossier médical et une fiche d'objectifs sont d'autres pistes d'améliorations citées par les paramédicaux interrogés.

Question 12 :

Concernant la réalisation de formations kinésithérapiques complémentaires, huit praticiens n'en n'ont pas effectué. Parmi eux, deux envisagent de s'inscrire dans une formation spécifique à la rééducation du rachis.

La réalisation d'une formation complémentaire concernant le domaine de la rééducation concerne 70% des praticiens interrogés. Les formations citées concernent le rachis, telles que le reconditionnement fonctionnel du rachis (RFR), la méthode de Moneyron, la méthode de Levant et Dorval et la formation Lombaction, mais aussi des techniques globales non spécifiques au rachis telles que la méthode Sohier, la méthode Busquet et l'ostéopathie. Ces enseignements représentent 67% des formations suivies. Enfin, 23% des kinésithérapeutes possèdent une formation gymnique telle que le stretching postural, le zen shiatsu ou la formation Pilates.

Les formations kinésithérapie du sport, K-Tapping, Thérapie structurelle et tissulaire, micro kinésithérapie sont aussi citées.

Question 13 :

La majorité des kinésithérapeutes questionnés (85%) exercent dans la région des Pays-de-la-Loire, 4% exercent dans le département d'Ille-et-Vilaine, 4% en Haute Savoie et 7% ne se prononcent pas.

4.4 Analyse des résultats de l'enquête

La plupart des kinésithérapeutes interrogés prennent en charge des patients présentant une lombalgie chronique. Ceci témoigne de la fréquence de cette affection dans la population.

Le nombre de patients pris en charge est variable d'un cabinet libéral à l'autre, cependant la plupart des prises en charge consistent à effectuer deux séances hebdomadaires de kinésithérapie pendant cinq à dix semaines (soit un total de dix à vingt séances prescrites). Ces résultats sont certainement variables en fonction de la disponibilité des patients et du masseur-kinésithérapeute, de la chronicité de la pathologie, de ses répercussions fonctionnelles, et des prescriptions médicales. Ainsi la rééducation se doit d'être régulière de façon à favoriser la reprise d'activités et la diminution des douleurs sur le long terme. Des prises en charge plus courtes (moins de dix séances) peuvent être observées sûrement lorsqu'une rééducation a déjà été réalisée de façon à corriger d'éventuelles mauvaises habitudes retrouvées ou pour maintenir les précédents acquis.

La HAS recommande une rééducation majoritairement active (1), 76% des praticiens interrogés respectent ces recommandations. Cependant il n'existe pas de relation entre les techniques kinésithérapiques utilisées et la satisfaction des résultats de la rééducation. En effet quelque soit la prise en charge, les résultats obtenus ne correspondent pas aux attentes des professionnels. Pour plus de 50% d'entre eux cet échec est dû au patient, à son manque de motivation, de coopération et d'implication dans la prise en charge. Il semble donc nécessaire que le patient s'engage dès le début de la prise en charge à être assidu aux séances, à effectuer régulièrement le travail demandé et à respecter les conseils d'hygiène du rachis donnés par le kinésithérapeute. Cependant, il peut s'avérer possible que le kinésithérapeute, par manque de

résultats puisse, par frustration, considérer que l'unique responsable de cet échec soit le patient. Alors que d'autres facteurs peuvent entrer en jeu tels que le matériel à disposition dans le cabinet ou la durée d'une séance de rééducation.

Les formations complémentaires concernant le rachis représentent 67% des enseignements suivis par les professionnels libéraux après l'obtention de leur diplôme d'état. Cependant les résultats retrouvés ne sont pas plus satisfaisants chez les kinésithérapeutes ayant suivis ces formations que chez les autres. Ceci peut sans doute s'expliquer par l'implication de facteurs psychologiques, émotionnels et socio-professionnels que le kinésithérapeute, par son approche purement rééducative, ne peut résoudre.

La majorité des kinésithérapeutes libéraux connaissent les centres spécialisés tels que les CETD. Par contre la plupart ignorent les principes et modalités de prise en charge ainsi que les techniques kinésithérapiques utilisées. Ceci peut s'expliquer par le faible nombre de places dans ces centres donc l'absence de prise en charge par les professionnels libéraux de ces patients, ainsi que le faible nombre de centres en France. Cependant de nombreuses structures possèdent des unités de traitement de la douleur ou effectuent des consultations externes (26). Lorsque cette prise en charge existe, les relations entre le CETD et la ville sont faibles ou inexistantes. Les professionnels libéraux ne sont pas renseignés quant à la rééducation mise en place. De plus, leur charge de travail importante en cabinet, ne leur permet peut-être pas d'avoir le temps nécessaire pour cette prise d'informations. Ils effectuent donc de nouveaux bilans et mettent en place les techniques kinésithérapiques qui leur semblent appropriées. Le patient doit alors informer lui-même le kinésithérapeute des exercices et conseils donnés. Ceci implique que cette transmission d'informations ne soit pas toujours correcte : le patient peut ne pas avoir compris l'intérêt d'un exercice ou mal le reproduire (auquel cas le professionnel se doit de réexpliquer ou corriger l'exercice) ou le kinésithérapeute peut ne pas comprendre l'intérêt d'un exercice donné par un autre professionnel (il sera sûrement alors délaissé même s'il était bénéfique pour le patient). Ainsi un suivi rééducatif semble indispensable comme le précise 72% des praticiens. Pour d'autres, il doit se faire au cas par cas.

4.5 Discussion

Les résultats de l'enquête sont satisfaisants quant au respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Cependant il existe aussi un biais de prévarication, les kinésithérapeutes ont pu volontairement rajouter dans le questionnaire des techniques actives qu'ils n'utilisent pas ou très peu en cabinet afin de se rassurer par rapport au respect des recommandations de la HAS. Ceci surestime alors les résultats du nombre de praticiens ayant une prise en charge adaptée.

De plus, 26 réponses ne permettent pas de juger de la mise en place de ces bonnes pratiques par l'ensemble des kinésithérapeutes libéraux. Il s'agit d'un biais de non réponse. Quelles raisons ont poussé les praticiens à ne pas répondre au questionnaire ? Celui-ci n'a pas été compris ? Le manque de temps ? Une prise en charge non adaptée ? La peur du jugement ?

Enfin, le passage par l'organisme du CEVAK est un biais de sélection. Il ne cible pas uniquement et pleinement la population des Pays de la Loire (44). En effet, certaines régions

sont dépourvues de CETD telles que la Bourgogne, la région Centre, la Corse, le Limousin, la Lorraine, la Picardie, la Guadeloupe et la Guyane. Néanmoins tous les praticiens ayant répondu à ce questionnaire, pour la plupart exerçant autour de l'agglomération nantaise, possèdent dans leur région au moins un CETD. Le questionnaire ne fait référence qu'aux centres d'évaluation et de traitement de la douleur, et non aux unités et établissements de consultation de traitement de la douleur. La méconnaissance des CETD n'implique pas que les praticiens n'entretiennent pas des échanges avec ces autres structures (unités et établissements de consultation).

La méconnaissance des CETD par les professionnels du département est réelle. Est-ce parce qu'ils ne prennent pas en charge de patients ayant été hospitalisés dans ce type de structures ou est-ce un manque de communication entre les structures hospitalières et les libéraux ? Qu'en est-il des médecins prescripteurs ? Connaissent-ils ces centres ?

La deuxième question du questionnaire présente un biais d'information. En effet, elle est intitulée « ...Combien de patients voyez-vous par semaine ? » Or par soucis de rigueur la question exacte devrait-être « ...Combien de patients lombalgiques chroniques voyez-vous par semaine ? ». Il semble toutefois que la question ait été bien comprise par les kinésithérapeutes ayant répondu au questionnaire. Néanmoins deux kinésithérapeutes précisent 80-90 et 110 patients. Nous supposons donc qu'il s'agit du nombre total de patients vus par semaine. Nous avons donc dû les classer parmi les non-réponses.

Le classement en techniques antalgiques, en techniques correctrices et en techniques de développement des perceptions corporelles peut présenter des limites. Suivant le mode de réalisation de ces techniques, elles peuvent passer d'une catégorie à l'autre, notamment la réalisation de la gymnastique hypopressive. En effet, la variabilité des postures permet une correction de la statique ainsi qu'une prise de conscience des attitudes à adopter ou non. Cependant le maintien dans le temps de la position, ainsi que l'intensité de la force développée lors de la réalisation d'un effort musculaire (des membres supérieurs ou inférieurs) en font un vrai renforcement musculaire du muscle abdominal transverse. Cette technique, lorsqu'elle est utilisée, est citée en association des étirements et/ou du stretching postural. Par soucis pratique, elle a donc été classée dans la catégorie des techniques correctrices de la même façon que ces deux autres techniques.

La question de la satisfaction des kinésithérapeutes concernant leur rééducation est nécessaire mais aussi subjective. La capacité de juger de l'efficacité de la rééducation mise en place n'est pas simple. Elle suppose une remise en question du praticien concernant les techniques qu'il utilise au quotidien. De plus cette évaluation personnelle est kinésithérapeute-dépendante. Elle dépend de la capacité d'autocritique du praticien ainsi que de son expérience dans le domaine de la rééducation afin d'analyser les progrès réalisés par le patient tout au long des séances.

De la même façon l'expression des difficultés rencontrées supposent une analyse fine de la rééducation mise en place, impliquant parfois que le praticien reconnaisse en partie sa responsabilité dans l'échec du traitement.

Enfin, l'échelle numérique utilisée peut présenter un biais d'évaluation de la part des professionnels, remettant en cause les résultats trouvés.

La réalisation d'une formation complémentaire, spécifique du rachis ne semble pas ici pourvoyeuse de meilleurs résultats dans la rééducation. Se pose alors la question de l'intérêt de leur réalisation et de leur impact dans la prise en charge d'un patient lombalgique chronique. L'interrogation concerne aussi les aptitudes et compétences des kinésithérapeutes dans l'abord psychologique, dont l'importance est reconnue dans toute pathologie chronique et qui est souvent délaissé en rééducation en libérale.

Il aurait été préférable de définir la notion de suivi rééducatif allant du simple compte-rendu de la rééducation par le patient à une description complète par le kinésithérapeute des techniques utilisées. En effet, un kinésithérapeute ayant un compte-rendu oral par le patient peut remettre en question cette notion de suivi rééducatif. Cependant, un autre professionnel jugeant les échanges faibles avec le CETD a répondu positivement concernant l'expérience d'un tel suivi. Ceci nous confirme l'intérêt de la mise en place dans le parcours de soins d'un contrat rééducateur-patient permettant de clarifier la nature et l'intérêt des échanges attendus. Un rappel de la définition de la lombalgie chronique aurait été préférable, même si les kinésithérapeutes sont à priori en mesure de faire la distinction avec la lombalgie subaiguë. Dans le cas de ces dernières, les épisodes sont récurrents et amène le patient à consulter le kinésithérapeute plusieurs fois dans l'année, sans parler pour autant de chronicité.

Il ressort de cette enquête une satisfaction modérée des kinésithérapeutes libéraux concernant leurs prises en charge de personnes lombalgiques chroniques et ce, quelque soit les techniques utilisées ou les formations complémentaires suivies. De plus, nous retrouvons une forte demande de leur part pour obtenir une transmission des informations par le CETD.

L'existence de cet échange ne garantit pas l'engagement du patient à s'impliquer dans sa rééducation (le kinésithérapeute, par l'intermédiaire du code de déontologie, s'engage « *à assurer au patients des soins consciencieux, attentifs* » (27)). Il importe donc qu'une alliance thérapeutique se mette en place à la fois entre le CETD et le kinésithérapeute libéral mais aussi entre ces derniers et le patient afin de garantir des résultats dans la rééducation des patients lombalgiques chroniques. Cet engagement peut se matérialiser par une fiche d'objectifs signée par les différents intervenants ainsi que par le patient, acteur principal de la rééducation. La formalisation de cet engagement permet de favoriser les échanges entre professionnels afin de préciser les objectifs.

L'optimisation de la prise en charge libérale des patients lombalgiques chroniques, suite à leur hospitalisation en CETD, semble conditionnée par la réalisation d'un contrat d'objectifs entre le patient et les différents rééducateurs afin de favoriser les échanges entre professionnels dans l'intérêt du suivi rééducatif du patient.

5. Suivi rééducatif et réseau de soins : proposition d'un contrat d'objectifs

5.1 Importance d'un suivi rééducatif entre les structures spécialisées et les professionnels libéraux

La lombalgie chronique est un problème de santé publique et devant le faible nombre de CETD, la prise en charge de patients douloureux chroniques ne peut se restreindre actuellement à un partenariat avec ces seules structures. De plus, il semble nécessaire qu'il y ait un lien entre le CETD et la kinésithérapie libérale (24). Actuellement, ce suivi rééducatif n'existe pas dans le département de Loire-Atlantique. Or, il est démontré qu'une continuité des soins est un gage de qualité dans la prise en charge d'un patient, quelque soit sa pathologie (21). Cette continuité des soins se retrouve beaucoup dans les réseaux hôpital-ville en psychiatrie ou notamment pour les soins palliatifs.

En ce qui concerne la lombalgie chronique, un suivi optimiserait la prise en charge pour les raisons suivantes :

- Le patient se sentirait accompagné dans 2 types de prises en charge de nature différentes mais complémentaires,
- Les informations données au patient seraient communes,
- Le bilan kinésithérapique réalisé en libéral serait enrichi des informations issues des bilans et techniques employées au CETD,
- Les objectifs définis au CETD pourraient être poursuivis en libéral,
- Une progression sur le long terme pourrait être ainsi envisagée.

La mise en place d'un suivi rééducatif nécessite la présence d'un réseau de soins impliquant le CETD et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de Loire-Atlantique garantissant une cohérence ainsi qu'une continuité de prise en charge. Un réseau existe actuellement dans le département mais ne concerne que quelques professionnels libéraux et certains établissements de rééducation.

5.2 Réseau de soins : l'exemple du réseau Lombaction 44

« Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres sur un territoire donné autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. » (28). Une étude menée par D. Evenou, D. Pelca et H. Picard montre qu'un travail en réseau change les pratiques professionnelles et améliore la qualité de soins : *« En assurant la continuité des soins, en favorisant l'accès aux soins, en permettant l'évolution des pratiques par la formation, il est démontré la capacité d'un réseau de santé à améliorer la qualité des soins »* (29). L'objectif d'un tel réseau est d'améliorer la prise en charge des patients présentant une lombalgie chronique (29) (28).

Ceci permet, dans le respect du code de déontologie et du secret professionnel (30):

- D'assurer la coordination entre les kinésithérapeutes hospitaliers et libéraux prenant en charge des patients présentant une lombalgie chronique.
- D'assurer la coordination entre les kinésithérapeutes et les médecins s'occupant des mêmes patients.
- D'assurer la formation des kinésithérapeutes concernant les bonnes pratiques quant à la prise en charge de la lombalgie chronique.
- De permettre aux patients d'avoir accès aux coordonnées de professionnels de santé spécialisés, d'avoir plus d'informations concernant cette pathologie en ce qui concerne les signes cliniques, l'origine mais aussi la prévention et l'amélioration de la qualité de vie par des conseils d'hygiène de vie.
- De participer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en diminuant le temps de prise en charge grâce à une rééducation plus efficace, de limiter les examens du fait des échanges d'informations entre professionnels et de diminuer le nombre de consultations à des professionnels spécialisés.

En ce qui concerne la lombalgie chronique dans la région des Pays-de-la-Loire, le réseau Lombaction assure la coordination des soins pour les patients présentant cette pathologie et en âge de travailler de façon globale et particulièrement dans le milieu du travail. Il s'agit d'un réseau multidisciplinaire visant à améliorer la prise en charge de ces patients, d'éviter leur chronicisation, de réduire l'exclusion socio-professionnelle qu'engendre la lombalgie chronique et de favoriser sa prévention. C'est un programme régional du fond pour l'amélioration de la qualité des soins de la ville (FAQSV) et du fond d'amélioration des conditions de travail (FACT) (2).

Une des principales actions de ce réseau est le maintien dans l'emploi ou la réorientation professionnelle. Elle n'est pas toujours réalisable du fait d'une impossibilité d'aménagement de poste ou de reclassement professionnel.

La seconde action majeure est le reconditionnement physique en institution ou en libéral par un kinésithérapeute. Pour cela 4 principes doivent être respectés :

- Le patient doit effectuer de façon régulière et prolongée les exercices donnés par le kinésithérapeute à faire à domicile,
- Les techniques actives seront majoritaires dans la prise en charge de ces patients,
- Les techniques passives seront réduites au maximum voir proscrites,
- Le patient doit s'engager à rester actif et dans la mesure du possible à pratiquer une activité physique adaptée.

Afin d'officialiser ses engagements dans le programme de reconditionnement physique, le patient signe un formulaire de consentement éclairé lorsque la prise en charge se fait en institution. Lorsque la rééducation se déroule en cabinet libéral, le patient a la possibilité de choisir le kinésithérapeute qu'il souhaite parmi une liste d'adhérents au réseau. Ces professionnels, de la même façon, ont signé un formulaire d'affiliation au réseau (31).

Ainsi dans ce réseau il existe donc un véritable « contrat » entre le patient et l'institution et entre le kinésithérapeute libéral et le réseau Lombaction. Cependant, il n'existe pas d'engagement entre le patient et le kinésithérapeute libéral. De la même façon, la rédaction

d'un contrat de soins peut être envisagée afin d'optimiser l'implication du patient dans sa rééducation.

5.3 Proposition d'un contrat d'objectifs

Depuis l'arrêt Mercier du 20 mai 1936, la Cours de Cassation a déclaré qu'« *il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement de lui donner des soins[...]conscientieux, attentifs et, réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science* » . En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, ce type de contrat n'existe pas de façon officielle. Cependant le code de déontologie oblige les professionnels « *à assurer au patients des soins conscientieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science* » (27) après « *que le consentement de la personne examinée ou soignée soit recherché dans tous les cas* » (32).

Dans la majorité des cas, ce contrat est méconnu du patient. Cependant, il est possible de le matérialiser. Cet outil est beaucoup utilisé dans les services de psychiatrie pour les patientes atteintes d'anorexie mentale. Mais il peut aussi être utilisé en rééducation. Au centre «Les Baumes » à Valence, un contrat de soins par objectifs a été mis en place pour favoriser la communication entre le patient hémiplegique, la famille et le centre de rééducation, réadaptation et réinsertion (33).

Dans le cas d'un patient lombalgique chronique hospitalisé en CETD, un contrat de soins peut être mis en place pour définir des objectifs rééducatifs. Ces derniers concerneront le patient, le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur ainsi que le ou les kinésithérapeutes libéraux lorsqu'un suivi rééducatif en ville est nécessaire. En effet, la prise en charge en CETD étant d'une durée limitée, une rééducation en cabinet libéral ou en centre de rééducation et de réadaptation est envisagée de façon à pérenniser les acquis sur le long terme. Une récente étude non randomisée montre un meilleur retour dans le monde du travail lorsqu'une hospitalisation de deux semaines en CETD est suivie de trois semaines de rééducation dans un Centre de Rééducation et de réadaptation (25).

Ce contrat comporterait des objectifs communs à tous les patients lombalgiques chroniques, puis au cas par cas, d'autres objectifs seraient déterminés d'un commun accord entre, dans un premier temps, le CETD et le patient, puis, dans un second temps, entre le kinésithérapeute libéral et le patient. Le choix de faire des objectifs communs permet tout d'abord un gain de temps dans la rédaction définitive du contrat, d'éviter des omissions, et d'exiger de tous les patients la même implication dans leur rééducation quel que soit l'évolution de leur chronicisation.

Le contrat de soins se présente sous forme d'objectifs à cocher lorsqu'ils ont été atteints (*annexe 2*). En effet les objectifs permettent au patient d'être valorisé, de se fixer un cadre de travail, de s'auto-évaluer et de progressivement se restructurer. Pour les professionnels de santé, ils permettent une évaluation de la prise en charge qui peut, dans la mesure du possible, être adaptée en fonction des doléances du malade.

Enfin, la détermination des objectifs doit se faire d'un commun accord entre le thérapeute et le patient afin qu'ils ne soient pas une simple reprise de la prescription médicale et pour que le patient y voit un aspect plus concret dans sa rééducation. « *Tenter de définir des objectifs*

de soins répond à un souci de permettre aux malades d'en tirer bénéfices pour progresser vers des objectifs propres et qui nous échappent en partie » (34).

Ces objectifs, une fois atteints, peuvent aussi être redéfinis de façon à avoir une progression constante. Ainsi le patient prend conscience des progrès réalisés mais constate également qu'une marge de progression est toujours possible.

5.4 Discussion

Le contrat de soins permet un double engagement : celui du patient avec son investissement personnel, et celui de l'équipe soignante, qui doit tout mettre en œuvre pour essayer de le soigner (33). Il facilite aussi la mise en place d'une progression dans la rééducation avec des objectifs simples et concrets. Il permet également de remobiliser le patient lorsque celui-ci se décourage ou ne s'investit plus dans la rééducation comme il se doit.

Cependant, la définition d'objectifs peut présenter des limites. Il ne faut pas perdre de vue la globalité de la prise en charge et ne pas se restreindre à un simple suivi des objectifs non réévalués de façon constante en fonction des progrès ou de la détérioration de l'état du patient (34). Par conséquent le contrat de soins se doit d'évoluer en même temps que la prise en charge avec la redéfinition d'objectifs suivant une progression croissante et chronologique.

De plus, ces objectifs se doivent d'être facilement réalisables afin de ne pas mettre en échec le patient qui pourrait se montrer, par la suite, complètement démotivé, et mettrait en péril la survenue de résultats favorables dans la rééducation.

Le contrat de soins ne doit ni remplacer les réunions de synthèse en centre, ni les moments de discussion privilégiés soignant-soigné en cabinet libéral concernant l'évaluation de la prise en charge ainsi que son efficacité.

Il s'agit d'un outil de progression de la rééducation à réévaluer régulièrement sans pour autant remplacer l'appréciation des progrès par le kinésithérapeute.

La question de sa mise en place systématique peut se poser. Certains patients peuvent se montrer très motivés et investir la rééducation de façon satisfaisante. Dans ce cas, le contrat n'est utile qu'en tant que piqure de rappel lorsque cet enthousiasme diminue ponctuellement. Il peut donc n'être réalisé qu'au bout d'un certain temps, lorsque le sujet commence à se lasser de la rééducation de façon à concrétiser certains objectifs pouvant se montrer dynamisants pour le patient.

Pour matérialiser un contrat d'objectifs dans le but d'une évaluation future au CETD et en cabinet libéral, sa rédaction doit être réalisée en présence de tous les professionnels concernés soit : le kinésithérapeute et le médecin du CETD ainsi que les kinésithérapeutes libéraux afin que personne ne se sente laisser pour compte.

6. Conclusion

La prise en charge d'un patient lombalgique chronique est compliquée en raison de la présence de nombreux facteurs psycho-sociaux entretenant la chronicité. Il est donc important d'expliquer au patient que le maintien de ces facteurs a un impact délétère direct sur l'efficacité de la rééducation. De plus, afin d'obtenir des résultats favorables au niveau rééducatif, il est indispensable de le responsabiliser. Il doit s'engager à être acteur de sa rééducation et accepter de se prendre en charge. De ce fait l'adhésion de celui-ci au projet thérapeutique est recherchée.

Lors de l'examen kinésithérapique, le professionnel va diriger son interrogatoire de façon à connaître la dimension psycho-socio-professionnelle du patient afin de l'orienter, si nécessaire, dans un réseau pluridisciplinaire.

Le suivi rééducatif entre le CETD de Nantes et les cabinets libéraux semble largement insuffisant. L'augmentation de ces échanges est un souhait important des praticiens de ville afin d'améliorer leur pratique professionnelle. Pour matérialiser un engagement de la part du patient à investir la rééducation et obtenir une ébauche de suivi rééducatif, la réalisation d'un contrat d'objectifs tripartite individualisé peut répondre à ces deux finalités. La formalisation de ce contrat nécessite d'être amélioré puis évalué en cabinet libéral afin d'en connaître son bien-fondé. Une étude doit être réalisée avec le recueil du ressenti des kinésithérapeutes libéraux et des patients concernant sa pertinence, avant et après son instauration. Il en est de même au CETD de Nantes. Cependant, l'avenir est prometteur au regard de la mise en place et du maintien d'un contrat de soins à trois objectifs, dont l'efficacité semble avoir été démontrée.

Les échelles d'évaluation de la qualité de vie du patient seront des indicateurs importants pour l'évolution et l'adaptation du traitement kinésithérapique.

Références bibliographiques et autres sources

1. **(HAS), Haute autorité de Santé.** *Pirce en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune: modalités de prescription.* 2005.
2. *Lombalgie et travail: pour une stratégie consensuelle. Journée thématique de la Société Française de Médecine du travail organisée conjointement avec la Société Française de Rhumatologie.* **A. Chamoux, X. Phelip.** [éd.] Masson. 1, Paris : s.n., 2002, Archives des maladies professionnelles, Vol. 63, pp. 1-19.
3. **(HAS), Haute autorité de Santé.** *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique.* Décembre 2000.
4. *Lombalgie chronique commune.* **M. Morel-Fatio, P. Vassel.** 1520, 2002, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, Vol. 5.
5. **Blay, Grégoire Le.** Rachialgies: prise en charge en médecine physique et réadaptation. *Douleurs.* Septembre 2011, Vol. 12, 4, pp. 173-180.
6. **Maigne, JY.** *Le mal de dos, une prise en charge efficace.* s.l. : Masson, 2009.
7. **Dedieu, E.** Les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge de patients lombalgiques chroniques, lors d'un réentrainement à l'effort en groupe. Nantes : s.n., 2012.
8. *Lombalgie.fr, le site référence du mal de dos.* [En ligne] [Citation : 20 novembre 2012.] <http://www.lombalgie.fr/comprendre/chiffres/touche.htm>.
9. **Benoît, Grégoire.** Rééducation dynamique dans la lombalgie chronique. *Kinésithérapie Scientifique.* 2011, 523, pp. 41-49.
10. **Haumesser, Becker, Grosso-Lebon.** Aspects médicaux, sociaux et économiques de la prise en charge des lombalgiques chroniques. *amelie.fr.* [En ligne] [Citation : 17 novembre 2012.] <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/revue-medicale-de-l-assurance-maladie-2004-n-1/lombalgies-chroniques.php>.
11. **Berquin, A.** Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse.* 2010, 6, pp. 1511-1513.
12. **C. Nguyen, S. Poiraudau, M. Revel, A. Papelard.** Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. *revue du rhumatisme.* 2009, 76, pp. 537-542.
13. **Cedraschi, Christine.** Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie? qu'en est-il de l'anxiété et la dépression? Quelles peurs et quelles représentations représentent ces écueils? *Revue du rhumatisme.* 2011, 78, pp. 70-74.
14. *Revue bibliographiques du bilan-diagnostic kinésithérapique du lombalgique.* **P. Gouilli, M. Gross, JF. Muller.** 7, Paris : Masson, 2001, Annales de kinésithérapie, Vol. 28, pp. 301-332.

15. **D. Kupper, JP. Gallice, D. Rentsh, V. Barthassat, C. Cedraschi, S. Genevay.** Programme multidisciplinaire et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. *Kinésithérapie la revue*. 2012, 102, pp. 35-39.
16. **A. Jadaud, J. Nizard, Cl. Danglot, M. Fourneau, Y. Lajat.** Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de traitement de la douleur. *Douleur et analgésie*. 2003, 3, pp. 145-149.
17. **Estrade, JL.** Quoi de neuf depuis la conférence de consensus sur les lombalgies? *Kinésithérapie scientifique*. 2012, 536, pp. 63-66.
18. **Crépon, F.** Electrothérapie et physiothérapie de la lombalgie. *Kinésithérapie scientifique*. Elsevier-Masson, 2012, 536, pp. 17-23.
19. **F. Genêt, E. Lapeyre, A. Schnitzler, A. Hausseguy, A-C. d'Apolito, R. Lafaye de Michaux, E. Regain, M.Revel, S. Poiraudreau.** Evaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 2006, 49, pp. 226-233.
20. **F. Laroche, L. Jammet.** Thérapie cognitives et comportementales de la lombalgie chronique. *Revue du rhumatisme*. 2011, Vol. 78, S3, pp. 83-86.
21. L'empathie, l'alliance thérapeutique et leurs implications. [En ligne] [Citation : 3 décembre 2012.] psycho.univparis5.free.fr/expo/Empathie_etc.doc.
22. Multidisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité. [En ligne] [Citation : 22 janvier 2013.] <http://androgena.wordpress.com>.
23. **Am. Momsen, JO. Rasmussen, C. Vinther Nielsen, M. Daly Iversen, H. Lund.** Multidisciplinary team care in rehabilitation an overview of reviews. *Journal of Rehabilitation Medical*. 2012.
24. **B. Laurent, F. Boureau, I. Krakowski.** Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique rebelle. *Douleurs*. 2002, Vol. 3, 6, pp. 266-275.
25. **J. Nizard, AL. Comte, J. Glemarec, JM. Lanoiselé, L. paul, A. Lepeintre, E. Chauvigny, B. Robin, F. Chatelier, S. Raoul, JM.Nguyen, P. Lombrail, Y. Lajat, G. Potel, JP. Nguyen.** Efficacy at 24 month of an original care program: Multidisciplinary Pain Center followed by a Centre of physical Medecine and rehabilitation [...] for 33 refractory severely disabled low back pain patients. *Journal of Réhabilitation Medical*. En cours de publication.
26. Les CETD en France. *Insitut upsa de la douleur*. [En ligne] [Citation : 19 février 2013.] http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/tab_REGIONS_0107_2.pdf.
27. Code de déontologie Art. R 4321-80. *Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes*. [En ligne] [Citation : 15 janvier 2013.] <http://deontologie.ordremk.fr/>.
28. En savoir plus sur les réseaux de soins. *L'annuaire des réseaux de soins*. [En ligne] [Citation : 14 janvier 2013.] http://www.medcost.fr/asp/reseaux/savoir_plus.htm#création.
29. **D. Evenou, D. Pelca, H. Picard.** Evaluation d'un réseau de santé sur l'évolution des pratiques professionnelles. Une expérience, le Réseau bronchiolite Ile-de-France. *Recherches en kinésithérapie*. 2004, 2, pp. 69-77.

30. Code de déontologie Art R 4321-116. *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*. [En ligne] [Citation : 13 avril 2013.]
31. La démarche du réseau lombaction. *Santé et travail au coeur du Maine et Loire*. [En ligne] [Citation : 15 janvier 2013.] 23- <http://www.sante-travail.net/protocole-lombaction>.
32. Code de déontologie Art. R 4312-84. *Ordre des Masseurs- Kinésithérapeutes*. [En ligne] [Citation : 15 janvier 2013.] <http://deontologie.ordremk.fr/> .
33. **Chambon, X.** Le contrat de soins: une démarche originale de soins par objectifs pour les patients hémiplégiques. *Journal de réadaptation médicale*. 2006, Vol. 29, 2, pp. 71-76.
34. **Laot, Michel.** Pour une nouvelle définition de la relation thérapeutique en kiné. *Kinésithérapie scientifique*. 1995, 344, pp. 55-57.
35. **Y. Boschetti, C. Leclercq, S. arnoux, C. Brobecker, MC. Delacroix, C. Frieck.** Vous avez dit continuité des soins? *Médecine Palliative*. 2006, 5, pp. 78-81.
36. Réseaux de soins. *Réseau Virtuel*. [En ligne] [Citation : 16 janvier 2013.] Reseau-virtuel.org.

Annexe 1

Questionnaire :

1- Prenez-vous en charge, dans votre cabinet, des patients présentant une lombalgie chronique ?

☐ OUI

☐ NON

Si non, les questions qui suivent ne vous concernent pas, je vous remercie pour votre participation.

Si oui, combien de patients par semaine voyez-vous ?

Combien de fois par semaine les voyez-vous?

☐ 1 fois

☐ 2 fois

☐ 3 fois

☐ 4 fois

☐ plus de 4 fois

En moyenne, combien de séances de rééducation ont-ils ?

☐ moins de 10 séances

☐ Entre 10 et 20 séances

☐ Entre 20 et 30 séances

☐ Entre 30 et 40 séances

☐ Entre 40 et 50 séances

☐ Plus de 50 séances

Ajouter un commentaire :

2- Quelles techniques mettez-vous en place pour leur rééducation ?

3- Etes-vous toujours satisfait des résultats obtenus ?

☐ OUI

☐ NON

- 4- Si non, dans quelle proportion diriez-vous que vos objectifs ne sont pas atteints entre 0 et 100% ? (0% : vos objectifs sont toujours atteints, 100% : vos n'atteigniez jamais vos objectifs)

0 _____ 100

- 5- Quelles difficultés rencontrez-vous lors de cette prise en charge ? Lorsque vous n'obtenez pas les résultats attendus, que vous manque t-il pour traiter ces patients ?

- 6- Avez-vous déjà entendu parler du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) ?

☐ OUI

☐ NON

- 7- En connaissez-vous les principes et les modalités de prise en charge d'un patient douloureux chronique ?

☐ OUI

☐ NON

- 8- Si oui, pourriez-vous citer 3 techniques rééducatives pour diminuer la douleur et l'incapacité fonctionnelle des patients lombalgiques chroniques au sein d'un tel établissement ?

- 9- Selon vous, le suivi rééducatif en kinésithérapie libérale après cette hospitalisation est-il nécessaire? Motivez/justifiez votre réponse

10- Avez vs déjà eu l'expérience d'un tel suivi? Si oui, les échanges entre le CETD et la prise en charge libérale sont-ils suffisants ?

11- Comment ces échanges peuvent-ils être améliorés ?

12- Avez-vous une formation particulière (en plus de la formation initiale en école de masso-kinésithérapie) concernant la prise en charge de personnes lombalgiques ? Si oui, laquelle ? Si non, envisagez-vous une formation spécifique?

13- Pour finir, dans quelle commune de Loire-Atlantique exercez-vous ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Annexe 2

Contrat d'objectifs

Les professionnels du CETD :

Proposent des techniques antalgiques non médicamenteuses ☐

Effectuent des séances d'information au patient concernant :

- Les gestes de précaution ☐
- La gestion de l'effort ☐
- Le mécanisme de la douleur chronique ☐

Proposent des exercices rééducatifs adaptés au patient ☐

Proposent des exercices d'auto-rééducation pour autonomiser le patient ☐

Répètent les conseils, explications et modalités d'exécution des exercices jusqu'à ce que le patient les intègre ☐

Vérifient régulièrement l'exécution correcte des exercices donnés ☐

Encouragent le patient à reprendre confiance en lui en lui évitant les situations d'échec ☐

Le patient :

S'engage à être acteur de sa rééducation et :

Accepte ses douleurs et met en place des stratégies pour mieux vivre avec ☐

S'engage à faire les exercices d'auto-rééducation donnés par le CETD et le kinésithérapeute libéral de façon durable et régulière ☐

Applique les techniques antalgiques les plus efficaces apprises au CETD et auprès du kinésithérapeute libéral lorsque cela est nécessaire

Techniques : ☐

Reprenne une activité physique et/ou socialisante

Activité physique : ☐

Activité socialisante : ☐

S'engage à doser les efforts et les augmente progressivement en fonction des progrès réalisés ☐

Se fixe des objectifs de progression réalisables afin de ne pas se mettre en échec et perdre confiance en soi :

Objectif fonctionnel : ☐

Objectif professionnel/scolaire : ☐

Respecte les conseils d'hygiène de vie donnés par les professionnels de santé pour éviter la survenue et/ou l'augmentation des douleurs dans la journée ☐

Le kinésithérapeute libéral :

Met en place une rééducation majoritairement active de façon à favoriser l'autonomisation du patient ☐

Vérifie régulièrement l'exécution correcte des exercices d'auto-rééducation, les modifie et les adapte en fonction de l'évolution de la rééducation ☐

Encourage le patient à maintenir une activité physique régulière ☐
Activité physique :.....

Motive le patient afin qu'il reste acteur de sa rééducation ☐

Réévalue régulièrement les objectifs fixés dans le domaine de la rééducation mais aussi au niveau socio-professionnel ☐

Aide le patient dans la gestion de sa douleur en proposant des techniques antalgiques si nécessaire et adapte les stratégies non médicamenteuses mise en place par le patient ☐

Autres :.....

Signature du CETD :

Signature du patient :

Signature du kinésithérapeute libéral: