

Faculté de santé publique

L'activité physique comme stratégie thérapeutique du patient lombalgique chronique : quelles pratiques ?

Mémoire réalisé par
Gruson Gaëlle

Promoteur(s)
Professeur Claire Perrin
Professeur Isabelle Aujoulat

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'activité physique comme stratégie thérapeutique du patient lombalgique chronique : quelles pratiques ?

Mémoire réalisé par
Gruson Gaëlle

Promoteur(s)
Professeur Claire Perrin
Professeur Isabelle Aujoulat

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Tout d'abord, je souhaiterais exprimer tous mes remerciements à ma promotrice, Le Professeur Claire Perrin ainsi que ma co-promotrice, Le Professeur Isabelle Aujoulat qui ont pu m'apporter toute la guidance nécessaire tout au long de l'année pour la réalisation de mémoire. Je ne peux que les remercier pour leur soutien, leur disponibilité, leurs réflexions qui m'ont permis d'enrichir ce mémoire au fur et à mesure durant l'année scolaire.

Je tiens aussi à remercier tous les professionnels de santé qui ont eu la gentillesse de m'accorder un peu de leur temps pour la réalisation de ce mémoire.

Enfin, la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien précieux de mon compagnon, mes parents, mes amis et ma marraine à qui je dois énormément depuis le début de ce master.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Contents

1. INTRODUCTION	5
2. CADRE CONCEPTUEL	6
1.1. La lombalgie chronique commune.....	6
1.1.1. Cadre général et définition.....	6
1.1.2. Epidémiologie	7
1.1.3. Impact économique et conséquences	8
1.2. Recommandations de bonne pratique et pratiques professionnelles autour de la prise en charge de la lombalgie chronique	9
1.2.1. Contexte historique de la prise en charge de la lombalgie.....	9
1.2.2. Qu'entend-on par « recommandations de pratique clinique »	10
1.2.3. Prise en charge de la lombalgie chronique selon les recommandations actuelles.....	10
1.3. La pratique de l'activité physique au sein des pratiques professionnelles	17
1.3.1. L'inertie clinique.....	19
1.4. Question de recherche à traiter.....	20
3. METHODE.....	21
3.1. Choix de la méthode utilisée.....	21
3.2. Echantillon choisi.....	21
3.2.1. Stratégie d'échantillonnage.....	21
3.2.2. L'échantillon	22
3.3. Collecte de données	23
3.4. Analyse des données	24
3.5. Avis du comité d'éthique	25
4. RESULTATS.....	26
4.1. La signification de l'activité physique comme stratégie thérapeutique	26
4.1.1. Première interprétation de l'activité physique	27
4.1.2. Deuxième interprétation de l'activité physique	28
4.2. Typologie de pratique	29
4.2.1. Type de pratique davantage centré sur l'expertise du professionnel de santé.....	30
4.2.2. Type de pratique accordant une place importante au patient	32
4.3. Facteurs impliqués dans l'adoption d'un type de pratique par le professionnel de la santé .	36
4.3.1. Les croyances des professionnels de la santé.....	36
4.3.2. La question de la formation	36
4.3.3. La trajectoire personnelle du professionnel de la santé.....	38
4.3.4. Les caractéristiques personnelles du professionnel de la santé.....	39
4.3.5. Le type de patient.....	41
4.4. L'influence sociétale et environnementale.....	42

4.5.	Sentiment vécu par les professionnels de santé confrontés à cette prise en charge	43
4.5.1.	Sentiment positif	43
4.5.2.	Sentiment négatif	43
5.	DISCUSSION	46
5.1.	Synthèse des résultats de la recherche	46
5.1.1.	Identification d'éléments surprenants	49
5.2.	Interprétation des résultats obtenus	50
5.2.1.	La signification de l'activité physique par les praticiens	50
5.2.2.	Les types de pratique.....	51
5.2.3.	La notion de collaboration interprofessionnelle.....	53
5.3.	Perspectives de recherches futures.....	54
5.4.	Limites et réflexivité	56
6.	CONCLUSION	59
7.	BIBLIOGRAPHIE	61
8.	ANNEXES.....	71
8.1.	Guide d'entretien	71
8.2.	Complément réalisé au guide d'entretien.....	72
8.3.	Avis comité d'éthique	73
9.	RESUME	74

1. INTRODUCTION

De nos jours, la lombalgie chronique est une pathologie de plus en plus fréquente à travers le monde. Elle représente un impact économique majeur, lié à l'importance des arrêts de travail qui en résultent (Bouton et al, 2018). La littérature insiste sur le fait qu'il s'agit d'un véritable fléau actuel de société (Dufour et al, 2010 ; Hanney et al.2009). La prise en charge de cette pathologie a fortement évolué au cours de ces dernières décennies (Nijs et al, 2013). Un changement majeur dans la prise en charge de la lombalgie a été d'inclure l'activité physique comme stratégie thérapeutique à part entière (Cinangura&Oppert.2009). Toutefois, une enquête récente réalisée en France, en 2017, révèle que « **33% des médecins généralistes considèrent le repos comme étant le meilleur remède contre la lombalgie** » (Études BVA (2017), citées par : Programme de sensibilisation pour la lombalgie, 2017, p.14). Il s'agit d'une donnée assez étonnante.

Il est important de préciser que nous avons choisi d'approfondir cette thématique dans le cadre de notre mémoire car nous avons vécu personnellement un épisode de lombalgie chronique. Notre prise en charge a été assurée à la fois par notre médecin traitant et par un spécialiste de médecine physique. D'un côté, notre médecin traitant nous recommandait le repos et l'arrêt provisoire de nos activités sportives tandis que le spécialiste préconisait la poursuite de notre pratique sportive. En tant que patient il est difficile d'y voir clair. Nous nous sommes donc posés diverses questions : quelles sont les raisons pour lesquelles les professionnels de santé ne recommandent pas toujours l'activité physique comme stratégie thérapeutique ? Qu'est ce qui explique ces divergences de point de vue ? Qu'en aurait-il été si nous avions été sédentaires ?

Une revue de littérature va permettre de bien comprendre la pathologie ainsi que les concepts associés permettant ainsi d'identifier le cheminement qui a été réalisé pour arriver à la question de recherche suivante : « **Comment les professionnels de la santé procèdent-ils pour prendre la décision la plus adaptée en matière d'activité physique pour le patient lombalgique chronique dans un cadre de prise en charge aussi complexe ?** »

La partie empirique de ce travail va permettre, à l'aide d'entretiens réalisés auprès de divers professionnels de santé, de comprendre leurs pratiques quotidiennes afin de pouvoir comprendre les éléments qui se jouent dans ce cadre.

2. CADRE CONCEPTUEL

Ce cadre théorique présente une revue de littérature en lien avec les différents concepts de ce mémoire.

Dans le cadre de ce travail, notre attention sera focalisée sur les différents professionnels de la santé gravitant autour de la prise en charge du patient lombalgique chronique.

Cette partie théorique du travail vise notamment à présenter la pathologie, identifier en quoi elle représente une problématique de santé publique et susciter divers questionnements. Quelles sont les recommandations de bonne pratique pour le traitement de cette pathologie ? Les pratiques professionnelles encadrant la prise en charge du patient lombalgique chronique sont-elles en adéquation avec ces recommandations ? Quelle est la place de l'activité physique dans le cadre de la prise en charge de cette pathologie ? C'est sur base de l'ensemble des réponses apportées par la littérature que la question de recherche pourra être identifiée.

Attardons-nous à présent à mieux comprendre la pathologie et les enjeux qui y sont liés.

1.1. La lombalgie chronique commune

1.1.1. Cadre général et définition

À l'heure d'aujourd'hui, notre société vit une véritable transition épidémiologique caractérisée par un accroissement majeur des maladies chroniques (Bourdillon & Grimaldi, 2016). Ce phénomène peut être expliqué en majeure partie par « les comportements de santé » (Aujoulat I. 2018, para2).

Woolf & Pfleger (2003, p.652) définissent la lombalgie comme étant « une douleur localisée sous la ligne de la 12ème côte et au-dessus de la partie inférieure du pli interfessier, s'accompagnant ou non de douleur dans les jambes. Les lombalgies peuvent être classifiées en deux parties : spécifiques ou non spécifiques ». La lombalgie non spécifique habituellement nommée, « commune », représente la grande partie des situations. Le caractère « commun » de la lombalgie est caractérisé par « une forme de lombalgie ne

disposant pas de cause identifiable » (Henchoz, 2011, p.612). Dans la suite de ce travail, nous nous intéresserons à cette forme de lombalgie.

Dupeyron et al, (2011, p.327) rapportent un certain nombre de facteurs, les « drapeaux jaunes », impliqués dans le processus de passage à chronicité de la lombalgie comme notamment « l'anxiété, la dépression, les stratégies de coping inadaptées ».

Dans la littérature, il existe quelques discordances quant à la durée pour passer du stade aigu au stade chronique de la lombalgie. En effet, Ladeira (2011, p.195) signale que certaines recommandations suggèrent « une durée de 6 semaines tandis que pour d'autres, il s'agit de 12 semaines ». Il est important de spécifier que le passage du stade aigu à chronique est fortement influencé par « des croyances, des représentations erronées par rapport à la maladie » (Dupeyron et al, 2011, p.327). Notons que ces croyances peuvent se situer tant du côté des patients que du côté des professionnels de santé (Foltz & Alliot-Launois, 2009). De plus, Berquin (2010, p.1512) insiste sur le fait que « les facteurs psychosociaux sont de meilleurs prédicteurs du risque de passage à chronicité que les facteurs biologiques ou biomécaniques ».

1.1.2. Epidémiologie

L'organisation mondiale de la santé (2003, para 6.) affirme que « près de 80 % des individus seront touchés à un moment ou à un autre de leur vie ». En outre, l'organisation mondiale de la santé affirme que « les lombalgies affectent l'ensemble de la population de tous les âges, il s'agit d'une raison fréquente de consultation médicale. En 2010, l'étude de la charge mondiale de morbidité (GBD) révèle que la lombalgie se situe parmi le top 10 des maladies qui comptent le plus grand nombre de DALYs à travers le monde » (OMS., 2013, p.1). Hartvigsen et al, (2018, p.2356) rapportent dans leur étude que « les années vécues avec une invalidité causée par la lombalgie ont augmenté de près de 54% entre 1990 et 2015, principalement en raison de l'augmentation de la population et du vieillissement de celle-ci ».

Foltz, (2014, p.686) signale que cette thématique « est un problème de santé publique majeur dans les pays européens, avec une prévalence sur la vie entière de 84 % et une prévalence à un temps donné estimé entre 12 et 33 % ».

L'étude menée par Poiraudeau et al (2007, p.419), indique qu'il s'agit de « la deuxième cause d'invalidité après les maladies cardiovasculaires. Dans les pays industrialisés, les lombalgies sont la cause la plus fréquente d'incapacité et d'arrêt de travail. »

L'enquête de santé réalisée par Van Der Heyden (2013, p.143) pour l'Institut de Santé Publique en Belgique révèle que « 20,8% de la population de 15 ans et plus déclare avoir souffert de problèmes au niveau du dos au cours des douze mois qui ont précédé l'interview. Il est important de noter que la prévalence est déjà relativement élevée (14,9%) chez les jeunes entre 25 et 34 ans ».

1.1.3. Impact économique et conséquences

Il est à noter que la première pathologie à l'origine d'invalidité chez les personnes de moins de 45 ans n'est autre que la lombalgie chronique. Notons également que les dépenses concernant cette affection se font de plus en plus ressentir parmi les pays les plus prospères (Roure & Foltz, 2013). Cherin & De Jaeger (2011, p.137), signalent que la lombalgie représente « la deuxième cause de consultation chez le médecin et la troisième cause de demande d'invalidité ».

Selon Delepine et al. (2018, p.8), en France, cette pathologie représente à elle seule « 20% des accidents de travail et près de 7% des maladies professionnelles ».

Plusieurs études rapportent que l'impact économique de la lombalgie est très important. En effet pour Oliveira et al, (2018, p.2792), il ressort que « les coûts totaux de la lombalgie sont estimés à près de 3.5 milliards d'euros aux Pays-Bas, 17.4 milliards d'euros en Allemagne ».

Freburger (2009), cité par Hayden et al, (2012, p.2) soutient l'idée selon laquelle « la prévalence et les coûts liés à la lombalgie chronique seront en augmentation ».

Un rapport de la KCE nous apporte quelques éclaircissements quant à la problématique en Belgique. En effet, il ressort que « les coûts liés à la prise en charge de la lombalgie chronique en Belgique pourraient être aussi élevés que 1.6 milliard d'euros» (Nielens et al., 2006, p.120).

Etant donné l'impact économique engendré par la prise en charge de la lombalgie chronique, intéressons-nous à présent aux recommandations de prise en charge apportées par la littérature pour ensuite analyser les pratiques des professionnels de terrain.

1.2. Recommandations de bonne pratique et pratiques professionnelles autour de la prise en charge de la lombalgie chronique

La première partie de ce chapitre aborde la question du traitement de la lombalgie chronique telle que décrite dans les recommandations cliniques. Un bref aperçu historique est réalisé pour ensuite, s'intéresser aux stratégies thérapeutiques ce qui va permettre, dans un second temps de resituer la prise de décision clinique.

1.2.1. Contexte historique de la prise en charge de la lombalgie

L'article d'Allan & Waddell (1989) présente un bel état de l'art de la lombalgie et de sa prise en charge au cours de l'histoire. Nous en avons extrait quelques éléments clés.

Cet article expose le fait que le phénomène de « la lombalgie a existé de tous temps » (Allan & Waddell, 1989, p.1). En effet, déjà durant l'antiquité, l'analyse des textes d'époque montre que « la notion de lombalgie était discutée dans certains contextes de maladie » (Allan & Waddell, 1989, p.1).

Le repos au lit comme traitement de la lombalgie date de l'époque du 19^{ème} siècle et émane des orthopédistes. Les auteurs exposent le fait que « la prise en charge de la lombalgie a été largement dominée par les orthopédistes prônant ce traitement » (Allan & Waddell, 1989, p.17).

Dans le courant du 19^{ème} siècle, les médecins comprennent que « la lombalgie a comme origine un trouble au niveau de la colonne vertébrale et que la pathologie est liée à une blessure » (Allan & Waddell, 1989, p.17). À la fin du 19^{ème} siècle, les médecins voient apparaître le caractère chronique de la lombalgie. C'est à cette époque que l'on comprend que « toute la stratégie de prise en charge du patient lombalgique, basée sur le repos au lit, était négative » (Allan & Waddell, 1989, p.15). Dans le monde, le nombre de plus en plus

important de patients lombalgiques, « a fait apparaître une nouvelle approche appelée « Ecole du dos » » (Masquelier, 1991, p.127). Nous y reviendrons dans la suite de ce travail.

Après avoir redéfini le contexte historique de la prise en charge de la lombalgie chronique, intéressons-nous aux recommandations actuelles de prise en charge.

1.2.2. Qu'entend-on par « recommandations de pratique clinique »

Rousset (2010, p. 261) définit les recommandations de pratique clinique comme étant : « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques déterminées ». Cette définition nous semble intéressante étant donné qu'elle mentionne bien la notion de « propositions ». Néanmoins, ce concept sous-entend généralement un caractère normatif.

1.2.3. Prise en charge de la lombalgie chronique selon les recommandations actuelles

L'analyse de la littérature a montré l'existence de nombreux guidelines, tant en Belgique qu'à l'échelle mondiale « qui entourent la prise en charge de la lombalgie chronique ». On retrouve la « KCE » en Belgique, la « NICE » au Royaume Uni, « l'Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain » au Canada et « L'American College of Physicians and the American Pain Society » aux Etats-Unis (O'Connell et al, 2016, p.969).

La prise en charge thérapeutique de la lombalgie chronique a considérablement évolué au cours du temps. Autrefois, le traitement de la lombalgie chronique reposait sur le modèle biomédical. De nos jours, le gold-standard est basé sur un modèle biopsychosocial. En effet, il faut considérer le problème dans sa globalité (Nijs et al, 2013). Il convient de tenir compte « des difficultés psychologiques, un contexte professionnel difficile et un faible soutien familial et social » qui sont autant de facteurs à prendre en considération dans le contexte d'une lombalgie chronique (Bouton C. et al.2018.p.29). En effet, la douleur ressentie par le patient peut être identifiée comme étant l'expression d'un mal-être plus global. On saisit donc bien toute l'importance d'encourager le patient « à s'exprimer sur les difficultés qu'il pourrait rencontrer dans le cadre familial, social ou professionnel » (Bouton et al, 2018, pp.31-32). Hartvigsen et al. (2018, p.2356) insistent sur le fait que la lombalgie chronique « représente une pathologie complexe comprenant de multiples facteurs impliqués à la fois dans la douleur

et dans le handicap incluant à la fois des facteurs psychologiques, de facteurs sociaux, des facteurs biophysiques, des comorbidités et des mécanismes de traitement de la douleur ».

Après avoir établi les prémisses générales de la stratégie thérapeutique du patient lombalgique chronique, il est important de nous attarder plus spécifiquement sur les diverses formes de traitements.

1.2.3.1. Les traitements pharmacologiques

L'analyse de la littérature met en évidence plusieurs catégories de médicaments préconisés dans le cadre de la lombalgie chronique. On retrouve d'abord les « analgésiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens ». Ensuite, il existe les « antidépresseurs et les myorelaxants ». Néanmoins, il ressort que ces familles de médicaments ne semblent pas véritablement efficaces (Bouton et al, 2018, pp.32-33). En effet, ils permettent notamment d'agir sur le symptôme de la douleur, sans pour autant traiter la cause initiale sous-jacente de la lombalgie chronique (Lemaire, 2014).

1.2.3.2. Les traitements non pharmacologiques

À l'heure actuelle, la littérature insiste sur l'importance des « interventions non médicamenteuses » dans le cadre de la lombalgie chronique (Ninot, 2017, para 9).

On y retrouve la kinésithérapie qui se doit, « d'encourager la mobilité du patient ainsi que la réalisation d'exercices d'intensité modérée, de proposer un renforcement musculaire ciblé ainsi que des exercices de proprioception » (Bouton et al, 2018, p.32). Van Loon et al. (2003, p.216) ajoutent différents éléments caractéristiques du traitement de la lombalgie propres au kinésithérapeute, à savoir : « la diminution de la douleur, la détente musculaire, l'éducation gestuelle et posturale, l'apprentissage de la manutention de charges et le fait d'aider le patient à retrouver confiance en ses possibilités ». Ninot (2017. Para 21) mentionne les effets bénéfiques du yoga « qui favorisent la pleine conscience et le lien entre le corps et l'esprit ». Barry et al. (2014, p.140) évoquent le fait que « l'acupuncture pourrait offrir un complément intéressant dans le cadre d'une prise en charge plus globale de la maladie en particulier lorsque la médecine traditionnelle n'est pas en mesure d'apporter un soulagement satisfaisant aux patients. » Furlan et al. (2005, Para 7) rapportent dans un article que l'acupuncture « peut être un complément utile à d'autres thérapies dans le cadre du traitement des lombalgies chroniques ». Oltean et al. (2014, p.4) ont également montré que « quatre médicaments à base

de plantes peuvent à court terme réduire la douleur dans la lombalgie aiguë et chronique ». Néanmoins ces auteurs insistent sur le fait que des études « de plus grandes envergures sont nécessaires pour tester encore l'efficacité de ces interventions » (Oltean et al. 2014, p.4). Le traitement ostéopathique est également mentionné à de nombreuses reprises dans la littérature. En effet, il ressort que ce type de stratégie « est associé à des mesures significatives et cliniquement pertinentes pour la guérison de la lombalgie chronique. Réaliser un essai avec l'ostéopathie peut être utile avant de progresser vers d'autres interventions plus coûteuses ou invasives dans la prise en charge médicale de ces patients » (Licciardone et al. 2016, p. 144). Stephan (2014, p. 295) insiste dans son étude pour dire que les médecines alternatives « font aussi bien, voire mieux en soulageant la douleur et la fonction des lombalgies chroniques (...) et à un coût nettement moindre ». Pour cet auteur, il serait pertinent d'inclure « ces médecines dans le panel de soins de santé » (Stephan, 2014, p. 295).

Pour Bouton et al, (2018, p.32) « les ceintures lombaires peuvent être utilisées mais les données ne semblent pas pouvoir affirmer l'efficacité de cette intervention ». Les thérapies cognitivo-comportementales semblent intéressantes « pour encourager le patient à devenir lui-même acteur du traitement de sa pathologie » (Bouton et al, 2018, p.32). Chassot P. et al. (2006, pp.9-10) précisent également que l'importance de ces thérapies réside dans le fait « d'aider les participants à mieux gérer leurs douleurs et leurs conséquences négatives. »

La place de l'éducation thérapeutique trouve ici toute son importance dans le cadre de la prévention tertiaire de la maladie (Foltz & Alliot-Launois, 2009). Comme le signalent Foltz et al. (2013, p.174), l'éducation thérapeutique est destinée à « autonomiser les patients, modifier leurs croyances, adapter la prise en charge de la douleur, les rassurer pour les aider à se remettre en activité aussi bien physiquement que professionnellement et socialement. »

Nino (2013, p.8) précise que l'activité physique chez le patient lombalgique chronique est une recommandation centrale du traitement. En réalité, la promotion de l'activité physique peut également être assimilée à de la prévention primaire. L'activité physique permet notamment « une amélioration de la santé mentale, une réduction des effets secondaires au traitement, une meilleure appropriation de la maladie et une réduction du coût des soins ». Ninot (2017, para 5) mentionne également dans son article l'intérêt pour « le patient de se mouvoir ». Toutefois, l'auteur émet une réserve et insiste sur la nécessité de le faire prudemment. L'auteur stipule qu'il est capital de « définir la dose, l'intensité et la fréquence

des interventions non médicamenteuses pour chaque patient afin d'obtenir des résultats satisfaisants » (Ninot. 2017, para 12)

L'ensemble de ces « thérapies non médicamenteuses » doit être suggéré par le médecin traitant en fonction de la situation du patient qu'il connaît. Néanmoins, il convient également de considérer l'avis du patient pour la prise de décision finale (Ninot, 2017, para 9).

Pour terminer, nous pouvons citer les propos de Baer et al. (2010, p.35) précisant que « les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques visent surtout à accroître la capacité fonctionnelle mais aussi à améliorer la qualité de vie du patient ».

Il est également important de signaler que le médecin généraliste n'est pas le seul médecin à pouvoir assurer la prise en charge du patient lombalgique. En effet, celui-ci peut également faire appel à des médecins spécialistes pour le seconder dans cette tâche complexe.

Le traitement chirurgical n'est pas véritablement indiqué pour la lombalgie chronique à l'exception de situations de « lomboradiculalgies déficitaires ou hyperalgiques ou invalidantes » (Bouton et al, 2018, p.32).

1.2.3.3. Les professionnels de la santé

Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi de nous intéresser aux professionnels de santé concernés par la prise en charge de la lombalgie chronique. Mais qu'entend-on par professionnels de santé ? L'INAMI définit le terme « professionnel de santé » comme étant « des dispensateurs de soins individuels faisant des prestations dans le cadre de l'assurance soins de santé : médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, ... » (INAMI, 2014, para 1). À travers cette définition, nous nous rendons compte qu'il existe une multitude de professionnels de santé.

Nous avons donc choisi de porter notre attention sur les quatre catégories de professionnels les plus concernés par la problématique de la lombalgie chronique, à savoir : le médecin généraliste, le médecin spécialisé en médecine physique, le kinésithérapeute et l'ostéopathe.

1.2.3.4. L'école du dos

Les premières écoles du dos « ont vu le jour en Suède durant les années 1970. C'est une kinésithérapeute suédoise, Zachrisson – Forsell », qui est à l'origine de ce concept (Masquelier, 1991, p.127). Par la suite, les Etats-Unis et le Canada s'y sont également intéressés pour le développer dans leur pays respectif. Ces trois modèles d'école du dos ne sont pas tous identiques. Toutefois, « l'enseignement des notions élémentaires d'anatomie, de biomécanique et de physiologie du rachis sont communs aux trois écoles » (Masquelier, 1991, p.128).

Les écoles du dos ont plusieurs objectifs. Il s'agit d'abord d'« associer le patient, dans la prise en charge de ses souffrances et de lui permettre de devenir acteur de sa santé » (Chaib et al, 2018, p.33). Cela consiste ensuite à « diminuer la douleur et prévenir les récurrences des lombalgies chroniques » (De Bolle et al, 2016, p.214). Le concept des écoles du dos est composé « d'un programme qui consiste en une série de séances de groupe associant une éducation théorique et des exercices physiques » (De Bolle et al, 2016, p.214).

En Belgique, il existe des écoles du dos dans de nombreux hôpitaux belges. Néanmoins, l'analyse de la littérature montre quelques discordances quant à l'efficacité de cette intervention. En effet, Tavaifian et al. (2007, p.6) affirment que « l'école du dos est une intervention efficace pouvant jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie des patients lombalgiques chroniques (...) ». Toutefois, Dupeyron et al (2011, p.327) précisent qu'il n'existe « aucune preuve démontrant l'efficacité de cette intervention ».

1.2.3.5. La prise en charge du déconditionnement physique à l'effort

Comme le signale Nino (2013, p.3), la répercussion majeure engendrée par « la maladie chronique est caractérisée par le syndrome de déconditionnement physique ». Selon Henchoz (2011), ce syndrome est en étroite corrélation avec les croyances de peur et d'évitement du patient. En effet, c'est au départ « le catastrophisme qui interprète la douleur comme très menaçante et provoque ainsi une peur excessive face à cette douleur ». C'est ensuite les phénomènes « d'évitement envers les activités supposées augmenter la douleur » qui conduisent à l'inactivité physique. C'est cette sédentarité qui entraîne à plus long terme un « syndrome de déconditionnement physique à l'effort » (Henchoz, 2011, p.613).

Comme le signalent Poiraudeau et al. (2007, p.420), « ce syndrome survient après 4 à 6 mois d'inactivité ». Il peut être défini comme suit : « intolérance à la pratique de l'activité physique avec une réduction progressive des habilités fonctionnelles » (Hanney et al, 2009, p.65). Il est à noter que ce syndrome peut avoir des conséquences désastreuses « en matière de qualité de vie et d'isolement socio-professionnel » (Roure & Foltz, 2013, p.8). De plus, il existe également diverses conséquences physiques parmi lesquelles on retrouve notamment « une réduction de la force et de l'endurance et une perte de masse musculaire » (Dupeyron et al, 2014, p.22). Notons également que le syndrome de déconditionnement physique à l'effort joue un rôle majeur dans « l'entretien de la douleur lombaire ainsi que dans la poursuite de l'intolérance aux activités physiques, conduisant à des limitations fonctionnelles affectant la qualité de vie » (Dupeyron et al, 2014, p.21).

La littérature scientifique traitant des recommandations de prise en charge est très dense. Bouton et al. (2018, p.29) mentionnent le fait que « les médecins généralistes éprouvent souvent de la frustration face à ce type de prise en charge. Certains rapportent cette frustration à leurs doutes concernant l'efficacité de la prise en charge. D'autres évoquent aussi des recommandations parfois inadaptées à la situation individuelle de leurs patients ». Comme nous venons de le voir, la prise en charge du patient lombalgique chronique est complexe pour les différents professionnels de la santé. De plus, la situation de chaque patient est différente et diverses recommandations et pratiques de terrain existent. Toutefois, à travers ce cadre complexe de prise en charge, la pratique de l'activité physique, comme approche thérapeutique, est centrale. Dès lors, il semble légitime de s'interroger sur la question suivante : « Comment les professionnels de la santé s'en sortent-ils pour prendre une décision adaptée au patient ? ». Dans ce cadre, nous avons choisi de nous focaliser sur la pratique de l'activité physique comme moyen thérapeutique en situation de lombalgie chronique après avoir abordé la question de la prise de décision clinique.

1.2.3.6. Prise de décision clinique

La société française de médecine générale précise qu'il est important pour le médecin « de prendre en considération différents éléments afin de pouvoir prendre la décision la plus appropriée possible ». En effet, le médecin généraliste se doit de tenir compte « des facteurs de risque, des recommandations médicales, du contexte environnemental et des déterminants du patient et ceux du médecin » (Société française de médecine générale, 2019, para 1).

Lorsque le médecin est face à un patient, il doit « tenir compte des caractéristiques et des souhaits propres au patient » (Reach, 2012, p.13). Le médecin peut donc réaliser ses choix thérapeutiques en fonction « des représentations, des préférences et des attentes du patient dans le cadre d'une décision partagée » (Bouton et al, 2018, p.33). La prise de décision par le praticien dépend donc de nombreux facteurs.

1.3. La pratique de l'activité physique au sein des pratiques professionnelles

Nous avons mentionné précédemment l'état actuel des connaissances en matière de traitement de la lombalgie chronique tel que précisé dans les lignes de conduite. Néanmoins, l'analyse de la littérature montre que l'observance aux recommandations n'est pas optimale (Mesner et al, 2016). Par ailleurs, Vergnenègre, (2003, p.926) précise que « les recommandations ne peuvent pas être appliquées de façon systématique dans certains cas particuliers ». En effet, Rousset, (2010, p.263) notifie qu'il est nécessaire pour « tout professionnel de la santé de prendre un certain recul face aux recommandations. » Les recommandations de pratique clinique « constituent davantage un outil permettant de faciliter la prise de décision par le professionnel de la santé » (Rousset, 2010, p.263). Par ailleurs, « la qualité des recommandations de pratique clinique est très variable ; certaines recommandations peuvent même être contradictoires » (Herzig et al, 2012, p.1050).

Scott et al. (2010, p.392) rapportent dans leur étude qu' « il existe clairement un écart entre savoir et savoir-faire chez les praticiens de première ligne pour ce qui est du diagnostic et du traitement des lombalgies ». Un rapport KCE réalisé par Benahmed et al. (2017, p.12) met en évidence le fait que « les médecins expriment diverses raisons de ne pas utiliser les recommandations ». On retrouve notamment le fait « qu'ils sont au courant de l'évidence via des congrès et la littérature médicale, qu'ils préfèrent se fier à l'expérience de leurs collègues ou de leurs supérieurs ». De plus, les médecins précisent que « les situations évoquées dans les lignes de conduite ne correspondent pas aux situations de pratique clinique » (Benahmed et al, 2017, p.12). Bouton et al (2018, p.29) mentionnent également le fait que les médecins de premières lignes « évoquent le fait que des recommandations sont parfois inadaptées à la situation individuelle de leurs patients ».

En France, en 2017, l'étude BVA (2017) réalisé par l'assurance maladie met en évidence le fait que près de « 33 % des médecins généralistes considèrent le repos comme étant le meilleur remède contre la lombalgie » (Études BVA (2017) citées par Programme de sensibilisation sur la lombalgie, 2017, p.14). Pour Coudeyre et al. (2006, p .335) « un nombre considérable de médecins généralistes français pensent que les activités physiques peuvent être nuisibles dans le cadre de la lombalgie et devraient être évitées».

Face à ces deux constats, il semble légitime de nous poser la question du pourquoi.

Darlow et al. (2012, p.15) affirment que « les croyances de santé et les attitudes des professionnels sont étroitement associées à l'approche clinique qu'ils prendront pour la prise en charge du patient ».

L'étude menée par Darlow et al. (2012, p.5-10) concernant différents professionnels de santé (« médecins traitants, kinésithérapeutes, rhumatologues et orthopédistes ») présente des conclusions intéressantes. Cette étude précise que « les professionnels de santé orientés vers le modèle biomédical, ou présentant un haut niveau de croyances de peur et évitement sont plus susceptibles de conseiller au patient de limiter les activités physiques et de recommander le repos au lit » (Darlow et al, 2012, p.10 ; Hanney W J. et al, 2016, p.64). L'étude de Darlow et al. (2012, p.10) mentionne également que « les professionnels de santé orientés vers un modèle biomédical ou présentant un niveau élevé de croyances de peur et évitement sont moins susceptibles d'adhérer aux recommandations en matière du traitement de la lombalgie ». Mais comment pouvons-nous évaluer le niveau de croyances de peur et d'évitement ? La littérature rapporte l'existence de « nombreux outils d'évaluation » (Moran et al, 2017, p.44). On retrouve notamment le « Fear avoidance beliefs tool », la « Tampa scale of kinesiophobia for health care providers » et le « Back pain attitudes questionnaire ». Le « Back pain attitudes questionnaire » apparaît comme étant le plus pertinent étant donné « qu'il a été développé pour mesurer les propres croyances du professionnel de santé plutôt que leurs croyances à propos de leurs patients lombalgiques » (Moran et al, 2017, p.47). Ces échelles permettent de cerner les attitudes des professionnels de santé et ainsi également expliquer en partie l'existence d'un écart entre les recommandations de pratique clinique et les pratiques professionnelles.

Il est possible de nous rendre compte combien les pratiques professionnelles peinent à appliquer les recommandations de bonne pratique. De plus, nous constatons qu'il n'existe pas de réel consensus permettant aux professionnels de santé de prendre une décision clinique en matière de prise en charge de la lombalgie chronique.

En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, la prise de décision est influencée par de nombreux facteurs parmi lesquels se retrouvent notamment : « les connaissances et les représentations des professionnels de santé » (Bouton et al, 2018, p.33). Mais que signifie le concept de « représentation sociale » ? Berjot & Delelis (2014, p.180) précisent dans leur ouvrage que les représentations sociales constituent « une manière de voir localement,

temporairement, partagée par une communauté qui permet l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et guide l'action liée à lui. » Différents auteurs ont proposé au fil du temps diverses théories concernant les représentations sociales. La notion d'« ancrage psychosociologique » proposée par Doise (1992) apparaît comme étant pertinente dans le cadre de notre étude (Deschamps & Moliner, 2012, p.142). La notion d'ancrage est « un processus impliqué dans la constitution de la représentation sociale » (Kalampalikis, 2009, p.20). En effet ce processus s'intéresse à « tisser des liens de parenté entre les significations nouvelles issues de la sphère sociale et le réservoir des connaissances déjà existantes, culturellement disponibles et accessibles » (Kalampalikis, 2009, p.20). Il s'agit d'un processus qui se met en place très tôt durant l'enfance et qui exerce une influence considérable sur l'individu à l'âge adulte (Aujoulat, 2018). On comprend donc bien comment les représentations des professionnels de la santé exercent une influence sur la prise de décision finale en matière de traitement.

Etant donné les éléments mentionnés concernant le suivi des recommandations en matière d'activité physique en situation de lombalgie chronique, une explication du concept d'inertie clinique s'impose. De plus, il convient de spécifier si le concept d'« inertie clinique » est véritablement indiqué dans le cadre de ce mémoire.

1.3.1. L'inertie clinique

L'inertie clinique est définie comme étant « l'absence de mise en œuvre d'un traitement ou de son intensification jusqu'à ce que l'objectif soit atteint (...) pouvant représenter un obstacle majeur à une prise en charge efficace des maladies chroniques » (Reach, 2012, p.2). L'auteur précise qu'il convient de distinguer du concept d'« inertie clinique » la notion d'« inaction appropriée » consistant à « ne pas appliquer une recommandation de bonne pratique dans l'intérêt du patient. (Reach, 2012, p.10). Comme le signale l'Evidence Based Medicine cité par Reach (2012, p.10) « le médecin doit toujours donner la priorité à son jugement clinique ». Reach (2012, p.10) précise qu'il arrive fréquemment que le médecin « ait raison de ne pas appliquer les recommandations ».

Reach (2012, p.16) souligne le fait que l'inertie clinique permet de rendre compte « d'une contradiction entre la logique des recommandations cliniques et la logique du médecin ».

Scheen & Giet. (2010. p.233) mettent en évidence différents éléments impliqués dans la survenue du concept d'inertie clinique. Ceux-ci peuvent être liés « au médecin, au patient et au système de soins ». Nous allons ici cibler les facteurs qui se rapportent au médecin parmi lesquels on retrouve : « une surestimation des soins prodigués concomitamment à une sous-estimation du risque encouru, une mise en avant de raisons peu pertinentes pour ne pas intensifier le traitement et enfin un manque d'éducation, d'entraînement pratique centré sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques » Scheen & Giet (2010, p.233). Dans son ouvrage, Reach (2012) mentionne encore d'autres facteurs comme « les demandes compétitives où le médecin est confronté à divers problèmes intercurrents (...), le médecin peut avoir une mauvaise appréciation de la situation réelle du patient (...), les caractéristiques inhérentes au médecin peuvent également expliquer le phénomène d'inertie clinique » (Reach, 2012, p.30-32 ; Reach, 2012, p.9).

Pour finir, Reach (2012) précise qu'il convient de remplir cinq conditions pour réellement parler d'inertie clinique. Toutefois, dans la situation étudiée dans le cadre de ce mémoire, ces conditions ne sont pas toutes remplies. Il n'est donc pas approprié de parler d'inertie clinique dans notre cas.

1.4. Question de recherche à traiter

Grâce à l'ensemble de cette revue de littérature, la question de recherche suivante semble pertinente à traiter : « **Comment les professionnels de la santé procèdent-ils pour prendre la décision la plus adaptée en matière d'activité physique pour leur patient lombalgique chronique dans un cadre de prise en charge aussi complexe ?** »

3. METHODE

Ce cadre conceptuel nous a permis de constater qu'il existe différentes pratiques cliniques de terrain visant à encourager l'activité physique en situation de lombalgie chronique. En effet, dans la première partie de ce travail, nous avons pu saisir toute la complexité d'une telle prise en charge. Ainsi, il semble pertinent de comprendre le point de vue, les représentations des professionnels de la santé à partir de leurs pratiques pour comprendre comment les praticiens de soins procèdent quotidiennement pour prendre la décision la plus adaptée possible pour le patient lombalgique chronique en matière d'activité physique.

3.1. Choix de la méthode utilisée

Dans le cadre de ce mémoire, la méthode choisie porte sur une analyse qualitative. Cette méthode d'analyse trouve ici toute son importance en cherchant « à comprendre la complexité de la situation » (Aujoulat, 2016, para 8). C'est grâce à l'analyse des différents entretiens que diverses hypothèses vont émerger (Aujoulat, 2016). En effet, comme le signalent Paillé & Mucchielli (2010, p.9) l'analyse qualitative « vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences plutôt que la mesure de variables à l'aide de procédés mathématiques ». Kohn & Christianes. (2014, p.80) précisent que l'analyse qualitative s'intéresse davantage « aux perceptions, aux représentations et aux expériences des différents intervenants. » De plus, pour ces auteurs les méthodes qualitatives réalisent « souvent l'éclairage nécessaire à une compréhension complète d'une problématique dont certains aspects ne peuvent être appréhendés au moyen de techniques quantitatives. »

3.2. Échantillon choisi

3.2.1. Stratégie d'échantillonnage

La population cible est constituée de différents professionnels de la santé (médecin généraliste, médecin spécialiste de médecine physique, kinésithérapeute et ostéopathe). Le choix s'est porté sur ces catégories de professionnels étant donné qu'ils sont tous étroitement impliqués à la prise en charge du patient lombalgique chronique. L'ensemble des professionnels de la santé interviewés exercent leur activité professionnelle en région Wallonie-Bruxelles, en intra et en extrahospitalier.

Il convient de préciser les modalités de contacts avec les professionnels de la santé. Au départ, nous avons choisi de rencontrer notre médecin traitant avec laquelle nous entretenons une relation privilégiée. L'objet de notre mémoire ainsi que la question de recherche lui ont été expliqués. Nous avons ensuite fixé un rendez-vous. Puis, c'est sur base de ses recommandations que nous avons eu l'occasion de prendre contacts par e-mail avec d'autres médecins spécialisés et kinésithérapeutes. L'échantillon identifié dans le cadre de ce mémoire est donc au départ un échantillon de convenance. Par la suite, les différents professionnels de la santé ont recommandé un ou plusieurs autres confrères à auditionner. C'est ainsi que l'échantillon a ensuite été constitué en « chaîne ».

L'ensemble de l'échantillon ne doit pas être fixé dès le départ de l'étude (Aujoulat, 2016). Le cadre de cette recherche est qualifié d'exploratoire. En effet, onze entretiens ont pu être menés, ce qui a permis de mettre en évidence un certain nombre de caractéristiques. Néanmoins, nous ne pouvons pas véritablement parler du principe de « saturation » après seulement onze entretiens réalisés. L'échantillon est dit définitif lorsqu'il n'y a plus de « nouveaux éléments qui émergent des entretiens ». (Aujoulat, 2016, para 4).

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- professionnels de la santé diplômés
- langue usuelle : le français

3.2.2. L'échantillon

Dans le cadre de ce mémoire, onze entretiens ont été menés. On y retrouve six médecins généralistes (dont trois médecins du sport), deux kinésithérapeutes, une ostéopathe et deux spécialistes de médecine physique. On retrouve trois hommes et huit femmes. L'âge des professionnels de la santé se situe entre 31 et 76 ans.

Trois professionnels de la santé ont refusé de participer aux entretiens. Il s'agit de deux médecins généralistes et d'une kinésithérapeute. Deux raisons majeures justifient leurs choix : le manque de temps et le fait de « se trouver trop vieux pour participer à cela, je ne vais pas vous parler de choses datant d'il y a longtemps... » Un des médecins généralistes ayant refusé de participer à l'entretien nous a guidée vers deux autres confrères qui selon lui « seront plus aptes à vous répondre ».

3.3. Collecte de données

Notre choix s'est porté vers la réalisation d'entretiens semi-directifs. En effet, il semble important de laisser la personne interviewée s'exprimer pleinement malgré la présence d'un « encadrement posé par le mémorant ». (Aujoulat I, 2016. Para 9).

Le guide d'entretien a été élaboré en fonction des différents objectifs de recherche :

- Comprendre comment le professionnel de la santé aborde la question de l'activité physique et quelles sont les recommandations fournies au patient.
- Décrire les pratiques des professionnels de santé se rapportant à l'activité physique comme stratégie thérapeutique.
- Comprendre comment le professionnel de la santé se situe par rapport à cette prise en charge liée à l'activité physique.

Une première ébauche du guide d'entretien a d'abord été réalisée. Toutefois, d'importantes modifications ont été effectuées grâce aux remarques des promotrices. De plus, une fois la version finale établie, le guide d'entretien a été soumis pour avis à deux personnes extérieures à la situation afin de recueillir leurs impressions quant à la formulation et compréhension des questions. Le guide d'entretien complet se trouve en annexe de ce travail (annexe 1).

Durant la réalisation des entretiens, de nombreuses questions de relances ont été formulées. Celles-ci ont notamment pour but d'approfondir diverses notions évoquées par la personne interviewée (Aujoulat, 2016). Ces questions de relance sont des outils précieux qui nous renseignent sur le « comment » de notre sujet d'étude.

La rencontre avec les différents professionnels de la santé s'est toujours déroulée au cabinet médical privé de ceux-ci ou à l'hôpital pour les médecins spécialisés. Les entretiens réalisés ont duré en moyenne 30 minutes. Nous nous sommes rendu compte que différents éléments pertinents émergeaient de nos entretiens. Néanmoins, il nous a semblé pertinent d'apporter quelques ajustements à notre guide d'entretien. Celui-ci a donc fait l'objet de certains remaniements et c'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'à nouveau rencontrer sept professionnels de la santé de notre échantillon afin d'enrichir les entretiens initiaux. Les quatre derniers entretiens réalisés ont pu être réalisés en une seule fois étant donné que le guide d'entretien a pu être ajusté entre-temps. Tous les professionnels de la santé interviewés

se sont montrés enthousiastes et très disponibles lors des entretiens. Le guide d'entretien ajusté dans un second temps figure également en annexe de ce travail (annexe 2).

Les entretiens sont retranscrits dans leur intégralité par nos soins en garantissant l'anonymat à la personne interviewée en version électronique. Le fait de retranscrire nous-même les entretiens nous a permis de rapidement nous approprier les données collectées.

En fin d'entretien, diverses questions descriptives de l'échantillon ont été posées aux participants afin de recueillir des données telles que l'âge, la profession et le sexe.

3.4. Analyse des données

Dans le cadre de ce mémoire, l'analyse des données est réalisée selon une analyse thématique continue. En effet, comme le signalent Paillé & Mucchielli (2010, p.161) « ce type d'analyse est un outil précieux pour une première expérience de recherche », ce qui correspond à notre cas. De plus, ce type d'analyse est privilégié afin d'« identifier et prendre en considération les thèmes au fur et à mesure de l'analyse des données » (Aujoulat, 2016, para 18). C'est véritablement cette approche que nous avons privilégiée dans le cadre de ce mémoire où « les thèmes émergent au fur et à mesure de l'analyse » (Aujoulat, 2016, para 25). La démarche itérative a été privilégiée pour l'analyse des entretiens. En effet, deux d'entre eux ont été réalisés pour ensuite les analyser avant d'en débiter d'autres. Cette démarche permet de rebondir sur les propos recueillis en amont durant les entretiens futurs (Aujoulat I, 2016). Avant de procéder à l'analyse des entretiens, de nombreuses lectures de ceux-ci ont été réalisées. Pour chacune des interviews, nous avons mis en évidence les différentes thématiques. Ensuite, ces thèmes ont pu être réorganisés, regroupés, fusionnés. Ce qui a permis davantage de clarté dans l'ensemble des thématiques. Nous avons également procédé à une analyse de tous les thèmes identifiés pour chaque praticien interviewé (Paillé & Mucchielli. 2010 ; Aujoulat. 2016)

À noter qu'en analyse qualitative « les résultats obtenus de l'analyse des données ne sont pas généralisables à la population. Toutefois, ils sont reproductibles à un échantillon qui aurait des caractéristiques similaires » (Aujoulat, 2016, para.7)

Il est également important de mentionner qu'un journal de bord a été utilisé. Celui-ci a permis de spécifier le contexte de la rencontre ainsi que nos premières impressions à la fin de la rencontre. De plus, nous y avons mentionné également divers moments importants survenus au cours de l'entretien tout en nous interrogeant par rapport aux éléments discutés. Cette démarche a également permis de progressivement construire notre analyse des données.

Il est important de spécifier que la partie « méthode » de ce travail a régulièrement été mise à jour tout au long de la réalisation de ce mémoire.

3.5. Avis du comité d'éthique

L'avis du comité d'éthique des Cliniques Universitaires Saint-Luc a été sollicité afin de vérifier si un dossier devait être introduit dans le cadre de la réalisation de ce mémoire.

La réponse du comité nous a été transmise mentionnant le fait qu'il n'était pas nécessaire d'introduire un dossier complet au comité d'éthique. En effet, dans le cadre de ce mémoire, seuls des professionnels de la santé sont interviewés. La réponse précise et complète de la commission d'éthique se trouve en annexe de ce mémoire (annexe 3)

4. RESULTATS

Dans cette partie, nous allons dresser le résultat de l'analyse des différents entretiens qui ont été menés auprès de onze professionnels de la santé dont six médecins généralistes (trois hommes et trois femmes), une ostéopathe, deux kinésithérapeutes et deux spécialistes de médecine physique (deux femmes). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 45 ans. Ces différents praticiens appartiennent aux secteurs intra et extrahospitaliers.

Au départ, nous nous sommes penchés sur l'importance donnée à la signification de l'activité physique comme stratégie thérapeutique par les professionnels de santé. Ensuite, nous avons choisi de présenter les deux grands courants de pratique ayant émergés suite à l'analyse des entretiens. Puis, nous avons examiné les différents facteurs susceptibles d'orienter le praticien de santé dans le premier ou le deuxième type de pratique. Pour terminer, nous nous sommes intéressés au rôle joué par la société dans laquelle nous vivons comme étant un facteur favorisant ou entravant la pratique d'une activité physique. Nous nous sommes également intéressés au ressenti éprouvé par les professionnels de santé pour assurer la prise en charge du patient lombalgique chronique.

Notons que certaines abréviations sont utilisées dans la suite de l'analyse afin de bien identifier les différents interlocuteurs : G (le mémorant), M (médecin), MS (médecin généraliste spécialisé en médecine du sport), MSP (médecin spécialisé en médecine physique), K (kinésithérapeute) et O (ostéopathe).

4.1. La signification de l'activité physique comme stratégie thérapeutique

L'analyse des différents entretiens met en évidence le fait que la signification donnée à l'activité physique comme stratégie thérapeutique diffère entre les différents praticiens. Notons que pour l'ensemble de l'échantillon l'activité physique dispose d'une place centrale.

4.1.1. Première interprétation de l'activité physique

Quatre professionnels de santé de notre échantillon ont tendance à distinguer la prise en charge du corps et celle de l'esprit. Il s'agit de deux unités complètement distinctes. Ces différents praticiens ne semblent pas exprimer les mêmes raisons concernant « le sens » apporté par l'activité physique pour les patients lombalgiques chroniques.

G : Et selon vous, est-ce que l'activité physique a le même sens pour un patient présentant une lombalgie chronique sur trouble mécanique ou émotionnel ?

*O6 : En tous les cas oui je vais d'office la conseiller dans les deux cas mais **pas pour les mêmes raisons**. Si c'est mécanique, d'office c'est dans l'idée de **renforcer les muscles profonds**(...) Si c'est une lombalgie où la composante émotionnelle est importante, je vais plus conseiller le sport mais pour les bienfaits qu'il procure au niveau hormonal notamment par la sécrétion d'endorphines qui permet de ressentir une **sensation de bien-être**.*

*K8 : Oui et non, quand c'est émotionnel l'activité physique va clairement faire du bien mais c'est plus faire du bien mentalement (...). Ce n'est **pas le même type d'activité** que je recommande dans les deux cas. Quand c'est émotionnel, c'est plus s'aérer l'esprit, se **détendre**, essayer la pleine conscience qui travaille la respiration et l'esprit (...). Quand c'est mécanique c'est plus bouger correctement, c'est bouger pour soulager le dos et faire des **exercices pour soulager le dos**...*

Pour ces professionnels de santé (à savoir deux médecins généralistes, une kinésithérapeute et une ostéopathe), il est important que le patient puisse réaliser des exercices physiques selon les recommandations du thérapeute. En effet, les professionnels de la santé expliquent présenter divers exercices que le patient peut « refaire à domicile » au sens strict. Ici, les praticiens s'intéressent à l'effet immédiat de l'activité physique mais n'évoquent jamais la nécessité du développement durable. L'activité physique est ici perçue comme une stratégie thérapeutique à part entière. Dans ce cadre, ils considèrent que le patient doit pouvoir s'investir lui-même dans sa prise en charge sans pour autant l'accompagner dans une démarche à plus long terme.

Afin d'illustrer ces propos, voici quelques extraits d'entretiens réalisés.

G : Quelles recommandations donnez-vous au patient lombalgique chronique et pourquoi recommandez-vous cela ?

*M1 : c'est surtout des exercices (...) Il y a quelques exercices que je leur **explique** déjà, j'avais d'ailleurs une petite brochure avec toute une série d'exercices. Ils retournent avec ça chez eux et ils vont avec chez le kiné pour que le kiné puissent corriger (...) mais c'est vraiment le rôle du kiné ça. Je pense que **c'est plus le kiné qui doit faire passer le message**, moi j'essaie de faire aussi passer le message mais s'ils sont réfractaires ce n'est pas si facile. De toute façon, on a quand même bien les pieds sur terre hein, **on sait bien qu'ils vont faire ça pendant un petit temps puis jusqu'à la fois suivante ou ils auront à nouveau mal** et puis là ils vont se dire le docteur avait raison, et je recommence quoi...*

*M11 : Je recommande des sports en décharge comme par exemple de la natation le dos crawlé en priorité. Le vélo c'est bien aussi cool zen sur des routes bien lisses, pas de VTT car il y a beaucoup d'impact. **J'insiste pour que les patients le fassent tous les jours jusqu'à amélioration des symptômes**.*

4.1.2. Deuxième interprétation de l'activité physique

Les autres professionnels de l'échantillon insistent sur l'importance de considérer ensemble les deux dimensions dans la prise en charge, à savoir le corps et l'esprit. L'activité physique dispose également d'une place centrale dans la prise en charge du patient lombalgique chronique pour ces praticiens.

G : À quelles formes de lombalgies chroniques êtes-vous confronté. Selon vous est-ce que l'activité physique a le même sens si vous êtes confronté à une lombalgie « mécanique » ou « émotionnelle » ?

*MS4 : Je pense que oui il y a des problèmes mécaniques mais ce qu'on nous apprend c'est que **si ça bloque à un endroit, c'est pas pour rien**...il y a une explication si un patient se bloque à tel ou tel endroit, il y a toujours du mécanique mais il y a aussi toujours une manière de voir les choses car finalement **tout va ensemble et tout devient beaucoup plus logique**.*

*K5 : Que ce soit mécanique ou psychologique c'est pareil, on a peut-être de **manière émotionnelle des zones qui sont du coup fermées**, quand on a des **émotions on peut avoir des tensions** au niveau du ventre, un nœud et sans s'en rendre compte on ne respire jamais à cet endroit-là...Mon travail c'est vraiment de **faire en sorte que ça circule tout partout** (...) **En agissant sur le corps, on agit sur le psychique** et pas seulement par les mots...*

Parmi ces professionnels de santé, la question du sens donné à l'activité physique est centrale. Ces différents acteurs de la santé mentionnent le fait d'accorder une place importante au développement durable de l'activité physique dans leur prise en charge afin de permettre au patient de ne pas retomber dans les travers de la lombalgie. Dans ce cadre, cette manière d'appréhender le développement durable de l'activité physique permet de conduire le patient à une réelle transformation de son mode de vie.

Un des médecins généralistes insiste sur une condition nécessaire au patient pour poursuivre une activité physique durablement dans le temps :

*MS3 : Pour moi, ce qui est important c'est que le patient **comprenne comment le sport peut faire en sorte qu'il aille mieux** (...) **Si le patient comprend les bienfaits pour lui, il le fait**.*

D'autres professionnels de la santé présentent diverses stratégies pouvant permettre au patient d'ancrer durablement la pratique de l'activité physique dans le temps.

G : Et vous à votre niveau, qu'est-ce que vous pourriez imaginer comme dispositif pour que le patient s'engage dans une pratique durable de l'activité physique ?

*MS2 : **L'effet de groupe** crée une sorte d'émulation, du coup ça les encourage à continuer. Chez les patients plus âgés, j'ai pu remarquer que **l'effet social** aidait beaucoup aussi (...) Des patients qui n'avaient quasiment plus de contacts sociaux et qui ont renoué des contacts à cette occasion au cours de marches organisées pour les aînés par la ville. Chez les gens plus jeunes je pense que **des applications ludiques** pourraient les stimuler également un peu comme un jeu vidéo.*

*MS3 : J'ai en tête un groupe de 2-3 patients qui se sont mis à faire ensemble du vélo alors qu'avant ils ne faisaient rien du tout comme sport. Ils se sont **stimulés mutuellement**. Donc ça c'est super, je pense que la **dimension « plaisir »** est importante pour poursuivre quelque chose. (...) J'étais allé voir un service d'école du dos à l'hôpital et j'entendais les gens dire « **j'ai encore mal mais on s'amuse bien...** » Les patients finalement ne se rendent pas compte mais ils travaillent en s'amusant. (...) Ce qu'il y a aussi c'est **l'entourage du patient**, je connais un patient dont la compagne est bien plus jeune et c'est incroyable comment elle arrive à le dynamiser. C'est parfois par ce biais qu'on arrive à faire bouger le patient.*

*MSP10 : Il ne faut pas que le patient doive faire des exercices dans le cadre d'un devoir de santé... Y a déjà tellement de choses qu'on doit faire sans y prendre plaisir. Pour moi **c'est ça qui est central, c'est que le patient prenne du plaisir et c'est le meilleur moyen de devenir accro***

Nous constatons donc que les professionnels de santé donnent une signification différente à l'activité physique en tant que stratégie thérapeutique.

Attardons-nous à présent à identifier les différents types de pratique identifiés dans les différents entretiens réalisés.

4.2. Typologie de pratique

À travers l'analyse des entretiens, nous nous sommes rendu compte que tous les professionnels de la santé rencontrés disent s'adapter au patient qu'ils prennent en charge. Néanmoins, nous avons pu identifier deux types de pratique distincts.

En effet, il existe d'une part, les professionnels de la santé orientés vers une certaine forme de protection du territoire médical, et ce notamment pour les médecins. Globalement c'est le thérapeute qui dispose de l'expertise.

D'autre part, il existe d'autres professionnels de la santé qui axent leur travail autour d'un modèle plus global de prise en charge où le patient dispose d'une plus grande place dans les décisions prises.

Ces deux profils semblent structurer les orientations de traitements possibles en matière d'activité physique pour la lombalgie chronique.

4.2.1. Type de pratique davantage centré sur l'expertise du professionnel de santé

Parmi les onze entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, quatre professionnels de la santé figurent dans ce type de pratique. On retrouve notamment deux médecins généralistes, une ostéopathe et une kinésithérapeute, soit un homme et trois femmes. La moyenne d'âge des professionnels présents dans ce type de pratique est de 45.25 ans.

Différents éléments permettent de caractériser ce type de pratique :

- Ces professionnels de santé accordent une grande importance à l'explication et à l'information au patient lombalgique chronique.
- Les praticiens de santé tendent à séparer la dimension mécanique de la dimension émotionnelle de la lombalgie chronique dans leur prise en charge.

*MI : Bon voilà comme on disait tantôt il y a souvent une grande part d'émotionnel donc voilà **il faut que le patient gère ça à sa façon***

G : À quels types de lombalgie chronique êtes-vous confrontée dans votre pratique quotidienne ?

*O6 : Je dirai que c'est le plus **souvent mécanique**. Après au niveau du **traitement oui c'est tout à fait la même chose** entre une lombalgie purement émotionnelle ou mécanique. Après moi je fais une différence pour l'après (...) Pour une lombalgie d'origine mécanique, je les oriente préférentiellement vers des kinés pour renforcer les muscles profonds notamment. Si c'est une lombalgie plus psychosomatique, je les oriente vers une kinésiologue préférentiellement.*

- Tous les professionnels de la santé rencontrés s'accordent pour dire que la relation de collaboration avec d'autres professionnels de la santé est centrale dans la prise en charge de la lombalgie chronique.

Pour un des médecins interviewés, la relation de collaboration avec les autres professionnels de la santé est ici centrée sur une collaboration avec des professionnels de santé paramédicaux ou médicaux au sens strict.

G : Et justement un patient fortement atteint par de l'émotionnel, ça vous arrive de le référer vers un psychologue par exemple.

*MI : Non pas vraiment non, je ne l'ai jamais fait en tous les cas, le meilleur psychothérapeute c'est le kiné par le contact manuel un peu comme les infirmières quoi. Cela **ne me dit trop rien les psychologues, je n'y crois pas trop(...)** Je suis aussi **beaucoup plus prudent avec les ostéopathes (...)***

Les professionnels paramédicaux collaborent différemment en fonction du type de lombalgie.

*O6 : Après moi je fais une **différence pour l'après**, c'est-à-dire, une fois que moi je les ai pris en charge. Pour une **lombalgie d'origine mécanique**, je les oriente **préférentiellement vers des kinés** pour renforcer les muscles profonds notamment. Si c'est une **lombalgie plus psychosomatique**, je les oriente vers une **kinésologue***

- Tous les médecins interviewés dans le cadre de cette étude précisent la place centrale du kinésithérapeute avec qui la collaboration est systématique.

Dans ce type de pratique, le kinésithérapeute est davantage perçu comme la personne de référence pour assurer la thérapeutique de l'activité physique avec le patient. Le rôle du médecin en matière d'activité physique est davantage de l'ordre de l'information au patient.

G : Comment abordez-vous le sujet de la pratique de l'activité physique ?

*M1 : Il y a quelques **exercices que je leur explique déjà**, j'avais d'ailleurs une **petite brochure** avec toute une série d'exercices. Ils retournent avec ça chez eux **et ils vont avec chez le kiné** pour que le kiné puisse corriger (...) Je travaille beaucoup avec les kinés et j'aborde le sujet en parlant du kiné (...). **C'est aussi le kiné qui doit faire son boulot. Moi à mon niveau j'agis en prescrivant les antalgiques si nécessaire, je prescris les séances de kiné**, je leur explique des petits exercices simples qu'ils peuvent faire pour rester actifs... Je pense que **c'est plus le kiné qui doit faire passer le message**.*

L'autre médecin interviewé insiste énormément sur le fait que le kinésithérapeute est un maillon indispensable à cette prise en charge. Elle précise que lors d'une formation suivie sur la lombalgie chronique, le kinésithérapeute disposait d'une place capitale en tant que formateur des médecins généralistes.

M11 : Pendant cette journée on a fait des ateliers ou kinés et médecins étaient mêlés (...) Au cours de cette journée c'était vraiment les kinés qui ont présenté aux médecins comment bien prescrire une prescription de kiné chez le patient lombalgique chronique.

Dans ce type de pratique, les professionnels de santé tendent à vouloir amener le patient à suivre leurs recommandations en matière d'activité physique comme en témoigne l'extrait ci-dessous.

*K8 : si le patient ne veut pas s'y mettre ça ne sert à rien de venir chez moi. (...) c'est le **patient qui doit**... Je ne peux pas le faire à sa place, je **laisse toujours un fascicule avec les exercices que je propose pour qu'il puisse les refaire à la maison**.*

« Il faut », « Le patient doit » sont des expressions survenues fréquemment lors des entretiens (M1-K8).

4.2.2. Type de pratique accordant une place importante au patient

Les sept autres professionnels de la santé interrogés s'orientent davantage vers ce type de pratique. Nous retrouvons donc les deux spécialistes de médecine physique, une kinésithérapeute et quatre médecins généralistes, ce qui correspond à cinq femmes et deux hommes. La moyenne d'âge de cet échantillon est de 44.8 ans.

Nous allons à présent identifier les différentes caractéristiques de ce type de pratique selon l'analyse de ces entretiens.

Ces praticiens s'accordent pour dire qu'ils expliquent également au patient un certain nombre d'exercices physiques au cours de la consultation. Néanmoins, ces professionnels de santé veillent à encourager le patient à trouver lui-même les solutions qui lui correspondent. L'activité physique fait davantage l'objet d'une analyse fine auprès du patient. En effet, selon plusieurs professionnels, il est important de prendre en considération les rapports que le patient entretient avec l'activité physique. Voici deux extraits pouvant illustrer ces propos.

G : Quelles recommandations donnez-vous au patient lombalgique chronique et pourquoi recommandez-vous cela ?

*MSP10 : C'est vraiment au cas par cas. Je suis très souvent confrontée à des patients qui n'ont jamais fait de sport et qui ont comme argument « avant je n'avais pas mal donc je ne vois pas pourquoi je devrais faire du sport » Ils ne comprennent souvent pas pourquoi le fait de se mettre au sport va impacter sur leur douleur. Après c'est vraiment parfois compliqué de leur faire comprendre... **il faut essayer de comprendre pourquoi ils ne font pas de sport ou alors comprendre quelle relation ils ont au sport**, elle peut être bonne ou mauvaise et ça peut parfois expliquer certains comportements.*

*M9 : je cherche toujours à comprendre ses **motivations** à ne pas faire de sport et ce qui le motiverait par contre à en faire.*

Les professionnels de la santé considèrent ici ensemble la dimension émotionnelle et la dimension mécanique de la lombalgie chronique dans leur prise en charge. Il s'agit d'un élément central de ce type de pratique.

Plusieurs professionnels de cet échantillon ont mentionné plusieurs éléments clés de la philosophie de l'éducation thérapeutique du patient. On retrouve notamment :

- La démarche éducative en collaboration avec le patient qui apparaît comme étant centrale

G : Quelles recommandations donnez-vous au patient lombalgique chronique et pourquoi recommandez-vous cela ?

*MSP7 : Avant de recommander je fais toujours une **démarche plus éducative** qui vise à évaluer **ce que le patient comprend** de son problème et de voir aussi dans quelles mesures **il a des croyances qui sont adéquates par rapport à la lombalgie**. Très souvent on retrouve les croyances de peur et évitement, c'est la croyance que le dos est extrêmement fragile et qu'il faut réduire ses activités pour protéger le dos (...) **Mettre ou remettre un patient en mouvement sans avoir travaillé sur ces croyances ce n'est pas nécessairement évident.***

- L'importance de la construction du projet de soins en partenariat avec le patient lombalgique chronique.

G : Comment faites-vous quand vous êtes confrontés à un patient qui « bute » finalement contre votre approche thérapeutique ?

*MSP7 : Idéalement, le projet thérapeutique **se décide avec le patient**, si on l'a élaboré ensemble il y a peut-être moins de chances qu'il y ait des résistances. Comme je disais au départ, l'éducation qu'on met en place au début avec le patient est centrale (...)*

*K5 : en général je demande toujours à la personne « **qu'attendez-vous de moi** », c'est au patient de me dire ce qu'il attend, y a des patients qui me disent « oh moi j'ai besoin qu'on me masse... » bah voilà j'ai ma voie d'entrée avec le patient (...) En faisant mon anamnèse j'essaye toujours de **comprendre par où le patient est passé, ce qu'il aime ou pas, ...** Ça me donne aussi une voie. **Je n'ai jamais le cas de patients très réfractaires car je pars toujours d'eux (...)***

- Le respect du choix du patient même si celui-ci ne semble pas être le meilleur pour sa santé est également une dimension centrale en éducation thérapeutique.

*MSP7 : Après je me souviens aussi d'un patient assez incroyable chez qui rien ne correspondait alors qu'on avait vraiment mis en place toute une stratégie éducative (...), je me suis dit « bah il faut aussi que je respecte cela quoi... » et dans ce cas-là on **accompagne** le patient (...) pour qu'il puisse **avoir un lieu où il peut être entendu** et on ne vise pas plus haut que ça quoi*

De par l'ensemble des éléments mentionnés précédemment, nous pouvons dire que le patient fait partie intégrante du processus décisionnel dans le cadre de sa prise en charge.

La notion de « test », d'expérimentation apparaît à plusieurs reprises dans le discours de trois professionnels de la santé. Toutefois, cette notion n'a pas la même signification dans les trois cas. La kinésithérapeute ainsi que la spécialiste de médecine physique perçoivent la notion d'expérimentation comme le résultat d'une discussion avec le patient concernant le fait de se mouvoir. Le seul risque étant que ce test ne soit pas concluant pour le patient. Pour le médecin généraliste, la phase de test semble, par contre, être perçue comme étant le début d'une pratique durable de l'activité physique par le patient.

G : **Avez-vous déjà été confronté justement à un patient complètement réfractaire à l'idée de se mouvoir ?**

*MS3 : Vous savez, les patients ont toujours de bonnes raisons de ne pas faire ce que vous leur dites de faire. Ce que je remarque c'est **qu'une fois qu'ils ont testé quelque chose, ils sont contents de le faire**, le démarrage est souvent difficile*

*MSP7 : Idéalement, le projet thérapeutique se décide avec le patient, si on l'a élaboré ensemble il y a peut-être moins de chances qu'il y ait des résistances. Comme je disais au départ, l'éducation qu'on met en place au début avec le patient est centrale (...) L'éducation du patient c'est vraiment un processus très long. **Après ça m'arrive aussi de dire au patient, « je vois bien que vous n'êtes pas convaincu mais est-ce que vous êtes quand même d'accord d'essayer ? »***

Un autre élément caractéristique de ce type de pratique est représenté par l'ouverture à d'autres approches pouvant exercer une influence sur la pratique de l'activité physique. Ces professionnels de la santé peuvent envisager de référer leurs patients vers d'autres approches moins conventionnelles telles que l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, ou encore vers un psychologue. Les raisons évoquées par les professionnels de santé sont multiples. A noter que pour ces praticiens, il est nécessaire que le patient soit favorable à ces thérapies avant de les lui proposer.

G : Que pensez-vous des médecines alternatives dans le cadre d'une lombalgie chronique ?

*MS2 : L'**homéopathie** moi je l'utilise assez régulièrement dans le cadre de la médecine du sport (...) et dans le cadre d'une lombalgie car il y a souvent des petits bobos qui y répondent très bien et puis **il y a aussi un côté « psychologique » intéressant** avec l'homéopathie pour essayer de ne pas nuire et je me rends compte que les gens en sont satisfaits. L'**acupuncture**, je ne la préconise pas en première intention, si je n'obtiens pas de résultat avec l'approche conventionnelle habituelle (...) pourquoi ne pas l'essayer. En tant que médecin on veut faire en sorte de soulager le patient (...) J'ai déjà pu constater de bons résultats au niveau de la **gestion de la douleur pour des patients lombalgiques chroniques. Après bien sûr il faut que le patient y adhère aussi ...***

*MS4 : Je vois énormément de patients pour des **lombalgies** dans le cadre de la médecine du sport et j'essaie toujours, à part dans du vraiment traumatique, de **fonctionner avec de l'homéopathie** (...) Beaucoup de médecins ont beaucoup de mal à comprendre le principe de l'homéo qui est de **rééquilibrer les gens de manière globale.***

*MS3 : Je suis convaincu des bienfaits de l'acupuncture, j'ai plusieurs patients chez qui ça a donné de très bons résultats surtout au niveau de la douleur. Moi j'aime bien parce que bien souvent **une fois qu'ils n'ont plus mal, ils sont aussi plus ouverts pour bouger en fait.***

Tous les médecins de ce deuxième type de pratique envisagent de collaborer avec d'autres professionnels de la santé comme le psychologue par exemple ou des médecines parallèles.

- Les différents médecins favorables aux médecines alternatives expriment divers motifs qui leur ont permis d'y adhérer. Nous retrouvons notamment l'expérience personnelle ou professionnelle ainsi qu'une certaine ouverture d'esprit de la part du professionnel de la santé.

G : Pensez-vous que votre approche thérapeutique est liée à votre profession ?

*MS3 : En tant que médecin je pense **qu'on ne fonctionne pas tous de la même façon.** Je suis quelqu'un qui croit en « tout ce qui est à côté » comme l'ostéopathie, l'acupuncture et ça par contre tous les médecins n'y croient pas.*

M9 : je suis tout à fait pour les médecines parallèles en général, les patients lombalgiques chroniques ça m'est déjà arrivé de référer vers des acupuncteurs ou des kinésithérapeutes. Après bien sûr il faut que le

patient y adhère aussi ... J'ai toujours été assez ouverte à ce genre de pratique (...)mais je pense qu'il ne faut pas s'enfermer dans une médecine traditionnelle et de toute façon les gens aussi vont voir ailleurs donc ... En tant que médecin on est obligé de s'y intéresser sinon à un moment donné, on perd quelque chose.

- Nous remarquons néanmoins que les spécialistes de médecines physiques y ont peu recours étant donné leur méconnaissance du domaine sans pour autant y être totalement fermées.

G : Ou'est ce que vous pensez des médecines parallèles qui peuvent aider les patients lombalgiques chroniques dans un quelconque domaine que ce soit ?

MSP7 : On ne peut pas globaliser... Dans les médecines parallèles il y a vraiment la question de la preuve scientifique (...). En acuponcture il y a quand même quelques études intéressantes et dans les centres de la douleur, l'acuponcture commence à faire sa place de même que l'hypnose. Dans les deux cas on a quand même des études qui sont de qualité correcte et donc encourageantes même si on n'a pas de preuves certaines(...) mais c'est vraiment un domaine que je connais mal...

- Dans ce type de pratique, les professionnels de santé paramédicaux ne semblent pas collaborer différemment en fonction du type de lombalgie.

La collaboration de ces médecins avec le kinésithérapeute revêt davantage d'importance au niveau de la dimension éducative à l'égard du patient.

MS2 : je précise sur ma prescription de kiné l'importance de l'éducation, c'est bien d'avoir x séances de kiné, x fois par semaine mais il faut que le patient comprenne la prévention qu'il pourra mettre en place pour ne plus que cela se reproduise.

MSP10 : le kiné devra proposer un cadre très contenant et des exercices très progressifs en aidant le patient à prendre conscience du décalage entre ses anticipations « je vais me casser complet » et ce qu'il observe.

Notons toutefois que deux médecins ont déjà été confrontés à des désaccords avec des médecins du travail.

G : Avez-vous déjà été confronté à un médecin qui n'a pas la même vision que vous en matière d'activité physique pour un patient lombalgique chronique ?

MSP10 : Oui vraiment souvent, en matière d'activité physique oui et aussi en matière d'activité professionnelle de reprise de travail quoi... On a souvent des difficultés, j'ai parfois l'impression que tel patient pourrait retourner au travail et le médecin généraliste et le médecin du travail pensent l'inverse et inversement... Je me souviens d'une patiente aide-soignante qui était demandeuse de retourner au travail donc je l'ai accompagnée, mon idée était de la faire reprendre à mi-temps mais le médecin du travail a refusé.

M11 : Je trouve que la médecine du travail c'est bien mais pas encore assez pointilleux.

Attardons-nous à présent à présenter les différents facteurs pouvant influencer le type de pratique utilisé par le praticien de soins.

4.3. Facteurs impliqués dans l'adoption d'un type de pratique par le professionnel de la santé

4.3.1. Les croyances des professionnels de la santé

À travers l'analyse des entretiens réalisés, l'influence des croyances des professionnels de la santé apparaît comme étant un facteur important pouvant influencer les pratiques professionnelles. Seul un professionnel de la santé affirme que les croyances ne sont pas susceptibles d'influer sur la stratégie thérapeutique du praticien.

Toutefois, il est important de spécifier que dans notre échantillon, nous n'avons pas été confrontés à des professionnels de la santé présentant des croyances négatives à l'égard de l'activité physique dans le cadre du traitement de la lombalgie chronique. Les différents praticiens interviewés font systématiquement référence à diverses pratiques observées auprès de divers confrères. Voici deux extraits illustrant cela.

G : La littérature évoque souvent le fait que les patients présentent des croyances de peur mais que les professionnels peuvent également en avoir qu'en pensez-vous?

MS3 : Moi je n'y crois pas, enfin j'espère que ça n'est pas le cas après c'est peut être aussi le fait que j'ai été médecin du sport qui fait que je dise cela mais vraiment je n'y crois pas.

G : Pensez-vous que des professionnels de la santé kinésiophobes peuvent le transmettre aux patients ?

MSP10 : Ah oui ça c'est certain, j'ai eu un médecin qui avait participé à l'élaboration des guidelines au KCE et qui disait moi je sais ce que c'est un mauvais dos... les professionnels de la santé qui qu'ils soient ont des fausses croyances et en plus on les transmet...

4.3.2. La question de la formation

Nous avons choisi de distinguer cette thématique en deux parties distinctes : la formation initiale à l'université et la formation continue / les formations à visée de spécialisation.

La formation de base des professionnels de la santé

À travers l'ensemble des entretiens réalisés, il s'avère que tous les professionnels de la santé interrogés ont pu bénéficier d'un enseignement de base en matière de lombalgie chronique. Toutefois, tous les médecins interrogés précisent que cet enseignement a été peu développé. Tous précisent s'être formés par la suite par l'intermédiaire de recyclages (M1) ou autres formations.

Il semble également que la question de l'activité physique comme technique thérapeutique ne soit pas véritablement appréhendée dans le cursus de formation de base. Seuls deux médecins généralistes, les plus jeunes, mentionnent le fait que l'activité physique a pu faire l'objet d'une maigre intervention dans leur cursus scolaire.

Une des spécialistes de médecine physique rapporte au cours de l'entretien l'importante évolution actuelle de l'enseignement des étudiants en médecine.

MSP10 : Maintenant, l'enseignement par rapport à la prise en charge de la lombalgie a fortement évolué. Récemment, les étudiants en médecine ont vraiment l'occasion de participer à des ateliers de prise en charge de la lombalgie où on explique en détail toute l'importance d'une prise en charge active. On essaye de plus en plus de sensibiliser les jeunes médecins à ce style de prise en charge. Moi quand j'étais encore à l'école on n'en parlait quasiment pas (...) on voyait plutôt la lombalgie comme étant quelque chose de pas grave, à banaliser quoi... Je dirais que l'engouement pour cette prise en charge de la lombalgie est tout récent... 5 ans maximum (...) De mon temps je n'y ai vraiment été confrontée que lors de ma spécialisation...

L'autre médecin spécialisé en médecine physique ajoute également une dimension importante. Elle précise que les discours de certains spécialistes de médecine physique peuvent encore être ambigus. Elle ajoute que cela peut s'expliquer par la formation de base qui au départ était purement biomédicale.

G : Avez-vous l'impression que tous les médecins tiennent le même discours que vous par rapport à l'activité physique ?

MSP7 : Malgré tout, certains, plutôt ceux de la vieille école gardent des discours très mécaniques, parfois ambivalents du genre « votre disque est abîmé mais faut bouger » j'observe ça chez certains spécialistes de 60 et plus (...) Je pense que les anciens médecins ont été beaucoup moins formés à une vision bio-psycho-sociale de la santé. Ils restent dans un modèle biomédical où les notions de lésion et de repos tiennent beaucoup mieux la route.

La formation continue et la formation spécialisée

Il s'agit d'une pratique professionnelle évoquée par tous les médecins interrogés. En effet, elle peut prendre la forme de recyclages (M1) réguliers ou de formations à visée de spécialisation comme la médecine du sport ou la spécialisation en médecine physique. Les motivations des médecins formés en médecine sportive sont diverses. Un des médecins précise que cette formation lui a été très bénéfique pour sa pratique clinique.

G : La pathologie de la lombalgie chronique a-t-elle été abordée au cours de votre cursus universitaire ?

MS3 : Oui oui c'est loin hein mais je m'en souviens après moi je me suis beaucoup formé par la suite, j'ai fait la médecine du sport notamment qui m'a beaucoup aidé pour ce style de prise en charge.

Un autre médecin mentionne l'importance de suivre régulièrement des formations car les recommandations sont en constante évolution.

*MS2 : En tant que médecin on est amené à **se former continuellement**, à faire des formations continues, à lire des évidences scientifiques*

Une des kinésithérapeutes rapporte que sa formation en méthode GDS lui a permis d'appréhender différemment la problématique de la lombalgie chronique.

*K5 : J'ai fait ma formation sur les chaînes musculaires et c'est ça qui a changé ma façon de voir les choses. À l'école on nous apprend les choses de manière très analytique et découpée : l'épaule, le dos, ... tout est séparé et avec cette formation j'ai vraiment pris conscience du fait que le **corps faisait un ensemble à considérer dans sa globalité**.*

À travers l'analyse des entretiens, il s'avère que les praticiens professionnels orientés vers le deuxième type de pratique se sont davantage spécialisés en réalisant par exemple la formation en médecine sportive ou en réalisant la spécialisation en médecine physique ou encore la formation GDS pour une des kinésithérapeutes.

4.3.3. La trajectoire personnelle du professionnel de la santé

Parmi les onze professionnels de la santé interrogés, près de la moitié déclarent avoir vécu un épisode de lombalgie au cours de leur vie.

L'analyse de leur récit permet de mettre en évidence des stratégies thérapeutiques pour eux-mêmes qui concordent avec leurs pratiques de terrain.

- Nous pouvons clairement identifier le fait de pratiquer des exercices physiques comme étant associé à une obligation de santé. Cela correspond au type de pratique où le thérapeute dispose de l'expertise et le développement durable de la pratique d'une activité physique n'apparaît pas en première intention.

G : Qu'avez-vous mis en place pour vous-même quand vous avez souffert d'une lombalgie ?

*M1 : Et bien je suis médecin donc **j'ai fait exactement ce que je conseille à mes patients**.. Chez moi la lombalgie est survenue à une période où j'ai quasiment arrêté le sport car je n'avais plus beaucoup de temps pour moi avec le métier que j'exerce mais du coup je me suis centré sur des **exercices de renforcement** d'abdominaux et des lombaires. Après, à l'heure actuelle **je le fais encore de temps en temps** (...).*

- Trois autres professionnels de la santé, médecins et kinésithérapeutes confondus, orientés vers le deuxième type de pratique, mentionnent la mise en place de divers changements dans la vie quotidienne. Un des médecins précise qu'il a modifié temporairement son style d'activité physique le temps de se rétablir tandis que la kinésithérapeute rapporte le fait d'avoir corrigé certaines postures susceptibles d'être à l'origine d'un épisode de lombalgie. La spécialiste de médecine physique explique le fait d'avoir vécu une kinésiophobie survenue suite à un évènement médical particulier. Elle précise également avoir réalisé certains changements dans sa vie quotidienne, comme en témoigne cet extrait.

*MS2 : j'ai **adapté** mes activités quotidiennes, j'ai **changé de sport**, j'allais nager et là ça me faisait un bien fou, je sentais que ça détendais vraiment et petit à petit j'ai repris mes activités physiques habituelles.*

K5 : J'ai été vigilante, je n'ai plus jamais fait de mouvements de torsion avec du poids.

*MSP7 : je dirais que c'est plutôt mon **expérience de thérapeute** qui m'a fait avoir des comportements qui soient positifs, je **me suis interdit de suivre mon feeling** en me disant « tu sais que c'est pas bon, vas-y bouge-toi »*

La trajectoire personnelle du praticien influence tout à fait le type de pratique choisi par le professionnel de santé.

4.3.4. Les caractéristiques personnelles du professionnel de la santé

L'âge

De nombreux professionnels de la santé interviewés ont présenté le facteur de l'âge comme étant une variable importante susceptible d'influencer les types de pratique des professionnels de soins. Néanmoins, il convient de spécifier que les praticiens interrogés n'en parlent pas dans le cadre de leur pratique mais en évoquant les pratiques de confrères.

Voici un extrait permettant de synthétiser les propos tenus par la quasi-totalité de l'échantillon interviewé.

G : Avez-vous l'impression que tous les médecins généralistes tiennent le même discours que vous par rapport à l'activité physique ?

*MSP10 : (...) Certains spécialistes, plutôt ceux de **la vieille école** gardent des **discours** très mécaniques, parfois **ambivalents** du genre « votre disque est abîmé mais faut bouger » (...) j'observe ça chez certains spécialistes de 60 et plus. Je pense que les anciens médecins ont été beaucoup moins formés à une vision bio-psycho-sociale de la santé. Ils restent dans un modèle très biomédical où les notions de lésion et de repos tiennent beaucoup mieux la route.*

L'attrait pour le sport

Cinq professionnels de la santé se déclarent sportifs. Pour ces thérapeutes il s'agit d'un facteur important qui est susceptible d'influencer les pratiques professionnelles.

G : Avez-vous l'impression que tous les médecins tiennent le même discours que vous par rapport à l'activité physique ?

*M9 : Le fait que je sois sportive m'aide à aller dans ce sens, un **médecin sédentaire y pensera peut être moins**. Parfois c'est aussi difficile d'aller contre le patient, il y a parfois des patients très demandeurs et je pense que **si le médecin n'a pas la philosophie de l'activité physique ça peut jouer**.*

Pour une des kinésithérapeutes, les diverses « formes d'intelligence » sont également susceptibles d'influencer les pratiques des professionnels de la santé.

G : Pensez-vous que votre approche thérapeutique est liée à votre profession ? À quoi cela peut-il être attribué selon vous ?

*K8 : (...) On dit souvent qu'il existe différentes intelligences : l'intelligence des langues, artistiques, du corps et donc pour moi **certains kinés ont plus l'intelligence corporelle que d'autres** et donc du coup je pense que ça peut être plus difficile de l'expliquer au patient.*

Prise de décisions : nouveau regard

Enfin, une des spécialistes de médecine physique expose un nouvel élément permettant d'expliquer les décisions prises par les soignants.

G : Avez-vous l'impression que tous les médecins tiennent le même discours que vous par rapport à l'activité physique ?

*MSP7 : Depuis **qu'on est petit, tout le monde a appris qu'il fallait éviter ce qui faisait mal**. Beaucoup de soignants, comme **des médecins ont peur de recommander des approches qui vont augmenter la douleur** parce qu'ils se disent « je vais peut-être aggraver le bazar et par ma faute le patient ira encore plus mal ». Donc peur et évitement c'est valable aussi pour les soignants et d'ailleurs il y a beaucoup de travaux qui montrent que les croyances de peur et évitement du médecin influencent les prescriptions (...). Certains spécialistes de médecine physique, plutôt **ceux de la vieille école**, gardent des discours très mécaniques (...) Ils restent dans un **modèle très biomédical** où les notions de lésion et de repos tiennent beaucoup mieux la route.*

Dans le cadre de notre analyse, l'âge ne semble pas être véritablement un facteur pouvant davantage déterminer un type de pratique par rapport à un autre. En effet, les différents praticiens interrogés se trouvent dans les deux types de pratique. Néanmoins, l'attrait pour le sport est susceptible de pouvoir déterminer laquelle le praticien professionnel pourra préconiser.

4.3.5. Le type de patient

Dans l'ensemble des entretiens réalisés, tous les professionnels de santé mentionnent l'importance de l'activité physique en matière de traitement que le patient soit sédentaire ou sportif. Les médecins ainsi qu'une kinésithérapeute issus du deuxième type de pratique évoquent tout de même le fait de s'adapter rigoureusement au patient qu'ils reçoivent en consultation.

G : Pouvez-vous dire que votre approche thérapeutique diffère si vous êtes face à un patient sédentaire ou un patient très sportif ?

MSP7 : Sur le fond non mais sur la **forme oui**. Le patient très sportif a parfois tendance à reprendre trop vite, trop fort oubliant un peu que de l'eau a coulé sous les ponts et qu'il s'est déconditionné (...) c'est parfois des gens **qu'il faut freiner un peu**. Le très sédentaire, il faudra plutôt l'activer, l'encourager à s'y remettre, à ne pas s'inquiéter. Le patient très sédentaire peut avoir très peur s'il a beaucoup plus mal le lendemain, le sportif lui il sait que les douleurs ça fait partie de la vie, il s'inquiétera moins.

M9 : Avec le **grand sportif**, je m'intéresse à ce qu'il fait déjà comme sport, si la douleur a un impact important sur son activité. J'aborde beaucoup plus vite, pour ne pas dire directement la question du sport avec lui (...). En **fonction du sport qu'il exerce on peut suggérer différents exercices de renforcement** si le sport qu'il pratique ne le fait que très peu. Avec un patient sédentaire, je cherche toujours à comprendre ses **motivations à ne pas faire de sport et ce qui le motiverait par contre à en faire**. C'est des optiques différentes mais avec un sédentaire, j'y vais vraiment petit à petit, il faut quand même essayer de mettre le patient dans sa poche...

K5 : Après ça dépend aussi du patient, certains **ont besoin d'exercices**, donc là au départ en tous les cas je propose **des circuits d'étirements par exemple**, certains ça ne les intéresse pas, en fait je cherche toujours à savoir ce qu'ils aiment faire et je vais appuyer dans ce sens-là... Un patient qui ne fait jamais ses exercices c'est que ça n'est pas son truc et donc ça ne sert à rien de s'exciter là-dessus...

Deux professionnels de la santé du deuxième type de pratique rapportent qu'il est important que les caractéristiques personnelles du patient fassent écho avec celles du thérapeute afin de garantir l'efficacité du traitement.

G : Et comment vous vous y prenez quand vous êtes face à un patient kinésiophobe à l'idée de se mouvoir ?

K1 : je leur dis aussi « je vous propose quelque chose, si vous n'aimez pas je ne suis pas vexée », tout le monde **peut changer de thérapeute**, ça arrive on n'a pas la science infuse, **on peut ne pas convenir à quelqu'un**. Il faut que le courant passe dans les deux sens.

À travers l'analyse des différents résultats, il s'avère que les praticiens du deuxième courant de pratique tendent à accorder une plus grande place au patient en veillant à le connaître, le comprendre au mieux afin de proposer une prise en charge qui est la plus appropriée au patient.

4.4. L'influence sociétale et environnementale

Il s'avère que les éléments à disposition dans l'environnement soient également susceptibles d'influencer le patient. En effet, plusieurs professionnels de santé, dont un médecin généraliste et l'ostéopathe, évoquent le fait que la pratique de l'activité physique reste un élément influencé par la société dans laquelle nous vivons. De plus, l'un d'entre eux signale que certaines régions belges sont plus à même d'encourager la population à pratiquer une activité physique par le biais d'aménagements élaborés par la ville concernée.

G : Et vous à votre niveau, qu'est-ce que vous pourriez imaginer comme dispositif pour que le patient s'engage dans une pratique durable de l'activité physique ?

*MS 2 : Après je vois bien en Flandre, toutes les routes sont aménagées pour que les vélos puissent circuler, ça c'est plutôt un **problème urbain** je vais dire ... À côté de ça je sais aussi qu'en Flandre ils sont beaucoup plus à faire du vélo, il suffit de voir les succès des courses de vélo en Flandre, les gares en Flandre sont bondées de vélos, vous n'avez jamais ça en Wallonie... C'est **culturel** quelque part.*

*O6 : Après je pense que c'est vraiment un problème sociétal(...). Je dis sociétal car à l'heure actuelle les gens n'ont plus le temps de prendre soin d'eux, inclure 30 minutes de sport trois fois par semaine dans leur agenda ça devient quasi mission impossible... Je trouve qu'on est encore fort **éduqués** dans le fait d'aller dépenser de l'argent chez le médecin, prendre x médicaments plutôt que de prendre soin de soi...*

La kinésithérapeute ajoute également que dans d'autres pays européens, il existe certaines dispositions permettant à la population d'exercer son sport durant les heures de travail.

*K8 : Après, dans certains pays comme la **Suisse tout est bien aménagé** pour que l'employé puisse exercer une activité physique sur son temps de travail, **ils peuvent allonger leur temps de midi pour y faire leur sport** et du coup en soirée ils sont tranquilles... après en Suisse tout est fait pour que les gens bougent (...) j'avais été impressionnée de voir tant de gens courir, faire du vélo. En Belgique à ce niveau-là c'est sûr qu'on est à la traîne...*

La notion de prévention apparaît également dans le discours d'une professionnelle de santé interviewée comme étant susceptible d'exercer une influence sur notre société. C'est au cours de la discussion portant sur les écoles du dos que la praticienne aborde la question de la prévention.

G : Que pensez-vous des écoles du dos ?

*K8 : Pour moi l'école du dos c'est une réponse à un problème qu'on devrait régler plus tôt. Il faudrait **plutôt faire une éducation au mouvement et au dos chez tout le monde avant d'avoir mal**. (...) moi je privilégierais plus une optique où on agit avant pour ne pas avoir mal.*

4.5. Sentiment vécu par les professionnels de santé confrontés à cette prise en charge

4.5.1. Sentiment positif

De manière générale, les professionnels de santé disent tous se sentir à l'aise avec le fait de proposer l'activité physique dans le cadre de la stratégie thérapeutique du patient lombalgique chronique.

4.5.2. Sentiment négatif

- Les professionnels de santé qui accordent une place importante au patient dans le cadre de la prise de décision expriment la difficulté de cette prise en charge. Pour illustrer ce propos, nous avons choisi de mentionner les propos tenus par plusieurs professionnels de la santé interviewés qui illustrent bien la difficulté des professionnels de santé lors de la prise en charge du patient lombalgique chronique.

*MSP10 : « En effet mon sens me dit ça mais en même temps j'explique que quel que soit son choix je l'accompagnerai (...) ce n'est **pas facile tous les jours** d'aider le patient à prendre une décision sans la prendre à sa place... ».*

*MSP7 : Comme je disais au départ, l'éducation qu'on met en place au début avec le patient est centrale, après c'est aussi un processus qu'il faut constamment répéter encore et encore (...) Après je me souviens aussi d'un patient assez incroyable chez qui rien ne correspondait alors qu'on avait vraiment tout mis en place (...) et malgré ça y a rien qui bouge, je me suis dit « bah il faut aussi que je respecte cela quoi... » (...) C'est **frustrant mais en même temps ça fait aussi partie du travail qu'on a à faire en tant que soignants** (...) On doit pouvoir nous travailler sur notre vécu et notre sentiment d'impuissance car si on ne travaille pas là-dessus on ne tient pas le coup quoi.*

Une des médecins généralistes avoue s'être parfois sentie désemparée face à la situation d'un patient lombalgique chronique. Celle-ci perçoit la collaboration comme étant un dispositif d'aide face à ce genre de situation.

*M9 : Il faut se rendre compte **qu'aller à l'encontre du patient ça demande plus de temps, plus d'arguments**. (...) Ça m'arrive évidemment aussi de travailler avec des spécialistes de médecine physique. Souvent j'envoie les patients quand je me sens démunie, frustrée quand ça ne fonctionne pas malgré tout ce qui a été mis en place. Ça m'aide car j'ai espoir que ça ira mieux.*

Une des kinésithérapeutes rapporte également la situation d'un patient où elle a éprouvé un sentiment profond de frustration.

*K5 : J'ai eu un patient qui **ne voulait plus quitter son lombostat**... On a fait tout un travail de prise de conscience des appuis, c'était un cérébral il faudra lui expliquer pour comprendre ce qui lui arrive. Je lui*

*explique tout pour le rassurer... Petit à petit ça donne des résultats : il marche de mieux en mieux mais il continue de le garder... et je lui ai proposé de l'enlever de temps en temps et à la dernière séance il me dit s'être à nouveau bloqué le dos... Je n'ai jamais pu lui donner suffisamment confiance... **C'était très frustrant.***

- Un autre élément intéressant à mentionner pour comprendre la difficulté de cette prise en charge est caractérisé par le fait que le professionnel soit de temps à autre confronté à des situations où il doit reconsidérer les propos tenus par le patient qu'il rencontre.

En effet, une des spécialistes de médecine physique insiste sur l'importance de considérer globalement le discours du patient.

*MSP7 : Il faut être attentif et déceler finalement ce que le médecin a dit et ce que le patient a bien voulu comprendre et entendre de la part de son médecin...Il faut pouvoir nuancer ce que le patient dit de ce que le médecin lui a dit (...) C'est pas parce qu'il y a eu de mauvais discours que c'est irréversible... **Si le mauvais discours fait écho à certaines croyances ça a tendance à s'auto-renforcer***

- Il est également important de mentionner que pour les deux spécialistes de médecines physiques les croyances du praticien sont nuisibles pour le patient.

*MSP7 : Donc peur et évitement c'est valable aussi pour les soignants et d'ailleurs il y a beaucoup de travaux qui montrent que les croyances de peur et évitement du médecin influencent les **prescriptions**. (...). Il y a aussi des études qui montrent que les croyances du médecin **peuvent influencer les croyances du patient** donc oui le **médecin peut être doublement toxique.***

- Un des médecins généralistes insiste également sur l'importance de la cohérence entre les propos tenus par ses collaborateurs, à savoir le kinésithérapeute ou l'ostéopathe avec qui il collabore.

MS2 : On doit être sur la même longueur d'onde car si on a des discours différents, ça va être délétère pour le patient, il va se sentir perdu et pour sa guérison, ça n'est pas une bonne chose.

Une des kinésithérapeutes évoque le fait d'être régulièrement confrontée à des patients ayant mal compris le discours de certains confrères.

K8: Alors maintenant ça m'est déjà arrivé d'avoir des patients où j'ai l'impression que je leur fait découvrir beaucoup de choses alors qu'ils ont déjà été traités par d'autres kinés. Je me souviens d'un patient qui était persuadé que pour garder le dos droit il fallait garder le dos à 100% à la verticale. Un dos qui est oblique peut être droit. C'est des fausses croyances, ou c'est mal compris... Par exemple le fait d'utiliser ses jambes, la plupart vont utiliser leurs jambes mais en restant vertical or c'est impossible et on se fait mal aux genoux.

L'autre kinésithérapeute rapporte le fait de parfois être confrontée à des patients égarés, comme en témoigne cet extrait.

G : Et les écoles du dos vous en pensez quoi ?

*K 5 : Les écoles du dos je veux bien mais alors une bonne école du dos ... parce que parfois on leur fait faire n'importe quoi (...) Et moi je dois **détricoter** tout ça après ...Le gainage c'est pour après et ça se travaille par le souffle, en soufflant en utilise forcément ses abdos... **et du coup le patient est perdu.***

5. DISCUSSION

La rédaction de cette partie s'articule autour de différents éléments. D'abord, nous allons présenter une synthèse des principaux résultats obtenus suite à l'analyse des différents entretiens. Ensuite, l'interprétation des résultats obtenus va permettre de confronter nos résultats aux données que nous retrouvons dans la littérature scientifique en veillant à mettre en lumière les résultats les plus inattendus (Aujoulat, 2016). Enfin, nous allons nous pencher sur les éléments permettant d'envisager de nouvelles perspectives dans l'éventualité de recherches futures. La dernière dimension présentée dans le cadre de la discussion s'est attachée à présenter les éléments pouvant être sujets à la critique dans le cadre de ce travail.

5.1. Synthèse des résultats de la recherche

Les entretiens ont été réalisés auprès de onze professionnels de la santé intra et extra-hospitaliers, à savoir six médecins généralistes, deux spécialistes de médecine physique, deux kinésithérapeutes et une ostéopathe.

Au départ, nous avons analysé la signification donnée par les professionnels de santé à la place de l'activité physique dans la stratégie thérapeutique. Ceci représente finalement le point central de ce mémoire. Nous nous sommes rapidement rendu compte que les différents professionnels de santé n'accordent pas tous la même signification à l'intérêt de l'activité physique. Deux courants semblent se distinguer même si pour l'ensemble des praticiens, l'activité physique est un élément indispensable au traitement du patient lombalgique chronique.

Quatre professionnels de santé séparent la dimension du corps et celle de l'esprit dans le cadre de cette prise en charge (O6-K8). Ces professionnels de santé considèrent l'activité physique comme étant bénéfique tant pour une lombalgie majoritairement mécanique qu'émotionnelle (O6-K8). Ces praticiens font une distinction dans les bienfaits apportés par l'activité physique au patient. Pour ces quatre mêmes praticiens, le patient se doit de réaliser les exercices physiques préconisés par le thérapeute (K8-M1-M11). Il n'existe pas ou peu de place accordée au développement durable de l'activité physique dans le temps.

Les sept autres professionnels de santé considèrent le patient dans sa globalité pour le prendre en charge. Ceux-ci tendent à considérer simultanément la dimension mécanique et émotionnelle de la lombalgie chronique (MS4-K5). Ces deux dimensions sont intimement liées. Pour certains professionnels de la santé, l'activité physique peut être, un moyen permettant de prendre en charge conjointement ces deux éléments (K5). Ces sept mêmes praticiens accordent une place fondamentale au développement durable de la pratique de l'activité physique à plus long terme. Les désirs, intérêts personnels et préférences du patient en matière d'activité physique sont soigneusement étudiés par le praticien afin de pouvoir aider le patient à intégrer durablement l'activité physique dans sa vie quotidienne. Ils y associent notamment la notion de plaisir (MS3-MS2-MSP10).

Nous nous sommes ensuite intéressés aux pratiques proprement dites. L'analyse des entretiens nous montre que tous les praticiens interrogés insistent sur le fait de rigoureusement s'adapter au patient face auquel ils sont confrontés. Toutefois, nous avons pu mettre en évidence deux types de pratique distincts.

Quatre des praticiens interviewés tendent à orienter leur pratique vers une certaine norme médicale avec une grande importance accordée à l'expertise du thérapeute. Dans ce cadre, une grande place est accordée à l'information et à l'explication de divers exercices au patient (M1). Un médecin généraliste entretient une relation de collaboration avec des collaborateurs médicaux ou paramédicaux uniquement (M1). Le kinésithérapeute dispose d'une place centrale dans la prise en charge. En effet, c'est véritablement lui qui est considéré comme étant le thérapeute le plus compétent pour mettre en place l'activité physique comme stratégie thérapeutique (M1-M11).

Les autres professionnels de santé tendent à véritablement intégrer le patient au cœur du processus d'élaboration de la prise en charge. L'autoréflexivité du patient est fortement sollicitée afin de mettre en place un programme de soins répondant au mieux à ses besoins. Les praticiens s'intéressent également énormément aux expériences vécues par le patient par rapport à l'activité physique (MSP10-M9). Une phase d'expérimentation de l'activité physique apparaît comme étant intéressante (MS3-MSP7). Dans leur discours, sont incluses les notions de démarche éducative, de co-construction ainsi que le respect du choix du patient qui sont des éléments propres à l'éducation thérapeutique du patient (MSP7-K5). Dans ce type de pratique, les relations de collaboration dépassent le cadre médical et paramédical strict. Nous

trouvons notamment un intérêt pour les médecines alternatives comme par exemple l'ostéopathie, l'acupuncture... Selon ces praticiens, ces techniques sont principalement utilisées pour traiter la douleur, permettant ensuite au patient d'entreprendre une activité physique (MS2-MS3-M9-MS4). Dans ce type de pratique, nous retrouvons également la place primordiale du kinésithérapeute dans le cadre de la démarche éducative (MS2-MSP10).

L'analyse de ces premiers résultats nous permet de mettre en évidence le fait que le sens donné à l'activité physique est étroitement lié au type de pratique préconisé par le praticien de soin.

Nous avons ensuite porté notre attention sur les différents facteurs en mesure de déterminer ou non le type de pratique privilégié par le praticien de soins interviewé. Plusieurs facteurs influencent l'adoption d'un type de pratique par rapport à un autre. Nous retrouvons notamment les croyances du praticien, l'âge de celui-ci et enfin l'éducation reçue dès l'enfance qui peut nous influencer à l'âge adulte (MSP7). Ces différents facteurs énoncés par les professionnels de santé ne les concernent pas directement. En effet, il s'agit de facteurs se rapportant à des pratiques connues de confrères. Cependant, les facteurs tels que la formation, la trajectoire personnelle, le type de patient et certaines caractéristiques personnelles du praticien comme l'attrait pour le sport semblent influencer le choix du praticien à s'engager dans un type de pratique par rapport à un autre.

Dans le discours de certains professionnels de santé, nous avons également pu identifier le rôle important de la collectivité dans laquelle nous évoluons. En effet, d'une part, pour ces praticiens, il semble que la société peut permettre d'encourager davantage le patient à mettre en place durablement une activité physique (MS2-O6). Il s'avère également que dans d'autres pays, la philosophie de l'activité physique soit plus profondément ancrée dans les mœurs en permettant par exemple d'exercer une activité sur le lieu du travail (K8). De plus, la question de la prévention à plus grande échelle a également été suggérée comme étant une trajectoire à considérer pour le futur (K8).

Le dernier élément mis en évidence dans l'analyse des entretiens nous a permis de prendre en considération le ressenti des professionnels de santé confrontés à la prise en charge de la lombalgie chronique. Globalement, il ressort que les praticiens partagent une certaine facilité pour discuter de la question de l'activité physique avec le patient. Toutefois, nous avons pu

observer que les praticiens davantage centrés vers le patient mettent en avant la difficulté d'une telle prise en charge et ce pour plusieurs raisons. D'abord, comme le mentionne une praticienne, le choix privilégié par le patient pour assurer sa prise en charge compte tenu des recommandations formulées par le thérapeute peut ne pas être le plus optimal (MSP10). Il peut également arriver que les praticiens doivent prendre du temps pour recontextualiser dans la globalité les propos tenus par le patient qui peuvent eux-mêmes être influencés par les propos du professionnel de santé que le patient a rencontré précédemment (MSP7). Malgré la mise en place de toute la stratégie thérapeutique, certains praticiens évoquent le fait d'éprouver, parfois, un sentiment de solitude, de découragement face à un patient. Dans ce cadre, la collaboration apparaît comme étant une solution (M9), tandis que pour d'autres, il convient parfois de lâcher prise (MSP7). Les croyances de certains patients sont également importantes à considérer pour permettre une prise en charge la plus optimale possible (MSP7). Enfin, les praticiens insistent sur la nécessité pour tous de tenir le même discours face au patient et ce afin d'en faciliter sa prise en charge (MS2-K8-K5). Pour finir, la collaboration entre médecin et la médecine du travail n'est pas toujours des plus simples étant donné des divergences de point de vue concernant la situation du patient (MSP10-M11).

5.1.1. Identification d'éléments surprenants

D'une part, la revue de littérature a mis en évidence le fait que « 33 % des médecins généralistes considèrent le repos comme étant le meilleur remède contre la lombalgie » (Études BVA citées par : Programme de sensibilisation sur la lombalgie, 2017, p.14).

La totalité de notre échantillon n'est pas du tout en accord avec ces propos issus de la littérature scientifique. Certains professionnels de santé interviewés évoquent le fait que des croyances négatives (MSP10) ou encore certaines caractéristiques propres au praticien, comme un tempérament sédentaire, semblent être des facteurs pouvant expliquer cette stratégie thérapeutique (M9). Aucun des praticiens interviewés ne s'inscrit dans ce type de pratique. Toutefois, il semble important de mentionner que la stratégie d'échantillonnage est ici majoritairement en « chaîne », ce qui peut expliquer le fait que nous ayons rencontré des professionnels de santé présentant globalement la même philosophie par rapport à l'activité physique.

Nous pouvons également apporter une autre explication à ce résultat. En effet, un des praticiens interviewés a expliqué que notre éducation depuis l'enfance est susceptible de nous influencer à l'âge adulte et donc d'influer sur le type de pratique professionnelle (MSP7). Il s'agit du processus de socialisation primaire (Aujoulat I. 2018). En effet, selon ce praticien (MSP7), le phénomène de la douleur est profondément ancré chez l'individu comme étant associé à un état d'alerte, d'où la nécessité d'éviter tout élément susceptible de conduire à de la douleur.

D'autre part, un article de Coudeyre et al. (2006, p.335) a souligné qu' « un nombre considérable de médecins généralistes français pensent que les activités physiques peuvent être nuisibles dans le cadre de la lombalgie et devraient être évitées ».

Nous pouvons faire le même constat que pour l'énoncé précédent étant donné que tous les professionnels de santé de l'échantillon mentionnent en première intention l'importance des exercices physiques comme stratégie thérapeutique.

5.2. Interprétation des résultats obtenus

Après avoir dressé la synthèse des résultats obtenus, il semble intéressant de faire référence à quelques articles de littérature permettant d'apporter un certain éclairage par rapport à divers résultats.

5.2.1. La signification de l'activité physique par les praticiens

Nous avons pu remarquer que tous les praticiens n'exposent pas tous les mêmes arguments quant à l'importance de l'activité physique. À cet effet, nous souhaitons mentionner les propos tenus par la Société française des professionnels en activité physique adaptée, cités par Perrin. (2013, p.339) : « les activités physiques adaptées ne sont pas une finalité en soi, le but n'est pas de pratiquer une activité pour ce qu'elle est, mais pour ce qu'elle apporte et ce qu'elle suggère. Les activités physiques sont donc un projet et un moyen dans la prise en charge de l'individu. (...) Il s'agit véritablement de construire les conditions d'une pratique autodéterminée et expressive qui rende compatible les normes individuelles et les normes biomédicales impersonnelles ». En effet, ces données de littérature apportent un complément de données intéressant aux notions ayant émergées des entretiens réalisés.

5.2.2. Les types de pratique

Les résultats ont permis d'identifier deux types de pratique adoptés par le professionnel de santé permettant de concevoir différemment la prise en charge du patient par rapport à l'activité physique. Nous retrouvons ces deux types de pratique dans de nombreux articles scientifiques, dont Vannotti & Celis-Gennart. (2000, para 1), sous une autre appellation : « le modèle biomédical » pour le type de pratique centré sur l'importance de l'expertise du professionnel et « le modèle biopsychosocial » pour le type de pratique centré sur le patient.

L'article de Fournier & Kerzanet (2007, p.416) va également permettre d'apporter un éclairage supplémentaire. En effet, ces auteurs évoquent dans leur article « un modèle de relation médecin-patient » élaboré par Emmanuel et Emmanuel en 1992. Ce modèle comprend quatre types de sous-modèles : « le modèle paternaliste, informatif, interprétatif et délibératif ». Aujoulat. (2018.p.10) décrit le modèle délibératif des soins de santé comme étant le modèle le plus soutenant de « l'autonomie à la fois du patient et des médecins ».

Les onze praticiens interviewés se situent majoritairement dans quatre types de posture (Aujoulat, 2018 ; Fournier & Kerzanet, 2007, p. 416).

- Deux professionnels de santé se situent dans une « posture paternaliste »
- Deux professionnels adoptent une « posture informative ».
- Trois praticiens s'orientent vers une « posture interprétative ».
- Quatre professionnels de santé optent pour une « posture délibérative ».

Praticiens du type de pratique biomédical

Les professionnels de la santé du type de pratique biomédical se situent davantage dans une posture paternaliste ou informative.

- Dans la posture paternaliste, le patient dispose de peu de place dans la relation avec le praticien de soin. Pour le thérapeute, il est important que le patient puisse adopter le traitement préconisé par celui-ci (Aujoulat.2018).
- Dans le cadre de la posture informative, les professionnels de santé nous disent informer et expliquer au patient la nécessité de réaliser des exercices physiques en leur remettant un folder par exemple.

Praticiens du type de pratique biopsychosocial

Les professionnels du type de pratique biopsychosocial s'orientent davantage vers une posture interprétative ou délibérative.

- Certains professionnels expliquent également différents exercices physiques au patient. De plus, dans ce type de pratique, les praticiens procèdent à un examen détaillé de la situation du patient par rapport à l'activité physique. Il s'agit ici d'une posture interprétative.

La relation entre le thérapeute et le patient est ici « plus égalitaire » Aujoulat. (2018, p.14). Toujours selon Aujoulat. (2018, p.14), ce type de relation n'est pas « suffisant pour que le patient puisse prendre la meilleure décision possible. En effet, à ce stade nous ignorons une partie des éléments qui se jouent pour le patient ».

- D'autres professionnels exposent au patient ce qui pour eux semble être le plus approprié en matière d'activité physique tout en étant très attentif aux attentes du patient. Dans cette situation, la posture délibérative est mise en évidence (Aujoulat.2018).

Dans ce cadre, le patient est « considéré comme une personne autonome capable de délibérer avant de décider » de ce qui lui conviendra le mieux (Reach, 2010, p.137 cité par Aujoulat. 2018)

L'article de Perrin et al. (2008, p.222) précise encore ces notions soulignant qu'il existe d'une part « une éducation à l'activité physique, faisant de l'exercice une fin en soi sur prescription médicale versus une éducation pour la santé via l'activité physique qui vise des pratiques culturelles intégrées dans un projet personnel construit progressivement dans l'interaction et non « donné » de l'extérieur ». Nous comprenons donc bien comment ces propos tenus par Perrin et al (2008) apportent un nouveau regard aux deux types de pratique identifiés dans les résultats.

L'article de Perrin C. (2016) permet également d'apporter une certaine perspective quant aux résultats obtenus. En effet, cet article traite de la question des territoires professionnels, ce qui nous a semblé intéressant afin de structurer l'approche utilisée en matière d'activité physique par les professionnels de la santé. Perrin (2016, p.147) signale que « pour pouvoir parler d'enseignement il est nécessaire de remplir certaines conditions » :

- Il est indispensable de s'ancrer dans une dynamique de collaboration entre le patient et le thérapeute « du bilan éducatif à la co-construction du projet ».
- « Cette activité doit être supervisée et aménagée ».
- Il est indispensable que le patient puisse développer « des comportements généralisables ».

Perrin. (2016) signale également que différents thérapeutes peuvent intervenir dans le parcours de soin du patient lombalgique chronique. Chacun de ces professionnels de santé appréhende différemment la question de l'activité physique. L'activité physique peut être considérée comme « un exercice physique strict ». Elle peut aussi être apparentée à « une activité sportive liée à une pratique culturelle ». Il y a également « la notion d'activité physique consistant en une finalité ». Enfin, l'activité physique peut également être perçue comme « un moyen d'intervention » (Perrin, 2016, p.148-149). Ce texte nous permet de déterminer que le type de pratique biopsychosocial s'orientent complètement dans une démarche d'enseignement étant donné que leur pratique s'axe vers les trois conditions nécessaires à l'enseignement tels que mentionnés ci-dessus (Perrin C.2016).

5.2.3. La notion de collaboration interprofessionnelle

Comme nous venons de le voir avec l'article de Perrin C. (2016), la collaboration entre les médecins et paramédicaux comme le kinésithérapeute est une dimension essentielle à la prise en charge du patient dans la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique fondée sur l'activité physique. Comme le signale Louis Simonet. (2017, p.1771) « la collaboration et la communication interprofessionnelle sont aujourd'hui reconnues comme essentielles pour répondre aux demandes de soins de plus en plus complexes des patients ». En effet, les résultats ont mis très distinctement en évidence le fait que la prise en charge de la lombalgie chronique n'est pas toujours aisée (MSP10-M9-MSP7-K5-MS2-K8). Certains praticiens rencontrés expriment le fait d'avoir un sentiment d'efficacité personnel mis à mal (M9). C'est pour cette raison que ces praticiens évoquent le fait que la collaboration peut être vécue comme un soutien important en cas de difficulté importante lors de la prise en charge (M9). À travers les entretiens réalisés, nous nous rendons compte que globalement, il règne une relation de collaboration harmonieuse entre les différents prestataires. Louis Simonet. (2017, p.1771) insiste également sur la nécessité d'avoir deux conditions pour la mise en œuvre d'une collaboration cohérente : « la reconnaissance et valorisation de l'expertise de chaque

profession, la complémentarité des rôles des autres professionnels ». Il s'agit de deux éléments que nous avons pu identifier à plusieurs reprises dans les différents entretiens. Nous avons pu observer une collaboration efficace entre le médecin et le kinésithérapeute, l'un ne pouvant pas aller sans l'autre (M1). De plus, plusieurs professionnels ont également évoqué la nécessité d'entretenir une relation adéquate avec leurs collaborateurs afin de renforcer le sentiment de cohérence perçu par le patient (MS2). La cohérence perçue par le patient se doit de constituer un cadre rassurant pour celui-ci. À l'inverse, des incohérences constatées dans le discours de praticiens sont susceptibles de le plonger dans un sentiment profond d'insécurité (K5). Comme le mentionne Louis Simonet. (2017), nous comprenons donc bien à travers cette analyse combien cette relation de collaboration doit être adéquate et positive étant donné son étroite corrélation avec une stratégie thérapeutique bénéfique pour le patient.

5.3. Perspectives de recherches futures

Afin de pouvoir aborder au mieux cette question, nous souhaitons rebondir sur les propos tenus par une professionnelle de santé interviewée. En effet, celle-ci a abordé la question de la prévention comme stratégie visant à réduire la prévalence de la lombalgie chronique et ce par le biais d'une certaine forme d'éducation au mouvement pour toute la population (K8).

Comme nous avons pu le constater en réalisant la revue de littérature, il ressort que la lombalgie chronique soit une pathologie complexe à traiter et étroitement impliquée avec de nombreux arrêts de travail (Bouton et al, 2018). Rappelons également que selon l'organisation mondiale de la santé « près de 80 % des individus seront touchés à un moment ou à un autre de leur vie » (OMS. 2003. Para6)

Notons également que la prévention appartient au domaine de la promotion de la santé (Aujoulat, 2016). Dans ce cadre, nous avons procédé à la réalisation d'un complément de littérature sur le sujet. Ainsi, nous avons choisi d'axer ce travail de réflexion sur la dimension de la promotion de la santé sur le lieu de travail et ce pour plusieurs raisons. L'organisation mondiale de la santé affirme « que la santé au travail est fondamentale pour la santé publique car il est de plus en plus avéré que les maladies graves ont besoin de programmes sur le lieu de travail comme faisant partie de la stratégie de contrôle de la maladie » (OMS, s.d. para1). Toujours selon l'OMS (s.d. para 2), la promotion de la santé sur le lieu de travail « offre un cadre idéal ainsi qu'une structure pour soutenir la promotion de la santé auprès d'un large

public ». De plus, comme le signalent Rasmussen et al. (2015, p.1786), ce type d'action est « capable d'atteindre une population très hétérogène incluant les personnes disposant de moins de ressources, ce qui fait de cette stratégie une immense arène pour les interventions visant à prévenir les lombalgies chroniques ». Enfin, pour l'organisation mondiale de la santé (s.d. para5), cette stratégie de « promotion de la santé doit nécessairement impliquer les efforts combinés des employeurs, des employés et de la société ».

La littérature nous dit que diverses études ont déjà pu démontrer des résultats favorables sur le sujet. Hanna et al. (2019, p.1) ont mené une étude portant sur « les employés sédentaires et qui sont donc fortement exposés aux lombalgies ». Les auteurs insistent sur le fait que « des stratégies devraient viser une réduction du temps en position assise et fournir des alternatives comme des changements de tâches pour réduire les longues périodes en position assise. Les interventions devraient également viser à introduire des activités d'intensité modérée de manière systématique et organisée durant les heures de travail » (Hanna et al, 2019, p.6). Ces auteurs souhaitent que ces interventions « soient incorporées dans la politique de promotion de la santé sur le lieu de travail pour aider à prévenir les maux de dos » (Hanna et al, 2019, p.1). Une autre étude menée par Rasmussen et al. (2015, P.1793) rapportent qu' « une intervention à multiples facettes sur le lieu du travail incluant notamment l'ergonomie participative et un entraînement physique sont efficaces dans la réduction des jours de lombalgie, l'intensité de la douleur et ce surtout parmi les travailleurs assurant la prise en charge des personnes âgées ».

Ainsi pour établir le lien avec les éléments ci-dessus, nous tenons à mentionner « la conférence mondiale (2011) autour de la thématique : Relier santé et travail- rôle de la médecine du travail dans les soins de santé primaire » (OMS, s.d. p.4). Cette conférence préconise « une approche intégrée, afin de renforcer la collaboration entre la médecine du travail et les services de soins de santé primaire ». Afin de pouvoir envisager une telle pratique, il convient de « passer d'un modèle de soins axé sur les problèmes de santé à des soins qui privilégient l'optimisation des capacités fonctionnelles des individus ». Le fait de renforcer davantage ce type de collaboration représente pour nous une perspective intéressante pour le futur et qui pourrait à plus long terme permettre de réduire la prévalence de la lombalgie chronique. De plus, comme nous avons pu le remarquer dans nos entretiens, cette collaboration n'est actuellement pas toujours facile, pouvant aller jusqu'à contraindre le patient dans son futur projet de reprise de travail (MSP10).

Il nous semble également important de revenir un court instant sur cette motivation initiale pour cette thématique de mémoire de fin d'année. En effet, la réalisation de ce travail nous a permis de répondre à certaines questions que nous nous posions. La réalisation de ce travail nous a véritablement permis de comprendre comment les croyances du professionnel de santé à l'égard du mouvement peuvent influencer ces décisions et de ce fait les sentiments du patient. Cet élément nous a permis de comprendre ce qui s'est joué lors de notre expérience personnelle de lombalgie chronique ayant conduit à un déconditionnement physique. Nous nous sommes rapidement rendu compte grâce à la littérature et aux entretiens réalisés que les croyances des praticiens influençant celles du patient sont finalement un phénomène assez courant. La réalisation de ce mémoire nous a permis de prendre véritablement conscience de la difficulté pour les praticiens d'une telle prise en charge. De plus, nous avons pu découvrir que certains traits de personnalité peuvent influencer la pratique du praticien comme l'attrait pour le sport. Un dernier élément central a été la découverte des autres pratiques alternatives, comme par exemple l'acupuncture, qui sont vraiment susceptibles de pouvoir améliorer la qualité de vie du patient et de ce fait être de réels précurseurs à la reprise d'une activité physique durable.

Nous avons fait le choix de nous intéresser aux professionnels de santé dans le cadre de ce mémoire et ce pour les raisons évoquées ci-dessus. Ainsi, nous pourrions également envisager une autre perspective de recherche pour le futur qui serait de considérer la même problématique mais selon le point de vue des patients lombalgiques chroniques. Il semblerait pertinent d'envisager de considérer le vécu de ces patients. Cela permettrait d'envisager la problématique sous un autre angle tout en étant complémentaire à ce travail réalisé.

5.4. Limites et réflexivité

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche qualitative. Nous nous devons donc de signaler que les résultats obtenus à la suite de cette analyse « ne sont pas généralisables à une population, ils sont par ailleurs contextualisés à l'échantillon dont les informations sont issues » (Aujoulat, 2016, p.7). Dans le cadre de ce mémoire, l'échantillon a été constitué principalement en « chaîne » ce qui a probablement favorisé davantage une philosophie de soin par rapport à une autre.

Il est également important de préciser que sur six médecins généralistes interviewés, trois sont spécialisés en médecine du sport et donc davantage sensibilisés à la question de l'activité physique en situation de lombalgie chronique. Il s'agit d'une remarque importante à prendre en considération dans le cadre de l'analyse des résultats.

Dans le cadre de cette étude, nous avons fait le choix de nous focaliser sur quatre types de praticiens professionnels que sont : le médecin généraliste, le kinésithérapeute, l'ostéopathe et le spécialiste de médecine physique. L'analyse des entretiens nous a montré qu'il existe un panel de professionnels de la santé bien plus important gravitant autour de la prise en charge du lombalgie chronique. Si nous devions répéter l'exercice de cette étude, nous veillerions à étendre l'échantillon à d'autres catégories de profession.

Nous pensons également qu'il aurait pu être pertinent d'inclure certains des professionnels de la santé interrogés à l'analyse des résultats obtenus. La validation des résultats analysés par un participant aurait pu être tout à fait intéressante. Toutefois, nous n'y avons pensé que trop tardivement. Cette démarche aurait pu se définir comme suit : restituer une synthèse des éléments décrits dans les différents entretiens pour ensuite procéder à l'analyse des données afin de vérifier notre bonne compréhension des propos tenus par les différents participants (Aujoulat, 2016, para 23).

Nous pouvons également nous interroger quant à la méthode utilisée dans le cadre de cette étude. En effet, celle-ci est exclusivement qualitative. Nous pourrions donc nous questionner quant à l'éventualité de réaliser une méthodologie dite « mixte ». Dans le cadre de notre analyse qualitative, il n'existe au départ pas d'hypothèse. C'est à travers l'analyse des résultats qu'une hypothèse peut émerger et que l'on peut vérifier par une approche quantitative (Aujoulat, 2016, para 6).

Il convient de mentionner que notre intérêt pour la thématique de ce mémoire s'explique par une expérience personnelle d'un épisode de lombalgie chronique à présent résolu. Il s'agit d'un élément important à préciser car il s'agit d'un facteur lié à la subjectivité du mémorant. Ce phénomène de subjectivité peut notamment exercer une influence sur la manière dont les entretiens sont menés. C'est la raison pour laquelle il est capital de nous focaliser sur le repérage des éléments qui nous semblent surprenants permettant ainsi d'accroître la richesse

des entretiens. Il ne s'agit pas d'un biais mais d'une caractéristique inhérente aux méthodes qualitatives qu'il convient de préciser (Aujoulat, 2016).

6. CONCLUSION

En guise de conclusion, il ressort que la lombalgie est une pathologie susceptible d'atteindre une grande partie de la population (OMS, 2013). Elle est une réelle problématique de santé publique. De nos jours, l'activité physique est centrale dans le cadre de la prise en charge complexe de cette pathologie.

Une expérience personnelle de lombalgie chronique est à l'origine de ce mémoire. Ce travail a pour but de comprendre les pratiques des professionnels de santé vis-à-vis de l'activité physique chez un patient lombalgique chronique. La réalisation de ce travail a porté sur une série d'entretiens effectués auprès de kinésithérapeutes, médecins généralistes, ostéopathes et spécialistes de médecines physiques.

Notre étude a montré que tous les praticiens interviewés n'accordent pas la même signification, interprétation, à l'activité physique en tant que stratégie thérapeutique. D'un côté, l'activité physique est davantage perçue comme une obligation nécessaire pour la santé. De l'autre, il y a une réelle volonté d'ancrer la pratique de l'activité physique de manière durable dans la vie du patient.

Notre analyse a également mis en évidence deux types de pratique centrés sur l'activité physique parmi les professionnels de santé interviewés que nous retrouvons dans la littérature scientifique. La première renvoie un modèle de prise en charge plus traditionnel orienté vers une certaine protection du territoire médical, avec une place importante accordée à l'expertise du thérapeute par le patient. La deuxième tente à considérer plus globalement la problématique en associant la dimension du corps à celle de l'esprit. Elle accorde aussi une grande place au patient en l'associant au projet de soins. Nous avons pu identifier dans notre échantillon différents facteurs permettant d'orienter le choix du praticien à user d'un type de pratique plutôt qu'un autre, comme la question de la formation, de la trajectoire personnelle du professionnel de santé, le type de patient et enfin certaines caractéristiques propres au praticien comme l'attrait pour le sport. Il ressort que l'interprétation donnée à l'activité physique par les praticiens correspond à l'un ou l'autre type de pratique préconisé par ceux-ci. La littérature scientifique nous a permis d'approfondir certains résultats comme la signification de l'activité physique dans le cadre de la démarche de soins. L'article de Perrin (2008) nous indique que l'activité physique peut être soit en lien avec la réalisation d'un

devoir de santé ou bien s'inscrire dans une démarche éducative élaborée entre le praticien et le patient atteint.

La complexité de la prise en charge se traduit également dans le discours des praticiens interviewés. Tout d'abord, nous y trouvons la nécessité d'entretenir un discours cohérent entre praticiens auprès du patient afin de lui fournir un certain sentiment de sécurité. Il convient également de considérer les propos du patient dans leur globalité. Il résulte aussi d'analyser et au besoin, de déconstruire certaines croyances erronées présentes chez le patient. Enfin, un sentiment d'essoufflement peut gagner le praticien confronté à certaines prises en charge mettant à mal son sentiment d'efficacité personnelle. Dans ce cadre, pour certains, le « lâcher prise » est privilégié tandis que pour d'autres, la collaboration interprofessionnelle peut apparaître comme étant un réel soutien. À noter que celle-ci peut ne pas être optimale avec la médecine du travail.

Le fait de se situer dans un environnement adapté pour la mise en œuvre d'une activité physique durable a également été décrit par certains praticiens. De plus, la question de la prévention via une certaine forme d'éducation semble pouvoir faire son chemin pour d'autres praticiens.

C'est sur base de cette dernière notion de prévention que nous avons axé une des perspectives de recherches futures. Un projet de promotion de la santé sur les lieux du travail pourrait être envisagé pour permettre de réduire à plus long terme la prévalence de cette pathologie. Une étude récente menée au Danemark par Rasmussen et al. (2015) a déjà démontré des résultats satisfaisants. D'ailleurs il existe actuellement un projet soutenu par l'OMS visant à renforcer la collaboration entre la médecine du travail et les services de santé.

Une autre perspective pourrait être de considérer l'avis, le point de vue du patient quant à cette même problématique afin d'obtenir une tout autre dimension. L'association de notre étude et cette nouvelle perspective pourrait être intéressante et apporter une autre clarification quant à cette thématique.

Notre étude présente certaines limites. En effet le fait que notre stratégie d'échantillonnage soit constituée en grande partie en « chaîne » a probablement influencé les résultats obtenus.

7. BIBLIOGRAPHIE

- ALLAN D.B., WADDELL G. (1989). An historical perspective on low back pain and disability. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 60(sup234), 1-23. Disponible à l'adresse : <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/17453678909153916>, consulté le 5/11/2018
- AUJOULAT I. (2016-2017). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. Notes de cours. Université Catholique de Louvain. Woluwe-Saint-Lambert
- AUJOULAT I. (2017-2018). *Comportements et compétences de santé*. Notes de cours. Université Catholique de Louvain. Woluwe-Saint-Lambert
- BAER P.A., BISSONNETTE A., PECK J. (2010). Une nouvelle option dans le traitement de la lombalgie chronique. *Le clinicien*, 33-40. Disponible à l'adresse : http://www.stacommunications.com/journals/leclinicien/2010/10-Oct-2010/10CLI_033.pdf, consulté le 14/7/2019
- BALAGUE F., CEDRASCHI C. (2011). Les lombalgies juvéniles. *La Lettre du rhumatologue*, (370), 6-8. Disponible à l'adresse : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/17218.pdf>, consulté le 3/4/2019
- BARRY C., SEEGER V., GUEGUEN J., HASSLER C., ALI A., FALLISARD B. (2014). Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. *Rapport Inserm*, 17(01) Disponible à l'adresse : https://www.getcop.org/wp-content/uploads/2019/04/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteSecuriteAcupuncture_2014.pdf, consulté le 4/7/2019
- BENAHMED N., ADRIAENSSENS J., CHRISTIAENS W., PAULUS D. (2017) *Adapter les guidelines du KCE aux besoins des utilisateurs-supplément*. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_284Sb_Adapter_guidelines_KCE_Supplement.pdf, consultée le 7/1/2018
- BERJOT S., DELELIS G. (2014). *27 grandes notions de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 192p.
- BERQUIN A. (2010). Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Médecine du sport*, 258 (28), 1511-1513. Disponible à l'adresse : https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:33284/datastream/PDF_01/view, consulté le 10/7/2019
- BOURDILLON F., GRIMALDI A. (2016). Maladies chroniques. « In » BOURDILLON F., BRUCKER G., TABUTEAU D. *Traité de santé publique*, 3^{ème} édition. Paris : Lavoisier Médecine-Sciences. pp. 483-489
- BOURGEOIS P., CHARLOT J., DERRIENNIC F., LEBRUN T., LECLERC A., MEYER J.P., et al. (1995). *Rachialgies en milieu professionnel: quelles voies de prévention?* Expertise collective INSERM. Disponible à l'adresse : <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570645/document>, consulté le 5/11/2018

- BOUTON C., BEGUE C., PETIT A., FOUQUET N., PY T., HUEZ J.F., RAMOND-ROQUIN A. (2018). Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale. *Exercer*, 139, 28-37.
- CHAIB S., GUEROUI A., GUEROUI S. (2018). L'école du dos pour le traitement des lombalgies. *Synthèse : Revue des Sciences et de la Technologie*, 36(1), 32-38. Disponible à l'adresse : <https://www.ajol.info/index.php/srst/article/view/172524/161927>, consulté le 5/10/2018
- CHASSOT P., PIGUET V., REMUND C., LUTHY C., CEDRASCHI C. (2006). Douleurs chroniques et thérapie cognitivo-comportementale. *Le Courrier de l'algologie*, 5(1) 4-7. Disponible à l'adresse: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/04-152_tcc.pdf, consulté le 29/6/2019
- CHERIN P., DE JAEGER C. (2011). La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Medecine & longévité*, 3 (3), 137-149. Disponible à l'adresse: <https://www.sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S1875717011000608>, consulté le 7/10/2018
- CIANGURA C., OPPERT J.M. (2009). Education thérapeutique dans la prise en charge des maladies métaboliques : rôle de l'activité physique. « In » SIMON D., TRAYNARD P-Y., BOURDILLON F., GAGNAYRE R., GRIMALDI A. *Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques*, 2^{ème} édition. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson. pp.127-135
- COUDEYRE E., RANNOU F., TUBACH F., BARON G., CORIAT F., BRIN S., *et al.* (2006). General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*, 124(3), 330-337. Disponible à l'adresse : https://journals-lww-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/pain/fulltext/2006/10000/General_practitioners_fear_avoidance_beliefs.13.aspx, consulté le 5/11/2018
- DARLOW B., FULLEN B.M., DEAN S., HURLEY D.A., BAXTER G.D., DOWELL A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 16(1), 3-17. Disponible à l'adresse: <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/doi/pdf/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>, consulté le 25/10/2018
- DE BOLLE V., BARRAS L., JASSOGNE P. (2016). Etude rétrospective sur les bénéfices de l'école du dos à court, moyen et long terme sur un échantillon de 394 patients. *Médecine physique et réadaptation*. (135) 4 :213-22. Disponible à l'adresse : https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/debolle_v1.pdf, consulté le 5/10/2018
- DELEPINE A., LEVERT C., MEYER J.P., ZANA J.P. (2018). *Travail et lombalgies : du facteur de risque au facteur de soin*. Paris : INRS ED 6087. 2^{ème} ed. 36 p. Disponible à l'adresse : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206087>, consulté le 2/7/2019

- DESCHAMPS J.C., MOLINER P. (2012). *L'identité en psychologie sociale: des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris : Armand Colin : 2^{ème} éd. 224p.
- DUFOUR X., BARETTE G., GHOSSE P., LOUBIERE M. (2010). Arrêtons de soigner la lombalgie. *Kinésithérapie scientifique*, 506, 11-17. Disponible à l'adresse : <https://www.itmp.fr/wp-content/uploads/2013/08/KS506P11.pdf>, consulté le 8/7/2019
- DOISE W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de psychologie*,(45) 405, 189-195
- DUPEYRON A., COUDEYRE E., GREMEAUX V., PERREY S. (2014). Les patients lombalgiques chroniques sont-ils vraiment déconditionnés ? *La Lettre du rhumatologue*. (404), 20-25. Disponible à l'adresse : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21904.pdf>, consulté le 16/10/2018
- DUPEYRON A., RIBINIK P., GELIS A., GENTY M., CLAUS D., HERISSON C., *et al.* (2011). Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 54(5), 319-335. Disponible à l'adresse: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1877065711000911?token=EE41AD0C804E7C16F51B3E2DB8F27C267088E55834E9419E7EE2BD8A45FC92FEF25456F8FC173581ECA91BBD7DC948BC>, « consulté le 5/10/2018 »
- EMMANUEL E.J. EMMANUEL L.L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Jama*, 267(16), 2221-2226.
- FOLTZ V. (2014). Informer et former pour une prise en charge active. « In » NEMIROVSKY B. *Lombalgie commune : Maintenir les activités, objectif clé de l'approche bio-psycho-sociale*. Disponible à l'adresse: http://www.leconcoursmedical.fr/sites/default/files/cm_2014_9_685_f_0.pdf « consulté le 18/2/2018 »
- FOLTZ V., ALLIOT-LAUNOIS F. (2009). Education et lombalgies. « In » SIMON D., TRAYNARD P-Y., BOURDILLON F., GAGNAYRE R., GRIMALDI A. *Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques*, 2^{ème} édition. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson. pp149-157
- FOLTZ V., LAROCHE F., DUPEYRON A. (2013). Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme monographies*, 80(3), 174-178. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/search?qs=%C3%89ducation%20th%C3%A9rapeutique%20et%20lombalgie%20chronique&show=25&sortBy=relevance&origin=home&zone=qSearch>, consulté le 5/811/2018
- FOURNIER C., KERZANET S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Santé publique*, 19(5), 413-425. Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413.htm>, consulté le 20/3/2019
- FREBURGEN J.K., HOLMES G.M., AGANS R.P., JACKMAN A.M., DARTER J.D., WALLACE A.S., *et al.* (2009). The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med*, 169:251–258
- FURLAN A.D., VAN TULDER M.W., CHERKIN D., TSUKAYAMA H., LAO L., KOES B.W., *et al.* (2005). Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic

- review within the framework of the cochrane collaboration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 30(8):944-63. Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15834340>, consulté le 2/7/2019
- GARDNER T., REFSHAUGE K., SMITH L., MCAULEY J., HUBSCHER M., GOODALL S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of physiotherapy*, 63(3), 132-143. Disponible à l'adresse: <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S1836955317300693?via%3Dihub>, consulté le 25/10/2018
 - GROSJEAN S., MATTE F. (2018). La prise de décision clinique à l'épreuve des sens. Construction narrative d'un médecin de garde dans un hôpital de MSF. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 14. Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/rfsic/4161> consulté le 22/7/2019
 - HAMIMI R. (2008). Enquête auprès des jeunes sur «le dos» : Méthode. *Kinesithérapie, la revue*, 8(77), 19-25. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/search?qs=%29.%20Enqu%C3%AAt%20aupr%C3%A8s%20des%20jeunes%20sur%20%C2%ABle%20dos%C2%BB%3A%20M%C3%A9thode&show=25&sortBy=relevance&origin=home&zone=qSearch>, consulté le 9/10/2018
 - HANNA F., DAAS R.N., ELSHAREIF T.J., ALMARRIDI H.H.F.H., AL-ROJOUB Z.M.D.B., ADEGBOYE D. (2019). The relationship between sedentary lifestyle, back pain and psychosocial correlates among university employees. *Frontiers in public health*, 7, 80.1-7. Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6465323/>, consulté le 7/7/2019
 - HANNEY W.J., KOLBER M.J., BEEKHUIZEN, K.S. (2009). Implications for physical activity in the population with low back pain. *American journal of lifestyle medicine*, 3(1), 63-70. Disponible à l'adresse : <https://journals-sagepub-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/doi/pdf/10.1177/1559827608325627>, consulté le 27/10/2018
 - HARTVIGSEN J., HANCOCK M.J., KONGSTED A., LOUW Q., FERREIRA M.L., GENEVAY S., *et al.* (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367. Disponible à l'adresse: <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S014067361830480X?via%3Dihub>, consulté le 1/7/2019
 - HAYDEN J. A., CARTWRIGHT J. L., RILEY R. D., VAN TULDER M.W. (2012). Exercise therapy for chronic low back pain: protocol for an individual participant data meta-analysis. *Systematic reviews*, 1(1), 64. Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564764/pdf/2046-4053-1-64.pdf>, « consulté le 3/11/2018 »
 - HENCHOZ Y. (2011). Lombalgies non spécifiques : faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? *Revue Médicale Suisse*, 7, 612-616. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-286/Lombalgies-non-specifiques-faut-il-recommander-l-exercice-et-les-activites-sportives>, consulté le 5/10/2018

- HERZIG L., CHAPPUIS A., CAMAIN, J.Y., BURNAND B., JOTTERAND S. (2012). Adaptations des recommandations pour la pratique clinique L'exemple du Programme cantonal Diabète de Vaud. *Revue médicale suisse*, 8(341), 1049-1053. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-341/Adaptations-des-recommandations-pour-la-pratique-clinique>, consulté le 22/11/2018
https://www.who.int/occupational_health/publications/the_hague_summary_FR.pdf, consulté le 9/7/2019
- INAMI. (2014). *Professionnels de la santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/Pages/default.aspx>, « consultée le 3/11/2018 »
- KALAMPALIKIS N. (2009). Le processus de l'ancrage: l'hypothèse d'une familiarisation à l'envers. *Carnets du GRePS, 1*, 19-25. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/242326871_Le_processus_de_l'ancrage_l'hypothese_d'une_familiarisation_a_l'envers, consulté le 1/10/2018
- KOHN L., CHRISTIAENS W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 53(4), 67-82. Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>, consulté le 8/7/2019
- LADEIRA C.E. (2011). Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15(3), 190-199. Disponible à l'adresse : <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n3/04.pdf>, « consulté le 25/10/2018 »
- LEMAIRE A. (2014). *Lombalgies chroniques. Evaluation des facteurs mécaniques des membres inférieurs au moyen des relations moment-vitesse*. Thèse de doctorat en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, Laboratoire « Motricité, Interaction, Performance », Nantes-Le Mans. Disponible à l'adresse : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01226454/document>, consulté le 8/10/2018
- LICCIARDONE J C., GATCHEL R.J., AAYAL S. (2016). Recovery from chronic low back pain after osteopathic manipulative treatment: a randomized controlled trial. *J Am Osteopath Assoc*, 116(3), 144-155. Disponible à l'adresse: <https://jaoa.org/article.aspx?articleid=2498824>, consulté le 11/11/2018
- LOUIS SIMONET M. (2017). Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier: un véritable défi. *Revue médicale Suisse*, 13, 1771-1772. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-579/Collaboration-interprofessionnelle-et-pratique-collaborative-en-milieu-hospitalier-un-veritable-defi>, consulté le 5/7/2019
- MASQUELIER E. (1991). L'école du dos chez le lombalgique chronique Revue critique de la littérature. *Douleur et Analgésie*, 4(4), 127-133. Disponible à l'adresse : <https://link-springer-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/article/10.1007%2FBF03004179>, consulté le 4/10/2018
- MESNER S.A., FOSTER N.E., FRENCH S.D. (2016). Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1), 258. Disponible à l'adresse :

- <https://bmcmusculoskeletdisord-biomedcentral-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/track/pdf/10.1186/s12891-016-1110-z>, consulté le 17/10/2018
- MORAN R.W., RUSHWORTH W.M., MASON J. (2017). Investigation of four self-report instruments (FABT, TSK-HC, Back-PAQ, HC-PAIRS) to measure healthcare practitioners' attitudes and beliefs toward low back pain: Reliability, convergent validity and survey of New Zealand osteopaths and manipulative physiotherapists. *Musculoskeletal Science and Practice*, 32, 44-50. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/search?q=Investigation%20of%20four%20self-report%20instruments%20%28FABT%2C%20TSK-HC%2C%20Back-PAQ%2C%20HC-PAIRS%29%20to%20measure%20healthcare%20practitioners%27%20attitudes%20and%20beliefs%20toward%20low%20back%20pain%3A%20Reliability%2C%20convergent%20validity%20and%20survey%20of%20New%20Zealand%20osteopaths%20and%20manipulative%20p&show=25&sortBy=relevance&origin=home&zone=qSearch>, consulté le 3/10/2018
 - NIELENS H., VAN ZUNDERT J., MAIRIAUX P., GAILLY J., VAN DEN HECKE N., MAZINA D., *et al.* (2006). Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP). Disponible à l'adresse: https://www.researchgate.net/publication/277049260_Chronic_low_back_pain_Good_clinical_practice_GCP, consulté le 11/10/2018
 - NIJS J., ROUSSEL N., VAN WILGEN C.P., KÖKE A., SMEETS R. (2013). Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual therapy*, 18(2), 96-102. Disponible à l'adresse: https://www.researchgate.net/publication/234010185_Thinking_beyond_muscles_and_joints_Therapists'_and_patients'_attitudes_and_beliefs_regarding_chronic_musculoskeletal_pain_are_key_to_applying_effective_treatment, consulté le 4/10/2018
 - NINO G. (2013). Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques. *Science & Sports*, 28(1), 1-10. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/search?q=B%3%A9n%3%A9fices%20psychologiques%20des%20activit%3%A9s%20physiques%20adapt%3%A9es%20dans%20les%20maladies%20chroniques&show=25&sortBy=relevance&origin=home&zone=qSearch>, consulté le 23/10/2018
 - NINOT G. (2017). *Contre le mal de dos, bouger plus ne suffit pas*. Disponible à l'adresse : <https://www.la-croix.com/Debats/Forum-et-debats/Contre-mal-dos-bouger-suffit-pas-2017-12-08-1200898026>, consulté le 23/11/2018
 - O'CONNELL N.E., COOK C.E., WAND B.M., WARD S.P. (2016). Clinical guidelines for low back pain: a critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 30(6), 968-980. Disponible à l'adresse: <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/search?q=Clinical%20guidelines%20for%20low%20back>

[%20pain%3A%20a%20critical%20review%20of%20consensus%20and%20inconsistencies%20across%20three%20major%20guidelines&show=25&sortBy=relevance&origin=home&zone=qSearch](#), consulté le 25/10/2018

- OLIVEIRA C.B., MAHER C.G., PINTO R.Z., TRAEGER A.C., LIN C.W.C., CHENOT J.F., *et al.* (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care : an updated overview. *European Spine Journal*, 27, 2791-2803. Disponible à l'adresse : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00586-018-5673-2.pdf>, consulté le 5/10/2018
- OLTEAN H., ROBBINS C., VAN TULDER M.W., BERMAN B.M., BOMBARDIER C., GAGNIER J.J. (2014). Herbal medicine for low-back pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 41(2):116-33. Disponible à l'adresse: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004504.pub4/epdf/abstract>, consulté le 2/7/2019
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2003). *Des millions de personnes souffrent de pathologies de l'appareil locomoteur*. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr81/fr>, « consulté le 18/2/2018 »
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (s.d.) *Quelques idées reçues concernant l'exercice physique*. Disponible à l'adresse: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_myths/fr/, consulté le 18/04/2019
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (s.d.). *Relier santé et travail :Rapprocher médecine du travail et soins primaires pour améliorer la santé des travailleurs Résumé d'orientation*. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/occupational_health/publications/the_hague_summary_FR.pdf, consulté le 9/7/2019
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (s.d.). *The workplace: a priority setting for health promotion*. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/, consulté le 7/7/2019
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (s.d.). *The workplace health promotion: Benefits*. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html, consulté le 5/7/2019
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2013). *Priority diseases and reasons for inclusion - Low back pain*. Disponible à l'adresse: https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/Ch6_24LBP.pdf?ua=1, consulté le 5/10/2018
- PAILLE P., MUCCHIELLI A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin : 2^{ème} éd. 315p.
- PERRIN C. (2013). Exercice du patient ou mouvement de la personne malade ? L'introduction de l'APA dans le secteur médical confrontée à la valeur d'autonomie. *Ethique du sport, Edition de l'âge d'homme*, 328-339.
- PERRIN C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en activité physique adaptée dans le monde médical. *Santé publique*, 28(1) HS, 141-151. Disponible

- à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-141.html>, consulté le 5/6/2019
- PERRIN C., CHAMPELY S., CHANTELAT P., SANDRIN B., MOLLET E., TABARD N., *et al.* (2008). Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français. *Santé publique*, 20(3), 213-223. Disponible à l'adresse : https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_083_0213, consulté le 20/06/2019
 - POIRAUDEAU S., RANNOU F., REVEL M. (2007). Intérêts du réentraînement à l'effort dans la lombalgie : le concept de restauration fonctionnelle. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 50 (6), 419-424. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0168605407001225?via%3Dihub>, consulté le 24/9/2018
 - PROGRAMME DE SENSIBILISATION SUR LA LOMBALGIE. (2017) *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement*. Disponible à l'adresse : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf, page consultée le 2/11/2018
 - RASMUSSEN C.D.N., HOLTERMANN A., BAY H., SOGAARD K., JORGENSEN M.B. (2015). A multifaceted workplace intervention for low back pain in nurses' aides: a pragmatic stepped wedge cluster randomised controlled trial. *Pain*, 156(9), 1786-1794. Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617291/>, consulté le 4/7/2019
 - REACH G. (2010). *Une théorie du soin: souci et amour face à la maladie*. Paris : Les Belles Lettres. 184p.
 - REACH G. (2012). L'inertie clinique, un conflit entre deux logiques. *PSN*, 10(2), 7-20. Disponible sur l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-psn-2012-2-page-7.htm>, consulté le 12/12/2018
 - REACH G. (2012). *L'inertie clinique: Une critique de la raison médicale*. France : Springer. 161p.
 - ROCHE D. (2009). *Réaliser une étude de marché avec succès*. Paris : Eyrolles. 110p.
 - ROURE F., FOLTZ V. (2013). Réentraînement à l'effort chez les lombalgiques chroniques : un tremplin vers le retour au travail. *La Lettre du rhumatologue*, (389), 8-11. Disponible à l'adresse : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19407.pdf>, consulté le 5/10/2018
 - ROUSSET G. (2010). Les recommandations de bonnes pratiques : un outil, pas une recette magique. (2010). *La Revue Sage-Femme*, 9, 261-263. Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/275981/main.pdf>, consulté le 5/12/2018
 - RUEFF-CACITTI K., STEINER A.S., SACROUG T., BOVIER P.A. (2007). Lombalgie et médecin généraliste : des soins de premier et de dernier recours. *Revue médicale suisse*. 3 (126), pp. 2152-2156. Disponible à l'adresse : <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-126/32573>, consulté le 10/7/2019
 - SCHEEN A.J., GIET D. (2010). Inertie thérapeutique dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. *Revue médicale de Liège*, 65(5-6), 232-238. Disponible sur

- l'adresse : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/70205/1/20100506_02.pdf, consulté le 4/10/2018
- SCHEEN B. et al. (2018). Promotion de la santé et démarches participatives : décryptage et points d'attention. In : Les synthèses du RESO. Adresse URL : https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/revues-de-litterature/SC_PARTICIPATION_DEC2018.pdf (page consultée le 29/06/2019)
 - SCOTT N., MOGA C., HARSTALL C. (2010). Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap. *Pain Research and Management*, 15(6), 392-400. Disponible à l'adresse: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3008665/pdf/prm15392.pdf>, consulté le 5/12/2018
 - SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. (2019). *Démarche décisionnelle : de la maladie à la personne malade*. Disponible à l'adresse : http://www.sfm.org/theorie_pratique/demarche_decisionnelle/, consulté le 7/01/2018
 - STEPHAN J.M (2014). Le médecin de terrain face aux choix thérapeutiques. Rapport bénéfice/risque: application aux lombalgies chroniques communes. *Acupuncture & Moxibustion*, 13 (4), 295-302. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/322963756_Le_medecin_de_terrain_face_aux_choix_therapeutiques_Rapport_beneficerisque_application_aux_lombalgies_chroniques_communes, consulté le 3/7/2019
 - TAVAFIAN S.S., JAMSHIDI A., MOHAMMAD K., MONTAZERI A. (2007). Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 8(1), 21. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1808456/pdf/1471-2474-8-21.pdf>, consulté le 4/10/2018
 - VAN DER HEYDEN J. (2013). *Enquête de santé 2013 - Rapport 1 santé et bien-être - Maladies Chroniques* Disponible à l'adresse : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MA_FR_2013.pdf, consulté le 5/10/2018
 - VAN LOON K., WEMAERE S., SOUHAIL F., MAMMERICK L. (2003). Les lombalgies et la kinésithérapie. *Revue médicale de Bruxelles*, 24(4), A215-A218. Disponible à l'adresse: <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/les-lombalgies-et-la-kinesitherapie-55>, consulté le 4/7/2019
 - VANNOTTI M., CELIS-GENNART, M. (2000). Modèle bio-psycho-social et maladie chronique: la dimension communautaire de la médecine entre individu, famille et société. *Médecine et hygiène*, 58(2320), 2142-2151. Disponible à l'adresse: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2320/20882>, consulté le 8/7/2019
 - VERGNENEGRE A. (2003). Les recommandations de pratique clinique : un guide de lecture. *Revue des maladies respiratoires*, 20, 920-927. Disponible à l'adresse : https://www.em-consulte.com/showarticlefile/143703/pdf_56483.pdf, consulté le 4/12/2019
 - WOOLF A.D., PFLEGER B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 646-656. Disponible à l'adresse:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572542/pdf/14710506.pdf>, « consulté le 5/9/2019 »

8. ANNEXES

8.1. Guide d'entretien

- Quelles recommandations donnez-vous au patient lombalgique chronique ?
- Pourquoi recommandez-vous cela ?
- Les recommandations concernant la prise en charge de la lombalgie chronique insistent énormément sur l'importance de l'activité physique, comment faites-vous avec vos patients ?
- Comment les décisions se prennent-elles en matière d'activité physique pour le patient lombalgique chronique ?
- Comment abordez-vous la question de l'activité physique avec un patient lombalgique chronique ?
- Comment vous sentez-vous avec le fait de faire pratiquer une activité physique adaptée au patient lombalgique chronique ?
- On sait qu'il existe des divergences, des pratiques de terrain différentes et qu'il existe des recommandations de bonne pratique. Comment gérez-vous cette tension ?
- Une étude menée en 2017 par l'INSERM montre que près de « 33% des médecins généralistes considèrent le repos au lit comme étant le meilleur traitement pour le patient lombalgique chronique » (Études BVA, citées par : Programme de sensibilisation pour la lombalgie, 2017, p.14)

Qu'en pensez-vous ?

- Selon vous, quels facteurs peuvent influencer les médecins généralistes à préconiser cette attitude thérapeutique ?
- Dans quel contexte vous référez-vous à votre jugement clinique personnel plutôt qu'aux recommandations en matière d'activité physique ?
- Avez-vous l'impression que tous les professionnels de la santé ont les mêmes pratiques ?

- Comment envisagez-vous la collaboration avec d'autres professionnels de la santé ?
- Pensez-vous que votre approche thérapeutique est liée à votre profession ?

8.2. Complément réalisé au guide d'entretien

- Parlez-moi de votre pratique avec les patients lombalgiques chroniques, comment les accompagnez-vous ?
- À quel type de lombalgie êtes-vous confronté ?
 - o La place de l'activité est-elle toujours identique ?
 - o Existe-t-il une différence au niveau de la prise en charge ?
- Vous-même avez-vous été confronté, de près ou de loin à une situation de lombalgie chronique ?
- Quels sont pour vous les bénéfices apportés par la kinésithérapie ?
- Que pensez-vous des écoles du dos ?
- Que pourrait-on imaginer comme dispositif pour permettre au patient de poursuivre durablement une activité physique ?
- Comment gérez-vous la douleur du patient ?
- Comment considérez-vous les autres dispositifs non médicaux. ?
 - o À partir de quand les avez-vous considérés ?
 - o Quel en a été le facteur déclenchant ?
- Tous les combien de temps voyez-vous vos patients lombalgiques chroniques ?
- La question de l'activité physique a-t-elle été traitée dans votre cursus scolaire ? Vous êtes-vous formé par la suite ?

8.3. Avis comité d'éthique

Bonjour,

Etant donné que vous vous adressez à des professionnels de la santé et que vous leur posez des questions relatives à leurs pratiques professionnelles, ce projet de mémoire ne tombe pas sous le champ de la Loi de 2004 sur les expérimentations sur la personne humaine. Dès lors l'avis d'un comité d'éthique ne doit pas être demandé.

Il est bien clair qu'aucune donnée médicale et/personnelle de patients ne sera révélée ?

Bien à vous

Pascale de Pierpont

Pharmacien

Secrétaire scientifique CEHF

E-mail : commission.ethique-saint-luc@uclouvain.be

Gruson Gaëlle-Juillet 2019 **Titre du mémoire** : L'activité physique comme stratégie thérapeutique du patient lombalgique chronique : quelles pratiques ?
Promoteur et co-promoteur : Professeur Claire Perrin et le Professeur Isabelle Aujoulat

9. RESUME

Contenu : La lombalgie chronique est bien présente à travers le monde. La prise en charge de cette pathologie a considérablement évolué au cours de ces dernières années. L'activité physique dispose actuellement d'une place centrale. Sur le terrain, il existe différentes représentations par rapport à la place de l'activité physique. Mais comment procèdent les praticiens pour établir la prise en charge de cette pathologie centrée sur l'activité physique ?

Méthode : Il s'agit d'une méthode qualitative. Notre échantillon de convenance de départ a ensuite évolué en « chaîne ». Onze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels de santé intra et extrahospitaliers : kinésithérapeutes, médecins généralistes, ostéopathes et spécialistes de médecine physique. L'analyse des entretiens a été réalisée selon une analyse thématique continue sur base de catégories émergentes. Une démarche itérative a été privilégiée. L'ensemble des entretiens a été retranscrit dans leur intégralité.

Résultats : L'étude montre que le sens accordé à l'activité physique dans la stratégie thérapeutique n'est pas identique pour tous les praticiens. Deux types de pratiques aux caractéristiques distinctes sont identifiés : l'une biomédicale et l'autre biopsychosociale. La formation, la trajectoire personnelle du praticien ainsi que l'attrait pour le sport et le type de patient sont des facteurs permettant de déterminer le type de pratique choisi par le professionnel de santé en matière d'activité physique. Il s'avère que les deux types de pratiques sont influencés par la signification donnée à l'activité physique par les praticiens. Enfin, l'influence de la société et de l'environnement sont importants pour soutenir la pratique sportive de manière durable. Les praticiens rencontrés expriment la difficulté ressentie face à cette prise en charge. Pour l'ensemble des praticiens, l'activité physique est capitale dans la stratégie thérapeutique, ce qui peut être expliqué par notre stratégie d'échantillonnage. Une des perspectives de recherche pourrait être l'instauration d'un projet de promotion de la santé sur le lieu du travail pour, à plus long terme, en réduire la prévalence. Le fait de considérer le vécu des patients lombalgiques chroniques face à cette même problématique de départ pourrait également être intéressant à envisager.

Mots-clés: chronic low back pain, health professional, clinical practice, management, physical activity

