

Faculté des sciences de la motricité

Les croyances et attitudes des kinésithérapeutes francophones concernant la prise en charge des lombalgies non-spécifiques sont-elles en accord avec les recommandations de bonne pratique ?

Auteur : FONTAINE Matias et KISITA Victor

Promoteur(s) : PITANCE Laurent et DEMOULIN Christophe

Année académique 2023-2024

Master [120.0] en sciences de la motricité, orientation générale, à finalité spécialisée : kinésithérapie musculo-squelettique – MOTR/MS

RÉSUMÉ

Objectifs : (1) identifier les croyances et attitudes des kinésithérapeutes francophones de Belgique, France et Suisse à propos de la prise en charge de la lombalgie non-spécifique et (2) analyser l'influence de certaines données démographiques sur leurs résultats.

Méthodes : les croyances et attitudes des thérapeutes ont été évaluées à l'aide de deux vignettes cliniques (lombalgie aiguë et chronique), accompagnées de 17 questions auxquelles les participants répondaient via une échelle de LIKERT. Leurs réponses étaient comparées aux recommandations du K.C.E. (2017) et de l'H.A.S. (2019). Une série de questions sociodémographiques était à compléter par les thérapeutes.

Résultats : 275 kinésithérapeutes ont participé à l'étude. (1) Le score moyen était de $32,74 \pm 5,95$ sur 51 pour la vignette « lombalgie aiguë » et celui pour la vignette « lombalgie chronique » était de $39,34 \pm 6,04$ sur 51. Ces scores montrent que les résultats des kinésithérapeutes restent perfectibles. (2) Aucun facteur sociodémographique n'a été mis en évidence comme exerçant une forte influence sur les résultats du questionnaire. On observe des différences significatives entre certains groupes mais avec des tailles d'effet faibles.

Conclusion : les thérapeutes de cette étude sont plus en phase avec les recommandations du K.C.E. et de l'H.A.S. concernant la prise en charge de la lombalgie chronique par rapport à la lombalgie aiguë. Même si les participants ont répondu correctement à la majorité des items de ces vignettes, le respect des lignes directrices reste encore faible pour certaines questions.

Mots-clés : lombalgie non-spécifique, croyances, attitudes, kinésithérapeutes.

Le plagiat

Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre 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. Nous déclarons avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitations de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

REMERCIEMENTS

Nous tenions à remercier notre promoteur, Laurent Pitance, et co-promoteur, Christophe Demoulin, de nous avoir permis de réaliser ce projet passionnant.

Nous souhaitons également remercier Céline Bugli pour le temps qu'elle nous a consacré et pour les outils statistiques indispensables à la conduite de cette recherche. Son expertise nous a été d'une aide précieuse. Leur confiance et leur soutien inestimable nous ont permis d'acquérir de nouvelles compétences dans le secteur de la recherche.

Nous tenons à témoigner toute notre gratitude à chacun des kinésithérapeutes ayant accepté de participer à cette étude. Enfin, nous aimerions exprimer notre reconnaissance envers nos amis et notre famille qui nous ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de notre mémoire.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION.....	4
MÉTHODES	7
Design de l'étude.....	7
Conception des vignettes et du questionnaire	7
Participants	8
Méthodes de recrutement	8
Protocole expérimental.....	9
Calcul des scores des participants	10
Analyse des données et méthodes statistiques	10
RÉSULTATS	12
Données démographiques.....	12
Résultats à chaque item des deux vignettes.....	12
Influence du pays dans lequel les kinésithérapeutes exercent sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global du questionnaire (/102).....	14
Influence du pays dans lequel les kinésithérapeutes ont été formés sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global du questionnaire (/102).....	14
Influence d'avoir réalisé une formation en thérapie manuelle reconnue par l'IFOMPT sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global (/102) ..	15
Influence d'avoir participé à des conférences et/ou formations mentionnant les guidelines du K.C.E. et de l'H.A.S. sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global (/102).....	15
Influence d'être impliqué dans l'enseignement en kinésithérapie sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global (/102)	16
Corrélation entre le nombre d'années d'expérience, le score à chaque vignette (/51) et le score global (/102)	16
Corrélation entre le nombre de patients lombalgiques par semaine, le score à chaque vignette (/51) et le score global (/102)	17
DISCUSSION	18
CONCLUSION	26
TABLEAUX.....	27
GRAPHIQUES.....	40
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	52

INTRODUCTION

La principale cause d'invalidité dans le monde est la lombalgie (Fourré et al., 2023). La lombalgie est une douleur située entre la charnière thoraco lombaire et le pli fessier inférieur (H.A.S., 2019). Nous pouvons distinguer deux types de lombalgie. D'une part, les lombalgies non-spécifiques et d'autre part, les lombalgies spécifiques. Les lombalgies non-spécifiques, appelées également lombalgies communes, représentent 90 à 95% des cas de lombalgies (Bardin et al., 2017). Ce type de lombalgie touche des personnes de tous les âges et constitue l'un des principaux contributeurs à la charge de morbidité dans le monde (Maher et al., 2017). Elle est aussi une des causes principales d'arrêt de travail dans le monde (Chenot et al., 2017). Un diagnostic biomédical pur ne peut être posé pour la majorité des cas de lombalgie (Leysen et al., 2021). La cause d'apparition d'une lombalgie non-spécifique est une interaction dynamique entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques qui doit être prise en compte lors de l'élaboration de plans de traitement (Knezevic et al., 2021). Les lombalgies spécifiques, quant à elles, sont un symptôme d'une pathologie sous-jacente telle qu'une fracture, une tumeur, une spondylolyse, une spondylarthrite ankylosante, etc. Dans ce type de lombalgie, nous pouvons également retrouver des douleurs dues à une compression d'une ou plusieurs racines nerveuses (radiculopathie) (H.A.S., 2019).

Le diagnostic des lombalgies non-spécifiques repose sur l'exclusion de signaux d'alarme qui suggèrent une lombalgie spécifique (Maher et al., 2017). Ces signaux d'alarme incluent notamment une perte motrice ou sensorielle progressive, une rétention urinaire ou une incontinence par regorgement, des antécédents de cancer, une intervention rachidienne invasive récente, un traumatisme important par rapport à l'âge, de la fièvre, etc. (Will et al., 2018).

Concernant la prise en charge des lombalgies non-spécifiques aiguës (< 6 semaines), il existe de nombreux traitements (éducation, exercices, manipulations...). Cependant, la plupart ont peu de preuves concernant leurs bienfaits (Casazza et al., 2012). De plus, la plupart des patients souffrant de lombalgie aiguë s'améliorent avec le temps, quel que soit le traitement (Qaseem et al., 2017). La prise en charge des lombalgies aiguës va principalement se concentrer sur la diminution de la douleur ainsi que sur la réduction des conséquences

négligées de cette pathologie (Maher et al., 2017). Néanmoins, les kinésithérapeutes ont un rôle important à jouer dans l'évaluation du risque de passage à la chronicité de la lombalgie à cette période (K.C.E., 2017). Quant à la prise en charge des lombalgies chroniques non-spécifiques (> 3 mois), si le traitement précédent ne s'est pas avéré efficace, il serait judicieux d'envisager une prise en charge pluridisciplinaire pouvant impliquer : kinésithérapeute, rhumatologue et/ou spécialiste de médecine physique et réadaptation, médecin du travail et, si indiqué, un spécialiste de la douleur ou chirurgien du rachis (H.A.S., 2019).

La lombalgie non-spécifique est une affection assez fréquente. En Belgique, on considère qu'environ 70 % des adultes en souffrent au moins une fois dans leur vie alors que 42 % des adultes y font face au moins une fois par an. Chaque année, des nouveaux cas de lombalgie sont recensés chez 5% des adultes (Société Scientifique de Médecine Générale., 2023). Au niveau mondial, selon l'O.M.S., la prévalence au cours d'une année est de 77% et cela risque d'augmenter au fur et à mesure des années (Organisation mondiale de la Santé., 2020).

Les professionnels de la santé prenant en charge des patients souffrant de lombalgie doivent identifier et modifier les croyances délétères des patients et de plus, faire en sorte d'avoir un comportement et un discours adéquat pour ne pas induire ou renforcer des croyances inadaptées (Demoulin et al., 2024). De nos jours, il existe encore des professionnels de la santé qui considèrent la protection du dos comme étant un élément important pour prévenir, guérir et éviter la récurrence de la lombalgie non-spécifique (Christe et al., 2021). Une étude de Gardner et al. (2017) a montré que les thérapeutes ayant des croyances biomédicales importantes auraient des résultats de traitement moins favorables en termes de retour à l'activité et de retour au travail. Par l'influence des croyances de son thérapeute, le patient pourrait également développer le sentiment que le retour à l'activité constitue une menace pour son dos (Gardner et al., 2017). Au contraire, les thérapeutes qui supportent une approche biopsychosociale, un traitement actif, de l'éducation thérapeutique et qui augmentent la confiance qu'ont les patients envers leur dos auraient de meilleurs résultats (Kamper et al., 2014 ; Kamper et al., 2015). Par conséquent, lutter contre les croyances inutiles est considéré comme une priorité dans la prise en charge de la lombalgie (Buchbinder et al., 2018).

Compte tenu de l'influence des croyances et attitudes des thérapeutes sur l'évolution de leurs patients, il est intéressant de pouvoir évaluer celles-ci. Un moyen de les évaluer est le développement de questionnaires associés à une ou plusieurs vignettes cliniques. Une étude récente réalisée par une collaboration entre l'UCLouvain et l'ULiège avait pour objectif de développer et valider un questionnaire et trois vignettes cliniques afin d'évaluer les croyances et attitudes des professionnels de la santé à propos de la lombalgie non-spécifique (Gatto et al., 2022). Ce questionnaire permettait d'examiner le degré d'accord des répondants avec des guidelines récemment développées par le K.C.E. (Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé) et l'H.A.S. (Haute Autorité de Santé) concernant la prise en charge des lombalgies. Ces guidelines suggèrent différents trajets de soins en fonction du type et de l'évolution de la lombalgie. Certaines études ont utilisé d'autres vignettes cliniques afin d'évaluer les croyances des professionnels de la santé à propos de la prise en charge de la lombalgie (Christe et al., 2021 ; Leysen et al., 2021 ; Moslem et al., 2020 ; Munneke et al., 2024 ; Peabody et al., 2000).

La question de recherche de ce travail est donc : « Les croyances et attitudes des kinésithérapeutes francophones concernant la prise en charge des lombalgies non-spécifiques sont-elles en accord avec les recommandations de bonne pratique ? ».

L'objectif premier de la présente étude est de faire un état des lieux des croyances et attitudes des kinésithérapeutes de Belgique, France et Suisse à propos de la prise en charge des lombalgies non-spécifiques par rapport aux récentes guidelines de l'H.A.S. et du K.C.E. (H.A.S., 2019 ; K.C.E., 2017). Le second objectif est d'évaluer les éventuelles disparités dans les résultats en fonction du pays de formation des thérapeutes et du pays dans lequel ceux-ci exercent ainsi que l'influence de plusieurs caractéristiques sociodémographiques sur les résultats.

MÉTHODES

Design de l'étude

Étude expérimentale transversale sans geste interventionnel. La procédure était entièrement anonyme et conforme au R.G.P.D. (Règlement Général de Protection des Données), les kinésithérapeutes avaient le libre choix de participer ou non, à cette étude. Ce projet a été validé par le « Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège ». La référence de la demande d'avis au comité d'éthique est : 2023/322.

Conception des vignettes et du questionnaire

Trois vignettes cliniques (un patient lombalgique aigu, un patient lombalgique récurrent et un patient lombalgique chronique) ont été créées par les Professeurs Laurent Pitance et Christophe Demoulin assistés par quatre étudiants en kinésithérapie (Leonardo D'Elia, Loriane Delandre, Claire Gatto et Olivier Van Roy). Ces vignettes ont été créées en s'inspirant de celles préexistantes et sont basées sur les recommandations de bonne pratique récentes du K.C.E. et de l'H.A.S. Un questionnaire, associé à ces vignettes, a également été développé afin d'interroger les professionnels de la santé sur leurs attitudes et croyances vis-à-vis de la prise en charge des lombalgies non-spécifiques.

Après une introduction informant les participants et recueillant leur consentement, le questionnaire est divisé en deux parties. La première, composée de 17 questions/affirmations par vignette, évalue le degré d'accord des participants aux affirmations qui leur étaient proposées. La deuxième partie récolte, quant à elle, les données démographiques et les renseignements généraux des sujets.

Contrairement à l'étude précédente (Fontaine et al., 2023), seules les vignettes lombalgie aiguë et chronique ont été retenues dans cette recherche. Cela permettant de diminuer la durée de remplissage du questionnaire et de faciliter l'adhésion des participants à l'étude. De plus, la vignette sur la lombalgie récurrente présentait plusieurs similitudes avec la vignette sur la lombalgie chronique.

Les questions sur les données démographiques ont été également modifiées afin d’être adaptées à la population étudiée.

Participants

Pour être inclus dans notre étude, les participants devaient répondre aux critères suivants : être porteurs d’un diplôme en kinésithérapie ; exercer en Belgique, France ou Suisse ; prendre en charge minimum un patient souffrant d’une lombalgie-non spécifique par semaine ; comprendre la langue française.

Méthodes de recrutement

Dans le but de toucher un maximum de thérapeutes, nous avons opté pour différentes méthodes de recrutement :

- partage du questionnaire dans différents groupes sur les réseaux sociaux (annexe 8) ;
- partage du questionnaire sur nos pages Facebook respectives ;
- présentation de l’étude à un congrès d’Axxon ;
- partage du questionnaire à nos connaissances kinésithérapeutes ;
- partage du questionnaire aux maîtres de stage de nos universités respectives (ULiège et UCLouvain) ;
- partage du questionnaire à différents organismes (FKNL, SSK-Formation, KinéSport, Learnylib, ITMP, Association des Kinésithérapeutes suisses indépendants) ;
- partage du questionnaire dans 38 écoles de kinésithérapie françaises (annexe 9) ;
- diffusion de l’étude dans les newsletters d’Axxon ;
- diffusion de l’étude aux kinésithérapeutes francophones suisses par l’Association des physiothérapeutes de Suisse ;

-partage de l'étude à différents centres de kinés (kinactive, kinaxis, kineperform, kin&ko, evolutiv, physiomove, CKR Haccourt, mooveo Bastogne).

Les messages et l'affiche de recrutement se trouvent en annexe 4, 5 et 6. Le recrutement s'est étalé du 12 décembre 2023 au 7 avril 2024.

Protocole expérimental

La plateforme de questionnaire en ligne LimeSurvey a été utilisée pour créer les questionnaires basés sur les deux vignettes cliniques (respectivement lombalgie aigüe et chronique). Ces questionnaires comportaient successivement :

- des informations liées à l'étude (description, objectifs, critères d'inclusion/exclusion) et le consentement de participation à l'étude ;
- les deux vignettes associées chacune aux questions qui ont été développées ;
- des questions destinées à collecter des informations sociodémographiques relatives aux répondants. Celles-ci s'intéressaient au sexe, à l'âge, au pays de formation, au pays et à la structure dans lequel le kinésithérapeute exerce, aux années d'expérience, à l'implication dans l'enseignement, au nombre de patients lombalgiques pris en charge par semaine, aux formations auxquelles les répondants ont participé et aux antécédents personnels de lombalgie ayant nécessité une consultation ou un traitement chez un professionnel de la santé.

Après avoir lu chacune des deux vignettes cliniques, les participants étaient invités à répondre au questionnaire de 17 questions par vignette (donc 34 questions pour le questionnaire global). Pour répondre aux différentes questions, une échelle de LIKERT (pas du tout d'accord- plutôt pas d'accord- plutôt d'accord- tout à fait d'accord) a été utilisée. Les kinésithérapeutes entrant dans les critères d'inclusion ont été invités à répondre au questionnaire en ligne anonymement via une adresse URL.

Calcul des scores des participants

Les scores totaux pour chacune des deux vignettes et le score global (addition des scores aux deux vignettes) ont été calculés. Le calcul du score global à chaque vignette consistait en l'addition des scores attribués à chacun des 17 items qui variaient entre 0 « non-conforme aux guidelines », 1 « plutôt non-conforme aux guidelines », 2 « plutôt conforme aux guidelines » et 3 « tout à fait conforme aux guidelines ». Pour chaque vignette, le score pouvait ainsi varier de 0 à 51, un score élevé reflétant un meilleur accord avec les recommandations. Le score global variait lui de 0 à 102.

Afin d'expliquer le système de cotation du questionnaire, prenons pour commencer la vignette « lombalgie aigüe ». Pour obtenir le maximum aux deux premières questions, il fallait répondre « tout à fait d'accord ». Par contre, pour les items 3 à 17, les participants devaient répondre « pas du tout d'accord » afin d'acquérir la note de 3. En reprenant le même système de cotation, pour la vignette lombalgie « chronique », pour obtenir la note de 3, il fallait répondre « tout à fait d'accord » aux items 1, 2, 7, 9, 10, 11, 14, 15 et 16 ou « pas du tout d'accord » aux items 3, 4, 5, 6, 8, 12, 13 et 17.

Analyse des données et méthodes statistiques

Les statistiques et les tableaux ont été réalisés à l'aide du programme « IBM SPSS Statistics Version 27 ».

La normalité des variables a été analysée grâce au test de « Shapiro-Wilk ».

Les variables continues ont été exprimées en « moyenne et écart-type » et les variables catégorielles en « nombres et pourcentages ».

Pour les statistiques descriptives, des tableaux de contingence ont été conçus afin d'exprimer les réponses des participants en pourcentage pour chacun des items des deux vignettes cliniques.

Pour évaluer l'influence sur les résultats du pays dans lequel les kinésithérapeutes exercent ou du pays dans lequel ils ont été formés, nous avons utilisé le test de « Kruskal-Wallis ». Lorsqu'il y avait une différence significative entre les trois groupes, des tests post-hoc ont été effectués afin de comparer les groupes deux à deux. La taille de l'effet pour le test de « Kruskal Wallis » a été calculée via l' η^2 qui varie de 0 à 1. Les valeurs d'interprétation couramment rencontrées dans la littérature publiée sont : 0,01 à 0,06 (effet faible), 0,06 à 0,14 (effet modéré) et $\geq 0,14$ (effet important) (Richardson et al., 2011).

Pour comparer les résultats de kinésithérapeutes qui ont fait des formations de l'IFOMPT ou du K.C.E. et ceux qui n'en ont pas réalisées ainsi que pour distinguer ceux qui sont impliqués dans l'enseignement à ceux qui ne le sont pas, nous avons utilisé le « Test U Mann-Whitney ». La taille de l'effet pour le « Test U Mann-Whitney » a été évaluée grâce au « Test r ». Cohen a proposé les valeurs suivantes pour quantifier la taille de l'effet de la statistique « r » : 0,1 à 0,3 (effet faible), 0,3 à 0,5 (effet modéré), et $\geq 0,5$ (effet important) (Cohen et al., 1992).

Enfin, nous avons établi une corrélation entre le nombre de patients lombalgiques vus par semaine et les années d'expérience des kinésithérapeutes avec les résultats grâce au coefficient « Rho de Spearman ». L'intensité de la corrélation entre les variables a été évaluée en suivant les critères de Dancey, évoluant de : 0,01 à 0,19 (corrélation négligeable), 0,2 à 0,29 (corrélation faible), 0,3 à 0,39 (Corrélation modérée), 0,4 à 0,69 (corrélation forte) et $\geq 0,7$ (corrélation très forte) (Dancey et al., 2007).

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 ($p\text{-value} < 0,05$).

RÉSULTATS

Données démographiques

Les données démographiques sont illustrées dans le tableau 1. L'échantillon de cette étude est composé de 275 kinésithérapeutes francophones issus de la Belgique (133), de la France (92) et de la Suisse (50). L'âge moyen de l'échantillon est de 36,4 ans. L'échantillon comprend 48,7 % de femmes et 50,9% d'hommes.

En moyenne, les thérapeutes exercent depuis 12,6 ans et prennent en charge 9,96 patients lombalgiques par semaine. Une formation de thérapie manuelle reconnue par l'IFOMPT a été réalisée par 37,45% des participants à l'étude. De plus, 41,45% des individus de l'échantillon affirment avoir déjà souffert d'un épisode de lombalgie ayant nécessité une consultation chez un professionnel de la santé.

Résultats à chaque item des deux vignettes

Vignette 1 « Lombalgie aigüe » :

La répartition, en pourcentage, des réponses à chaque item de la vignette 1 est représentée dans le tableau 2. Après avoir analysé ce tableau, nous pouvons indiquer pour l'ensemble de la population que :

- Plus de 75% des kinésithérapeutes de notre échantillon sont « tout à fait ou plutôt en accord » avec les guidelines pour les items 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 16 et 17.
- Plus de 50% des kinésithérapeutes de notre échantillon sont « tout à fait ou plutôt en accord » avec les guidelines pour les items 4, 10 et ceux précédemment cités.
- Pour les items 11 (traitement kiné), 12 (techniques manuelles), 14 (exercices supervisés) et 15 (éducation à la douleur), plus de 50% des kinésithérapeutes vont à **l'encontre** des guidelines.

L'analyse comparative à chaque item en fonction du pays où les kinésithérapeutes exercent a démontré une différence significative ($p < 0,05$) pour 5 items sur 17, avec une taille d'effet de faible amplitude ($\eta^2 < 0,06$). Pour les items 2 (reprise de l'activité physique) et 12 (techniques manuelles), les kinésithérapeutes qui exercent en France sont plus en phase avec les guidelines que les kinésithérapeutes exerçant en Belgique. Concernant l'item 3 (reprise de la course à pied), les participants français respectent mieux les recommandations que les participants belges. Pour l'item 5 (conseiller de s'allonger), les participants belges sont plus en accord avec les guidelines que ceux français. Enfin, les participants belges ont des résultats se rapprochant davantage des guidelines que ceux français concernant l'item 7 (risque de chronicité).

Vignette 2 « Lombalgie chronique » :

La répartition, en pourcentage, des réponses à chaque item de la vignette 2 est représentée dans le tableau 3. Après avoir analysé ce tableau, nous pouvons indiquer pour l'ensemble de la population que :

- Plus de 75% des kinésithérapeutes de notre échantillon sont « tout à fait ou plutôt en accord » avec les guidelines pour les items 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 14, 15 et 17.
- Plus de 50% des kinésithérapeutes de notre échantillon sont « tout à fait ou plutôt en accord » avec les guidelines pour les items 6, 9, 13, 16 et ceux précédemment cités.
- Pour l'item 12 (techniques manuelles), plus de 50% des kinésithérapeutes ont choisi une réponse qui va à **l'encontre** des guidelines.

L'analyse comparative à chaque item en fonction du pays où les kinésithérapeutes exercent a démontré une différence significative ($p < 0,05$) pour 6 items sur 17, avec une taille d'effet de faible amplitude ($\eta^2 < 0,06$). Pour l'item 3 (déconseiller la course à pied), les kinésithérapeutes français ont opté pour des réponses se rapprochant plus des recommandations que les kinésithérapeutes suisses. Pour l'item 5 (conseiller de s'allonger), les kinésithérapeutes français et belges sont plus en phase avec les guidelines que les kinésithérapeutes suisses. Les kinésithérapeutes

français ont des résultats étant davantage en phase avec les recommandations de bonne pratique que les kinésithérapeutes belges pour l'item 7 (risque de chronicité) et l'item 12 (techniques manuelles). Concernant l'item 11 (traitement en kinésithérapie), les kinésithérapeutes suisses ont obtenu des résultats plus en concordance avec les guidelines que les kinésithérapeutes belges. Enfin, les kinésithérapeutes exerçant en France suivent mieux les recommandations que ceux exerçant en Belgique et en Suisse concernant l'item 17 (protection du dos).

Influence du pays dans lequel les kinésithérapeutes exercent sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global du questionnaire (/102)

Les résultats obtenus pour chacune des vignettes et pour le score global du questionnaire en fonction du pays dans lequel les kinésithérapeutes exercent sont représentés dans le tableau 4.

Aucune différence significative n'a été démontrée entre les pays pour la vignette « lombalgie aiguë », la vignette « lombalgie chronique » ainsi que pour le score global du questionnaire.

Influence du pays dans lequel les kinésithérapeutes ont été formés sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global du questionnaire (/102)

Les résultats obtenus pour chacune des vignettes et le score global du questionnaire en fonction du pays dans lequel les kinésithérapeutes ont été formés sont représentés dans le tableau 5.

Aucune différence significative n'a été démontrée entre les pays de formation sur les résultats obtenus à la vignette « lombalgie aiguë ». Par contre, il existe des différences significatives entre les pays pour la vignette « lombalgie chronique » et pour le score global.

Concernant la vignette « lombalgie chronique », les kinésithérapeutes formés en France sont significativement plus en phase avec les recommandations de bonne

pratique de l'H.A.S. et du K.C.E. que les kinésithérapeutes formés en Belgique ($F > B$, $p=0,015$), la taille d'effet est faible ($\eta^2=0,021$).

Pour le score global, les kinésithérapeutes formés en France sont davantage en accord avec les guidelines que les kinésithérapeutes formés en Belgique ($F > B$, $p=0,023$), avec une taille d'effet de faible amplitude ($\eta^2=0,019$).

Influence d'avoir réalisé une formation en thérapie manuelle reconnue par l'IFOMPT sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global (/102)

Les résultats obtenus pour chacune des vignettes et le score global du questionnaire en fonction du fait d'avoir réalisé ou non une formation en thérapie manuelle (IFOMPT) sont représentés dans le tableau 6.

Pour la vignette « lombalgie aiguë », aucune différence significative n'a été démontrée. Cependant, des différences significatives sont présentes pour la vignette « lombalgie chronique » et pour le score global.

Pour la vignette « lombalgie chronique » et pour le score total, les thérapeutes ayant participé à une formation reconnue par l'IFOMPT seraient plus en phase avec les recommandations, ($p<0,001$) avec une taille d'effet faible ($r=0,211$) pour la vignette sur la lombalgie chronique et ($p=0,006$) avec une taille d'effet de faible amplitude ($r=0,164$) pour le score total.

Influence d'avoir participé à des conférences et/ou formations mentionnant les guidelines du K.C.E. et de l'H.A.S. sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global (/102)

Les résultats obtenus pour chacune des vignettes et le score global du questionnaire en fonction du fait d'avoir participé ou non à des conférences et/ou formations mentionnant les guidelines du K.C.E. et de l'H.A.S. sont représentés dans le tableau 7.

Pour la vignette « lombalgie aiguë », aucune différence significative n'a été démontrée. Au contraire, pour la vignette « lombalgie chronique » et pour le score global, nous pouvons retrouver des différences significatives.

Pour la vignette « lombalgie chronique » et pour le score total, les thérapeutes ayant participé à des conférences et/ou formations mentionnant les guidelines du K.C.E. et de l'H.A.S. seraient davantage en phase avec ces guidelines, ($p=0,010$) avec une taille d'effet faible ($r=0,156$) pour la vignette sur la lombalgie chronique et ($p=0,035$) avec une taille d'effet de faible amplitude ($r=0,126$) pour le score total.

Influence d'être impliqué dans l'enseignement en kinésithérapie sur le score de chaque vignette (/51) et sur le score global (/102)

Les résultats obtenus pour chacune des vignettes et le score global du questionnaire en fonction du fait d'être impliqué ou non dans l'enseignement en kinésithérapie sont représentés dans le tableau 8.

Aucune différence significative n'a été démontrée pour la vignette « lombalgie aiguë », la vignette « lombalgie chronique » et pour le score global.

Corrélation entre le nombre d'années d'expérience, le score à chaque vignette (/51) et le score global (/102)

Les corrélations entre les années d'expérience des thérapeutes, le score à chaque vignette et le score global sont représentées dans le tableau 9.

Les résultats indiquent une relation inverse lorsque la variable « années d'expérience » est corrélée au score de chaque vignette et au score total des participants. C'est-à-dire que plus le nombre d'années d'expérience augmente, plus le résultat des participants au questionnaire diminue. Les données sont statistiquement significatives ($p=0,024$) avec une corrélation inverse faible entre les années d'expérience et le résultat (coefficient= $-0,138$) pour la vignette sur la lombalgie aiguë, ($p=0,002$) avec une corrélation inverse faible (coefficient= $-0,183$)

pour la vignette sur la lombalgie chronique et ($p=0,005$) avec une corrélation inverse faible (coefficient= -0,168) pour le score total.

Corrélation entre le nombre de patients lombalgiques par semaine, le score à chaque vignette (/51) et le score global (/102)

Les corrélations entre le nombre de patients lombalgiques vus par semaine, le score à chaque vignette et le score global sont représentées dans le tableau 10.

Il n'existe pas de corrélations entre ces variables. Il n'y a pas de données statistiquement significatives.

DISCUSSION

La lombalgie (LBP) est l'une des affections les plus répandues touchant la population à travers le monde (Alsherhi et al., 2022). Sa prise en charge par les kinésithérapeutes peut comprendre diverses interventions, notamment l'éducation du patient, la prescription d'activités physiques et d'exercices, la thérapie manuelle, la P.I.P.T. (Psychologically Informed Physical Therapy) et l'autogestion (Lin et al., 2020). Dans de nombreux pays, il existe des guidelines pour le traitement de la lombalgie non-spécifique mais ces recommandations ne sont pas identiques partout. En Belgique et en France, il y a les recommandations du K.C.E et de l'H.A.S. qui sont relativement récentes, mais malheureusement certains cliniciens ne les prennent pas en compte et restent dans un modèle biomédical (Munneke et al., 2024). Pourtant, nous savons que les approches thérapeutiques basées sur ce modèle sont obsolètes (Garcia-Martinez et al., 2022 ; Gibbs et al., 2021). L'objectif de cette étude était donc d'examiner les croyances et attitudes des kinésithérapeutes de Belgique, France et Suisse à propos des lombalgies non-spécifiques par rapport aux récentes guidelines de l'H.A.S. et du K.C.E. (H.A.S., 2019 ; K.C.E., 2017). Le second objectif était d'évaluer les éventuelles disparités dans les résultats en fonction du pays de formation des thérapeutes et du pays dans lequel ceux-ci exercent ainsi que l'influence de plusieurs caractéristiques sociodémographiques sur les résultats.

Pour la vignette « lombalgie aiguë », la majorité (95,3%) des répondants a indiqué qu'elle préconiserait un traitement de kinésithérapie pour une lombalgie aiguë (item 11). 73,2% des participants ont proposé d'appliquer des techniques manuelles en début de traitement (item 12). De plus, il était courant chez les répondants de proposer des exercices supervisés par un professionnel de la santé (item 14) (97,1%) et une éducation aux mécanismes biopsychosociaux de la douleur (item 15) (82,2%). Ces croyances erronées des participants peuvent être liées à l'idée que tout patient lombalgique doit être pris en charge par un kinésithérapeute peu de temps après le début de la survenue des symptômes (< 2 semaines). Or, les guidelines du K.C.E. et de l'H.A.S. stipulent qu'un traitement de kinésithérapie, en cas de lombalgie aiguë, n'est pas intéressant dans les deux premières semaines en raison de l'évolution naturelle favorable de cette pathologie et des coûts des soins de santé

qu'une prise en charge « non indispensable » engendrerait (K.C.E., 2017 ; H.A.S., 2019). Dans la compréhension contemporaine de la lombalgie, dans cette période (< 2 semaines), le rôle du thérapeute doit se limiter à dépister les éventuels drapeaux rouges via une anamnèse cohérente (K.C.E. 2017). Ce constat avait déjà été observé dans notre dernière étude (Fontaine et al., 2023), dans laquelle nous avons analysé les croyances et attitudes des étudiants universitaires francophones belges en première année de master. Ceux-ci avaient obtenu des résultats proches des kinésithérapeutes de la présente étude pour les items énoncés ci-dessus, avec également une tendance à débiter la prise en charge trop tôt par rapport aux recommandations en vigueur. Il est important de fournir plusieurs hypothèses à ses résultats car on sait que les croyances retrouvées dans cette étude peuvent conduire à un surtraitement, entraver le développement de stratégies d'autogestion et augmenter les coûts de santé sans avantage supplémentaire (Darlow et al., 2016 ; Gardner et al., 2017 ; Hill et al., 2011). Nous pouvons fournir une première hypothèse à ces résultats. Dans les guidelines, ce sont les médecins qui sont chargés de prendre en charge les patients lombalgiques aigus (< 2 semaines) avec de l'éducation thérapeutique, de la prescription d'exercices et des conseils sur l'hygiène de vie (K.C.E., 2017). Cependant, cela n'est peut-être pas toujours fait en pratique, ce qui pourrait justifier que de nombreux kinésithérapeutes estiment qu'ils ont un rôle important à jouer précocement. De plus, lorsqu'on compare les recommandations du K.C.E. et de l'H.A.S. à des recommandations récentes sur la prise en charge de la lombalgie aiguë, on peut trouver certaines explications supplémentaires aux résultats de cette étude. L'étude de George et al. (2021) résume les guidelines pour le traitement de la lombalgie aiguë. Dans cet article, pour un patient aigu, on observe des évidences de niveau C à réaliser des exercices, des évidences de niveau A à utiliser de la thérapie manuelle et des évidences de niveau B pour faire de l'éducation thérapeutique (George et al., 2021). Dans un résumé encore plus récent des lignes directrices, on observe que les traitements les plus recommandés pour la lombalgie aiguë sont : les AINS (cité par 12 guidelines) ; des exercices (cité par 9 guidelines) ; rester actif (cité par 9 guidelines) ; des manipulations vertébrales (cité par 8 guidelines) (Zhou et al., 2024). Un biais possible pour les kinésithérapeutes est d'extrapoler ce type d'informations à l'ensemble des patients lombalgiques aigus. Pourtant, nous savons qu'il existe, dans cette population, une sous-catégorie de patients (< 2 semaines de symptômes) pour

laquelle ce type de recommandations montre moins d'intérêt, entre autres en raison de l'évolution naturelle favorable de la pathologie (Vlaeyen et al., 2018). Il existe quand même des avis contradictoires dans la littérature pour le traitement de la lombalgie avant 2 semaines, ce qui a pu pousser aussi les participants à avoir un avis contraire au K.C.E. et à l'H.A.S. Selon les guidelines américaines, étant donné que la plupart des patients souffrant de lombalgie aiguë (< 2 semaines) s'améliorent avec le temps, les cliniciens doivent choisir un traitement non-pharmacologique avec de la chaleur superficielle (preuves de qualité moyenne), de la thérapie manuelle ou de l'acupuncture (preuves de qualité faible) (Qaseem et al., 2017). En 2022, Gianola et al., ont rédigé une revue systématique dans laquelle différents traitements étaient comparés dans un suivi immédiat (lombalgie depuis 1 semaine). Selon cet article, les traitements non-pharmacologiques les plus bénéfiques pour réduire la douleur à ce stade étaient : l'exercice ; la thérapie manuelle et la chaleur. Pour améliorer la fonction, les traitements qui ont montré le plus d'effet étaient : la thérapie manuelle, l'éducation thérapeutique, l'exercice et la chaleur. Il est surprenant d'observer que ces auteurs prennent le parti de recommander des traitements comme la chaleur, sachant que l'effet de cette thérapie est très débattu dans la littérature. En effet, d'après Malanga et al. (2015), la plupart des recommandations concernant l'utilisation de la thérapie par la chaleur sont basées sur une expérience empirique, avec des preuves limitées. Il reste un besoin constant d'ECR de haute qualité sur les effets de la thérapie par la chaleur sur la récupération après une blessure musculo-squelettique aiguë (Malanga et al., 2015). Le choix de ces auteurs pour ce type de thérapie s'explique peut-être par une volonté de s'écarter du traitement pharmacologique dans la phase aiguë des symptômes. Mis à part pour l'utilisation d'AINS, on sait que le traitement pharmacologique n'est pas forcément recommandé dans le traitement des lombalgies aiguës (Zhou et al., 2024). De fait, une étude de Jones et al. (2023) a démontré qu'un traitement pharmacologique (analgésiques opioïdes) n'avait pas plus d'efficacité qu'un placebo après 6 semaines dans les lombalgies aiguës. De plus, ce traitement pharmacologique peut induire des effets indésirables chez les patients (Jones et al., 2023).

Les kinésithérapeutes ont répondu correctement à la majorité des items, pour la vignette « lombalgie chronique ». Dans l'étude que nous avons réalisée l'année passée (Fontaine et al., 2023), les étudiants belges avaient eux aussi obtenu des résultats satisfaisants à cette vignette. Dans les deux études, une des seules

questions posant problème est celle sur l'emploi de techniques manuelles (item 12). L'année passée, 83% des participants estimaient qu'il y avait un intérêt à réaliser de la thérapie manuelle avec un patient lombalgique et dans la présente étude, ils sont 57,5%. À travers ces deux études, on voit qu'il y a une tendance à avoir des croyances erronées pour l'emploi de la thérapie manuelle chez le patient chronique. Dans une revue systématique (Rubinstein et al., 2019), les auteurs ont comparé l'effet des manipulations lombaires aux traitements recommandés dans les guidelines pour la lombalgie chronique. Ces recommandations étaient basées sur les guidelines du NICE (National Institute for Health and Care Excellence., 2016), de l'ACP (American College of Physicians) (Qaseem et al., 2017) et sur les recommandations européennes pour la gestion de la lombalgie chronique (Airaksinen et al., 2006). Les résultats de cette revue systématique montrent que des manipulations lombaires isolées ont un impact similaire aux thérapies recommandées par les guidelines sur la douleur et la fonction des patients à court, moyen et long terme (1, 6 et 12 mois de suivi). La manipulation lombaire s'avère plus efficace que les traitements non recommandés (ultrasons, corset...) sur la fonction à court terme. D'après Bialosky, l'effet de la thérapie manuelle résulterait de réponses essentiellement neurophysiologiques survenant immédiatement après l'application de la thérapie manuelle. Elles inhibent la douleur et permettent au patient une amélioration fonctionnelle à court terme (Bialosky et al., 2018). En revanche, ces effets n'expliquent pas pourquoi la thérapie manuelle permet d'obtenir des résultats similaires aux traitements recommandés par les guidelines. Selon Rubinstein, dans la plupart des études, on n'identifie pas assez les marqueurs susceptibles d'influencer le traitement (tels que le statut socio-économique, le niveau d'éducation) (Rubinstein et al., 2019). En 2018, Bialosky avait déjà décrit ces facteurs contextuels comme étant des éléments clés dans l'évolution du traitement (Bialosky et al., 2018). Ceux-ci participent à un certain degré à la guérison du patient, parallèlement à l'intervention du thérapeute. On manque d'études dans lesquelles ces facteurs contextuels sont clairement identifiés dès le départ afin de nous permettre de calculer l'effet réel d'une intervention sur un sous-groupe précis de patients. Ces informations sont à prendre en compte car elles exercent probablement une influence sur les résultats des études que les kinésithérapeutes consultent. Elles peuvent aussi former un biais pour le clinicien lorsqu'il évalue son traitement, il risque parfois d'évaluer l'intervention isolément

sans considérer le degré d'impact des facteurs prédisposants sur le résultat du traitement. Synott et al. (2015), a montré que les kinésithérapeutes faisaient preuve d'une connaissance limitée vis-à-vis des rôles que jouent les facteurs cognitifs, psychologiques et sociaux dans la lombalgie. Selon cet auteur, il faut aussi savoir cibler les attentes du patient dès le début du traitement, afin de pouvoir sélectionner la thérapie ayant les meilleures chances de faciliter un rétablissement (Synott et al., 2015). D'un autre côté, Main et al. (2010) expliquent qu'en cédant aux attentes du patient et en fournissant des explications biomédicales sur la douleur et les traitements, les physiothérapeutes peuvent perpétuer les croyances biomédicales des patients (Main et al., 2010). Il est possible que les attentes perçues des patients soient fortement influencées par les croyances et les attitudes de leur kinésithérapeute et que les patients soient plus ouverts au traitement actif si une communication bidirectionnelle de haute qualité est utilisée (Bunzli et al., 2015).

Lorsqu'on analyse les résultats obtenus par les kinésithérapeutes en fonction de leur pays de formation, on observe une différence entre la France et la Belgique pour la vignette sur la lombalgie chronique et pour le score global. Les kinésithérapeutes formés en France ont obtenu à chaque fois des résultats plus en phase avec les guidelines que ceux formés en Belgique. Cependant, la taille d'effet reste très faible donc il faut considérer l'impact du pays de formation avec précaution. Un biais méthodologique peut expliquer en partie ces résultats car, comme le faisait remarquer Ménard et al. (2023), l'utilisation des réseaux sociaux comme outil de diffusion du questionnaire peut mener à recruter une population plus jeune qui possède une formation basée sur des recommandations plus récentes (Ménard et al., 2023). Or, en Belgique, nous avons pu diffuser le questionnaire via divers canaux : congrès Axxon ; liste de maîtres de stages ; nos connaissances... Pour la France, nos outils principaux de diffusion étaient l'envoi de mails et les réseaux sociaux. Il est peu probable que ces différentes méthodes de recrutements permettent de toucher une population homogène. Il faut donc rester critique face à ses résultats. La taille de notre échantillon peut aussi constituer une erreur dans l'interprétation des résultats. Selon le rapport de démographie des kinésithérapeutes en France de 2020, il y aurait environ 67 000 thérapeutes qui ont été formés dans ce pays (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes., 2020). Les kinésithérapeutes de cette étude représentent donc 0,11% des thérapeutes formés en France. De plus, il ne faut pas oublier que pour qu'un échantillon soit considéré comme représentatif, il doit être

une version réduite de la population entière, dans laquelle toutes les caractéristiques de celle-ci sont présentes (Grafström et al., 2014). La méthode de recrutement utilisée dans cette étude complique cette tâche.

Les kinésithérapeutes qui ont réalisé des formations de l'IFOMPT ou celles qui mentionnent les recommandations de bonnes pratiques (K.CE. et H.A.S.) ont obtenu des résultats plus en accord avec les guidelines pour la vignette sur la lombalgie chronique et pour le score global. Alshehri et al. (2020) avait déjà pu observer des résultats similaires dans un de ses articles. Dans celui-ci, les kinésithérapeutes ayant reçu une formation complémentaire sur la lombalgie étaient plus susceptibles d'avoir des scores plus élevés aux questionnaires évaluant leurs croyances envers la lombalgie que leurs homologues n'ayant pas reçu de formation dans ce domaine (Alshehri et al., 2020). Rufa (2022) observait aussi que les thérapeutes ayant participé à des formations post-diplôme associaient moins systématiquement la douleur à la lésion, et ils possédaient une orientation moins biomédicale (Rufa et al., 2022). De plus, les formations permettraient également une meilleure adhésion aux lignes directrices ainsi qu'une amélioration des connaissances et des compétences des professionnels de la santé concernant la gestion de la douleur avec des tailles d'effet allant de petite à grande (Munneke et al., 2024). Cela montre l'intérêt des formations post-diplôme. Néanmoins, les résultats restent toujours perfectibles chez les individus ayant participé à ces formations.

On observe une corrélation négative entre le nombre d'années d'expérience et les résultats des participants aux deux vignettes et au score total. Cependant, ces corrélations entre les années d'expérience et ces scores aux questionnaires peuvent être considérés comme très faibles lorsqu'on analyse dans quel seuil de Dancey nos résultats se trouvent (Dancey et al., 2007). La tendance à avoir des croyances moins en phase avec les guidelines avec l'augmentation des années d'expérience est donc minime. Dans la littérature, les avis sur l'effet de l'expérience sur les croyances des kinésithérapeutes ne sont pas unanimes. Ferreira (2023) a observé que l'expérience influençait négativement les connaissances et attitudes des kinésithérapeutes au sujet de la lombalgie tandis que Christe (2021) a observé l'inverse (Ferreira et al., 2023 ; Christe et al., 2021). Ces divergences peuvent s'expliquer par des différences dans les caractéristiques sociodémographiques de leurs échantillons (âge moyen,

type d'établissement dans lequel les thérapeutes exercent, formations réalisées...) (Roitenberg et al., 2019 ; Widerström et al., 2019). Un argument pour expliquer les résultats plus en phase avec les guidelines des jeunes kinésithérapeutes dans l'étude de Ferreira, est celui déjà évoqué un peu plus haut par Ménard. Cet auteur pense que les thérapeutes novices possèdent une formation qui repose sur des recommandations plus récentes (Ménard et al., 2023), ils sont donc plus en phase avec les guidelines utilisées par Ferreira comme référence. À contrario, Synott (2015) a émis l'hypothèse que les jeunes cliniciens, par manque de confiance dans le traitement multidimensionnel de la lombalgie, se limitent parfois à traiter cette pathologie comme un problème plutôt mécanique (Synott et al., 2015). Pour cet auteur, cette raison pousserait les jeunes à avoir plus de confiance dans le modèle biomédical que les kinésithérapeutes expérimentés. L'influence de l'expérience du thérapeute sur ses croyances envers la lombalgie reste un sujet controversé.

Forces et limites de l'étude :

Le questionnaire utilisé dans le cadre de cet article, ayant été la source de plusieurs études évaluant ses qualités psychométriques, constitue un outil fiable et valide pour tester les connaissances et attitudes des kinésithérapeutes à propos de la lombalgie non-spécifique (D'Elia et al., 2022 ; Gatto et al., 2022). Néanmoins, il ne permet pas de capturer toutes les dimensions des croyances des cliniciens comme cela est possible avec une étude qualitative (Gardner et al., 2017).

Nous avons pu observer que plus de la moitié des répondants au questionnaire n'a pas terminé le remplissage de celui-ci. Sur 564 répondants, seuls 275 ont validé entièrement le questionnaire. Le caractère chronophage de celui-ci (10-15 minutes) est probablement un facteur limitant le recrutement des participants et le remplissage du questionnaire dans son entièreté.

Les 275 répondants ne peuvent être considérés comme représentatifs de la population de kinésithérapeutes en Belgique, en France et Suisse qui est composée d'environ 115000 individus. Notre échantillon ne représente donc que 0,24% de la population totale des kinésithérapeutes francophones. De plus, nous avons employé une méthode d'échantillonnage non-probabiliste. Christe (2021) a fait remarquer

que ce type de recrutement peut mener à un biais d'auto-sélection et peut limiter la généralisation des résultats (Christe et al., 2021).

Une autre limite est constituée par l'homogénéité de la population étudiée. En effet, une partie de notre recrutement s'est faite via les réseaux sociaux. Cette méthode recruterait potentiellement des individus plus jeunes (Ménard et al., 2023). De plus, les individus qui ont participé à l'étude sont sûrement intéressés par le domaine musculo-squelettique et ont donc, peut-être, de meilleures connaissances des recommandations que les thérapeutes ayant moins d'intérêt dans ce domaine.

Comme l'a fait remarquer Leysen et al. (2021), le questionnaire et les vignettes restent fictifs. Il y aurait donc un intérêt à pouvoir comparer ces résultats actuels à des situations réelles pour évaluer le comportement clinique réel des kinésithérapeutes, car la validité entre les vignettes et les situations réelles peut être remise en question (Leysen et al., 2021).

CONCLUSION

Cette étude a examiné les croyances et attitudes de kinésithérapeutes francophones provenant de Belgique, France et Suisse dans la prise en charge des lombalgies non-spécifiques. Les thérapeutes semblent avoir une approche davantage en phase avec les guidelines du K.C.E. et de l'H.A.S. dans la prise en charge de la lombalgie chronique par rapport à la lombalgie aiguë. Même si les participants ont répondu correctement à la majorité des items de ces vignettes, le respect des lignes directrices reste encore faible pour certaines questions.

Aucun facteur sociodémographique n'a été mis en évidence comme exerçant une forte influence sur les résultats du questionnaire. Néanmoins, on observe une différence significative entre les thérapeutes formés en France et ceux formés en Belgique dans les résultats à la vignette « lombalgie chronique » et au score global. Les thérapeutes formés en France ont obtenu des résultats plus en phase que ceux formés en Belgique mais avec une taille d'effet faible. Les kinésithérapeutes ayant participé à une formation reconnue par l'IFOMPT et/ou à des formations présentant les guidelines du K.C.E. et de l'H.A.S. ont obtenu des résultats plus en accord avec ces recommandations. Cependant, la taille de l'effet était de nouveau de faible amplitude.

TABLEAUX

Tableau 1. *Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.*

	Total N=275 N (%)	Belgique N=133 N (%)	France N=92 N (%)	Suisse N=50 N (%)
Âge (<i>m ± ET</i>)	36,40 ± 10,91	35,78 ± 10,62	33,48 ± 8,99	43,4 ± 12,03
Genre				
<i>Féminin</i>	134 (48,7%)	71 (53,38%)	35 (38,05%)	28 (56%)
<i>Masculin</i>	140 (50,9%)	61 (45,87%)	57 (61,95%)	22 (44%)
<i>Autre</i>	1 (0,4%)	1 (0,75%)	0 (0%)	0 (0%)
ATCD lombalgie				
<i>Oui</i>	114 (41,45%)	53 (39,85%)	36 (39,13%)	25 (50%)
<i>Non</i>	161 (58,55%)	80 (60,15%)	56 (60,87)	25 (50%)
Pays de formation	275 (100%)	172 (62,54%)	69 (25,1%)	34 (12,36%)
Structure				
<i>Cabinet</i>	197 (71,64%)	83 (62,4%)	78 (84,78%)	36 (72%)
<i>Hôpital</i>	45 (16,36%)	32 (24,06%)	5 (5,43%)	8 (16%)
<i>Maison médicale</i>	23 (8,36%)	13 (9,77%)	7 (7,62%)	3 (6%)
<i>Autres</i>	10 (3,64%)	5 (3,77%)	2 (2,17%)	3 (6%)
Années d'expérience (<i>m ± ET</i>)	12,6 ± 10,58	12,47 ± 10,39	9,54 ± 8,64	18,6 ± 11,95
Implication dans l'enseignement en kinésithérapie				
<i>Oui</i>	66 (24%)	27 (20,3%)	26 (28,26%)	13 (26%)
<i>Non</i>	209 (76%)	106 (79,7%)	66 (71,74%)	37 (74%)

Patients lombalgiques vus par semaine (<i>m</i> ± <i>ET</i>)	9,96 ± 9,84	9,28 ± 11,66	10,88 ± 8,01	10,04 ± 7,28
Participation à une formation en thérapie manuelle (IFOMPT)				
<i>Oui</i>	103 (37,45%)	48 (39,09%)	31 (33,69%)	24 (48%)
<i>Non</i>	172 (62,55%)	85 (63,91%)	61 (66,31%)	26 (52%)

Tableaux 2. Pourcentage de réponses aux items de la vignette 1 (lombalgie aigüe).
Avec comme cotation : réponse tout à fait conforme aux guidelines = 3, plutôt conforme = 2, plutôt non-conforme = 1, non-conforme = 0. (N=275)

	Belgique N=133	France N=92	Suisse N=50	P-Value (Kruskal-Wallis) + Post-Hoc (Tukey) + Effect- size (Eta ²)	TOTAL N=275
1/La reprise de l'activité professionnelle, éventuellement adaptée, devra être envisagée sans attendre la disparition totale des symptômes.	0 : 3,1% 1 : 3,7% 2 : 33,8% 3 : 59,4%	0 : 0% 1 : 1,1% 2 : 44,6% 3 : 54,3%	0 : 2% 1 : 8% 2 : 28% 3 : 62%	0,907	1,8% 3,6% 36,4% 58,2%
2/ Je conseillerais à cette patiente de reprendre/commencer une activité physique et/ou sportive, supervisée si nécessaire par un professionnel de la santé et de l'exercice, sans attendre la disparition totale des symptômes.	0 : 3,8% 1 : 6,8% 2 : 35,3% 3 : 54,1%	0 : 0% 1 : 0% 2 : 32,6% 3 : 67,4%	0 : 4% 1 : 8% 2 : 38% 3 : 50%	0,018 F>B, p=0,044 Eta ² = 0,022	2,6% 4,7% 34,9% 57,8%
3/ Je déconseillerais à la patiente de pratiquer la course à pied en raison des contraintes engendrées sur le rachis lombaire, même si ses douleurs diminuent et que cette activité physique est appréciée par la patiente.	0 : 56,4% 1 : 26,3% 2 : 11,3% 3 : 7,8%	0 : 69,6% 1 : 23,9% 2 : 4,3% 3 : 2,2%	0 : 48% 1 : 28% 2 : 12% 3 : 12%	0,009 F>S, p=0,011 Eta ² = 0,027	59,3% 25,8% 9,1% 5,8%
4/ Je déconseillerais à cette patiente toute activité physique et/ou sportive qui augmente ses douleurs, même si ce n'est que légèrement.	0 : 34,6% 1 : 31,6% 2 : 22,5% 3 : 11,3%	0 : 32,6% 1 : 38% 2 : 27,2% 3 : 2,2%	0 : 32% 1 : 30% 2 : 26% 3 : 12%	0,657	33,4% 33,4% 24,7% 5,9%
5/ Je conseillerais à cette patiente de s'allonger dans son lit/canapé dès que la douleur augmente.	0 : 67,7% 1 : 27,8% 2 : 3,7% 3 : 0,8%	0 : 65,2% 1 : 30,4% 2 : 2,2% 3 : 2,2%	0 : 50% 1 : 32% 2 : 16% 3 : 2%	0,028 B>S, p=0,027 Eta ² = 0,018	63,6% 29,4% 5,5% 1,5%
6/ Les douleurs du patient suggèrent la présence d'une lombalgie spécifique.	0 : 45,8% 1 : 36,1% 2 : 16,5% 3 : 1,6%	0 : 43,5% 1 : 43,5% 2 : 13% 3 : 0%	0 : 42% 1 : 28% 2 : 18% 3 : 12%	0,368	44,4% 37,1% 15,6% 2,9%
7/ Le patient présente un risque de passage/maintien à la chronicité moyen à élevé.	0 : 38,3% 1 : 49,6% 2 : 11,3% 3 : 0,8%	0 : 21,7% 1 : 53,2% 2 : 23,9% 3 : 1,2%	0 : 32% 1 : 50% 2 : 12% 3 : 6%	0,007 B>F, p=0,005 Eta ² = 0,028	31,6% 50,9% 15,6% 1,9%
8/ Je conseillerais à ce patient de réaliser une nouvelle imagerie médicale.	0 : 67,7% 1 : 24,8% 2 : 5,3% 3 : 2,2%	0 : 64,1% 1 : 27,2% 2 : 5,4% 3 : 3,3%	0 : 76% 1 : 16% 2 : 6% 3 : 2%	0,403	68% 24% 5,4% 2,6%
9/ Ce patient nécessite une consultation chez un médecin spécialiste (médecine physique et réadaptation, rhumatologie ou algologie).	0 : 49,6% 1 : 39,8% 2 : 9% 3 : 1,6%	0 : 54,3% 1 : 38% 2 : 6,5% 3 : 1,2%	0 : 42% 1 : 46% 2 : 12% 3 : 0%	0,348	49,8% 40,4% 8,7% 1,1%

10/ Ce patient nécessite une prise en charge par une équipe interdisciplinaire.	0 : 34,6%	0 : 22,8%	0 : 20%	0,068	28%
	1 : 36,1%	1 : 35,9%	1 : 52%		38,9%
	2 : 24,8%	2 : 32,6%	2 : 24%		27,3%
	3 : 4,5%	3 : 8,7%	3 : 4%		5,8%
11/ Je préconiserais un traitement de kinésithérapie à ce patient.	0 : 0,7%	0 : 2,2%	0 : 0%	0,508	1,1%
	1 : 6%	1 : 1,1%	1 : 2%		3,6%
	2 : 33,1%	2 : 36,9%	2 : 30%		33,8%
	3 : 60,2%	3 : 59,8%	3 : 68%		61,5%
12/ Des techniques manuelles (mobilisations, manipulations, tractions) devraient être proposées à ce patient.	0 : 3,7%	0 : 7,6%	0 : 6%	0,012 F>B, p=0,009 Eta ² = 0,025	5,4%
	1 : 18%	1 : 26,1%	1 : 22%		21,4%
	2 : 47,4%	2 : 52,2%	2 : 46%		48,7%
	3 : 30,9%	3 : 14,1%	3 : 26%		24,5%
13/ De l'électrophysiothérapie (TENS/ultrasons) devrait être proposée à ce patient.	0 : 67%	0 : 61,9%	0 : 54%	0,202	62,9%
	1 : 17,3%	1 : 29,3%	1 : 22%		22,2%
	2 : 14,3%	2 : 6,5%	2 : 18%		12,4%
	3 : 1,4%	3 : 2,3%	3 : 6%		2,5%
14/ Des exercices supervisés par un professionnel de la santé devraient être proposés à ce patient.	0 : 0%	0 : 0%	0 : 0%	0,251	0%
	1 : 3,7%	1 : 3,3%	1 : 0%		2,9%
	2 : 25,6%	2 : 25%	2 : 18%		24%
	3 : 70,7%	3 : 71,7%	3 : 82%		73,1%
15/Une éducation aux mécanismes bio-psycho-sociaux de la douleur devrait être proposée à ce patient.	0 : 4,5%	0 : 2,2%	0 : 4%	0,938	3,6%
	1 : 18,8%	1 : 10,9%	1 : 4%		14,2%
	2 : 29,3%	2 : 45,6%	2 : 44%		37,5%
	3 : 47,4%	3 : 41,3%	3 : 48%		44,7%
16/ Je trouve que le traitement médicamenteux de ce patient est adéquat.	0 : 38,3%	0 : 44,6%	0 : 40%	0,413	40,7%
	1 : 42,8%	1 : 43,5%	1 : 46%		43,6%
	2 : 15%	2 : 10,9%	2 : 14%		13,5%
	3 : 3,9%	3 : 1%	3 : 0%		2,2%
17/ J'expliquerais au patient qu'il doit dorénavant systématiquement protéger son dos (en évitant de se pencher en avant et en fléchissant ses genoux).	0 : 60,9%	0 : 76,1%	0 : 62%	0,059	66,2%
	1 : 18,8%	1 : 11,9%	1 : 20%		16,7%
	2 : 11,3%	2 : 5,4%	2 : 10%		9,1%
	3 : 9%	3 : 6,6%	3 : 8%		8%

Dans le tableau, le 0 signifie que le sujet a opté pour la réponse « pas du tout d'accord », le 1 pour « plutôt pas d'accord », le 2 pour « plutôt d'accord » et le 3 pour « tout à fait d'accord ».

Les cadres en vert foncé (bonnes réponses) et vert clair illustrent les réponses en accord avec les guidelines du KCE.

Les nombres en gras et soulignés montrent le pourcentage le plus élevé de réponses.

Tableaux 3. Pourcentage de réponses aux items de la vignette 2 (lombalgie chronique). Avec comme cotation : réponse tout à fait conforme aux guidelines = 3, plutôt conforme = 2, plutôt non-conforme = 1, non-conforme = 0. (N=275)

	Belgique N=133	France N=92	Suisse N=50	P-Value (Kruskal-Wallis) + Post-Hoc (Tukey) + Effect- size (Eta ²)	TOTAL N=275
1/La reprise de l'activité professionnelle, éventuellement adaptée, devra être envisagée sans attendre la disparition totale des symptômes.	0 : 6,7% 1 : 12,8% 2 : 45,9% 3 : 34,6%	0 : 4,4% 1 : 15,2% 2 : 45,6% 3 : 34,8%	0 : 0% 1 : 4% 2 : 64% 3 : 32%	0,608	4,7% 12% 49,1% 34,2%
2/ Je conseillerais à cette patiente de reprendre/commencer une activité physique et/ou sportive, supervisée si nécessaire par un professionnel de la santé et de l'exercice, sans attendre la disparition totale des symptômes.	0 : 1,5% 1 : 8,3% 2 : 29,3% 3 : 60,9%	0 : 0% 1 : 1,1% 2 : 34,8% 3 : 64,1%	0 : 0% 1 : 2% 2 : 28% 3 : 70%	0,325	0,8% 4,7% 30,9% 63,6%
3/ Je déconseillerais à la patiente de pratiquer la course à pied en raison des contraintes engendrées sur le rachis lombaire, même si ses douleurs diminuent et que cette activité physique est appréciée par la patiente.	0 : 42,1% 1 : 33,1% 2 : 18,8% 3 : 6%	0 : 58,7% 1 : 22,8% 2 : 15,2% 3 : 3,3%	0 : 38% 1 : 28% 2 : 16% 3 : 18%	0,012 F>S, p=0,016 Eta ² = 0,025	46,9% 28,7% 17,1% 7,3%
4/ Je déconseillerais à cette patiente toute activité physique et/ou sportive qui augmente ses douleurs, même si ce n'est que légèrement.	0 : 39,1% 1 : 36,8% 2 : 16,5% 3 : 7,6%	0 : 44,6% 1 : 34,8% 2 : 16,3% 3 : 4,3%	0 : 40% 1 : 34% 2 : 16% 3 : 10%	0,602	41,1% 35,6% 16,4% 6,9%
5/ Je conseillerais à cette patiente de s'allonger dans son lit/canapé dès que la douleur augmente.	0 : 72,9% 1 : 20,3% 2 : 4,5% 3 : 2,3%	0 : 69,6% 1 : 25% 2 : 4,3% 3 : 1,1%	0 : 44% 1 : 46% 2 : 6% 3 : 4%	0,001 F>S, p=0,008 B>S, p=0,001 Eta ² = 0,04	66,5% 26,5% 4,7% 2,3%
6/ Les douleurs du patient suggèrent la présence d'une lombalgie spécifique.	0 : 32,3% 1 : 33,1% 2 : 27,1% 3 : 7,5%	0 : 40,2% 1 : 38% 2 : 16,3% 3 : 5,5%	0 : 34% 1 : 26% 2 : 22% 3 : 18%	0,097	35,2% 33,4% 22,5% 8,9%
7/ Le patient présente un risque de passage/maintien à la chronicité moyen à élevé.	0 : 3,1% 1 : 4,5% 2 : 20,3% 3 : 72,1%	0 : 0% 1 : 0% 2 : 8,7% 3 : 91,3%	0 : 0% 1 : 2% 2 : 14% 3 : 84%	<0,001 F>B, p=0,001 Eta ² = 0,044	1,5% 2,5% 15,3% 80,7%
8/ Je conseillerais à ce patient de réaliser une nouvelle imagerie médicale.	0 : 72,9% 1 : 19,5% 2 : 6% 3 : 1,6%	0 : 73,9% 1 : 18,5% 2 : 5,4% 3 : 2,2%	0 : 70% 1 : 24% 2 : 0% 3 : 6%	0,904	72,7% 20% 4,7% 2,6%
9/ Ce patient nécessite une consultation chez un médecin spécialiste (médecine physique et réadaptation, rhumatologie ou algologie).	0 : 13,5% 1 : 17,3% 2 : 39,1% 3 : 30,1%	0 : 17,5% 1 : 22,8% 2 : 39,1% 3 : 20,6%	0 : 24% 1 : 26% 2 : 26% 3 : 24%	0,071	16,8% 20,7% 36,7% 25,8%

10/ Ce patient nécessite une prise en charge par une équipe interdisciplinaire.	0 : 0,7%	0 : 2,1%	0 : 0%	0,785	1,1%
	1 : 4,5%	1 : 1,1%	1 : 2%		2,9%
	2 : 27,1%	2 : 28,3%	2 : 36%		29,1%
	3 : 67,7%	3 : 68,5%	3 : 62%		66,9%
11/ Je préconiserais un traitement de kinésithérapie à ce patient.	0 : 0%	0 : 1,1%	0 : 0%	0,024 S>B, p=0,020 Eta ² = 0,020	0,4%
	1 : 0,7%	1 : 0%	1 : 0%		0,4%
	2 : 25,6%	2 : 18,5%	2 : 8%		20%
	3 : 73,7%	3 : 80,4%	3 : 92%		79,2%
12/ Des techniques manuelles (mobilisations, manipulations, tractions) devraient être proposées à ce patient.	0 : 9%	0 : 16,3%	0 : 20%	0,004 F>B, p=0,010 Eta ² = 0,032	13,4%
	1 : 24,1%	1 : 32,6%	1 : 36%		29,1%
	2 : 38,3%	2 : 38%	2 : 20%		34,9%
	3 : 28,6%	3 : 13,1%	3 : 24%		22,6%
13/ De l'électrophysiothérapie (TENS/ultrasons) devrait être proposée à ce patient.	0 : 57,9%	0 : 48,9%	0 : 48%	0,372	53,1%
	1 : 16,5%	1 : 25%	1 : 20%		20%
	2 : 18,8%	2 : 21,7%	2 : 18%		19,6%
	3 : 6,8%	3 : 4,4%	3 : 14%		7,3%
14/ Des exercices supervisés par un professionnel de la santé devraient être proposés à ce patient.	0 : 0%	0 : 0%	0 : 0%	0,081	0%
	1 : 0,7%	1 : 1,1%	1 : 0%		0,7%
	2 : 15,8%	2 : 14,1%	2 : 4%		13,1%
	3 : 83,5%	3 : 84,8%	3 : 96%		86,2%
15/Une éducation aux mécanismes bio-psycho-sociaux de la douleur devrait être proposée à ce patient.	0 : 0,7%	0 : 0%	0 : 2%	0,460	0,7%
	1 : 0,7%	1 : 0%	1 : 0%		0,4%
	2 : 9,8%	2 : 13%	2 : 4%		9,8%
	3 : 88,8%	3 : 87%	3 : 94%		89,1%
16/ Je trouve que le traitement médicamenteux de ce patient est adéquat.	0 : 1,5%	0 : 0%	0 : 4%	0,207	1,5%
	1 : 28,6%	1 : 27,2%	1 : 34%		29,1%
	2 : 51,9%	2 : 54,3%	2 : 52%		52,7%
	3 : 18%	3 : 18,5%	3 : 10%		16,7%
17/ J'expliquerais au patient qu'il doit dorénavant systématiquement protéger son dos (en évitant de se pencher en avant et en fléchissant ses genoux).	0 : 52,6%	0 : 71,7%	0 : 52%	0,008 F>S, p=0,031 F>B, p=0,008 Eta ² = 0,028	58,9%
	1 : 23,3%	1 : 13%	1 : 16%		18,5%
	2 : 11,3%	2 : 9,8%	2 : 14%		11,3%
	3 : 12,8%	3 : 5,5%	3 : 18%		11,3%

Dans le tableau, le 0 signifie que le sujet a opté pour la réponse « pas du tout d'accord », le 1 pour « plutôt pas d'accord », le 2 pour « plutôt d'accord » et le 3 pour « tout à fait d'accord ».

Les cadres en vert foncé (bonnes réponses) et vert clair illustrent les réponses en accord avec les guidelines du KCE.

Les nombres en gras et soulignés montrent le pourcentage le plus élevé de réponses.

Tableau 4. *Influence du pays dans lequel les kinésithérapeutes exercent sur le score total de chaque vignette et du score global des 2 vignettes avec la cotation : réponse conforme aux guidelines = 3 ; plutôt conforme = 2 ; plutôt non-conforme = 1 ; non-conforme = 0.*

	Belgique N=133	France N=92	Suisse N=50	P-value (Kruskal-Wallis)
Vignette lombalgie aiguë m ± ET {min-max}	32,75 ± 5,96 {17-45}	33,57 ± 5,49 {19-45}	31,18 ± 6,51 {18-43}	0,207
Vignette lombalgie chronique m ± ET {min-max}	38,87 ± 6,15 {19-51}	40,50 ± 5,38 {24-49}	38,44 ± 6,64 {23-47}	0,108
Score global m ± ET {min-max}	71,62 ± 11,29 {39-91}	74,07 ± 9,86 {43-93}	69,62 ± 12,21 {43-88}	0,115

Tableau 5. *Influence du pays dans lequel les kinésithérapeutes ont été formés sur le score total de chaque vignette et du score global des 2 vignettes avec la cotation : réponse conforme aux guidelines = 3 ; plutôt conforme = 2 ; plutôt non-conforme = 1 ; non- conforme = 0.*

	Belgique N=172	France N=69	Suisse N=34	P-value (Kruskal-Wallis)	Post-Hoc (Tukey)	Effect-Size (Eta ²)
Vignette lombalgie aiguë m ± ET {min-max}	32,34 ± 5,96 {17-45}	34,16 ± 5,77 {18-45}	31,85 ± 5,90 {18-41}	0,105	/	/
Vignette lombalgie chronique m ± ET {min-max}	38,62 ± 6,18 {19-51}	41,06 ± 5,33 {25-49}	39,47 ± 6,07 {28-47}	0,019	F>B, p=0,015 F>S, p=0,733 S>B, p=1,000	Eta ² = 0,021
Score global m ± ET {min-max}	70,97 ± 11,35 {36-91}	75,22 ± 10,04 {43-93}	71,32 ± 10,84 {46-85}	0,027	F>B, p=0,023 F>S, p=0,321 S>B, p=1,000	Eta ² = 0,019

Tableau 6. Influence du fait d'avoir réalisé ou non une formation en thérapie manuelle reconnue par l'IFOMPT sur le score total de chaque vignette et du score global des 2 vignettes avec la cotation : réponse conforme aux guidelines = 3 ; plutôt conforme = 2 ; plutôt non-conforme = 1 ; non- conforme = 0.

	OUI N=103	NON N=172	P-value (U Mann- Withney)	Effect-Size (r)
Vignette lombalgie aiguë m ± ET {min-max}	33,39 ± 6,10 {18-45}	32,35 ± 5,83 {17-45}	0,164	/
Vignette lombalgie chronique m ± ET {min-max}	40,69 ± 6,07 {23-48}	38,53 ± 5,88 {19-51}	<0,001 Oui > Non	r = 0,211
Score global m ± ET {min-max}	74,08 ± 11,12 {45-91}	70,88 ± 10,92 {36-93}	0,006 Oui > Non	r = 0,164

Tableau 7. *Influence du fait d'avoir réalisé ou non une formation mentionnant les recommandations de bonne pratique (K.C.E., H.A.S.) sur le score total de chaque vignette et du score global des 2 vignettes avec la cotation : réponse conforme aux guidelines = 3 ; plutôt conforme = 2 ; plutôt non-conforme = 1 ; non-conforme = 0.*

	OUI N=185	NON N=90	P-value (U Mann- Withney)	Effect-Size (r)
Vignette lombalgie aiguë m ± ET {min-max}	33,04 ± 6,07 {18-45}	32,12 ± 5,67 {17-45}	0,240	/
Vignette lombalgie chronique m ± ET {min-max}	39,98 ± 5,87 {23-51}	38,01 ± 6,19 {19-48}	0,010 Oui > Non	r = 0,156
Score global m ± ET {min-max}	73,02 ± 10,99 {43-93}	70,13 ± 11,07 {36-91}	0,035 Oui > Non	r = 0,126

Tableau 8. *Influence du fait d'être impliqué ou non dans l'enseignement en kinésithérapie sur le score total de chaque vignette et du score global des 2 vignettes avec la cotation : réponse conforme aux guidelines = 3 ; plutôt conforme = 2 ; plutôt non-conforme = 1 ; non-conforme = 0.*

	OUI N=66	NON N=209	P-value (U Mann- Withney)
Vignette lombalgie aiguë m ± ET {min-max}	33,67 ± 6,70 {18-45}	32,44 ± 5,67 {17-44}	0,118
Vignette lombalgie chronique m ± ET {min-max}	39,76 ± 5,82 {25-48}	39,21 ± 6,11 {19-51}	0,508
Score global m ± ET {min-max}	73,42 ± 11,69 {36-93}	71,65 ± 10,88 {36-93}	0,156

Tableau 9. *Influence du nombre d'années d'expérience sur le score total de chaque vignette et du score global des 2 vignettes avec la cotation : réponse conforme aux guidelines = 3 ; plutôt conforme = 2 ; plutôt non-conforme = 1 ; non- conforme = 0.*

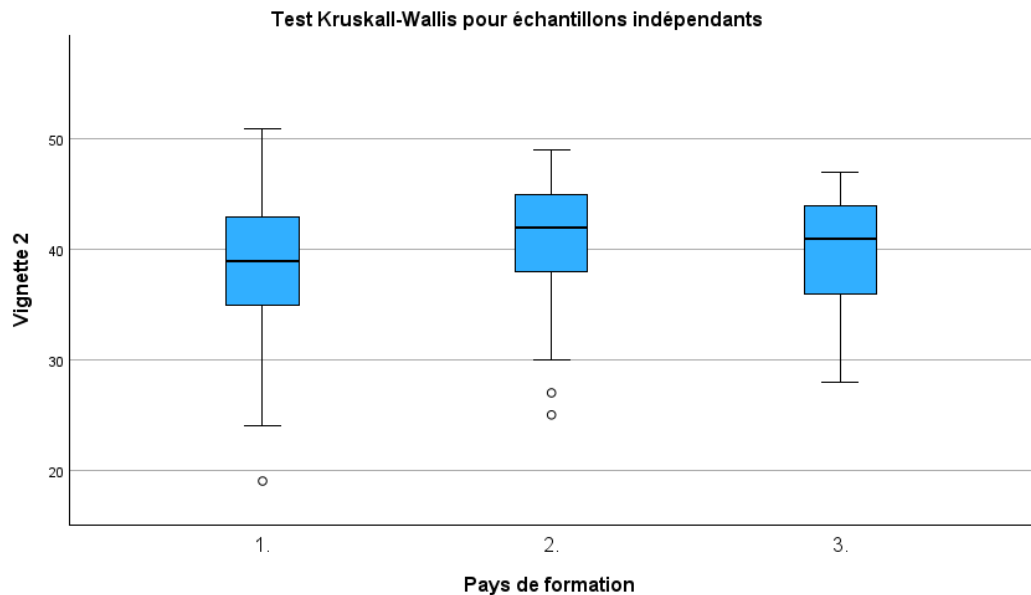
	Coefficient de corrélation (Rho de Spearman)	P-valeur (Rho de Spearman)
Vignette lombalgie aiguë/ Années d'expérience	Coefficient = -0,138	0,024
Vignette lombalgie chronique/ Années d'expérience	Coefficient = -0,183	0,002
Score global/ Années d'expérience	Coefficient = -0,168	0,005

Tableau 10. *Influence du nombre de patients lombalgiques pris en en charge par semaine sur le score total de chaque vignette et du score global des 2 vignettes avec la cotation : réponse conforme aux guidelines = 3 ; plutôt conforme = 2 ; plutôt non-conforme = 1 ; non- conforme = 0.*

	Coefficient de corrélation (Rho de Spearman)	P-valeur (Rho de Spearman)
Vignette lombalgie aiguë/ Nombre de patients lombalgiques	/	0,683
Vignette lombalgie chronique/ Nombre de patients lombalgiques	/	0,815
Score global/ Nombre de patients lombalgiques	/	0,717

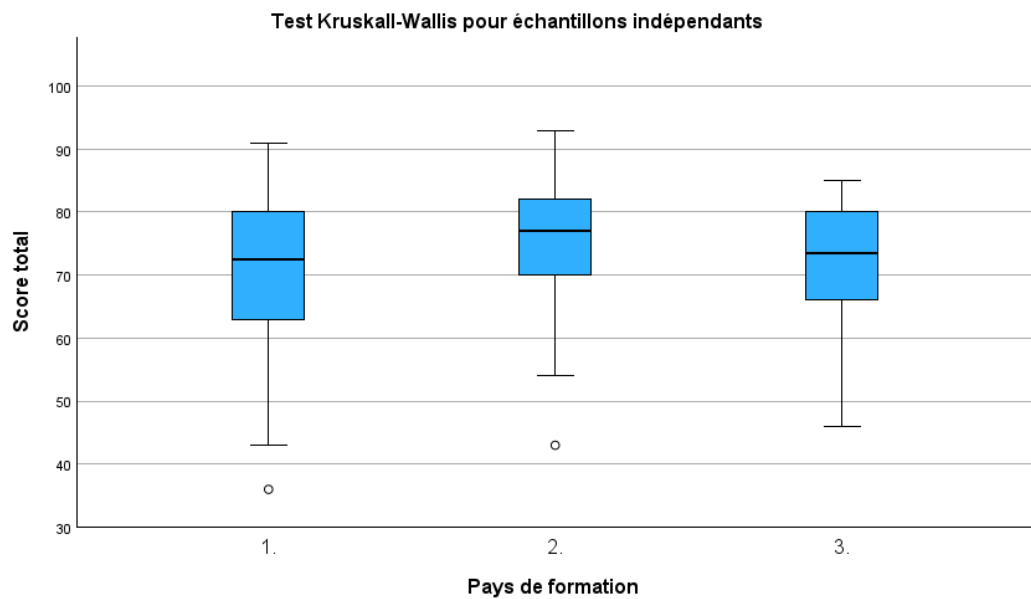
GRAPHIQUES

Graphique 1. Test de « Kruskal-Wallis » pour l'évaluation de l'influence du pays de formation sur les scores obtenus à la vignette « lombalgie chronique ».



Dans le graphique, le 1 représente la « Belgique », le 2 la « France » et le 3 la « Suisse ».

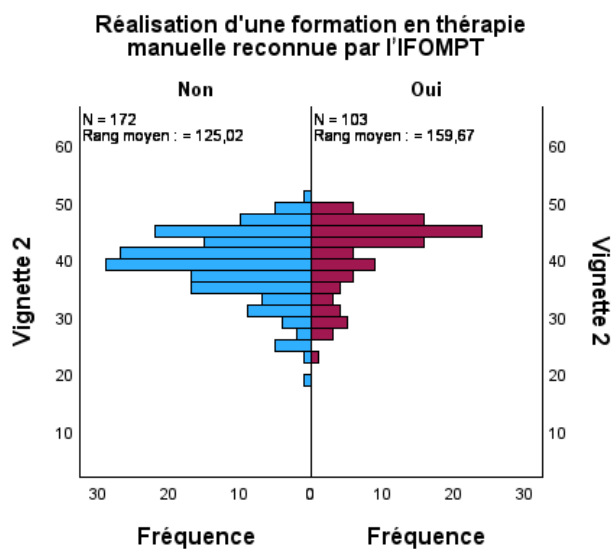
Graphique 2. Test de « Kruskal-Wallis » pour l'évaluation de l'influence du pays de formation sur le score global du questionnaire.



Dans le graphique, le 1 représente la « Belgique », le 2 la « France » et le 3 la « Suisse ».

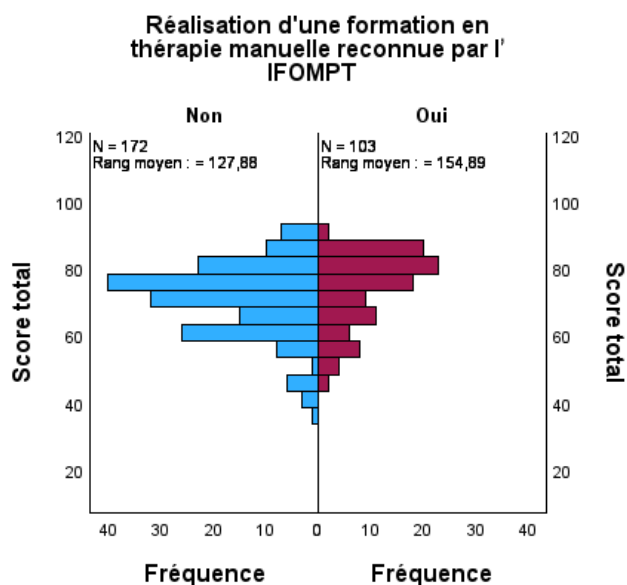
Graphique 3. Test « U Mann-Withney » pour l'évaluation de l'influence d'avoir réalisé une formation en thérapie manuelle (IFOMPT) sur les scores obtenus à la vignette « lombalgie chronique ».

Test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants



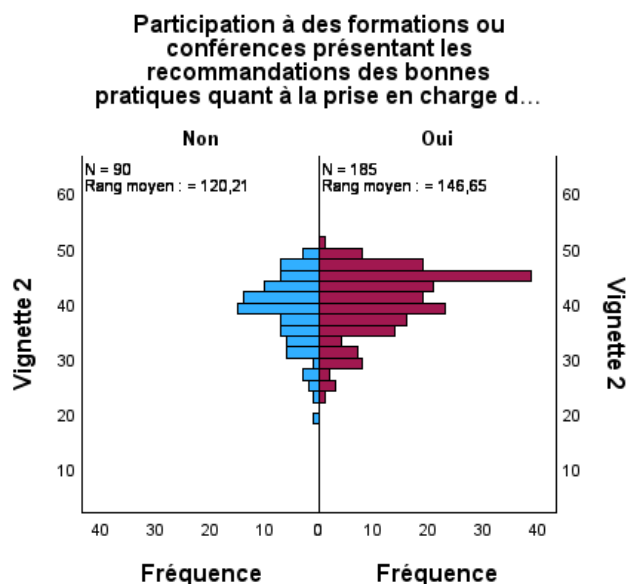
Graphique 4. Test « U Mann-Withney » pour l'évaluation de l'influence d'avoir réalisé une formation en thérapie manuelle (IFOMPT) sur le score global du questionnaire.

Test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants



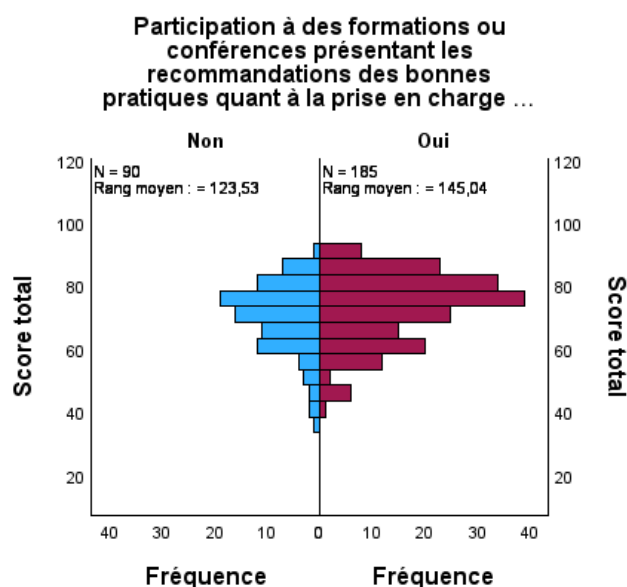
Graphique 5. Test « U Mann-Withney » pour l'évaluation de l'influence d'avoir réalisé une formation mentionnant les recommandations de bonne pratique (K.C.E., H.A.S.) sur les scores obtenus à la vignette « lombalgie chronique ».

Test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants



Graphique 6. Test « U Mann-Withney » pour l'évaluation de l'influence d'avoir réalisé une formation mentionnant les recommandations de bonne pratique (K.C.E., H.A.S.) sur le score global du questionnaire.

Test U de Mann-Whitney pour échantillons indépendants



BIBLIOGRAPHIE

- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., ... & COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. (2006). European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European spine journal*, 15(Suppl 2), s192. <https://doi.org/10.1007%2Fs00586-006-1072-1>
- Alshehri, M. A., Alzahrani, H., Alotaibi, M., Alhowimel, A., & Khoja, O. (2020). Physiotherapists' pain attitudes and beliefs towards chronic low back pain and their association with treatment selection: a cross-sectional study. *Bmj Open*, 10(6), e037159. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037159>
- Bardin, L. D., King, P., & Maher, C. G. (2017). Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Medical journal of Australia*, 206(6), 268-273. <https://doi.org/10.5694/mja16.00828>
- Bialosky, J. E., Beneciuk, J. M., Bishop, M. D., Coronado, R. A., Penza, C. W., Simon, C. B., & George, S. Z. (2018). Unraveling the mechanisms of manual therapy: modeling an approach. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 48(1), 8-18. <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2018.7476>
- Bronfort, G., Haas, M., Evans, R., Leininger, B., & Triano, J. (2010). Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropractic & osteopathy*, 18, 1-33. <https://link.springer.com/article/10.1186/1746-1340-18-3>
- Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., ... & Turner, J. A. (2018). Low back pain: a call for action. *The Lancet*, 391(10137), 2384-2388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)

- Bunzli, S., Smith, A., Schütze, R., & O'Sullivan, P. (2015). Beliefs underlying pain-related fear and how they evolve: a qualitative investigation in people with chronic back pain and high pain-related fear. *BMJ open*, 5(10), e008847. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008847>
- Casazza, B. A. (2012). Diagnosis and treatment of acute low back pain. *American family physician*, 85(4), 343-350. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22335313/>
- Chenot, J.-F., Greitemann, B., Kladny, B., Petzke, F., Pfingsten, M., & Schorr, S. G. (2017). Non-specific low back pain. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(51-52), 883. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0883>
- Christe, G., Nzamba, J., Desarzens, L., Leuba, A., Darlow, B., & Pichonnaz, C. (2021). Physiotherapists' attitudes and beliefs about low back pain influence their clinical decisions and advice. *Musculoskeletal science and practice*, 53, 102382. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102382>
- Christophe, D., Florian, B., Guillaume, C., Antoine, F., Irène, S., & Stéphane, G. (2024). Croyances délétères du patient souffrant de lombalgie chronique: pourquoi s'y intéresser?. *Revue du Rhumatisme*. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2024.03.010>
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol. Bull.*, 112, 1155-1159.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology*. Pearson education. [https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=QjfQ0_DqyNQC&oi=fnd&pg=PR15&dq=Dancey,+C.+and+Reidy,+J.+\(2004\)+Statistics+without+Maths+for+Psychology:+using+SPSS+for+Windows.+Prentice+Hall,+London&ots=5TteJeWmDW&sig=rRaBZDoWgbvcmUjWd3TOk7Gac8o&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=QjfQ0_DqyNQC&oi=fnd&pg=PR15&dq=Dancey,+C.+and+Reidy,+J.+(2004)+Statistics+without+Maths+for+Psychology:+using+SPSS+for+Windows.+Prentice+Hall,+London&ots=5TteJeWmDW&sig=rRaBZDoWgbvcmUjWd3TOk7Gac8o&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

- Darlow, B. (2016). Beliefs about back pain: the confluence of client, clinician and community. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 20, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2016.01.005>
- Fontaine, M., Kisita, V., Pitance, L., & Demoulin, C. Quelles sont les croyances et attitudes des masters 1 en kinésithérapie de l'enseignement universitaire francophone belge à propos des lombalgies non-spécifiques? <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis%3A42005>
- Fourré, A., Vanderstraeten, R., Ris, L., Bastiaens, H., Michielsen, J., Demoulin, C., ... & Roussel, N. (2023). Management of Low Back Pain: Do Physiotherapists Know the Evidence-Based Guidelines?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5611. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095611>
- Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017>
- Gatto, C., Van Roy, O., Pitance, L., & Demoulin, C. (2022) Développement et validation d'un questionnaire basé sur des vignettes cliniques évaluant les attitudes et croyances des professionnels de la santé concernant la lombalgie non-spécifique : une étude prospective internationale. <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A37737>
- García-Martínez, E., Soler-González, J., Blanco-Blanco, J., Rubí-Carnacea, F., Masbernat-Almenara, M., & Valenzuela-Pascual, F. (2022). Misbeliefs about non-specific low back pain and attitudes towards treatment by primary care providers in Spain: a qualitative study. *BMC Primary Care*, 23, 1-14. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-021-01617-3>

George, S. Z., Fritz, J. M., Silfies, S. P., Schneider, M. J., Beneciuk, J. M., Lentz, T. A., ... & Vining, R. (2021). Interventions for the management of acute and chronic low back pain: revision 2021: clinical practice guidelines linked to the international classification of functioning, disability and health from the academy of orthopaedic physical therapy of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 51(11),CPG1-CPG60.

<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2021.0304>

Gianola, S., Barger, S., Del Castillo, G., Corbetta, D., Turolla, A., Andreano, A., ... & Castellini, G. (2022). Effectiveness of treatments for acute and subacute mechanical non-specific low back pain: a systematic review with network meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 56(1), 41-50.

<https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103596>

Gibbs, M. T., Morrison, N. M., & Marshall, P. W. (2021). Biomedical beliefs explain the clinical decisions made by exercise-based practitioners for people with chronic low back pain. *Spine*, 46(2), 114-121.

https://journals.lww.com/spinejournal/abstract/2021/01150/biomedical_beliefs_explain_the_clinical_decisions.14.aspx#:~:text=DOI%3A%2010.1097/BRS.0000000000003698

Grafström, A., & Schelin, L. (2014). How to select representative samples. *Scandinavian Journal of Statistics*, 41(2), 277-290.

<https://doi.org/10.1111/sjos.12016>

HAS (2019). Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune.

Récupéré de : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf

- Hill, J. C., Whitehurst, D. G., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E., ... & Hay, E. M. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9802), 1560-1571. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60937-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60937-9)
- Jones, C. M., Day, R. O., Koes, B. W., Latimer, J., Maher, C. G., McLachlan, A. J., ... & Yang, S. C. (2023). Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*, 402(10398), 304-312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00404-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00404-X)
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000963.pub3>
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 350. <https://doi.org/10.1136/bmj.h444>
- KCE (2017). Itinéraire de soins pour les lombalgies et douleurs radiculaires : memento. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_295_Memento_lombalgie_Paper%20Tool.pdf
- KCE (2017). Lombalgie et douleur radiculaire : éléments clés d'un itinéraire de soins. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_295B_Lombalgie_et_douleur_radiculaire_Intineraire_de_soins_Synthese_0%20\(4\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_295B_Lombalgie_et_douleur_radiculaire_Intineraire_de_soins_Synthese_0%20(4).pdf)

- Knezevic, N. N., Candido, K. D., Vlaeyen, J. W., Van Zundert, J., & Cohen, S. P. (2021). Low back pain. *Lancet*, 398(10294), 78-92. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00733-9)
- Leysen, M., Nijs, J., Van Wilgen, P., Demoulin, C., Dankaerts, W., Danneels, L., Voogt, L., Köke, A., Pitance, L., & Roussel, N. (2021). Attitudes and beliefs on low back pain in physical therapy education: A cross-sectional study. *Brazilian journal of physical therapy*, 25(3), 319-328. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2020.08.002>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., ... & O'Sullivan, P. P. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British journal of sports medicine*, 54(2), 79-86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 389(10070), 736-747. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30970-9)
- Main, C. J., Foster, N., & Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain?. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 24(2), 205-217. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2009.12.012>
- Malanga, G. A., Yan, N., & Stark, J. (2015). Mechanisms and efficacy of heat and cold therapies for musculoskeletal injury. *Postgraduate medicine*, 127(1), 57-65. <https://doi.org/10.1080/00325481.2015.992719>
- Ménard, J., & Demont, A. (2023). Adhérence des masseurs-kinésithérapeutes aux recommandations de bonne pratique pour le traitement des patients qui présentent une lombalgie chronique: étude pilote. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(258), 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.09.014>

- Moslem, W. M., Alrwaily, M., & Almarwani, M. M. (2022). Adherence to low back pain clinical practice guidelines by Saudi physical therapists: a cross-sectional study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(7), 938-95. <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1806420>
- Munneke, W., Demoulin, C., Nijs, J., Morin, C., Kool, E., Berquin, A., ... & De Kooning, M. (2024). Development of an interdisciplinary training program about chronic pain management with a cognitive behavioural approach for healthcare professionals: part of a hybrid effectiveness-implementation study. *BMC Medical Education*, 24(1), 331. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05308-2>
- Munneke, W., Demoulin, C., Roussel, N., Leysen, M., Van Wilgen, C. P., Pitance, L., Reezigt, R. R., Voogt, L. P., Dankaerts, W., & Danneels, L. (2024). Comparing physical therapy students' attitudes and beliefs regarding chronic low back pain and knee osteoarthritis: an international multi-institutional comparison between 2013 and 2020 academic years. *Brazilian journal of physical therapy*, 100592. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2024.100592>
- Organisation mondiale de la Santé (O.M.S). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
- Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (odremk) (2020). <https://www.ordremk.fr/>
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Dresselhaus, T. R., & Lee, M. (2000). Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *Jama*, 283(13), 1715-1722. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192552>

- Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., Forcica, M. A., & Physicians*, C. G. C. o. t. A. C. o. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 166(7), 514-530. <https://doi.org/10.7326/m16-2367>
- Richardson, J. T. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational research review*, 6(2), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2010.12.001>
- Roitenberg, N. (2019). Physiotherapists' attitudes toward low back pain treatment: Do work setting and clinical experience with low back patients matter?. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(2), 224-229. <https://doi.org/10.1111/jep.13038>
- Rubinstein, S. M., De Zoete, A., Van Middelkoop, M., Assendelft, W. J., De Boer, M. R., & Van Tulder, M. W. (2019). Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *bmj*, 364. <https://doi.org/10.1136/bmj.l689>
- Rufa, A., Dolphin, M., Adams, K., & Brooks, G. (2022). Factors associated with the low back pain-related attitudes and beliefs of physical therapists. *Musculoskeletal Science and Practice*, 58, 102518. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102518>
- Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). https://www.ssmg.be/avada_portfolio/les-lombalgies/
- Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., & O'Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 61(2), 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>

The National Institute for Health and Care Excellence (N.I.C.E) (2016).
<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines>

Vlaeyen, Johan W. S.; Maher, Chris G.; Wiech, Katja; Van Zundert, Jan; Meloto, Carolina Beraldo; Diatchenko, Luda; Battié, Michele C.; Goossens, Marielle; Koes, Bart; Linton, Steven J. (2018). *Low back pain. Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0052-1>

Widerström, B., Rasmussen-Barr, E., & Boström, C. (2019). Aspects influencing clinical reasoning and decision-making when matching treatment to patients with low back pain in primary healthcare. *Musculoskeletal Science and Practice*, 41, 6-14. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.02.003>

Will, J. S., Bury, D. C., & Miller, J. A. (2018). Mechanical low back pain. *American family physician*, 98(7), 421-428.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252425/>

Zhou, T., Salman, D., & McGregor, A. H. (2024). Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25(1), 344.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12891-024-07468-0>

ANNEXES

Annexe 1. Exemple des deux vignettes cliniques.

Vignette « lombalgie aiguë »

Un informaticien indépendant de 28 ans, célibataire, mesurant 1,97m pour 85kg vous consulte en raison de ses douleurs lombaires intenses (7/10 sur une échelle numérique de la douleur (0-10) dès qu'il bouge le bas du dos et 4/10 au repos), apparues il y a 48h. Il pense qu'elles sont apparues après avoir déneigé son allée de garage pendant deux heures suite à de fortes chutes de neige. Une gêne douloureuse dans le bas du dos est progressivement apparue le même jour. Le lendemain, la douleur n'a fait que s'intensifier au cours de la journée (ce qui l'a conduit à interrompre son travail) et la nuit qui a suivi a été très mauvaise en raison de sa souffrance (tensions, tiraillements qui l'empêchaient de tendre les jambes). Ses douleurs n'irradient pas dans les membres inférieurs, mais il ressent de temps en temps des sortes de « coups de poignard » dans le bas du dos lorsqu'il effectue des mouvements en extension du tronc.

Il est inquiet car, bien qu'il ait déjà connu un bref épisode de lombalgie un peu similaire il y a 5 ans (qui s'était résolu sans consultation ni traitement spécifique), ses douleurs sont beaucoup plus intenses aujourd'hui. Il se demande quand et s'il pourra reprendre le jogging, qu'il pratique en tant que loisir (3 à 4 sorties de 5 à 10km par semaine).

Pour venir à bout de ses douleurs, il prend du paracétamol. Son examen neurologique est normal et le patient ne décrit aucun problème de santé spécifique.

Vignette « lombalgie chronique »

Une femme de 45 ans de 1,75m et 80kg, employée dans une grande surface, vient en consultation pour des douleurs lombaires basses bilatérales accompagnées depuis quelques semaines de douleurs plus diffuses qui surviennent parfois dans les deux fesses, dans la nuque ou au niveau des épaules. La patiente nous raconte que lors d'une journée de travail, ses douleurs lombaires sont apparues brutalement il y a cinq ans, en réapprovisionnant les rayons du supermarché. La douleur a diminué significativement après 3 mois, mais n'a jamais vraiment disparu.

Au cours de ces 5 dernières années, sa douleur a été fluctuante et a occasionné quatre épisodes d'incapacité de travail d'une quinzaine de jours. Aujourd'hui, c'est à cause de l'augmentation des douleurs suite à une période de travail particulièrement intense en termes de contraintes physiques et mentales qu'elle est en arrêt maladie depuis 5 mois. Elle ne se sent pas capable de reprendre son activité professionnelle pour l'instant et ses douleurs, invalidantes, n'évoluent plus depuis 2 mois.

En ce moment, sa douleur lombaire est évaluée à 5/10 sur une échelle numérique de la douleur (0-10), mais est majorée lors des mouvements du tronc, quelle que soit la direction (réduction de la mobilité de 50% dans ces mouvements en raison des douleurs et d'une peur du mouvement), ce qui la gêne pour s'habiller et lors de positions statiques supérieures à 30 minutes. La douleur a tendance à s'accroître au cours de la journée.

L'examen neurologique (force, sensibilité, réflexe) est normal, mais une allodynie est objectivée lors de l'examen palpatoire. Plusieurs examens d'imagerie ont été réalisés ces cinq dernières années. Ceux-ci n'ont pas évolué et révèlent une discopathie modérée en L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une arthrose facettaire modérée en L5-S1. Après avoir pris connaissance de son imagerie, la patiente, très inquiète, a pris rendez-vous avec un neurochirurgien, mais celui-ci n'était pas favorable à une intervention chirurgicale.

Plusieurs types de traitements ont été réalisés au cours de ces 5 années. La patiente est allée plusieurs fois chez un ostéopathe, car elle pense que son problème pourrait provenir d'une vertèbre déplacée, mais la diminution de la douleur après le traitement est de courte durée. Des séances de massage chez un kinésithérapeute

ont été réalisées lors des pics douloureux, ce qui a réduit la douleur à court terme également. Les séances de kinésithérapie, lors de son précédent épisode douloureux, ont surtout consisté en des exercices d'économie rachidienne et de gainage. Elle a également tenté plusieurs séances d'acupuncture, mais sans effets probants. La patiente n'a pas souhaité d'infiltrations, mais elle prend un AINS lorsque la douleur devient insupportable.

En fin de consultation, la patiente confie qu'elle a l'impression de fonctionner au ralenti depuis plusieurs mois et qu'elle est frustrée de ne plus pouvoir faire ses activités domestiques comme avant. S'occuper de ses deux enfants (de 5 et 7 ans) devient difficile, et ce, même avec l'aide de son mari. Elle est inquiète, car elle est persuadée que sa douleur va continuer à s'aggraver si son dos s'use davantage. Dès lors, elle veille à éviter les mouvements douloureux. Elle n'a jamais pratiqué de sport, mais a pour hobby la sculpture. Malheureusement, elle n'y trouve plus autant de plaisir qu'avant. Elle conclut que la situation devient difficile à vivre.

À part ses douleurs et un état de fatigue qu'elle associe à un sommeil perturbé, la patiente décrit son état de santé comme plutôt bon.

Annexe 2. Questionnaire vierge.

1. La reprise de l'activité professionnelle, éventuellement adaptée, devra être envisagée sans attendre la disparition totale des symptômes.
 - ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

2. Je conseillerais à ce(tte) patient(e) de reprendre/commencer une activité physique et/ou sportive, supervisée si nécessaire par un professionnel de la santé, et de l'exercice sans attendre la disparition totale des symptômes.
 - ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

3. Je déconseillerais au patient/à la patiente de pratiquer la course à pied en raison des contraintes engendrées sur le rachis lombaire, même si ses douleurs diminuent et que cette activité physique est appréciée par le/la patient(e).
 - ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

4. Je déconseillerais à ce(tte) patient(e) toute activité physique et/ou sportive qui augmente ses douleurs, même si ce n'est que légèrement.
 - ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

5. Je conseillerais à ce(tte) patient(e) de s'allonger dans son lit/canapé dès que la douleur augmente.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
6. Les douleurs du patient/de la patiente suggèrent la présence d'une lombalgie spécifique.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
7. Le/la patient(e) présente un risque de passage/maintien à la chronicité moyen à élevé.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
8. Je conseillerais à ce(tte) patient(e) de réaliser une (nouvelle) imagerie médicale.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
9. Ce(tte) patient(e) nécessite une consultation chez un médecin spécialiste (médecine physique et réadaptation, rhumatologie ou algologie).
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

10. Ce(tte) patient(e) nécessite une prise en charge par une équipe interdisciplinaire.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
11. Je préconiserais un traitement de kinésithérapie à ce(tte) patient(e).
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
12. Des techniques manuelles (mobilisations, manipulations, tractions) devraient constituer la base du traitement de ce(tte) patient(e).
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
13. De l'électrophysiothérapie (TENS/ultrasons) devrait être proposée à ce(tte) patient(e).
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
14. Des exercices supervisés par un professionnel de la santé devraient être proposés à ce patient.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

15. Une éducation aux mécanismes bio-psycho-sociaux devrait être proposée à ce(tte) patient(e).
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
16. Je trouve que le traitement médicamenteux de ce patient est adéquat.
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord
17. J'expliquerais au patient qu'il doit dorénavant systématiquement protéger son dos (en évitant de se pencher en avant et en fléchissant les genoux).
- ☐ Pas du tout d'accord
 - ☐ Plutôt pas d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Tout à fait d'accord

Annexe 3. *Exemplaire vierge des questions sur les données démographiques.*

1. De quel genre êtes-vous ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Autre

2. Quel âge avez-vous ? (en années)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

Veillez écrire votre réponse ici :

3. Dans quel pays avez-vous été formé ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Belgique
- ☐ France
- ☐ Suisse

4. Dans quel pays exercez-vous le métier de kinésithérapeute ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Belgique
- ☐ France
- ☐ Suisse

5. Dans quelle structure travaillez-vous ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous :

- ☐ Cabinet libéral
- ☐ Maison médicale/Centre pluridisciplinaire
- ☐ Hôpital/Clinique
- ☐ Autres

6. Depuis combien d'années exercez-vous le métier de kinésithérapeute ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ
Veuillez écrire votre réponse ici :

7. Êtes-vous impliqué dans l'enseignement de la kinésithérapie ?
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui
☐ Non

8. En moyenne, combien de patients souffrant de lombalgie prenez-vous en charge sur une semaine ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ
Veuillez écrire votre réponse ici :

9. Avez-vous suivi une formation en thérapie manuelle reconnue par l'IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists) ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui
☐ Non

10. Avez-vous déjà participé à des formations ou conférences présentant les recommandations des bonnes pratiques quant à la prise en charge des patients lombalgiques ? (HAS, KCE...)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui
☐ Non

11. Avez-vous déjà souffert d'un épisode de lombalgie ayant nécessité un traitement et/ou une consultation chez un professionnel de la santé ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui
☐ Non

12. Afin de conserver votre anonymat dans notre fichier, nous utiliserons un code composé de la 1ère lettre de votre prénom suivi de la 1ère lettre de votre nom de famille, puis la 1ère lettre de votre commune et enfin votre date de naissance (sans l'année).

Exemple : Louis Dupont qui habite à Liège et est né le 06 avril indiquera:
LDL0604

Annexe 4. *Message de recrutement des kinésithérapeutes via les réseaux sociaux.*

Chers professionnels de la santé,

Les Professeurs Demoulin Christophe (ULiège) et Pitance Laurent (UCLouvain), en collaboration avec les Professeurs Roussel Nathalie (UAntwerp) et Christe Guillaume (HESAV, Suisse) ont développé deux vignettes cliniques dans le but d'évaluer les attitudes des professionnels de la santé concernant la prise en charge des lombalgies non-spécifiques.

La présente étude vise à explorer à grande échelle les attitudes des kinésithérapeutes francophones dans la prise en charge des patients lombalgiques en recrutant un maximum de soignants en Belgique, en France et en Suisse.

Dès lors, auriez-vous la gentillesse de compléter cette enquête (+/- 10 minutes). L'étude a été validée par le comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'ULiège, le questionnaire est entièrement anonyme et conforme au RGPD.

Si vous acceptez de participer à notre étude, vous serez invité(e)s à vous connecter à notre questionnaire en ligne, lire deux courtes vignettes cliniques et répondre à des questions relatives à chaque vignette.

Nous vous remercions d'avance pour votre participation.

Bien à vous,

Professeur Christophe DEMOULIN, Professeur Laurent PITANCE, CHOPIN Lorine, DEFRANCE Lucie, FONTAINE Matias et KISITA Victor.

Annexe 5. Mail de recrutement des kinésithérapeutes.

Chères et chers collègues kinésithérapeutes travaillant en Belgique, France ou Suisse,

Je vous invite à participer à une étude visant à explorer les **attitudes des kinésithérapeutes francophones dans la prise en charge des patients lombalgiques.**

Cette étude est réalisée en étroite collaboration avec mon collègue le professeur Christophe Demoulin de l'ULiège ainsi que les professeurs Nathalie Roussel (UAntwerp) et Guillaume Christe (HESAV, Suisse). Nous avons ensemble développé deux vignettes cliniques dans le but d'évaluer les attitudes des professionnels de la santé concernant la prise en charge des lombalgies non-spécifiques.

Concrètement, si vous acceptez de participer à notre étude, vous serez invité(e)s à vous connecter à notre questionnaire en ligne, lire deux courtes vignettes cliniques et répondre à des questions relatives à chaque vignette (+/- 10 minutes). L'étude a été validée par le comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'ULiège, le questionnaire est entièrement anonyme et conforme au RGPD.

N'hésitez pas à diffuser l'information à vos collègues kinésithérapeutes belges, français ou suisses.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Annexe 6. Affiche de recrutement des kinésithérapeutes.

ÉTUDE DES ATTITUDES DES KINÉSITHÉRAPEUTES FRANCOPHONES SUR LA PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES NON SPÉCIFIQUES



POUR QUI ?

- Kinésithérapeute diplômé
- Exercer en Belgique, en France ou en Suisse
- Prendre en charge régulièrement des patients lombalgiques non spécifiques (min. 1/semaine)

QUOI ?

- 2 vignettes cliniques
 - > Lombalgie aiguë
 - > Lombalgie chronique
- Un questionnaire pour chaque vignette
- +/- 10 minutes

Venez rejoindre notre étude via le QR code ou via le lien ci-dessous :

[HTTPS://LIMESURVEY.UCLOUVAIN.BE](https://limesurvey.uclouvain.be)





Professeurs Christophe DEMOULIN et Laurent PITANCE
CHOPIN Lorine, DEFRANCE Lucie, FONTAINE Matias et KISITA Víctor

Annexe 7. Accord du comité d'éthique.

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 21/11/2023

Monsieur le **Prof. J-F. KAUX**
Mesdames **Lorine CHOPIN** et **Lucie DEFRANCE**,
Messieurs **Matias FONTAINE** et **Victor KISITA**
Service de **KINESITHERAPIE ET READAPTATION**
CHU B35

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: **2023/322**

"La prise en charge de la lombalgie proposée par les kinésithérapeutes est-elle conforme aux recommandations ? "
Protocole : **v1**

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur E. BAUDOUX, Docteur G. DAENEN, Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif: 04/323.21.58 – Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Annexe 8. *Nom des groupes touchés sur les réseaux sociaux (Facebook).*

Belgique :

- 1) Kinés de la province du Brabant wallon
- 2) Kinés du Hainaut
- 3) Kinés de la province de Namur
- 4) Kinés de Liège
- 5) Kinés de la province du Luxembourg
- 6) Kinés de Belgique
- 7) Kinés de Bruxelles
- 8) Kiné annonces-Belgique
- 9) Kinés de la Province de Liège

France :

- 1) Kinés de France
- 2) Réseaux des kinés parisiens
- 3) Kinés de Wallis et Futuna
- 4) Kinés de Normandie
- 5) Kinés de Corse
- 6) Kinés de Bretagne
- 7) Kinés de Martinique
- 8) Kinés de Guadeloupe
- 9) Kinés d'Occitanie
- 10) Kinés des Hauts de France
- 11) Kinés d'Ile de France
- 12) Kinés de Nouvelles Aquitaine
- 13) Kinés annonces-France

Suisse :

- 1) Physio de Suisse
- 2) Physiothérapeutes de Suisse

Annexe 9. *Les différentes écoles françaises de kinésithérapie recrutées.*

- Vichy, Nice, Rodez, Marseille, Dijon, Besançon, Saint-Bastien de Morsent, Brest, Toulouse, Bègles, Bordeaux, Montpellier, Nancy, Lille, Alençon, Rennes, Grenoble, Rennes, Grenoble, Dax, Saint-Etienne, Nantes, Orléans, Reims, Laval, Berck-sur-Mer, Strasbourg, Lyon, Paris (6 écoles), Saint Ouen sur Seine, Rouen, Amiens, Poitiers.

