

**LES FACTEURS INFLUENÇANT L'AUTO-PRISE EN CHARGE À DOMICILE
DES PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES**

SOLENNE DIETRICH

Etudiante HES – Filière Physiothérapie

MYRIAM H. DORAND

Etudiante HES – Filière Physiothérapie

Directeur de travail de Bachelor : JEAN-LUC ROSSIER

**TRAVAIL DE BACHELOR DEPOSÉ ET SOUTENU À GENÈVE EN 2020 EN VUE
DE L'OBTENTION
D'UN BACHELOR OF SCIENCE EN PHYSIOTHÉRAPIE**

RÉSUMÉ

Introduction

La lombalgie chronique non spécifique touche une grande partie de la population mondiale. Le phénomène de chronicité nécessite une approche spécifique, dont une partie d'auto-prise en charge à domicile. Il a été démontré que la pratique d'exercices ou de tout type d'activité physique diminue les symptômes. Ceci est d'autant plus efficace s'il y a adhérence thérapeutique qui conduit à une auto-prise en charge.

Objectif

Déterminer les facilitateurs et les barrières à l'adhérence thérapeutique à une auto-prise en charge à domicile des patients lombalgiques chroniques.

Méthode

Revue de la littérature de type qualitatif basée sur trois articles issus de sept bases de données. Pour la sélection, création d'une équation de recherche établie sur des mots-clés. Nous avons déterminé des critères d'inclusion et d'exclusion puis procédé à l'analyse selon la méthode de Thomas & Harden (2008).

Résultats

Cinq thèmes analytiques ont été déterminés : les représentations autour de la lombalgie chronique et de l'activité physique, les aspects techniques de l'activité physique et des exercices, les caractéristiques environnementales, les caractéristiques individuelles ainsi que les ressources humaines et sociales.

Conclusion

Les facteurs influençant l'auto-prise en charge de la lombalgie chronique sont multiples. Certains d'entre eux sont propres aux patients et permettent de mieux comprendre leur contexte de vie et leurs pensées ou émotions. D'autres sont extrinsèques et expriment les attentes quant au suivi thérapeutique, ainsi que l'influence de l'environnement dans lequel les patients évoluent. Le physiothérapeute doit prendre en compte ces facteurs et adapter sa prise en charge pour favoriser l'adhérence thérapeutique des patients.

Mots-clés

Adhérence thérapeutique, auto-prise en charge à domicile, lombalgie chronique, étude qualitative.

ABSTRACT

Introduction

CLBP affects a large part of the world population. The chronic aspect requires a specific approach, including a part of self-management at home. It has been shown that exercise or physical activity reduces symptoms and is all the more effective if there is therapeutic adherence leading to self-management.

Objective

The objective of this work is to determine facilitators and barriers to adherence to home self-management of chronic low back pain patients.

Method

Qualitative literature review based on three articles from seven databases. For selection, creation of a search equation based on keywords. Inclusion and exclusion criteria were determined and then analyzed according to the method of Thomas & Harden (2008).

Results

Five analytical themes were identified: representation of the chronicle low back pain and the physical activity, technical aspects of the physical activity and exercises, environmental characteristics, individual characteristics, human and social resources.

Conclusion

There are many factors that influence the self-management of chronic low back pain. Some of these factors are specific to the patient and allow a better understanding of their life context and their thoughts or emotions. Others are extrinsic and express expectations regarding therapeutic follow-up, as well as the influence of the environment in which patients evolve. The physiotherapist must take these factors into account and adapt his or her management to promote patient adherence to therapy.

Key words

Therapeutic adherence, self-management at home, chronic low back pain, qualitative study.

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction ainsi que les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute École de Santé de Genève, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Le 5 juin 2020, Solenne Dietrich & Myriam H. Dorand

REMERCIEMENT

Nous tenons tout particulièrement à remercier les personnes suivantes :

M Jean-Luc Rossier : enseignant à la Haute École de Santé (HEDS) de Genève et directeur de notre Travail de Bachelor.

M Jean-David Sandoz : bibliothécaire à l'école des Caroubiers pour ses bons tuyaux et sa disponibilité.

Mme Bernadette Bessire Dietrich et M Serge Pravato pour la relecture de notre travail.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. CADRE THÉORIQUE	2
2.1 LOMBALGIE CHRONIQUE (CLBP)	2
2.1.1 Définition et épidémiologie	2
2.1.2 Chronicité et facteurs de risque	3
2.1.3 Traitements et prise en charge	4
2.1.4 Questionnaires	5
2.1.5 Conséquences de la lombalgie chronique	5
2.2 DÉFINITIONS	6
2.2.1 Activité physique et exercices	6
2.2.2 Auto-prise en charge à domicile	7
2.2.3 Biopsychosocial	7
2.3 ADHÉRENCE THÉRAPEUTIQUE	8
2.3.1 Définition	8
2.3.2 Adhérence à l'auto-prise en charge à domicile	8
2.4 PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS	10
2.4.1 Rôle du physiothérapeute	10
2.4.2 Intérêt pour la profession	10
2.4.3 Question de recherche	11
3. MÉTHODOLOGIE	12
3.1 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	12
3.1.1 Base de données, équations, mots-clés	12
3.1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	13
3.1.3 Sélection des articles	14
3.1.4 Processus méthodologique	15
3.1.5 Évaluation de la qualité des articles	15
3.1.6 Méthode d'analyse des données	16
4. RÉSULTATS	19
4.1 ANALYSE	20
4.1.1 Représentation autour de la CLBP et de l'AP	20
4.1.2 Aspects techniques de l'AP et des exercices	22
4.1.3 Caractéristiques individuelles	23
4.1.4 Ressources humaines et sociales	24
4.1.5 Caractéristiques environnementales	25
5. DISCUSSION	27
5.1 INTRODUCTION	27
5.2 DISCUSSION AUTOUR DES THÈMES ANALYTIQUES	27
5.2.1 Représentation autour de la CLBP et de l'AP	27
5.2.2 Aspect technique de l'AP et des exercices	28
5.2.3 Caractéristiques individuelles	29
5.2.4 Ressources humaines et sociales	29
5.2.5 Caractéristiques environnementales	30
5.3 LIMITES ET BIAIS	31
5.3.1 Limites et biais des articles	31
5.3.2 Limites et biais de notre travail	32
5.3.3 Organisation	33
5.4 IMPLICATIONS CLINIQUES	33
5.5 PROPOSITIONS POUR DES RECHERCHES FUTURES	34

VI. CONCLUSION	35
VII. BIBLIOGRAPHIE	vii
VIII. ANNEXES	xv
Annexe I : Facteurs de risques de chronicisation selon les HUG	xvi
Annexe II : Tableau des drapeaux selon Nicholas et al. (2011)	xvii
Annexe III : Comparaison des prises en charge selon les HUG	xviii
Annexe IV : Questionnaires	xix
Annexes V : Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ)	xxi
Annexes VI : Équations de recherche	xxii
Annexe VII : Grille Côté & Turgeon	xxv
Annexe VIII : Analyse thématique des trois articles	xxviii
Annexe IX : Thèmes analytiques et descriptifs	xlviii

1. INTRODUCTION

La lombalgie chronique non spécifique est diagnostiquée comme telle lorsqu'il n'existe que peu ou pas de preuves d'une lésion quelconque. La prise en charge par les thérapeutes s'en trouve compliquée, en l'absence de problème médical clairement identifié. Comment être certain, dans ce contexte, de régler définitivement ce problème ? Une minorité importante de personnes souffrant d'une douleur occasionnelle développent ensuite une douleur persistante, et pouvant entraîner un handicap de longue durée, réduisant souvent leurs diverses activités ainsi que leur quantité de travail habituel, tout en ayant un impact psychologique concomitant sur leur humeur, leur confiance en eux, et leur identité personnelle (Pincus & Morley, 2001). Tenter d'agir à tout prix pour réduire la douleur semblerait être une mauvaise piste, car suscitant peu de résultats. D'après Main et al. (2012), il serait plus pertinent de travailler à réduire l'impact négatif de la douleur sur la qualité de vie. Cela suppose donc une prise en charge thérapeutique basée sur l'environnement psychosocial du patient. Bailly et al. (2015) appuient ces propos en affirmant qu'au-delà de la douleur et de l'invalidité, les aspects psychosociaux pèsent de manière significative sur le vécu du patient lombalgique chronique (traduction libre, p.437).

De plus, une des problématiques de la lombalgie chronique étant la chronicité, il est intéressant de se pencher sur la nécessité d'une auto-prise en charge des patients. Cette dysfonction les accompagne tous les jours, dans toutes leurs activités et il est indispensable qu'ils aient des clés de traitement qu'ils peuvent utiliser en tout temps et de manière autonome. Cependant, la littérature parle d'un faible taux d'adhérence thérapeutique aux exercices proposés à domicile. Pourquoi cela ? Quels sont les facteurs qui influencent les patients à une auto-prise en charge à domicile ? C'est ce que nous allons tenter de découvrir dans cette recherche.

2. CADRE THÉORIQUE

2.1 LOMBALGIE CHRONIQUE (CLBP)

2.1.1 Définition et épidémiologie

Selon Pozhar et al. (2019), la lombalgie est considérée par l'OMS comme un dysfonctionnement et non pas comme une maladie ou une entité diagnostique. D'après l'OMS (2003), la lombalgie est le trouble le plus courant de la colonne vertébrale. « Les aspects psychosociaux et économiques de la santé et du travail semblent avoir davantage de répercussions sur l'absentéisme que l'aspect purement physique des incapacités ou l'état physique requis pour exercer le travail. » (OMS, 2003). Selon Yves Henchoz, du Service de rhumatologie et de médecine du sport au CHUV, la « lombalgie est une douleur ou gêne fonctionnelle située entre la douzième côte et le pli fessier, associée ou non à des irradiations dans les membres inférieurs » (Henchoz, Y. 2011).

La lombalgie est classifiée, selon sa durée, en trois catégories : aiguë, subaiguë et chronique (HUG, 2017). Dans la littérature, la phase aiguë varie entre quatre à six semaines, la phase subaiguë s'étend de quatre à douze semaines (Genevay, S., 2011; Henchoz, Y., 2011). Au-delà de douze semaines consécutives de dysfonction lombaire, la littérature parle de lombalgie chronique. De plus, les recommandations différencient quatre types de lombalgies : la lombalgie non-spécifique, avec syndrome radiculaire, avec claudication neurogène ainsi que la lombalgie associée à une autre atteinte spécifique du rachis. Chaque type de lombalgie implique une prise en charge spécifique (HUG, 2017). Notre travail s'articule autour des patients atteints de lombalgie chronique non-spécifique, pour laquelle nous utiliserons l'acronyme anglais CLBP pour Chronicle Low Back Pain.

80% de la population mondiale est touchée à un moment de sa vie par un épisode de lombalgie aiguë, dont 23% évolue vers une chronicité (Mbarga et al, 2018). En Suisse, nous observons une prévalence de la lombalgie aiguë de 20 à 30% (HUG, 2017). Dans les pays industrialisés, la lombalgie est la première cause de consultation pour des troubles musculo-squelettiques (HUG, 2017). En ce qui concerne la récupération, « moins de la moitié des personnes invalides depuis plus de six mois retournent au travail et, après deux ans d'arrêt de travail, le taux de retour au travail est proche de zéro. » (Henchoz, 2011).

2.1.2 Chronicité et facteurs de risque

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), classent les facteurs de risque de chronicisation en trois parties : ceux liés à l'individu, ceux liés au milieu professionnel et ceux liés à l'environnement [tableau détaillé en annexe I].

Dans le *Physical Therapy Journal* de l'American Physical Therapy Association, Nicholas et al. (2011) organisent les différents facteurs liés au risque de chronicisation de la lombalgie en s'appuyant sur les signaux d'alerte appelés « drapeaux ». Cela comprend les symptômes psychiatriques, les croyances et jugements, les réponses émotionnelles, le comportement face à la douleur, la perception du lien entre travail et santé, ainsi que les obstacles contextuels [tableau détaillé en annexe II]. Nicholas et al. (2011) ont défini que certains de ces drapeaux « sont des facteurs de risque d'incapacité de travail à long terme ».

Lors de leurs recherches, ils ont établi un lien entre les facteurs psychologiques et l'apparition de la douleur ou le risque de chronicisation. De plus, certaines croyances peuvent être associées au développement d'un handicap post-douleur, comme les pensées catastrophistes, les stratégies d'évitement ou les stratégies passives, par exemple attendre que ça passe, ou attendre de l'aide extérieure. Dans une revue systématique de Mallen et al. (2007), les indicateurs d'un pronostic négatif sont décrits comme l'intensité de la douleur initiale, sa localisation, les antécédents d'épisodes douloureux, l'anxiété, la dépression, les stratégies de compensation inadaptées, le faible soutien social, l'âge avancé ou encore l'invalidité de départ.

Les données montrent une relation claire entre les signaux d'alarme psychologiques et les conséquences cliniques et professionnelles futures. (Nicholas et al. 2011, traduction libre, p.741). Yves Henchoz (2011), dans un article de la *Revue Médicale Suisse*, présente également l'aspect psycho-social avec les facteurs cognitifs et comportementaux comme principaux facteurs influençant le passage du statut aigu à chronique. Il évoque le modèle de la peur liée à la douleur ou comment un épisode douloureux peut engendrer une cascade de conséquences, dont un déconditionnement global qui peut contribuer « à perpétuer le cercle vicieux caractéristique de la lombalgie chronique. » (Henchoz, 2011). Dans un autre article de la *Revue Médicale Suisse*, Anne Berquin (2010) appuie ces propos en affirmant que « les facteurs psychosociaux sont de meilleurs prédicteurs du risque de passage à la chronicité que les facteurs biologiques ou biomécaniques ». En effet, un patient persuadé qu'il sera incapable de reprendre son travail après un épisode lombalgique est plus à risque d'être en arrêt de travail prolongé. La croyance qu'une douleur de dos signe une fragilité

lominaire ou un risque d'aggravation mène à un comportement d'évitement qui « entretient la douleur et le handicap. » (Berquin, 2010).

Dans une revue systématique, Synott et al. (2016) affirment qu'il existe de nombreuses preuves que la CLBP est le fruit d'interactions de la sphère biopsychosociale. C'est-à-dire qu'en plus des facteurs structurels ou biomécaniques, des facteurs cognitifs, psychologiques et sociaux entrent en jeu. Il est donc indispensable d'agir sur l'ensemble de ces facteurs pour améliorer les résultats de la rééducation.

2.1.3 Traitements et prise en charge

Les objectifs généraux du traitement de la CLBP sont « de permettre au patient de contrôler et de gérer sa douleur, d'améliorer sa fonction et de favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible. » (ANAES, 2000)

Dans la revue *Kinesither*, Fournier (2015) explique que la prise en charge de la CLBP doit se baser sur la « reprise professionnelle, la baisse de la kinésiophobie et l'amélioration des capacités physiques ». En Suisse, aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), les médecins préconisent une prise en charge en fonction de ce qu'ils savent être bénéfique, neutre, délétère ou avec des effets non prouvés aujourd'hui [annexe III]. Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) base sa prise en charge sur l'écoute afin d'avoir une vision complète du problème du patient. Il est nécessaire de comprendre quelles sont ses connaissances et croyances face à sa problématique, afin de pouvoir lui expliquer les bénéfices de l'activité physique, à savoir « fortifier la musculature du dos, dénouer les tensions et atténuer les douleurs » (CHUV, 2018). Ensuite, le CHUV propose un programme individuel de reconditionnement à l'effort, autant sur le plan physique que mental. Pour cela, des séances de « renforcement musculaire, d'étirement, et d'amélioration de la condition physique » sont proposées (CHUV, 2018). Des séances en groupe permettent d'assurer un suivi psychologique, et d'aborder les différentes représentations de la douleur, la gestion du stress, les appréhensions et les croyances des patients. Par ailleurs, la prise en charge physiothérapeutique de la CLBP passe par l'élaboration d'objectifs de traitement, avec la collaboration et l'accord du patient. Pour aider à déterminer des objectifs pertinents, un outil clinique appelé l'Échelle Prodigieuse a été conçu aux HUG pour « cibler les activités quotidiennes les plus significatives pour le patient, déterminer l'importance qu'il leur attribue, son estimation de la difficulté à les réaliser, et son appréhension à les reprendre » (Kupper et al, 2017). Cette échelle est composée de 39 photographies qui représentent différentes activités de la vie quotidienne.

Le patient en sélectionne trois à cinq qui représentent le mieux ses activités, puis les classe par ordre d'importance sur une échelle numérique. Le patient doit ensuite « déterminer la difficulté qu'il perçoit à réaliser chaque activité et, dans un troisième temps, on lui demande d'évaluer la crainte qu'il ressentirait à réaliser chaque activité sélectionnée » (Kupper et al, 2017). L'échelle prodigieuse a été utilisée lors du PROgramme Dos des Institutions universitaires de Genève (ProDIGe), ainsi que pour le PROgramme Multidisciplinaire Individualisé pour le Dos (ProMIDos).

2.1.4 Questionnaires

Il existe de nombreux questionnaires en lien avec la CLBP, détaillés dans l'annexe IV. Ces derniers explorent les croyances, les peurs, la manière dont les douleurs de dos affectent la vie quotidienne, la kinésiophobie, le risque de chronicisation ou encore les conséquences de la douleur. Il y a également une revue systématique (Uzawa et Davis, 2018) qui compare huit articles proposant des outils de mesure de l'adhérence thérapeutique. Le Treatment Self-Regulation Questionnaire [annexe V] est celui qui est actuellement considéré comme le meilleur outil de mesure. Ce questionnaire évalue la motivation des patients, l'énergie qu'ils sont prêts à dépenser pour obtenir un changement de comportement au niveau de leur santé et s'ils sont autonomes dans ce processus. Pour arriver à une meilleure autonomie, les patients doivent intégrer des valeurs, démarche facilitée par la perception d'un soutien de la part des professionnels de santé ou des proches. Le Treatment Self-Regulation Questionnaire est utilisé pour évaluer la motivation des patients fumeurs, alcoolo-dépendants, en surpoids ou en manque d'activité physique (GEM, 2012).

2.1.5 Conséquences de la lombalgie chronique

D'après une étude qualitative de Bailly et al. (2015), la CLBP peut entraîner une diminution de l'estime de soi, accompagnée « d'un sentiment de honte et de frustration résultants des limitations fonctionnelles [...] ». Ces patients se sentent incompris et peu soutenus, du fait de l'invisibilité des symptômes ou de la banalisation de leur plainte par l'entourage. La lombalgie peut également amener les patients à une perte d'identité sociale. En effet, leur rôle au travail est remis en question car ils ne parviennent plus à « maintenir une productivité constante » (Bailly et al., 2015) et se sentent limités fonctionnellement. Cela les amène à solliciter l'aide de leurs collègues, ce qui est vécu comme dégradant car ils se sentent incapables d'assumer leur rôle professionnel. Chez les

hommes, il existe aussi des répercussions sur la perception de leur virilité avec la difficulté à porter de lourdes charges. Certains hommes expriment même la « perte de leur virilité dans les relations intimes » (Bailly et al., 2015). Un autre élément provient de l'anxiété liée à l'évolution des douleurs ou à la peur des récives. Tous ces paramètres amènent les patients à entretenir une mauvaise image d'eux-mêmes et de leur rôle dans la société, ce qui peut conduire certains d'entre eux à développer des signes de dépression. Il semble important, dans ce genre de situation, de maintenir une vie sociale et de ne pas se renfermer sur soi.

Une des conséquences de la CLBP pour la société concerne les coûts que Simon (2013) distingue en coûts directs et indirects. Selon Henchoz (2011), « les patients qui deviennent invalides de manière temporelle ou permanente ne représentent que 10% des cas, mais engendrent 85% des coûts totaux. En 2005 en Suisse, les coûts directs ont été mesurés à 2,6 milliards d'euros et les coûts indirects entre 2,2 et 4,1 milliards d'euros, soit un total représentant 1,6 à 2,3% du produit intérieur brut. ».

2.2 DÉFINITIONS

2.2.1 Activité physique et exercices

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'activité physique comme « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique » (OMS cité par Boutevillain et al. 2017) et la notion d'intensité comme le « pourcentage de puissance ou de niveau d'effort lors de la pratique de l'activité ou de l'exercice physique » (OMS, 2020). Selon les recommandations de l'OMS, la notion d'exercice comprend les postures et mouvements ainsi que le renforcement des régions pelviennes, lombaires et des membres inférieurs. Selon Boutevillain et al. (2017), cela comprend les activités sportives ainsi que les activités de la vie quotidienne. D'après Saner et al. (2018), le terme « exercice » fait référence à l'apprentissage du contrôle des mouvements. Chez Palazzo et al. (2016), le terme « exercice » est utilisé dans « home-based exercise » et comprend un programme constitué essentiellement d'étirements et de renforcement.

Dans ce travail, nous utiliserons le terme activité physique (AP) pour définir les activités effectuées dans le contexte de la vie quotidienne. Le terme « exercice » définit une activité structurée, souvent intégrée dans le cadre d'un programme d'exercices spécifiques à la lombalgie.

2.2.2 Auto-prise en charge à domicile

L'auto-prise en charge à domicile implique la notion d'autonomie dans la pratique de l'AP, hors supervision et hors groupe. Il est important de distinguer la notion d'autonomie de celle d'indépendance. Selon Simon (2013), « l'autonomie, c'est cette capacité qu'à l'homme du fait de sa liberté de choix, c'est-à-dire d'autodétermination, à choisir d'obéir à la loi ». Le Petit Larousse Illustré (2014) propose la définition suivante : « possibilité, pour un individu, de décider sans en référer à un pouvoir central ». L'auto-prise en charge à domicile comprend une supervision ponctuelle. Cette notion sous-tend l'importance de permettre au patient de jouer un rôle d'acteur dans son traitement de la lombalgie. Ceci implique que le sujet soit à même de reproduire seul et à domicile les séries d'exercices données par le physiothérapeute.

2.2.3 Biopsychosocial

Selon Anne Berquin, Cheffe de Clinique à Saint-Luc en Belgique (2010), le modèle biopsychosocial est « une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. [...] Le modèle biopsychosocial est donc un élargissement du modèle biomédical : les facteurs biologiques y gardent toute leur place ». Le modèle biopsychosocial est un système de causalité multiple et circulaire, à la différence du modèle biomédical qui caractérise un modèle plus simple et linéaire. La Cheffe de Clinique précise que le terme «*psychologique* » réfère essentiellement à des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux normaux, relevant entre autres de l'interprétation des symptômes par le sujet, et non à des aspects psychopathologiques ». Selon Georges Libman Engel, psychiatre ayant proposé le modèle biopsychosocial, le modèle biomédical ne laisse aucune place aux aspects sociaux, aux dimensions psychologiques et comportementales de la maladie. Ce modèle exige non seulement que la maladie soit traitée comme un élément indépendant du comportement, mais requiert également que les aberrations comportementales soient expliquées sur la base d'un désordre somatique. Ainsi, le modèle biomédical englobe à la fois un certain réductionnisme et une approche selon laquelle les phénomènes complexes émanent d'un principe unique et dual où la doctrine sépare le mental du somatique. (Traduction libre, Engel, 1977, p.132).

2.3 ADHÉRENCE THÉRAPEUTIQUE

2.3.1 Définition

Lorsque l'on fait référence à l'adhérence thérapeutique, il est important de savoir de quoi on parle et ce que ce concept comprend. En effet, à quel moment passe-t-on de l'adhérence thérapeutique à la non-adhérence et quel rôle joue-t-elle dans la prise en charge physiothérapeutique ?

Dans une étude observationnelle transversale qui traite de notre thématique, Peek et al. (2018), affirment que l'adhérence thérapeutique des patients est un phénomène multidimensionnel déterminé par l'interaction de cinq facteurs, proposés par l'OMS comme les cinq dimensions de l'adhérence thérapeutique. Il s'agit de la dimension socio-économique, des conditions liées à la thérapie, à l'équipe de soins et au système, ainsi que des facteurs liés aux patients. Dans une autre revue systématique publiée en 2016 et qui traite de l'adhérence thérapeutique en général et lors de différentes problématiques de santé, Essery et al. (2016) qui citent l'OMS, définissent l'adhérence comme étant « la capacité des patients à suivre des plans de traitement de façon optimale ». Le pronostic d'adhérence thérapeutique est généralement influencé par des facteurs propres à la personne. Ainsi, en vue d'en améliorer son taux, il est indispensable de connaître les expériences personnelles des patients et leurs déterminants sociaux. En effet, appréhender « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » permettent une meilleure intégration des facteurs socio-environnementaux (OMS, 2003).

2.3.2 Adhérence à l'auto-prise en charge à domicile

Selon une méta-analyse de Hayden et al. (2005) recensant divers RCT, les auteurs concluent que la stratégie la plus efficace dans le cadre de la CLBP serait une auto-prise en charge à domicile supervisée régulièrement par les visites d'un thérapeute (2005, cité par Frih et al. 2009, traduction libre, p.490). Cependant, l'efficacité de l'auto-rééducation dépend du contenu du programme, du suivi et de la compliance des patients au traitement. Certaines études observent une diminution de l'efficacité du traitement à domicile après trois mois et un retour à l'état initial dans l'année qui suit le traitement (Genet et al., 2002, cité par Frih et al., 2009, traduction libre, p.490). Tandis que Kuukkanen et al. (2007) rapportent la persistance d'une diminution de la douleur et d'aspects fonctionnels quatre ans après avoir suivi le programme d'exercices à domicile. Frih et al. (2009) précisent que ce type de programme requiert une grande motivation, une supervision et une évaluation

régulière (traduction libre, p.490). Après un an d'évolution, un programme d'auto-rééducation à domicile donne de meilleurs résultats qu'un traitement physiothérapeutique classique, en particulier pour les paramètres de la douleur, de la flexibilité du tronc, de l'endurance musculaire ou encore au niveau psychologique (Farih et al., 2009). Dans une étude évaluant l'auto-prise en charge à domicile de patients âgés avec des pertes de mobilité, les bénéfices de tels programmes dépendent du degré d'adhésion aux exercices, qui est lui-même influencé par l'intensité du plaisir et de la satisfaction retirée (Brandao et al. 2018, traduction libre, p.8). De plus, les auteurs ajoutent que les exercices à domicile améliorent l'adhérence et la poursuite des exercices à la fin du programme (Brandao et al. 2018). Ces éléments mettent en évidence la pertinence d'une auto-prise en charge à domicile, car elle permet d'obtenir des résultats positifs à plus long terme et favorise l'adhérence des patients à leur programme d'exercices. Les obstacles à l'adhérence dans le cadre des exercices à domicile peuvent comprendre la présence de la douleur, d'une faible auto-efficacité, de la dépression, de l'anxiété et d'un support social pauvre. [...] dans l'ensemble, les patients adhèrent mais rencontrent des difficultés à intégrer les comportements requis dans leur routine quotidienne. (Peek et al., 2018, traduction libre, p.106). Dans une revue systématique investiguant l'adhérence aux exercices à domicile dans une population CLBP, Beinart et al. (2013) affirment que plus de 70% des patients lombalgiques ne font pas leurs exercices à domicile (traduction libre, p.1941). Jette et al. rappellent que Dishman (1988), guère plus optimiste, indique que les drops-out face aux programmes d'exercices à domicile atteignent un taux de 50% ou plus durant les premiers six à douze mois (Jette et al., 1998, traduction libre, p.412). Dishman (1985) identifie de nombreux facteurs affectant la décision d'adoption et de maintien du comportement face aux exercices, qu'il organise en trois catégories : l'état psychologique, les caractères physiques et le contexte sociodémographique de l'individu. Selon Jette (1998) les programmes d'exercices à domicile et la gestion de leur intensité sont sous le contrôle du sujet. Par conséquent, les études sur l'adhérence doivent tenir compte aussi bien de l'intensité des exercices que du taux de participation (traduction libre, p.415). Ainsi l'interprétation de l'adhérence est complexe et intègre un large spectre de comportements qui s'étendent de la non-adhérence à l'adhérence totale avec des variations d'intensité. Selon Simon (2013), « l'interprétation de la non-adhérence et la recherche de solutions appropriées pour l'améliorer ne seront pas les mêmes chez un patient qui ne se sent pas véritablement concerné, chez un patient concerné mais pas encore convaincu de l'intérêt du traitement et chez un patient convaincu mais doutant de sa capacité personnelle

à tenir ses engagements et à modifier le cours de sa santé. » De plus, parvenir à identifier rapidement les profils susceptibles de présenter des difficultés d'adhésion au traitement, pourrait permettre de développer des stratégies adaptées intégrant des objectifs réalistes.

2.4 PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

2.4.1 Rôle du physiothérapeute

Selon Chatrenet (2014), le rôle du physiothérapeute dans le cadre de la lombalgie est d'évaluer les fonctions musculaires, d'éduquer le patient et de le rendre le plus autonome possible en lui proposant des exercices personnalisés et adaptés. Sachant que « les patients renoncent souvent à faire état de leur détresse psychologique, par crainte de la stigmatisation associée aux troubles psychiatriques, [...] les problèmes de santé mentale restent ainsi souvent sous-diagnostiqués et sous-traités » (Weber et al., 2012). Les physiothérapeutes se doivent donc d'intégrer une certaine qualité d'écoute et de communication lors des séances avec ces patients. Il existe plusieurs outils pour faire face à ces situations, par exemple l'entretien motivationnel. Il s'agit d'un « entretien guidé centré sur le patient pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement » (Miller & Rollnick, 1991). Un autre outil de communication nous vient de Carl-Rogers en 1966 : l'écoute active. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2019), l'objectif de cette écoute est « de créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions à propos de l'événement indésirable et de son dévoilement ». L'écoute active va plus loin que la simple reformulation car elle tente de faire ressortir la dimension affective qui est souvent non verbalisée.

2.4.2 Intérêt pour la profession

Au cours de nos lectures, nous avons pu mesurer l'impact de la CLBP sur la qualité de vie des patients. Les conséquences découlant de cette dysfonction interfèrent souvent sur la vie sociale, professionnelle et psychologique. À cela s'ajoutent les coûts pesant sur le système de santé, alimentés par la multiplicité des examens médicaux, la diversité des prises en charge et l'errance thérapeutique. Véritable enjeu de société, les maladies chroniques touchent de multiples pans de l'humain. Du point de vue de la physiothérapie, il nous semble indispensable de pouvoir agir de la manière la plus efficace possible dans un souci d'efficacité. C'est pourquoi, nous relevons l'importance de l'adhésion

thérapeutique et de l'auto-prise en charge, qui nous paraissent figurer parmi les leviers-clés sur lesquels la physiothérapie peut agir.

Ainsi, pour appréhender le poids et l'importance des facilitateurs et des barrières à une auto-prise en charge, nous devons intégrer et comprendre l'importance du rôle joué par ces éléments, leurs enjeux et mécanismes, en vue de proposer des traitements personnalisés et adaptés aux profils. De ce fait, sensibiliser la profession à l'auto-prise en charge à domicile pourrait ainsi renforcer le rôle de la physiothérapie, maillon d'une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire. Et ainsi, agir sur deux versants : soulager durablement les patients chroniques et améliorer leur qualité de vie. Tout cela en gardant à l'esprit que diminuer le phénomène de chronicisation favorise un cercle vertueux, qui opère positivement sur les aspects psycho-émotionnels, socio-professionnels et environnementaux des patients.

Lors de notre revue de la littérature, nous avons pris connaissance du travail de recherche qualitatif de Audrey Pozhar et Delphine Willemin intitulé « l'influence de la relation thérapeutique sur l'adhérence des patients lombalgiques chroniques non spécifiques » publié en juin 2019. Leur travail de Bachelor cherche à « identifier les facteurs liés à la relation thérapeutique qui influencent l'adhérence des patients lombalgiques chroniques non spécifiques » (Pozhar & Willemin, 2019). Nous nous différencions de leur approche en ce sens que nous nous intéressons aux facteurs bio-psycho-sociaux ayant un impact sur l'adhérence thérapeutique des patients souffrant de la CLBP lors d'une auto-prise en charge à domicile. Il s'agit pour nous de trouver et d'améliorer l'approche thérapeutique du physiothérapeute pour faciliter l'accompagnement du patient vers une auto-prise en charge à domicile.

2.4.3 Question de recherche

En effet, notre problématique a jailli d'un questionnement basé sur l'ensemble des constats cités ci-dessus, qui nous ont permis de mesurer l'importance de comprendre ce qui peut contribuer à entretenir la chronicité pour pouvoir agir plus spécifiquement et proposer une approche plus efficace. Cela nous a mené à la question de recherche suivante : quels sont les facilitateurs et barrières bio-psycho-sociaux à l'adhérence thérapeutique des patients souffrant de lombalgie chronique non-spécifique lors d'une auto-prise en charge à domicile ?

3. MÉTHODOLOGIE

L'approche qualitative nous a semblé adéquate pour aborder notre thématique. En effet, la méthode qualitative cherche à « développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants » (Mays et Pope, 1995, p. 43). Ainsi, la richesse du contenu des articles qualitatifs, qu'il soit récolté sous forme d'interviews, de questionnaires ou de focus group, offre non seulement l'accès à un grand volume de données mais encore à des réponses développées nous donnant accès à une meilleure compréhension. L'objet de notre recherche consiste à mieux comprendre les facilitateurs et barrières aux exercices à domicile dans le cadre d'une CLBP. Pour ce faire, nous avons eu recours à la littérature de type qualitative pour appréhender au mieux cette problématique et pouvoir utiliser les résultats de ce travail de recherche dans notre future pratique clinique.

3.1 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1.1 Base de données, équations, mots-clés

Pour notre méthodologie de recherche, nous avons dans un premier temps déterminé le PIC (Population, phénomène d'Intérêt, Contexte) de notre problématique, à savoir :

P	Patients adultes atteints de CLBP ayant eu ou ayant un suivi physiothérapeutique
I	Facilitateurs et barrières à l'adhérence thérapeutique
C	Auto-prise en charge à domicile

Cela nous a permis de faire émerger conjointement les thèmes de notre question de recherche, leurs mots-clés et leur traduction en Mesh Terms. Nous avons effectué nos recherches séparément, en nous répartissant les bases de données les plus pertinentes et reconnues pour notre travail de Bachelor. Nous avons exploré le thème de l'adhérence thérapeutique, traduit par «patient adherence», «patient compliance», «engagement», «patient cooperation», «compliance» ou «non-adherence». Nous avons fait de même avec la thématique de l'auto-prise en charge à domicile, traduite par «self exercise», «home rehabilitation», «home exercise», «home based physical rehabilitation therapy», «home based physical therapy», «home physical therapy», «home therapy», «self rehabilitation», ou «self care». Et finalement, nous avons approfondi le champ de la

CLBP exprimé par les termes «chronic low back pain», «low back pain», «back pain» associés à la mention «qualitative study» ou «qualitative research» pour faire émerger la littérature qualitative et ainsi, circonscrire notre problématique. Après avoir déterminé les termes de notre problématique et leur mots-clés associés, nous avons utilisé les opérateurs booléens «AND» et «OR» pour créer 18 équations de recherche qui figurent dans l'annexe VI avec le nombre de résultats et les articles retenus.

Nous avons effectué nos recherches sur les bases de données PubMed, Cochrane, Pedro et Google Scholar et avons étendu ces dernières aux bases de données reconnues comme plus qualitatives telles que PsychInfo, Embase et Lissa. Nous avons sélectionné ces bases de données pour leur qualité de contenu et sur le conseil de notre directeur de Bachelor. Afin de quantifier le nombre d'articles générés par nos équations de recherche, nous n'avons pas eu recours à l'utilisation de filtres. La majorité de nos équations n'ont guère produit plus de 50 résultats, quantité qui nous était facilement possible de passer en revue. Il ne nous a donc pas paru opportun d'ajouter de filtre. Cela dit, trois des 18 équations ont fait apparaître plusieurs centaines, voire plus d'un millier de résultats. Ainsi, uniquement pour ces dernières, nous avons utilisé le filtre « best match », permettant d'identifier les articles correspondant le mieux à nos équations de recherche, pour ensuite en sélectionner les cent premiers. Cela nous a permis de limiter les résultats.

Afin d'être avisées des nouvelles publications sur notre thème, nous avons inséré des alertes sur PubMed, la base de données qui nous a fourni les résultats les plus pertinents. Nous avons arrêté nos recherches le 23 janvier 2020.

3.1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour déterminer ces critères, nous avons dans un premier temps choisi de cibler une population souffrant de CLBP. De cette manière, les arguments et témoignages de cette population traitaient de la même dysfonction, ce qui limitait les biais dans les réponses données. Puis, nous nous sommes intéressées au critère de l'âge de notre population. Ainsi, nous avons exclu les études avec des sujets mineurs ou exclusivement âgés, afin de ne pas étendre notre population de référence à une population pédiatrique, puisque notre intérêt se portait sur une population adulte hétérogène. À titre d'exemple, nous avons exclu une étude dans laquelle la population était âgée entre 67 et 86 ans, car cette tranche d'âge nous paraissait trop spécifique sans proposer un spectre assez large.

Finalement, nous n'avons recouru qu'aux articles parus après 2015 afin d'avoir des témoignages correspondant à la prise en charge physiothérapeutique actuelle. De plus,

nous avons uniquement considéré les études dont les patients bénéficiaient ou avaient été au bénéfice d'un suivi physiothérapeutique, afin d'avoir des informations utilisables dans notre pratique.

Bien qu'ayant exclu les études quantitatives de notre matériel d'analyse, nous les avons utilisées pour enrichir notre compréhension des enjeux, notre cadre théorique et la partie discussion.

	CRITÈRES D'INCLUSION	CRITÈRES D'EXCLUSION
TYPE D'ETUDES	Qualitatives	Quantitatives
DATE DE PUBLICATION	≥ 2015	
POPULATION (AGE)	Mélange générationnel	< 18 ans Une population uniquement composée de personnes du 3 ^{ème} et 4 ^{ème} âge
PATHOLOGIE	Lombalgie chronique non spécifique	Toute autre douleur chronique Lombalgie spécifique Lombalgie aiguë
PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	Par des physiothérapeutes (PEC actuelle ou récente)	Uniquement par d'autres professionnels de la santé
TYPE D'AP	Exercices spécifiques à la physiothérapie Activité physique quotidienne (marcher, jardiner, faire le ménage, etc.) Activité sportive (faire du jogging, de la natation, du fitness, etc.)	Sports de compétition Sports extrêmes

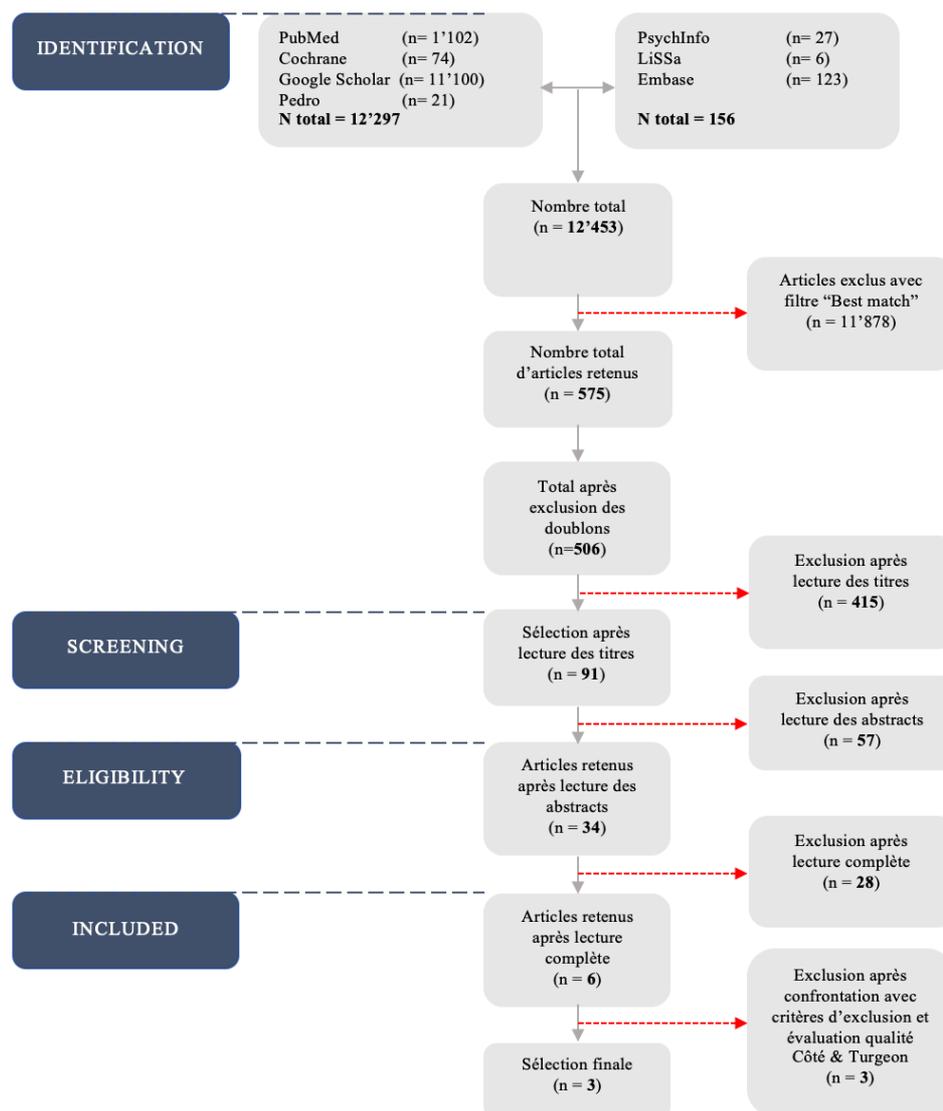
3.1.3 Sélection des articles

Nous avons chacune sélectionné des articles des bases de données que nous nous étions réparties, en tenant compte exclusivement des titres et en nous assurant qu'ils abordaient effectivement le thème de la CLBP et en particulier de l'auto-prise en charge à domicile. Nous sommes arrivées à un total de 575 articles, puis après exclusion des doublons et lecture des titres, nous avons conservé 91 articles. Puis, nous avons mis en commun notre matériel pour effectuer une deuxième sélection après lecture des abstracts et discussions argumentées de l'une et de l'autre. Nous avons ensuite conservé les 34 articles correspondant le mieux à notre question de recherche. En effet, nous avons exclu les articles n'intégrant pas la notion d'exercices à domicile, ceux n'incluant pas de suivi physiothérapeutique ou encore, ceux ne traitant pas d'auto-prise en charge. Puis, nous nous sommes réparties la lecture complète de ces articles, pour finalement n'en retenir que six, après exclusion de ceux qui ne contenaient pas d'éléments concernant les facilitateurs et barrières à une auto-prise en charge à domicile. Enfin, nous avons confronté ces six articles à nos critères d'inclusion et d'exclusion ainsi qu'à la grille d'évaluation de

qualité de Côté & Turgeon, pour parachever notre sélection de trois articles. En effet, nous avons exclu deux articles, dont une partie des sujets présentaient des douleurs cervicales chroniques. Un troisième article a été exclu parce que sa population était exclusivement constituée de personnes âgées, et parce que la qualité évaluée par la grille de Côté & Turgeon était moindre par rapport aux articles retenus.

3.1.4 Processus méthodologique

Flow chart



3.1.5 Évaluation de la qualité des articles

Pour évaluer nos articles, nous avons utilisé la grille de Côté & Turgeon (Côté & Turgeon, 2002), car les douze items qui la composent nous ont semblé pertinents pour notre problématique. De plus, le fait qu'elle soit en français facilitait son utilisation. La méthode de recherche utilisée pour établir cette grille nous a semblé intéressante : en effet, Côté &

Turgeon se réfèrent aux bases de données reconnues comme Cochrane, Medline et Cinhal. Ils ont répertorié dans leur travail huit grilles d'évaluation, pour arriver à la conclusion que ces grilles ne comportaient que « peu de suggestions de lectures complémentaires » (Côté & Turgeon, 2002). C'est ainsi, qu'ils ont décidé de créer leur propre grille caractérisée de la façon suivante :

- « courte et utilisable assez facilement par les médecins et les résidents
- rédigée dans un langage qualitatif le plus compréhensible possible pour des non experts en recherche qualitative
- présentée selon la structure habituelle d'un article de recherche dans les revues médicales: introduction, méthodes, résultats, discussion et conclusion.
- basée sur des critères de clarté, de pertinence et de crédibilité (validité interne)» (Côté & Turgeon, 2002)

Pour l'évaluation de la qualité de nos articles, nous avons mis l'accent sur les items 2, 6, 8, 9 et 10, qui nous semblent indispensables à l'élaboration d'une revue qualitative. Chacune de nous a, de son côté, évalué chaque article dans la grille de Côté & Turgeon pour ensuite confronter et comparer les points de vue et aboutir à un consensus. Il s'est avéré que nous avons, l'une et l'autre, évalué les critères de façon similaire pour cinq de nos six articles. Notre évaluation a différé sur le 12ème items de l'article de Boutevillain et al. (2017). Après discussion et relecture, nous avons validé cet item.

[Grille détaillée cf. annexe VII]. Grille résumée :

CRITÈRES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Medina-Mirapeix et al., 2008	OUI	NON	OUI									
Escolar-Reina et al., 2010	OUI	+/-										
Palazzo et al., 2016	OUI	OUI	+/-	OUI	+/-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	+/-
Boutevillain et al., 2017	OUI											
Charlotta Lilje et al., 2017	OUI	OUI	+/-	OUI	+/-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
Saner et al., 2018	OUI	OUI	OUI	OUI	+/-	OUI						

3.1.6 Méthode d'analyse des données

Avant d'entreprendre nos recherches sur ce thème, nous avons de nombreux questionnements et hypothèses. Nous étions conscientes que notre problématique aurait une réponse à plusieurs volets, dû à la dimension biopsychosociale. Nous avons également conscience du coût que représente les problèmes chroniques de santé pour la

société. En tant que futur maillon du système de santé, nous nous sommes interrogées sur notre capacité à influencer ou non ces charges grâce notamment à un meilleur suivi des patients chroniques. Nous avons également marqué un intérêt à mieux comprendre la relation entre la douleur dans la CLBP et l'AP : est-elle un frein absolu à l'auto-prise en charge des patients ? Diminue-t-elle fortement l'adhérence thérapeutique ? Les patients connaissent-ils les exercices pouvant les soulager ? Et les pratiquent-ils ?

Ensuite, nous nous sommes demandé quels facteurs pouvaient influencer l'adhérence des patients lombalgiques. Cela pouvait-il dépendre de leur âge ? De leur sexe ? De leur éducation ? Du nombre d'années depuis le début des douleurs lombaires ? Nous savions que la sphère émotionnelle pouvait avoir un impact, mais à quel point ? C'est avec ces questions en tête que nous avons commencé notre analyse.

Pour l'analyse de nos résultats, nous avons choisi d'utiliser la méthode de Thomas & Harden (2008), appelée « Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews ». Cette méthode nous a paru intéressante, car elle est structurée en trois étapes et propose une réflexion en entonnoir, des codes aux thèmes analytiques. En effet, il s'agit dans un premier temps de déterminer des codes à partir des verbatims, c'est-à-dire de capturer la signification et le contenu de chaque phrase (Thomas & Harden, 2008, traduction libre, p.5). Pour la matière à analyser, nous avons utilisé les citations des sujets et certains commentaires d'auteurs. De plus, nous n'avons pas utilisé les éléments figurant dans les discussions de nos articles. Lors de la deuxième étape, nous devons rassembler ces codes en thèmes descriptifs, ce qui demande un second regroupement. Finalement, pour la troisième étape, il fallait encore rassembler ces thèmes descriptifs en thèmes analytiques, pour obtenir nos cinq grandes familles qui regroupent tous les éléments des résultats des trois études. Cela nous a permis de passer d'un nombre élevé de verbatims à un nombre restreint de thèmes synthétiques. De plus, nous devons argumenter nos choix de synthèse, nous coordonner pour arriver à un résultat qui est finalement le fruit de nos deux interprétations.

En pratique, nous avons débuté ensemble l'analyse d'un article, en commençant par surligner les citations et certains commentaires d'auteurs avec un code couleur pour obtenir un premier classement. Puis nous nous sommes réparti les deux articles restants pour effectuer le même travail, mais séparément. Comme matière à analyser, nous avons des retranscriptions de deux focus group, de deux interviews semi-dirigés, et d'un questionnaire. Ensuite, nous avons confronté nos analyses respectives, afin de trouver des codes en commun. Nous avons regroupé ces codes en thèmes descriptifs puis en thèmes

analytiques, suivant la signification des codes. Au départ, nous avons obtenu onze thèmes analytiques, ce qui nous a semblé peu synthétique. Nous avons donc procédé à un second regroupement, en utilisant les conseils de nos enseignants tels que positionner les informations de gauche à droite, établir un schéma simplifié pour avoir une meilleure vision d'ensemble, ou encore répartir les citations liées à la motivation dans d'autres thèmes plus larges. Tout cela nous a permis d'obtenir cinq thèmes analytiques. Cependant, après discussion avec notre directeur de Bachelor et après réévaluation de notre synthèse, nous n'étions pas satisfaites de notre classification. Nous avons donc remodelé notre structure [annexes VIII et IX] en exposant à l'écrit nos différentes thématiques descriptives, pour aboutir finalement à cinq autres thèmes analytiques, exposés dans les résultats.

4. RÉSULTATS

Tableau d'extraction de données des articles sélectionnés

AUTEUR	OBJECTIF	POPULATION	DESIGN	MÉTHODE	RÉSULTATS
Palazzo et al., 2016	Connaître les points de vue des patients atteint de lombalgie chronique quant aux barrières à l'adhérence aux exercices à domicile	29 sujets Entre 20-85 ans 17 femmes 12 hommes	Étude qualitative	Focus group puis interviews semi-dirigés de 75 min. avec pour thèmes : - le parcours thérapeutique - le concept de programme à domicile - les stratégies proposées par les patients pour améliorer l'adhérence Attentes en lien avec les nouvelles technologies	<u>Barrières</u> : - type d'exercices - manque du suivi professionnel - représentations du patient - environnement <u>Solutions proposées</u> : - coach à domicile - favoriser la motivation et l'attractivité des exercices - mettre en avant les progrès - renforcer le soutien des proches <u>Technologie</u> : - forums : attention, confiance nécessaire envers les autres internautes et envers les réponses proposées - le feed-back visuel est important et bénéfique pour l'adhérence Attention la technologie est un bon complément mais ne remplace pas le contact humain
Boutevillain et al., 2017	Identifier les facilitateurs et barrières à l'activité physique chez les sujets lombalgiques chroniques	29 sujets Entre 20-55 ans - 10 femmes - 19 hommes Douleur persistante depuis min. 12 sem. Sujets engagés dans un programme spécifique de réhabilitation ou dans une 1 ^{ère} prise en charge	Étude qualitative transversale	- 16 interviews semi-dirigées - 4 focus group de 3-4 personnes	<u>Facilitateurs et barrières principaux</u> : - physiques - psychologiques - socio-environnementaux <u>Poids des facteurs psychologiques</u> : - kinésiophobie - fausses croyances - peurs - manque de confiance - etc.
Saner et al., 2018	Explorer les perspectives des patients sur l'adhérence à long terme pour un programme d'exercices	44 sujets Âge médian de 44 ans Moyenne de chronicité de CLBP de 9,5 ans Scores aux tests : - PSFS à 6.1 - RMDQ à 9.25	Étude qualitative post RCT	<u>Questionnaire avec 3 questions ouvertes</u> : - "Describe if and how the physiotherapy treatment helped you in the past year" - "What did you learn in your physiotherapy treatment? Describe in your own words." - "Describe if and how you implemented your new knowledge in your daily life. Describe in your own words."	- rôle de la connaissance des exercices et de la pathologie - stratégies pour renforcer l'adhérence (exercices simples, facilement intégrables dans les AVQ) - barrières à l'adhérence (oubli, manque de temps, mauvaise organisation) - rôle des effets perçus des exercices

4.1 ANALYSE

Nous avons déterminé les cinq thèmes analytiques suivants : les représentations autour de la CLBP et de l'AP, les aspects techniques de l'AP et des exercices, les caractéristiques individuelles, les ressources humaines et sociales ainsi que les caractéristiques environnementales. Ces thèmes analytiques sont le résultat de nos 14 thèmes descriptifs.

Schéma de l'analyse thématique



4.1.1 Représentation autour de la CLBP et de l'AP

Connaissances

En premier lieu, nous abordons le thème des « connaissances », qui comprend les connaissances préalables ainsi que le savoir issu d'un apprentissage en lien ou non avec le traitement. Ces connaissances peuvent être liées à un diagnostic, à un acte médical ou à un apprentissage de postures et de mouvements. Un diagnostic d'hernie discale ou une intervention chirurgicale telle qu'une arthrolyse conduit à une méfiance sur le bien-fondé des exercices ou à l'arrêt de l'AP (Palazzo et al., 2016). L'article de Boutevillain et al., (2017) illustre le besoin de compréhension des consignes pour pouvoir intégrer les connaissances: « If they tell me that I need to do the same movements every morning for example during one hour because it will help my condition. I will do it [...] » (Boutevillain et al., 2017). L'apprentissage des postures soulageantes et l'expérimentation par soi-

même de la mobilisation offrent la capacité aux sujets de réagir dès les premiers signes de douleur : « I learned that movement helps. Sitting is not good » (Palazzo et al., 2016).

Croyances

L'adhérence à l'AP est influencée par les croyances, c'est-à-dire par les convictions et opinions, qui peuvent être aidantes ou, au contraire, bloquantes pour les patients. Une croyance consiste à penser que la marche est un moyen inutile et incapable de soulager les problèmes de dos (Boutevillain et al., 2017). En pointant la nocivité, voire la dangerosité de l'AP, un sujet assimile le problème d'un collègue au sien : « It can be harmful [...] : I have a colleague with low back problems, similar to mine [...] » (Boutevillain et al., 2017). La croyance d'appartenance à une « génération sacrifiée » par la pénibilité du travail avant l'apparition de la robotique émerge également chez Boutevillain et al. (2017).

L'AP et douleur

Les notions d'AP et de douleur constituent le dernier volet de ce sous-chapitre sur les représentations. La douleur peut être perçue comme étant un facteur provoqué par l'AP et conduit à regretter de s'être mobilisé : « We keep jumping around so I think it might not be so great and often after a game my back hurt, and I think that's what caused it. » (Boutevillain et al., 2017). Le simple fait de se tenir debout, de participer aux tâches du quotidien ou de marcher réveille des douleurs insupportables que les sujets associent au mouvement (Boutevillain et al., 2017). Cela les conduit à l'arrêt de l'activité : « I quit practicing because I didn't want to feel more pain, and also... » (Palazzo et al., 2016), « when I'm in pain, I do not do any physical activity » (Boutevillain et al., 2017). Cependant, Boutevillain et al. (2017), relèvent que certains sujets poursuivent leur AP malgré la douleur, quitte à adapter certaines modalités : « I would rather do something else, even walking for half-hour even if I will be in pain, rather than stay put and do nothing ». L'anticipation de la douleur limite la motivation à bouger (Boutevillain et al., 2017) et implique une attention particulière lors de chaque mouvement (Boutevillain et al., 2017). Selon Saner et al. (2018), maintenir une bonne posture en cas d'aggravation des symptômes est perçu comme étant bénéfique. Mais l'effet de l'exercice et des traitements sur la douleur n'est pas unanime. Pour certains, il apparaît être efficace, alors que pour d'autres, l'effet produit est limité et de courte durée : « Good during the therapy sessions, but no remarkable long-term effect. » (Saner et al., 2018)

4.1.2 Aspects techniques de l'AP et des exercices

Maîtrise technique

Selon Saner et al. (2018), la réalisation rigoureuse des exercices est soutenue par des exercices simples, pouvant être facilement reproduits à domicile. Associer cette simplicité à un nombre limité de trois à quatre exercices maximums est souhaitée (Palazzo et al., 2016). Favoriser une routine quotidienne et ainsi encourager la pratique à domicile permettrait de lutter contre l'oubli des consignes.

Contenu des exercices

Les programmes d'exercices proposés doivent être spécifiques, ciblés et personnalisés : « The exercises have to be targeted at my problem and not following a randomly applied scheme » (Saner et al., 2018). Intégrer et impliquer le patient dans la création du programme facilite l'auto-prise en charge (Saner et al., 2018).

Caractéristiques des exercices

Dans la catégorie des « caractéristiques des exercices », les modalités ont moins d'influence que l'attractivité des exercices sur la pratique à domicile. Le renouvellement régulier des exercices stimule et rend la pratique agréable (Palazzo et al., 2016). La monotonie des programmes d'exercices pourrait être balayée par des moyens divertissants tels que des supports audiovisuels, des jeux vidéo ou de la musique (Palazzo et al., 2016). La pratique d'AP tenant compte des goûts et intérêts de chacun est essentielle pour éviter le pendant ennuyeux, « so boring » et « no longer fun » et maintenir une routine quotidienne (Boutevillain et al. (2017) et Palazzo et al. (2016)). De plus, elle permet de prendre du plaisir, de se surpasser et finalement de conduire à une amélioration des performances individuelles : « If there's no way to [surpass yourself], you get bored pretty quick » (Palazzo et al., 2016). Selon Boutevillain et al., 2017, la nature de l'AP joue un rôle important: « It is really different to exercise to keep in shape like we do here for example when we are alone, compared to horse-riding, or playing sports, or walking around, for that I don't need anything... It is obvious». Travailler parce que « [...] nobody else is going to do it for me » (Boutevillain et al., 2017), jardiner ou exécuter des tâches du quotidien favorisent l'AP.

4.1.3 Caractéristiques individuelles

La « santé physique » et « l'état d'esprit et émotions » sont les deux faces d'une même médaille. Un déséquilibre d'un côté impactera l'autre en conséquence.

Santé physique

En matière de santé, les comorbidités modifient les habitudes de vie « what really helped before was running, now my weight gain really prevents me from enjoying it as I used to » (Boutevillain et al., 2017). Un sujet indique que l'arthrose de genou, dont il souffre, rend impossible la pratique de certaines AP comme la course à pied (Boutevillain et al. 2017). Des douleurs de hanches, aux pieds ou attribuées à une hernie discale limitent l'AP (Boutevillain et al., 2017). La fatigue, qu'elle soit physiologique ou nerveuse, est un frein à l'AP : « [...] at the end of the day, after work, I am too tired. » (Palazzo et al., 2016), « For me, my job is physically demanding, so in the evenings I don't really want to exercise » (Boutevillain et al., 2017). Le bien-être physique peut être amélioré grâce aux effets positifs des traitements et des exercices : « After treatment I very often had a good feeling in my back (relaxed low back and increased flexibility) » (Saner et al., 2018) et « the perceived effect of pain relief during treatment is a major motivator for exercise adherence » (Saner et al., 2018). En revanche, si aucun bénéfice n'est ressenti, le patient arrête la pratique : « I wasn't really doing the stretching stuff anymore, because it wasn't doing me any good ». Certains sujets trouvent une ressource dans les perspectives de progression à venir et à l'idée de pouvoir revenir à des loisirs pratiqués avant les symptômes (Boutevillain et al., 2017). Les bénéfices découlant d'une meilleure proprioception à la posture et aux mouvements, ainsi que d'un gain de force sont décrits par Saner et al. (2018) et Boutevillain et al. (2017) comme des facteurs modifiant positivement l'auto-prise en charge.

L'état d'esprit et émotions

Selon Boutevillain et al. (2017), la douleur a un impact psychologique qui entrave l'AP et entraîne un sentiment de handicap, d'isolement social et de perte de confiance en soi. La douleur chronique instaure un sentiment de jalousie envers les « personnes saines » qui ne pratiquent pas d'activité physique : « When you see people who are well and do not exercise I feel... It makes me sick » (Boutevillain et al. 2017). Le découragement est évoqué à plusieurs reprises « It's like being fed up. I can't spend my whole life doing this all the time... When am I getting better ? » (Palazzo et al., 2016). Ce dernier groupe

d'auteurs précise que ce sentiment est augmenté en cas de résurgence des symptômes malgré une bonne adhérence thérapeutique. Du découragement à la déprime, il n'y a qu'un pas et lorsqu'elle est présente il est difficile de suivre un programme d'exercices. Selon Boutevillain, l'anxiété générée par le diagnostic influence négativement l'adhérence thérapeutique et la qualité de vie du patient et de son entourage. La peur de « finir en chaise roulante » (Boutevillain et al., 2017) peut s'avérer être une source de motivation à faire les exercices : « I was really scared, I felt this close to being paraplegic [...] » (Palazzo et al., 2016). Pour certains, la motivation intrinsèque est une approche personnelle qui fait appel à la foi ou au désir ; alors que, pour d'autres, définir des objectifs personnalisés et évolutifs aide à progresser et favorise l'AP ((Palazzo et al., 2016).

4.1.4 Ressources humaines et sociales

Professionnels de santé

Ce thème est abordé par les trois auteurs. Les sujets évoquent leur besoin de conseils et de corrections: « At home we might be doing the wrong movements, or gestures we should not do, that is why I think it is better to be supervised by healthcare professionals » (Boutevillain et al., 2017). D'autres souhaiteraient avoir un suivi régulier de leurs progrès. L'envoi par mail d'une fiche récapitulative hebdomadaire indiquant les exercices effectués, un appel téléphonique ou un courrier entre patients et thérapeute améliore la motivation à s'exercer (Palazzo et al., 2016 ; Boutevillain et al., 2017). Il est stimulant de recevoir des rappels d'exercices permettant de relever un challenge personnel (Palazzo et al., 2016). Des rendez-vous espacés nécessitent un contact régulier avec le thérapeute : « If I have an appointment every 2 months, maybe for a week you let go [...] , but then you have to start again because you're going to be followed. » (Palazzo et al., 2016). Pour cette supervision, une partie des sujets est ouverte à un recours à la technologie, par exemple avec un support vidéo. La présence d'un feed-back visuel est décrite comme indispensable: « With a CD, it would be difficult because there's no visual, and while exercising, you need to know how to set your body in the right position. » (Palazzo et al., 2016). Un jeu vidéo est présenté comme un outil intéressant car il permet un ajustement postural grâce à un feed-back visuel. Une autre proposition serait de mettre en place des séances de supervision online ou le recours à la réalité virtuelle (Palazzo et al., 2016). Comme supports techniques, Boutevillain et al. (2017) parlent de l'utilisation de la ceinture lombaire pour permettre le port de charges lourdes tout en diminuant les douleurs, tandis que Saner et al. (2018) proposent le step pour soulager les jambes après une journée

de travail debout. La transition entre un programme d'exercices intensif supervisé et l'auto-prise en charge à domicile est difficile. L'autonomie n'est pas facilement acquise : « [...] because you're being taken care of in such a good way and after that, you're back into the wild on your own...Too violent » (Palazzo et al., 2016).

Lorsqu'un professionnel de santé donne des recommandations erronées, ou que le patient reçoit des informations contradictoires, l'adhérence des patients est influencée négativement (Boutevillain et al., 2017).

Famille et proches

Ils peuvent être des freins comme des facilitateurs à l'auto-prise en charge des patients. Ces derniers souhaiteraient partager leur expérience douloureuse et leurs émotions avec leurs proches, mais ne reçoivent pas toujours l'attention désirée : « [...] when they share with their relatives, their relatives wind up not hearing anymore. » (Palazzo et al., 2016). La famille peut également avoir une influence négative si elle les surprotège par peur de blessure : « In fact my wife tells me to go easy etc., you are going to hurt your back. [...]» (Boutevillain et al., 2017). Ou encore, les sujets se découragent lorsqu'ils observent une diminution de leurs activités familiales à cause des douleurs : « I have two children, if I am in pain and they want to play, my back hurts and I can't play with them. [...] I am unable to. » (Boutevillain et al., 2017).

Groupes

Finalement, la pratique des exercices ou d'une activité physique à plusieurs est décrite comme plus stimulante : « It is always more motivating to be with someone [...] Because if you have to go alone you will find excuses for not going that night and pushing it back to the next day » (Boutevillain et al., 2017). Encore mieux, le fait de communiquer avec des personnes souffrant également de CLBP permet aux sujets de se sentir soutenus, car ils s'encouragent mutuellement, se comprennent et se rappellent de faire les exercices (Palazzo et al., 2016).

4.1.5 Caractéristiques environnementales

Profession

Certains sujets évoquent la peur de perdre leur travail. En effet, la douleur et la perte de mobilité liées à la CLBP compliquent l'exercice de certaines professions (Boutevillain et al., 2017). Exercer une profession qui rend heureux favorise l'adhérence thérapeutique :

« [...] my goal is to find a job where I am happy to go to work in the morning [...] » (Boutevillain et al., 2017).

Modes et habitudes de vie

Ce thème se divise en deux parties : la première est positive et met en évidence l'impact d'un suivi physiothérapeutique sur le quotidien des patients : « I also do more sports and think this helps my back too. » (Saner et al., 2018). La seconde est négative, avec l'influence d'un mode de vie sédentaire sur la motivation des sujets à s'exercer. Ils expriment leurs efforts pour modifier leurs habitudes mais avouent abandonner après un certain temps (Boutevillain et al., 2017).

Organisation et logistique

Trouver le temps pour exécuter les exercices peut s'avérer être une tâche ardue : « Sometimes the days are just too short. », « I don't have any time. Time is the issue » (Boutevillain et al., 2017). Certains sujets avouent ne pas se donner les moyens de prendre le temps : « I should take more time to do exercises. » (Saner et al., 2018). Par ailleurs, l'intégration des exercices dans une activité quotidienne comme le jogging ou lors de trajets en bus, permet d'en faciliter l'organisation. De plus, la discipline permet d'intégrer les exercices dans une journée. Maintenir une régularité ou fixer des moments précis consacrés aux exercices influence positivement leur adhérence. En revanche, selon Saner et al. (2018), certains sujets oublient régulièrement de s'exercer ou suivent partiellement le programme d'exercices. Ensuite, l'infrastructure du domicile ou du lieu de travail impacte l'adhérence des patients. Certains expliquent être découragés car ils n'ont pas l'espace requis pour exécuter leurs exercices (Saner et al., 2018), tandis que d'autres affirment pouvoir s'adapter et les pratiquer en tout lieu (Palazzo et al., 2016). Enfin, un facteur externe tel que la météo peut encourager comme décourager les sujets à s'exercer (Boutevillain et al., 2017).

5. DISCUSSION

5.1 INTRODUCTION

Le modèle biopsychosocial prend tout son sens dans la prise en charge physiothérapeutique de la CLBP. En effet, la complexité de cette dysfonction ainsi que l'étendue des sphères de l'être humain touchée par la CLBP fait que la seule prise en charge mécanique ou fonctionnelle ne suffit pas. De plus, les différences socio-démographiques influencent de nombreux facteurs liés à l'individu. Ainsi, à titre d'exemple, les différences entre hommes et femmes relevées dans le cadre d'AP ou sportives s'estompent avec les années (King et al., 1991). La prise en charge doit donc être multidisciplinaire, mais surtout personnalisée et régulière. Que ce soit au niveau des facteurs de risques ou des conséquences de la CLBP, les éléments qui en ressortent demandent une approche biopsychosociale.

5.2 DISCUSSION AUTOUR DES THÈMES ANALYTIQUES

5.2.1 Représentation autour de la CLBP et de l'AP

Les résultats de notre analyse nous ont permis de mettre en évidence le poids des représentations chez les patients CLBP sur l'AP. Ces dernières semblent soutenir la pratique d'AP à domicile, au même titre qu'elles peuvent la freiner. Selon Costa et al. (2012, cité par Taulaniemi et al., 2020, p.2), les sujets pourraient éviter de faire leurs exercices parce qu'ils les estiment responsables de leur douleur, ou ne sont pas convaincus de leurs bénéfices. Le physiothérapeute a un véritable rôle à jouer sur ces nombreuses représentations. En effet, le physiothérapeute devrait s'attacher à promulguer la connaissance et la compréhension de l'expression de la CLBP « Participants regarded the perceived relevance of exercise as their main knowledge gain. They learned by experience about the association between exercise and the prevention/resolution of their back problems. » (Saner et al. 2018). De plus, il peut favoriser le recul face au diagnostic médical et à la symptomatologie, s'intéresser aux représentations personnelles et accompagner le travail de gestion de la douleur. Tout un programme ! S'agissant d'une problématique chronique, l'enseignement thérapeutique a tout son sens. Selon Nicolas Fournier (2015), il est en effet important de reprendre confiance dans la solidité du dos en intégrant l'idée que la douleur n'est pas un signal de faiblesse. Chez les sujets interrogés, il ressort que l'apprentissage des postures et mouvements soulageants, renforcé par l'expérience liée à la pratique, améliore l'adhérence thérapeutique à domicile et diminue

la résistance à s'exercer. En d'autres termes, l'AP et la connaissance des enjeux liés à la régularité de la pratique d'exercices s'avèrent être des clés incitant à l'auto-prise en charge. En intégrant le patient au cœur de celle-ci et en lui accordant le rôle principal, le physiothérapeute pourrait favoriser la co-construction d'un traitement adéquat et adapté. Les capacités cognitives, réflexives ainsi que les frontières culturelles ne permettront peut-être pas à tous les patients et à tous les thérapeutes d'intervenir sur l'ensemble de ces aspects. Mais l'analyse des représentations nous donne accès à différentes portes d'entrée et outils favorisant l'auto-prise en charge à domicile.

5.2.2 Aspect technique de l'AP et des exercices

La maîtrise des exercices est évoquée par Saner et al. (2018) comme nécessaire pour permettre aux patients d'y adhérer. S'ils se sentent capables de réaliser de manière correcte les exercices enseignés, ils peuvent plus facilement y adhérer (Costa et al., 2012, cité par Taulaniemi et al., 2020, p.2). Cette maîtrise découle, d'une part, d'un enseignement et de corrections adaptés et, d'autre part, d'un programme simple composé de quelques exercices (Palazzo et al., 2016). Alexandre et al. (cité par Jack et al., 2010, p.226) ajoutent qu'un traitement de cinq à six semaines prédit une moins bonne adhérence qu'un traitement de plus courte durée. La co-production patient-thérapeute d'un programme d'exercices individualisé favoriserait son intégration et son appropriation (Saner et al., 2018, Palazzo et al., 2016). Selon Alexandre et al. (cité par Jack et al., 2010, p.226), « les sujets chez qui on pouvait anticiper de possibles difficultés avec le programme d'exercices avaient huit fois moins de chances d'adhérer au traitement que les autres ». Ainsi, le physiothérapeute devrait activement impliquer le patient dans sa prise en charge. Nous avons découvert qu'un programme régulièrement renouvelé, attractif, dans le fond comme dans la forme, améliore l'adhérence. En effet, pour certains patients, suivre un programme d'exercices spécifique est fastidieux et laisse rapidement place à l'ennui. En revanche si la nature de l'AP est appréciée par les patients, l'adhérence s'en retrouve améliorée (Boutevillain et al., 2017) et il devient intéressant d'intégrer cette AP dans une routine. Enfin, conserver une motivation et avoir des objectifs spécifiques permet de diminuer les risques de chronicisation et de sortir plus rapidement du schéma douloureux (Fournier, 2015).

5.2.3 Caractéristiques individuelles

Nous avons fait le constat au travers de notre analyse que la santé physique ainsi que l'état d'esprit et les émotions fonctionnent de pair, dans la prise en charge d'une dysfonction chronique telle que la CLBP. Elles sont les deux faces d'une même médaille où coexistent plusieurs dimensions de l'être humain. En effet, un sentiment de fatigue dû à une activité professionnelle, à de la lassitude ou à des périodes de stress et le fait que « environ 20% des patients lombalgiques présentent un trouble anxieux et 12% un trouble de l'humeur » (Gerhardt et al., 2011) peuvent induire des comportements sédentaires. Ainsi, le physiothérapeute pourrait utiliser ce mode de vie « casanier » pour créer une routine dédiée à l'exercice au domicile. De plus, les comorbidités sont décrites par Boutevillain et al. (2017) comme pouvant influencer négativement l'adhérence des patients, aspect que l'on retrouve chez Alexandre et al. (2002, cité par Jack et al., 2010, p.225) qui précisent que la présence d'autres comorbidités prédit une moins bonne adhérence au traitement. Le découragement en lien avec la chronicité de la CLBP évoqué dans l'article de Palazzo et al. (2016), conduit à un sentiment d'impuissance qui est un facteur limitant l'adhérence aux programmes d'exercices (Sluijs et al., 1993, cité par Jack et al., 2010, p.224).

D'autre part, il serait intéressant d'explorer les causes et les facteurs aggravant la fatigue, qu'elle soit d'ordre physique ou nerveuse. En effet, la fatigue nerveuse peut être entretenue par de l'anxiété. C'est avec une telle approche que le physiothérapeute accèdera véritablement aux sources de motivation de ses patients et proposera une prise en charge adéquate. En effet, le ressenti du physiothérapeute, sa sensibilité, son ouverture vont conditionner le traitement et l'auto-prise en charge. Un travail de proprioception et de relaxation ainsi que d'autres techniques permettant au sujet d'être réceptif et à l'écoute de son corps semblent être nécessaires à la prise en charge de la CLBP.

5.2.4 Ressources humaines et sociales

Notre analyse a mis en évidence l'importance des ressources humaines et sociales du patient CLBP pour améliorer son auto-prise en charge à domicile. Cela témoigne d'un besoin de se sentir soutenu et suivi, que ce soit de la part des proches ou des professionnels de santé. La relation entre le patient et le physiothérapeute doit se baser sur la confiance, l'écoute et l'information, car les sujets auront une meilleure adhérence s'ils se sentent suivis et s'ils reçoivent des réponses à leurs questions ou craintes. Un bon suivi thérapeutique passe, selon les sujets, par des rendez-vous réguliers, des conseils et des corrections des exercices (Saner et al., 2018). Jack et al. (2010) appuient ces résultats en

expliquant que l'adhérence thérapeutique peut être liée avec la présence aux rendez-vous, le suivi des conseils, la réalisation des exercices prescrits, ainsi que la fréquence des exercices (traduction libre, p.220). Pour cela, une disponibilité du physiothérapeute par téléphone, par mail ou par vidéo semble être nécessaire. Attention cependant à ne pas abuser de la confiance des patients, qui peuvent croire aveuglément les paroles des professionnels de santé (Palazzo et al., 2016). Il est donc important d'éviter les informations anxiogènes ou contradictoires. Sluijs et al. (1993, cité par Jack et al., 2010, p.225) abondent en ce sens en expliquant l'importance d'un feed-back positif de la part des physiothérapeutes pour améliorer l'adhérence au programme d'exercices.

Le soutien des proches devrait être pris en compte dans une prise en charge physiothérapeutique, par exemple en encourageant le patient à exprimer ses sentiments et ressentis à son entourage. Un manque de soutien familial peut expliquer une baisse de motivation et d'adhérence chez les patients. L'importance de l'impact de la relation avec les proches est confirmée dans une étude qualitative qui explique que « les participants se considéraient comme un fardeau pour leurs proches, [et souffraient] d'une incompréhension familiale croissante devant l'absence de diagnostic ou de symptomatologie franche. » (Vroman et al., 2009, cité par Bailly et al., 2015, p.438).

Finalement, le phénomène de groupe est décrit comme étant une bonne source de motivation. Que ce soit avec un ami, un collègue ou avec un groupe d'entraînement, les sujets sont d'accord sur le fait que cela augmente leur envie de pratiquer leurs exercices et améliore leur auto-prise en charge (Boutevillain et al., 2017). Bailly et al. (2015), ajoutent qu'« avoir une vie sociale [est] souvent perçu comme un moyen efficace de porter son attention sur autre chose et d'oublier la douleur. ». Les patients semblent plus facilement adhérer aux exercices s'ils sont stimulés par des facteurs externes et humains et auraient besoin, dans l'idéal, du soutien de leurs proches, d'un compagnon d'exercice et d'un physiothérapeute présent ponctuellement, attentif et professionnel.

5.2.5 Caractéristiques environnementales

Les facteurs environnementaux peuvent influencer l'adhérence des patients à une auto-prise en charge à domicile, que ce soit au niveau du contexte professionnel, des habitudes de vies ou de l'organisation personnelle. Cependant, l'argument temps semble être controversé. En effet, s'agit-il vraiment d'un manque de temps, ou serait-ce plutôt lié à un manque de motivation, ou simplement à la fatigue ? Des personnes qui travaillent beaucoup ne préféreraient-elles pas passer leur temps libre avec leur famille plutôt qu'à

s'exercer ? Voilà pourquoi la proposition d'intégrer les exercices dans une activité déjà pratiquée semble être une bonne réponse au problème. Cela permet aux patients de ne pas avoir besoin de modifier leurs plannings, mais simplement d'y intégrer de nouvelles habitudes. Sluijs et al. (cité par Jack et al., 2010, p.225) avaient déjà évoqué en 1993 les facteurs temps et oubli comme étant des prédicteurs de non adhérence à un programme d'exercice à domicile dans le contexte de la CLBP. Taulaniemi et al. (2020) appuient ces propos en définissant le manque de temps comme un challenge à l'adhérence.

Le problème d'infrastructure soulève des avis différents. Chez Saner et al. (2018), les sujets l'évoquent comme étant un véritable frein à l'auto-prise en charge des exercices, tandis que chez Palazzo et al. (2016), ils semblent parvenir à trouver facilement de la place ou à adapter leurs exercices à l'espace disponible. Est-ce un problème de volonté ou simplement le témoignage d'une inégalité d'espace de vie ? Les patients qui adaptent leurs exercices, le font-ils correctement ? Ce sont les questions qu'un thérapeute devrait se poser, afin de pouvoir proposer aux patients une solution adaptée.

Quant au contexte professionnel, Bailly et al. (2015) rejoignent nos résultats en expliquant que les sujets peuvent avoir l'impression de perdre leur rôle professionnel, car ils ont souvent besoin de l'aide de leurs collègues, qui se retrouvent à faire « des heures supplémentaires pour compenser la surcharge de travail ».

Les facteurs environnementaux étant propres à chaque patient, il est difficile d'agir directement dessus en tant que physiothérapeute, mais il est indispensable de les prendre en compte, afin de mieux appréhender la situation du patient et de mieux le comprendre.

5.3 LIMITES ET BIAIS

5.3.1 Limites et biais des articles

Nous avons identifié différentes limites dans les trois études sélectionnées. Dans l'article de Boutevillain et al. (2017), les guides d'entretien, non testés au préalable, ont été construits à l'aide de la littérature et l'avis d'experts en CLBP dont celui d'ergothérapeutes. Il n'est pas fait mention de la présence de physiothérapeute lors de l'analyse, comme c'est le cas dans les deux autres études. Le temps écoulé entre l'apparition des symptômes et les entretiens n'est pas indiqué. Un autre biais, en lien avec notre problématique réside dans le fait que cette étude n'est pas spécifique aux exercices à domicile. L'analyse a été faite par deux personnes. Sans consensus entre ces dernières, un modérateur tranchait. S'agit-il d'un biais ? La question se pose. Boutevillain et al. (2017) ont identifié d'autres biais, comme le fait que la population de leur étude présentait

un niveau de handicap fonctionnel élevé et n'était pas un échantillon représentatif de la population générale. Par ailleurs, nous avons validé tous les critères de la grille d'évaluation de Côté & Turgeon.

Dans l'article de Palazzo et al. (2016), l'échantillon de la population a été sélectionné selon la méthode de « non-probability judgment sampling », ce qui veut dire que c'est le chercheur qui a sélectionné les sujets « en fonction de ses connaissances et de son jugement professionnel » (Explorable, 2020, traduction libre). Cela peut donc générer un biais de sélection, car cela interpelle l'objectivité de la démarche. De plus, les patients avaient la possibilité de suivre d'autres traitements, parallèlement à la physiothérapie. Cela a pu influencer leur motivation ou accentuer leur fatigue face aux exercices proposés. Palazzo et al. (2016) relèvent une autre limite à leur travail, liée à leur population. Il s'agit de sujets qui ont une CLPB depuis de nombreuses années, avec de sérieuses conséquences psychologiques et socioprofessionnelles, ce qui a pu influencer leurs opinions et ressentis. Enfin, dans notre évaluation qualité de Côté & Turgeon (2002), le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs ne sont pas décrits de façon détaillée, et la conclusion explore peu de pistes de recherches.

Dans l'article de Saner et al. (2018) nous nous sommes interrogées sur la qualité des verbatims. En effet, il s'agit d'une étude qualitative consécutive à un RCT qui est constitué d'un formulaire de trois questions, envoyé par courrier aux participants. Nous n'avons pas de retranscriptions d'entretiens ou de focus group. La matière à analyser était composée de réponses écrites et sujettes à interprétation. Cependant, après lecture des réponses, nous avons déterminé que le contenu correspondait à notre question de recherche et apportait des éléments intéressants et nouveaux. Pour cela, nous avons décidé de conserver cette étude. Saner et al. (2018) ont identifié quelques limites à leur travail, comme le fait que les sujets ont reçu des appels téléphoniques qui ont pu influencer leur motivation à s'exercer. Pour finir, notre évaluation de Côté & Turgeon a fait émerger l'absence d'information sur les critères d'inclusion et d'exclusion des participants à l'étude.

5.3.2 Limites et biais de notre travail

Dans notre méthode, nous avons identifié certaines limites. Nous n'avons pas utilisé de filtre de recherche, ni spécifié le type d'article. De plus, lorsque certaines de nos équations ont généré plus de résultats, nous avons pris en compte les cent meilleurs et sommes peut-être passées à côté d'une étude intéressante. Pour nos critères d'inclusion et d'exclusion,

nous avons opté pour un mélange générationnel afin d'avoir un regard plus représentatif de l'expression de la CLBP dans la population. De ce fait, avons-nous exclu des articles qui auraient pu convenir à notre analyse ? Pour le choix de la date de parution des articles, il nous semblait important d'obtenir des études récentes, étant donné que les pratiques physiothérapeutiques évoluent et que cela peut influencer les réponses des patients. Est-ce une raison valable dans le contexte de la lombalgie chronique ? Enfin, nous avons choisi d'utiliser le résultat de notre grille de Côté & Turgeon comme un argument d'exclusion d'article. Cependant, cette grille n'ayant pas été validée scientifiquement, était-ce pertinent de procéder ainsi ?

Pour l'élaboration du cadre théorique et durant l'analyse des données, nous relevons le fait que bien que nous ayons de bonnes connaissances en anglais, cela reste une langue étrangère. Ainsi, la finesse et un risque d'interprétation restent possibles. Nous avons accédé et lu les retranscriptions des entretiens individuels opérés par Boutevillain et al. (2017) mais pour notre analyse et afin d'approcher de façon identique les trois articles, nous ne nous sommes référées qu'à l'article de Boutevillain sans les annexes.

5.3.3 Organisation

Nous avons utilisé un rétroplanning avec les étapes, échéances et séminaires prévus. Ce rétroplanning a été réajusté au cours de la rédaction en fonction des besoins. En raison du semi-confinement lié à la pandémie de COVID-19, nous avons adopté une nouvelle manière de travailler. Nous avons correspondu par téléphone et vidéo-conférences avec notamment Skype ou Teams. Nous avons réalisé notre dernier séminaire avec quatre enseignants et deux autres étudiants via la plateforme Teams.

Nous n'avons pas tenu de journal de bord, ce qui, a posteriori, nous a manqué. En effet, pouvoir retracer notre méthodologie avec minutie et détails aurait pu s'avérer utile.

5.4 IMPLICATIONS CLINIQUES

Lors de ce travail, nous avons pu appréhender la complexité des facteurs influençant l'adhérence à une auto-prise en charge à domicile, ce qui nous conforte dans notre idée de considérer les patients dans leur ensemble et non pas seulement pour leur pathologie ou dysfonction. En effet, la dimension psychosociale peut prendre une grande place dans la CLBP : « Identifier le ressenti des patients souffrant de douleurs lombaires chroniques et la perception qu'ils ont de leurs relations aux autres, que ce soit dans la sphère privée ou au travail, pourrait permettre la mise en œuvre de mesures efficaces visant la réinsertion

professionnelle des lombalgies chroniques » (Wadell et al., 2005, cité par Bailly et al., 2015, p.438). En plus de l'importance de l'environnement psychosocial du patient, nous avons mesuré le rôle de l'adhérence thérapeutique. Il apparaît dans la littérature que l'adhérence est un point clé pour la rééducation des patients avec des douleurs musculosquelettiques (Taulaniemi et al., 2020), et qu'une faible adhérence peut compromettre les effets du traitement et mener à une récurrence des symptômes (Palazzo et al., 2016, traduction libre, p.107-108). Par ailleurs, l'auto-prise en charge des patients à domicile semble avoir un impact positif sur les résultats du traitement (Frih et al., 2009), ce qui nous encourage à proposer des programmes d'exercices à domicile, avec un suivi ponctuel.

5.5 PROPOSITIONS POUR DES RECHERCHES FUTURES

Pour aller plus loin dans notre réflexion, il serait intéressant d'approfondir un des facteurs influençant l'auto-prise en charge à domicile. Par exemple, le contexte social ou l'éducation ont été peu abordés dans nos différentes lectures. Lors d'une auto-prise en charge à domicile, il serait pourtant intéressant d'avoir une idée de l'environnement ou du type de domicile dans lequel vivent les patients, car cela peut être représentatif d'un certain statut social. Il nous semblerait donc pertinent d'en savoir plus sur l'influence du contexte social sur les patients lombalgiques chroniques, afin de déterminer si ces facteurs seraient également à prendre en compte lors de notre prise en charge. Une étude de Igwesi-Chidobe et al. (2020) publiée dans BMC Public Health relève que le handicap associé à la lombalgie a augmenté de plus de 50% depuis 1990, en particulier dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire. La pauvreté et le manque de services de santé peuvent augmenter le risque et l'impact de la lombalgie (traduction libre, p.2). De plus, selon une étude de cohorte, « les troubles musculo-squelettiques, y compris la lombalgie, ne sont pas seulement influencés par des facteurs physiques liés au travail, mais également par des facteurs environnementaux et psychosociaux, par ex. un faible contrôle du travail et un faible soutien social. » (Bláfoss et al., 2019). Cependant, lorsque la littérature aborde le contexte social, elle explore rarement l'impact de l'éducation, du niveau social des patients, ou l'influence de la situation professionnelle. Il y a un manque d'information sur ce sujet, qu'il serait intéressant de combler.

VI. CONCLUSION

Il s'avère important de prendre en charge les patients CLBP dans une approche multidimensionnelle, en intégrant les facilitateurs et les barrières internes et externes au patient. Les représentations des patients autour de la CLBP et de l'AP ainsi que les caractéristiques individuelles figurent parmi les facteurs internes au patient, tandis que l'aspect technique de l'AP et des exercices, les ressources humaines et sociales ainsi que les caractéristiques environnementales forment les facteurs externes.

Ainsi, les croyances et les connaissances peuvent être traités selon différents abords : d'une part, une approche intellectuelle ou théorique, d'autre part, l'approche pratique en lien avec un apprentissage. Cette double approche favorise l'adhérence aux exercices à domicile. Le thérapeute va devoir tenir compte dans sa prise en charge tant des comorbidités que de l'état émotionnel des patients. Le programme d'exercice proposé doit être simple et renouvelé régulièrement. De plus, les patients ont besoin de se sentir suivi par des professionnels de santé et entourés de leur famille. Le suivi thérapeutique doit exister, peu importe l'outil, mais un contact est nécessaire. L'occupation professionnelle est chronophage ainsi que fatigante physiquement, ce qui peut freiner l'auto-prise en charge.

Dans une revue systématique de Jack et al. (2010) qui a recherché les barrières à l'adhérence au traitement physiothérapeutique chez des patients avec des pathologies ou dysfonctions variées, nous retrouvons une partie des arguments évoqués dans notre travail. En effet, un faible niveau d'activité physique au départ, [...] une faible auto-efficacité, la dépression, l'anxiété, l'impuissance, un soutien social faible ou une activité sociale médiocre, [...] ainsi qu'une augmentation de la douleur pendant les exercices sont tous des obstacles à l'adhérence au traitement (Jack et al, 2010, traduction libre, p.227). Chez Bachmann et al. (2017), les facteurs d'adhérence au traitement thérapeutique en général sont définis comme : le support social, les conseils, le nombre d'exercices, l'auto-motivation, l'efficacité personnelle, le comportement d'adhésion antérieur, le niveau d'AP de base, l'attention donnée aux exercices, la douleur pendant l'effort, ainsi que le degré de détresse ou d'anxiété. Nous observons donc que les facteurs influençant l'adhérence à une auto-prise en charge sont semblables, quelle que soit la pathologie. Cela nous amène à considérer nos résultats comme étant des éléments intéressants à prendre en compte dans notre prise en charge physiothérapeutique de manière globale, et pas seulement pour les patients CLBP.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2002). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme* 69(3): 338-43.
- Alexandre, N. M. C., Nordin, M., Hiebert, R., & Campello, M. (2002). Predictors of compliance with short-term treatment among patients with back pain. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, 86-95. doi : 10.1590/s1020-49892002000800003
- Arabi, H., Khalfaoui, S., Mouhadi, K., Ghouzlani, I., & Niamane, R. (2019). Le modèle biopsychosocial dans la lombalgie commune chronique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(3), 250-255. doi : 10.1016/j.amp.2017.06.012
- Bachmann, C., Oesch, P., & Bachmann, S. (2017). Recommendations for Improving Adherence to Home-Based Exercise : A Systematic Review. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 28(01), 20-31. doi : 10.1055/s-0043-120527
- Bailly, F., Foltz, V., Rozenberg, S., Fautrel, B., & Gossec, L. (2015). The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role : A qualitative study. *Joint Bone Spine*, 82(6), 437-441. doi : 10.1016/j.jbspin.2015.02.019
- Beinart, N. A., Goodchild, C. E., Weinman, J. A., Ayis, S., & Godfrey, E. L. (2013). Individual and intervention-related factors associated with adherence to home exercise in chronic low back pain : A systematic review. *The Spine Journal*, 13(12), 1940-1950. doi : 10.1016/j.spinee.2013.08.027
- Bernard, Dr., Chaléat-Valayer, Dr., Le Blay, Dr., Roussouly, Dr. (2012). *Facteurs de chronicisation des lombalgies*. Montpellier : Sauramps Medical.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1511-1513.

- Bláfoss, R., Aagaard, P., & Andersen, L. L. (2019). Physical and psychosocial work environmental risk factors of low-back pain : Protocol for a 1 year prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 626. doi : 10.1186/s12891-019-2996-z
- Boutevillain, L., Dupeyron, A., Rouch, C., Richard, E., & Coudeyre, E. (2017). Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qualitative study. *PLOS ONE*, 12(7), e0179826. doi : 10.1371/journal.pone.0179826
- Brandão, G. S., Oliveira, L. V. F., Brandão, G. S., Silva, A. S., Sampaio, A. A. C., Urbano, J. J., ... Camelier, A. A. (2018). Effect of a home-based exercise program on functional mobility and quality of life in elderly people : Protocol of a single-blind, randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 684. doi : 10.1186/s13063-018-3061-1
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018). *Apprendre à vivre normalement avec une lombalgie chronique*. Accès <https://www.chuv.ch/fr/rhumatologie/rhu-home/patients-et-famille/maladies-traitees/maladies-de-la-colonne-vertebrale-rachis/lombalgie-chronique/>
- Chatrenet, Y. (2014). Mieux comprendre la lombalgie chronique pour mieux la traiter en physiothérapie. *Revue Médicale Suisse*, 10, 265-266.
- Claude, G. (2019). *Étude qualitative : Définition, techniques, étapes et analyse*. Accès <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>
- Côté, L., Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 3, 80-90. doi : 10.1051/pmed:2002018

- Delépine, A., Levert, C., Meyer, J.-P., Zana, J.-P. (2011). *Travail et lombalgie, du facteur de risque au facteur de soin* [Brochure]. Accès https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/rhu/documents/rhu-inrs_fr.pdf
- Dias Barbosa, C. (2014) *Adhésion thérapeutique: attention aux clichés simplificateurs!* [CRIP]. Accès https://lecrip.org/wp-content/uploads/2015/10/2-_-Facteurs-explicatifs1.pdf
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi : 10.1126/science.847460
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. doi : 10.1176/ajp.137.5.535
- Essery, R., Geraghty, A. W. A., Kirby, S., & Yardley, L. (2016). Predictors of adherence to home-based physical therapies : A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(6), 519-534. doi : 10.3109/09638288.2016.1153160
- Evelinger, S. (2017). *Start Back outil d'évaluation du rachis*. Accès <http://ceerrf.fr/actuakite-recherche-le-start-back/>
- Explorable (2020). *Judgmental Sampling*. Accès <https://explorable.com/judgmental-sampling>
- Fournier, N. (2015). Red flags, yellow flags, questionnaires d'évaluation et place de la kinésithérapie au sein du processus de diagnostic standardisé de la lombalgie non spécifique. *Kinesither Rev*, 407.
- Fransoo, P. (2003). *Le traitement actif du lombalgique : flexibilité, stabilité, endurance*. Paris : Frison-Roche.
- Frih, Z. B. S., Fendri, Y., Jellad, A., Boudoukhane, S., & Rejeb, N. (2009). Efficacy and treatment compliance of a home-based rehabilitation programme for chronic

low back pain: A randomized, controlled study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(6), 485-496. doi : 10.1016/j.rehab.2009.04.002

Genevay, S. 2011. Autours des recommandations européennes pour la lombalgie. *Mains libres*, 218(2), 53-57.

Gerhardt A, Hartmann M, Schuller-Roma B, et al. (2011). The prevalence and type of Axis-I and Axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain : Results from a population-based study. *Pain Med*, 12, 1231-40. doi : 10.1111/j.1526-4637.2011.01190.x

Haute Autorité de Santé. (2019). *Ecoute active*. Accès https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf

Henchoz, Y. (2011). Lombalgies non-spécifiques : faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? *Revue Médicale Suisse*, 7, 612-616.

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2017). *Lombalgie aiguë*. Accès https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_lombalgies_aigues.pdf

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2019). *L'entretien motivationnel*. Accès <https://www.hug-ge.ch/elips/entretien-motivationnel>

Igwesi-Chidobe, C. N., Kitchen, S., Sorinola, I. O., & Godfrey, E. L. (2020). Evidence, theory and context : Using intervention mapping in the development of a community-based self-management program for chronic low back pain in a rural African primary care setting - the good back program. *BMC Public Health*, 20(1), 343. doi : 10.1186/s12889-020-8392-7

Jack, K., McLean, S. M., Moffett, J. K., & Gardiner, E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics : A systematic review. *Manual Therapy*, 15(3), 220-228. doi : 10.1016/j.math.2009.12.004

- Jeuge-Maynard, I. (Dir). (2014). *Le Petit Larousse Illustré*. Paris : Editions Larousse.
- Jette, A. M., Rooks, D., Lachman, M., Lin, T. H., Levenson, C., Heislein, D., Harris, B. A. (1998). Home-Based Resistance Training : Predictors of Participation and Adherence. *The Gerontologist*, 38(4), 412-421. doi : 10.1093/geront/38.4.412
- Jully, J-L. (2017). Anatomie de la posture et du mouvement. Belgique : Deboeck.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4)*, 67-82. doi : 10.3917/rpve.534.00667
- Kolt, G. S., & McEvoy, J. F. (2003). Adherence to rehabilitation in patients with low back pain. *Manual Therapy*, 8(2), 110-116. doi : 10.1016/s1356-689x(02)00156-x
- Kupper, D., Genevay, S., Cedraschi, C. (2017). Outil clinique pour élaborer des objectifs thérapeutiques avec des patients lombalgiques chroniques. *Revue Médicale Suisse*, 13, 1289-1291.
- Kuukkanen, T., Mälkiä, E., Kautiainen, H., & Pohjolainen, T. (2007). Effectiveness of a home exercise programme in low back pain : A randomized five-year follow-up study. *Physiotherapy Research International*, 12(4), 213-224. doi : 10.1002/pri.378
- Main, C. J., Kendall, N. A. S., & Hasenbring, M. I. (2012). *Screening of Psychosocial Risk Factors (Yellow Flags) for Chronic Back Pain and Disability*. Angleterre: Oxford University Press.
- Mallen, CD., Peat, G., Thomas, E., et al. (2007). Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Brit J Gen Pract*, 57, 655–661. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099673/>

- Mbarga, J., Pichonnaz, C., Foley, R-A., Ancey, C. 2018. Lombalgie chronique : du diagnostic médical incertain aux étiologies profanes. *Revue Médicale Suisse*, 14(603), 850-853.
- Moore, J. E. (2010). Chronic Low Back Pain and Psychosocial Issues. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 21(4), 801-815. doi : 10.1016/j.pmr.2010.06.005
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., & Main, C. J. (2011). Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain : A Reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737-753. doi : 10.2522/ptj.20100224
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Des millions de personnes souffrent de pathologies de l'appareil locomoteur*. Accès <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr81/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Définition de l'activité physique*. Accès <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Recommandation mondiale en matière d'activité physique pour la santé*. Accès https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/
- Palazzo, C., Klinger, E., Dorner, V., Kadri, A., Thierry, O., Boumenir, Y., ... Ville, I. (2016). Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain : Patient expectations regarding new technologies. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(2), doi : 107-113. 10.1016/j.rehab.2016.01.009
- Peek, K., Carey, M., Mackenzie, L., & Sanson-Fisher, R. (2018). Patient adherence to an exercise program for chronic low back pain measured by patient-report, physiotherapist-perception and observational data. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(12), 1304-1313. doi : 10.1080/09593985.2018.1474402

- Pincus, T., & Morley, S. (2001). Cognitive-processing bias in chronic pain : A review and integration. *Psychological Bulletin*, 127(5), 599-617. doi : 10.1037/0033-2909.127.5.599
- Pozhar, A., Willemin, D., Foley R.-A. (2019). L'influence de la relation thérapeutique sur l'observance des patients lombalgiques chroniques non spécifiques. *Mains Libres*, 2, 29-37.
- Saner, J., Bergman, E. M., de Bie, R. A., & Sieben, J. M. (2018). Low back pain patients' perspectives on long-term adherence to home-based exercise programmes in physiotherapy. *Musculoskeletal Science and Practice*, 38, 77-82. doi : 10.1016/j.msksp.2018.09.002
- Simon, D., Traynard, P.-Y., Bourdillon, F., Gagnayre, R., Grimaldi, A. (2013). *Education thérapeutique Prévention et maladies chroniques*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Sluijs, E. M., Kok, G. J., & van der Zee, J. (1993). Correlates of Exercise Compliance in Physical Therapy. *Physical Therapy*, 73(11), 771-782. doi : 10.1093/ptj/73.11.771
- Stevens, M. L., Lin, C.-W. C., Hancock, M. J., Wisby-Roth, T., Latimer, J., & Maher, C. G. (2018). A physiotherapist-led exercise and education program for preventing recurrence of low back pain : A randomised controlled pilot trial. *Physiotherapy*, 104(2), 217-223. doi : 10.1016/j.physio.2017.08.006
- Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., Robinson, K., & O'Sullivan, K. (2016). Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training : A qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 62(4), 215-221. doi : 10.1016/j.jphys.2016.08.002

- Taulaniemi, A., Kankaanpää, M., Rinne, M., Tokola, K., Parkkari, J., & Suni, J. H. (2020). Fear-avoidance beliefs are associated with exercise adherence : Secondary analysis of a randomised controlled trial (RCT) among female healthcare workers with recurrent low back pain. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 12(1), 28. doi : 10.1186/s13102-020-00177-w
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. doi : 10.1186/1471-2288-8-45
- Weber, K., Sartori, M., Canuto, A., Rentsch, D., Genevay, S., Cedraschi, C. (2012). Traitement interdisciplinaire des lombalgies chroniques : aspects psychologiques et de personnalité. *Revue Médicale Suisse*, 8, 368-370.

VIII. ANNEXES

Annexe I : Facteurs de risques de chronicisation selon les HUG

Annexe II : Tableau des drapeaux selon Nicholas et al. (2011)

Annexe III : Comparaison des prises en charge selon les HUG

Annexe IV : Questionnaires

Annexes V : Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ)

Annexes VI : Équations de recherche

Annexe VII : Grille Côté & Turgeon

Annexe VIII : Analyse thématique des trois articles

Annexe IX : Thèmes analytiques et descriptifs

Annexe I : Facteurs de risques de chronicisation selon les HUG

FACTEURS DE CHRONICISATION	
LIES A L'INDIVIDU	<ul style="list-style-type: none">Douleurs importantesIrradiation radiculaire de la douleurImpact fonctionnel importantAnxiété, tristessePeur de se mobiliserVision pessimiste/incertaine de l'avenirFausse croyances concernant le mal de dosAttentes excessives concernant les traitementsAttitude passive dans la maladieÉpisodes récidivantsTraitements antérieurs inefficaces
LIES AU MILIEU PROFESSIONNEL	<ul style="list-style-type: none">Insatisfaction au travailExigence physique de la profession élevéePeur de se blesser au travailFaible soutien social/ communication du milieu professionnelAdaptation du milieu professionnel non réalisable
LIES A L'ENVIRONNEMENT	<ul style="list-style-type: none">ChômageConflits pour l'indemnisationIsolement socialCroyances conjoint/famille

Tiré de : Lombalgie aiguë, Service de médecine de premier recours, HUG, 2017

Annexe II : Tableau des drapeaux selon Nicholas et al. (2011)

TYPE DE DRAPEAUX	NATURE DU DRAPEAU	EXEMPLES
ORANGE Facteurs de risque liés aux troubles de personnalité et de comportement	Symptômes psychiatriques	Dépression, troubles de la personnalité
JAUNE Facteurs de risque psychosociaux	Croyances, évaluations et jugements	Croyances négatives à propos de la douleur, notion de blessure inguérissable ou à risque de s'aggraver Peur des effets d'un mauvais traitement, ou d'un retour retardé au travail
	Réponses émotionnelles	Détresse non diagnostiquée comme trouble mental Inquiétude, peurs, anxiétés
	Comportement face à la douleur	Eviter les activités liées à la peur de la douleur ou au risque de re-blessure Excès de confiance dans les traitements passifs (chaleur, froid, analgésiques)
BLEU Facteurs de risque liés au monde du travail	Perception du lien entre travail et santé	Croyance que le travail est trop pénible et susceptible de causer de nouvelles blessures Sentiment que le patron ou les collègues de montrent pas de soutien
NOIR Facteurs de risque liés au contexte environnemental	Obstacles contextuels	Lois qui réduisent les options de retour au travail Conflits avec les assurances lors de réclamations pour préjudice Famille et thérapeutes trop sollicitant Travail difficile, avec peu de possibilité de modifier le cahier des charges

Tiré de : Nicholas et al., *Physical Therapy Journal*, 2011

Annexe III : Comparaison des prises en charge selon les HUG

EFFET	OPTIONS THERAPEUTIQUES
BENEFIQUE	Rassurer le patient Information spécifique Enseignement Rester actif (travail et loisirs) Antalgie adéquate avec paracétamol/ AINS+/- codéine Myorelaxants, en 2ème intention Thérapies manuelles
NEUTRE	TENS (stimulation nerveuse transcutanée) Traction Exercices spécifiques Acupuncture
DELETERE	Alitement Manipulation sous anesthésie générale Corset plâtré
DONNEES INSUFFISANTES	Renforcement de la musculature abdominale/lombaire Exercices aérobiques Infiltration épidurale de corticostéroïdes Talonnette Biofeedback Agents physiques, thérapie passive (chaud, froid, ondes courtes, ultrasons)

Tiré de : Lombalgie aiguë, Service de médecine de premier recours, HUG, 2017

Annexe IV : Questionnaires

QUESTIONNAIRES	DESCRIPTIONS
BACK PAIN BELIEFS QUESTIONNAIRE	Croyances sur les problèmes de dos https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5718465/
QUEBEC BACK PAIN DISABILITY	Comment les maux de dos affectent la vie quotidienne https://www.tac.vic.gov.au/files-to-move/media/upload/quebec_scale.pdf
ROLLAND-MORRIS QUESTIONNAIRE (RM)	Comment les maux de dos affectent la vie quotidienne https://www.worksafe.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0009/76851/roland-morris-low-back-pain-and-disability-questionnaire-rmq1.pdf
OSWESTRY LOW BACK PAIN DISABILITY QUESTIONNAIRE	Comment les maux de dos et des MIs affectent la vie quotidienne http://www.rehab.msu.edu/_files/_docs/Oswestry_Low_Back_Disability.pdf
DALLAS PAIN QUESTIONNAIRE (DPQ)	Comment les douleurs influencent la vie quotidienne http://oml.eular.org/sysModules/obxOml/docs/ID_47/Dallas%20Pain%20Questionnaire_english.PDF
FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)	Comment l'activité physique influence les maux de dos https://www.revmed.ch/Scores/SCORES-PRONOSTIQUES/RHUMATOLOGIE/LOMBALGIES/Facteurs-de-risque-pour-la-chronicisation-des-lombalgies-questionnaire-Fear-Avoidance-Beliefs-FABQ-croyances-generant-un-evitement-lie-a-la-peur-de-Waddell
TAMPA SCALE OF KINESIOPHOBIA (TSK)	Évaluer la kinésiophobie http://www.tac.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/27454/ampa_scale_kinesiophobia.pdf
PAIN CATASTROPHIZING SCALE (PCS)	Évaluer le niveau de pensées catastrophistes du patient lié à la douleur https://www.physio-pedia.com/Pain_Catastrophizing_Scale
START BACK	« Classer les patients selon le risque présenté (faible, moyen et fort), en fonction de leur prédisposition à développer des symptômes persistants et handicapants consécutifs à leur lombalgie. » (Evelinger, 2017) https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/rhu/documents/rhu-filiere-dos-start_back_screening_tool.pdf

MANNICHE LOW BACK PAIN RATING SCALE	Évaluer les patients atteints de lombalgie sur les points suivants: douleur, limitations d'activités quotidiennes, impact physique négatif » https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7936710
TREATMENT SELF- REGULATION QUESTIONNAIRE	Meilleur outil de mesure de l'adhérence selon Uzawa, H et Davis, S. (2018) https://www.gem-measures.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1184&cat=2

Annexes V : Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ)

The following question relates to the reasons why you would either start to exercise regularly or continue to do so. Different people have different reasons for doing that, and we want to know how true each of the following reasons is for you. All 15 response are to the one question.

Please indicate the extent to which each reason is true for you, using the following 7-point scale:

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 = Not at all true - somewhat true - very true

The reason I would *exercise regularly* is:

1. Because I feel that I want to take responsibility for my own health.
2. Because I would feel guilty or ashamed of myself if I did not exercise regularly.
3. Because I personally believe it is the best thing for my health.
4. Because others would be upset with me if I did not.
5. I really don't think about it.
6. Because I have carefully thought about it and believe it is very important for many aspects of my life.
7. Because I would feel bad about myself if I did not exercise regularly.
8. Because it is an important choice I really want to make.
9. Because I feel pressure from others to do so.
10. Because it is easier to do what I am told than think about it.
11. Because it is consistent with my life goals.
12. Because I want others to approve of me.
13. Because it is very important for being as healthy as possible.
14. Because I want others to see I can do it.
15. I don't really know why.

Tiré de Uzawa, H & Davis, S. (2018). Accès

<https://www.gemmeasures.org/public/MeasureDetail.aspx?mid=1184&cat=2>

Annexes VI : Équations de recherche

Equations de recherche	Sélections des articles
PUBMED	
((((qualitative study) OR qualitative research)) AND (((patient compliance) OR compliance) OR patient adherence) OR patient cooperation)) AND (((home rehabilitation) OR home exercise) OR self rehabilitation) OR self exercise) OR self care)) AND (((back pain) OR low back pain) OR chronic low back pain)	26 résultats → Lecture des titres des articles → 14 articles retenus → lecture des abstracts et textes : 5 articles retenus
((((qualitative study) OR qualitative research)) AND (((compliance) OR adherence) OR facilitators)) AND barriers to treatment) AND (((back pain) OR low back pain) OR chronic low back pain)	40 résultats → Lecture des titres des articles et exclusion des doublons → 13 articles retenus → lecture des abstracts et textes : 1 article retenu
(((qualitative study) AND low back pain) AND (((home rehabilitation) OR home exercise) OR home) OR self exercise) OR self rehabilitation) OR self care)) AND (((patient compliance) AND patient adherence) AND patient cooperation)	13 résultats → lecture des titres des articles et exclusion des doublons → 6 articles retenus → lecture des abstracts → 4 articles retenus → exclusion des doublons et lecture des articles : 0 article retenu
(qualitative study) AND ((((((home rehabilitation) OR home exercise) OR home) OR self exercise) OR self rehabilitation)) AND (((patient compliance) OR patient adherence) OR patient cooperation))	955 résultats → 100 les plus pertinents retenus → lecture des titres des articles et exclusion des doublons → 3 articles retenus → lecture des abstracts → 0 articles retenus
((qualitative study) AND low back pain) AND (((patient compliance) AND patient adherence) AND patient cooperation)	19 résultats → lecture des titres des articles et exclusion des doublons → 9 articles retenus → lecture des abstracts → 4 articles retenus → lecture des articles : 0 article retenu
((((((((adherence) OR patient adherence) OR patient compliance) OR engagement) OR patient engagement) OR non-adherence) OR compliance) OR cooperation) OR patient cooperation)) AND (((self-management) OR self care) OR self rehabilitation)) AND (((home based physical rehabilitation therapy) OR home based physical therapy) OR home physical therapy) OR home therapy)) AND (((low back pain) OR Recurrent Low Back Pain) OR back pain)	49 résultats → lecture des titres des articles → 18 articles retenus → exclusion des doublons → 10 articles retenus → lecture des abstracts → 6 articles retenus pour le cadre théorique et approfondissement du sujet
	12 articles retenus
GOOGLE SCHOLAR	

«patient compliance AND self exercise AND low back pain » Avec filtre « depuis 2015 »	11 100 résultats → 100 les + pertinents → titres : 37 articles retenus → lecture abstracts et exclusion des doublons → 17 articles retenus → lecture des articles : 5 articles retenus
	5 articles retenus
COCHRANE	
« patient adherence home exercise low back pain »	40 trials → titres et suppression des doublons : 6 articles retenus → abstracts et texte : 2 articles retenus pour le cadre théorique et l'approfondissement du sujet.
« patient compliance home exercise low back pain »	34 trials → titres et suppression des doublons : 3 articles retenus → abstracts et texte : 1 article retenus pour le cadre théorique et l'approfondissement du sujet.
	3 articles retenus
PEDRO	
« adherence + home exercise + low back pain »	8 résultats → titres : 3 articles retenus → abstracts et textes : 2 articles retenus pour le cadre théorique et l'approfondissement du sujet.
« compliance + home exercise + low back pain »	13 résultats → titres : 2 articles retenus → abstracts et texte : 2 articles retenus pour le cadre théorique et l'approfondissement du sujet.
	4 articles retenus
PSYCHINFO	
((Patient compliance and home exercise) or home rehabilitation or self exercise) and low back pain)	27 résultats → lecture des titres et exclusion des doublons → 0 articles retenu
(Patient compliance and home exercise and low back pain)	0 résultats
	0 articles retenus
EMBASE	
('patient compliance' AND home AND rehabilitation OR 'home exercise' OR 'home exercise program') AND ('low back pain'/exp OR 'low back pain')	123 résultats → 100 plus pertinents retenus → lecture des titres → 22 résultats retenus → exclusion des doublons → 14 résultats → lecture des

	abstracts → 3 articles retenus pour approfondissement du sujet
	3 articles retenus pour approfondissement du sujet
LISSA	
((Observance par le patient.tl) OU (Observance par le patient.mc) OU (compliance.tl) OU (compliance.mc)) ET ((prise en charge de la maladie.tl) OU (prise en charge de la maladie.mc) OU (exercices autonomes.tl) OU (exercices autonomes.mc) OU (exercices à domicile.tl) OU (exercices à domicile.mc)) ET ((lombalgie chronique.tl) OU (lombalgie chronique.mc) OU (lombalgie.tl) OU (lombalgie.mc))	1 résultat retenu pour le cadre théorique et approfondissement
((Observance par le patient.tl) OU (Observance par le patient.mc) OU (compliance.tl) OU (compliance.mc)) ET ((prise en charge de la maladie.tl) OU (prise en charge de la maladie.mc) OU (autonomie personnelle.tl) OU (autonomie personnelle.mc)) ET ((lombalgie chronique.tl) OU (lombalgie chronique.mc) OU (lombalgie.tl) OU (lombalgie.mc))	0 résultats
((Observance par le patient.tl) OU (Observance par le patient.mc) OU (compliance.tl) OU (compliance.mc)) ET ((prise en charge de la maladie.tl) OU (prise en charge de la maladie.mc) OU (autonomie personnelle.tl) OU (autonomie personnelle.mc)) ET ((lombalgie chronique.tl) OU (lombalgie chronique.mc) OU (lombalgie.tl) OU (lombalgie.mc))	0 résultats
((Observance par le patient.tl) OU (Observance par le patient.mc)) ET ((lombalgie chronique.tl) OU (lombalgie chronique.mc))	5 résultats → lecture des titres → 1 article retenu → exclusion des doublons → 0 article retenu
	1 article retenu pour approfondissement du sujet

Annexe VII : Grille Côté & Turgeon

Palazzo 2016

Saner 2018

Medina-Mirapeix 2008

Boutevillain 2017

Escolar-Reina 2010

Charlotta Lilje 2017

	OUI	+/-	NON
Introduction			
1) La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances	X X X X X X		
2) La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins)	X X X X X X		
Méthode			
3) Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex: milieu dans lequel se déroule l'étude, biais)	X contexte post RCT X X X	X X	
4) La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique)	X phénoménologique X étude qualitative transversale X questionnaire X focus group X Funnel-shaped structure & Itinerary method X phenomenological approach & inductive method		

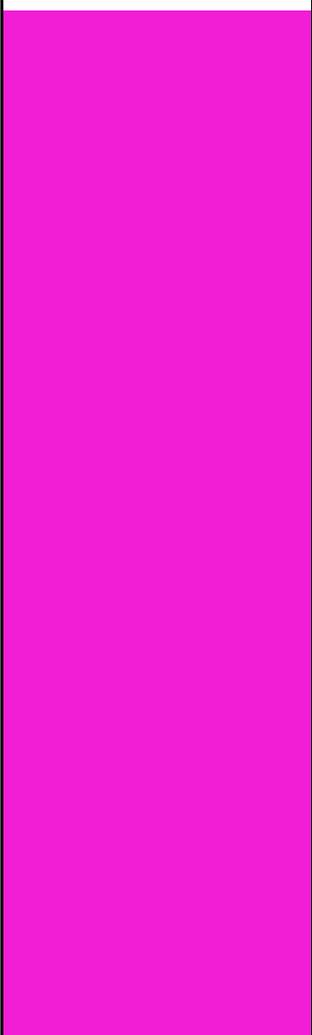
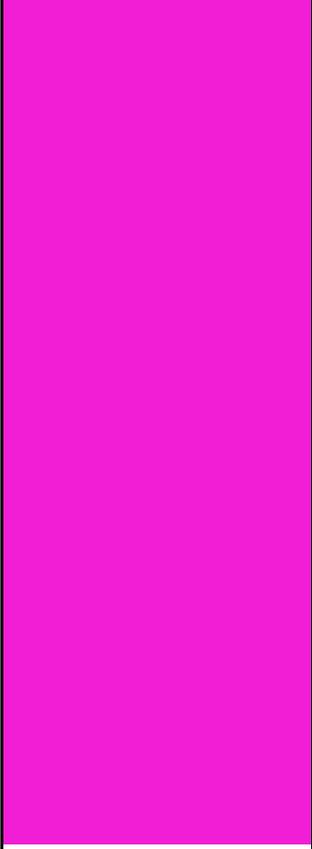
<p>5) La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants)</p>	<p>X critères d'inclusion/exclusion décrits</p> <p>X critères d'inclusion/exclusion décrits</p> <p>X critères d'inclusion/exclusion décrits</p>	<p>X justifiée mais critères d'inclusion/exclusion non spécifiés</p> <p>X justifiée mais critères d'inclusion/exclusion non spécifiés</p> <p>X</p>	
<p>6) Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).</p>	<p>X X X X X X</p>		
<p>7) L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants)</p>	<p>X X X X X X</p>		
<p>Résultats</p>			
<p>8) Les principaux résultats sont présentés de façon claire</p>	<p>X X X X X X</p>		
<p>9) Les citations favorisent la compréhension des résultats</p>	<p>X X X X X X</p>		
<p>Discussion</p>			
<p>10) Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices</p>	<p>X X X X X X</p>		
<p>11) Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité)</p>	<p>X X X X</p>		<p>X</p> <p>X</p>

Conclusion			
<p>12) La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées</p>	<p>X</p> <p>X «future research should explore other home activities.» « Future research should provide more comprehensive and sensitive measurement of factors related to non-adherence during different periods of chronic pain. »</p> <p>X « Further research is needed, both with a technical focus (how often and for how long is it necessary for the text messages to arrive in order for patients to internalize their exercises, and if similar results are possible without interviewing patients?) and with a clinical focus (is it plausible that SMS reminders of home exercises may translate into improved long-term effects of manual therapy?) »</p> <p>X « this study could be a preliminary step for a wider-scale study to evaluate the efficacy of therapeutic education sessions on the compliance to PA of people with CLBP.»</p>	<p>X pas de pistes de recherche</p> <p>X pas de pistes de recherche</p>	

Annexe VIII : Analyse thématique des trois articles

VERBATIMS	CODES	THÈMES DESCRIPTIFS	THÈMES ANALYTIQUES
<p><u>Palazzo</u> “At some point, the two vertebrae may have to be sealed. But I don’t know, I have no certainty when I tell myself.” “If I do [the exercises], will I actually avoid aggravation? Maybe so. . . I don’t know. I have no certainty on that.”</p> <p>I quit practising because I didn’t want to feel more pain, and also...there’s a bit of apprehension that things would go again as it did before, I mean the slipped disc.”</p>	<p>67 Anatomie et CLBP</p>	<p>Connaissances</p>	<p>REPRÉSENTATIONS AUTOUR DE LA CLBP ET DE L’AP</p>
<p><u>Saner</u></p> <p>“I learned that movement helps. Sitting is not good.”</p> <p>“I learned the correct behaviour and movement.”</p> <p>“I broke with the habit of sitting incorrectly. I learned the correct way of lifting loads. I listen to my back more often and end activities earlier, if they burden my back.”</p> <p>“Comments often mentioned a change of the body posture and achieved ergonomic changes”.</p> <p>Several mentioned that they followed the general advice to sit, stand and lift correctly.</p> <p>“I take care of how I walk and sit.”</p>	<p>59 Posture et mobilité</p>		
<p><u>Saner</u> “A good knowledge of the factors which aggravated their low back pain was frequently reported by all participants.”</p> <p>“If I do my exercises regularly, I don’t have low back pain. As soon as I</p>	<p>40 Prévention ou résolution des douleurs par les exercices</p>		

<p>become negligent, low back pain returns.”</p> <p>“As soon as I feel my back, I know which exercises I have to do in order to get rid of it.”</p> <p>“As soon as I notice my back, I know exactly which exercises I have to do to abolish my pain.”</p> <p>“Participants regarded the perceived relevance of exercise as their main knowledge gain. They learned by experience about the association between exercise and the prevention/resolution of their back problems.”</p> <p><u>Boutevillain</u> explanations delivered by healthcare professionals on the benefits of PA for their low back pain (“If they tell me that I need to do the same movements every morning for example during one hour because it will help my condition, I will do it and I will adapt”</p>			
<p><u>Boutevillain</u> “Physicians who prescribe walking for low back pain: it’s useless”.</p>	31 AP inutile	Croyances	
<p><u>Boutevillain</u> “It can be harmful, I give you an example: I have a colleague with low back problems, similar to mine, and she loves to take step classes, but each time she exercises too much, she is in pain but continues. I think she should stop, it is quite dangerous for her”</p>	32 AP dangereuse		
<p><u>Boutevillain</u> “Yes I do think that working (well really there might be a genetic part) but work had to. . . Then at first we did not have all these technical aids, automated beds, Hoyer patient lifts, transfer stands, we did not have all this equipment so of course it affected our health. This is why most of my colleagues from this generation have problems.”</p>	49 Conséquence de l’évolution technologique sur le travail		

<p><u>Boutevillain</u> “any minimal physical activity, standing still in one spot, is torture”</p> <p>“at times, just standing at the kitchen counter and peeling 3 vegetables is enough to trigger the pain, a pain so unberable I could cry”</p> <p>“simple daily chores, washing dishes or shopping in general is torture in fact”</p> <p>“Playing sports is probably not great for my” We keep jumping around so I think it might not be so great and often after a game my back hurt, and I think that’s what caused it”.</p> <p>“Standing still, without moving much, walking, sports, exercising, physical things that make the pain worse. Carrying a load such as a computer, groceries.”</p> <p>“Sometimes I try to exercise and then I’m in pain, looking back had I known it would hurt I would probably not have done it”</p>	<p>1 Douleur provoquée par l’AP</p>	<p>AP et douleur</p>	
<p><u>Boutevillain</u> “when I am in pain, I do not do any physical activity”</p> <p>“if my back hurts, I don’t do any activity that’s for sure, I am not going to the garden and do some digging, that is out of the question! “</p> <p>“my back hurts and I can’t play with them.”</p> <p>“When I go grocery shopping, I can’t carry heavy things, for example 6-packs of milk bottles are impossible to carry, I must take the bottles one by one” “my primary care physician recommended swimming, I did not know that breaststroke was not adapted to low back pain, since that is the only way I swam I was in pain and I gave up.” “when I’m in pain, I don’t do much, I stay on the couch!</p>	<p>2 Douleur empêche l’AP</p>		

<p>Rest! It's a fold-up couch! I move around a little but I am careful about the movements I make</p> <p><u>Palazzo</u> [I quit practicing because] I didn't want to feel more pain, and also. . .</p>			
<p><u>Boutevillain</u> want to engage in PA, and some do in spite of the pain "even the permanent pain does not prevent me from doing things. At home I do a lot of DIY",</p> <p>"I would rather do something else, even walking for half-hour even if I will be in pain, rather than stay put and do nothing."</p>	<p>3 AP malgré la douleur</p>		
<p><u>Boutevillain</u> "The pain and sometimes even if it doesn't hurt right away, knowing we will be in pain later, in 2 hours or right after, and 3 hours later the pain will be intense";</p> <p>"motivation sometimes is... When one hurts the motivation goes down";</p> <p><u>Palazzo</u> Because when you're alone you're scared! You're scared of getting hurt; you don't know what needs to be done. In the end, that's what made me quit doing the moves."</p>	<p>28 La peur de la douleur limite l'AP</p>		

<p><u>Saner</u> "It is good to quickly do the exercises, as soon as I feel the first signs of pain."</p> <p>Retaining a good posture in aggravating situations was perceived as a benefit.</p> <p>→ "When I started the therapy, it helped me a lot. At the end I was pain free."</p> <p>→ "It did help me a lot, after the treatment my back pain only returned 1-2x per month."</p> <p>Some participants reported only a very limited, short term effect of the treatment on their pain.</p> <p>→ "The exercises helped for a very short time only."</p> <p>→ "Good during the therapy sessions, but no remarkable long-term effect."</p> <p>"If I do my exercises regularly, I don't have low back pain. As soon as I become negligent, low back pain returns."</p> <p>"The perception of no effect on their pain was reported by three participants. They discontinued the exercises but kept in mind some advice from the therapy sessions."</p>	<p>58 Effets des exercices/traitements sur la douleur</p>		
---	---	--	--

<p><u>Saner</u> “Of general importance for the participants to be able to include their exercises into daily life appeared to be the</p>	<p>44 Simplicité des exercices</p>	<p>Maîtrise technique</p>	<p>ASPECTS TECHNIQUES DE L'AP ET DES EXERCICES</p>

<p>simplicity of the exercises. They mentioned that the exercises were easy to perform at home and needed no additional equipment.</p> <p>“I can repeat the exercises during the day. They are simple, but very efficient.”</p> <p>“The exercises shown can easily be done at home.”</p>			
<p><u>Palazzo</u> “We almost have 10 exercises. It’s too much. There should be a limit: 3 or 4 max.”</p>	<p>65 Nombre élevé d’exercices</p>		
<p><u>Saner</u> “One participant mentioned that he/she can’t remember the exercises.</p> <p>“I can’t remember which exercise I should do.”</p> <p>“Unfortunately not much effect, because I don’t remember the exercises.”</p>	<p>27 Oubli des consignes</p>		
<p><u>Saner</u> “The exercises have to be targeted at my problem and not following a randomly applied scheme.”</p> <p>“We created a simple exercise plan together.”</p> <p><u>Palazzo</u> The need for individualized advice to integrate exercises into daily life was also noted. Patient 21: “To be fit into daily life. I think that’s what’s missing. . .</p>	<p>43 Spécificité des programmes d’exercice</p>	<p>Contenu des exercices</p>	
<p><u>Boutevillain</u> the nature of PA plays an important role, and when it is a pleasurable activity for the people with CLBP, it improves adherence: “It is really different to exercise to keep in shape like we do here for example when we are alone, compared to horse-riding, or playing</p>	<p>24a AP plaisir</p>	<p>Caractéristiques des exercices</p>	

<p>sports, or walking around, for that I don't need anything... It is obvious" "If there were mushrooms all year long I would walk all the time (laughs)"</p> <p><u>Palazzo</u> increasing the attractiveness of the exercise program, improving performance,</p>			
<p><u>Boutevillain</u> "Of course we do stuff we must do because one must earn a living, and then some like gardening because nobody else is going to do it for me"</p>	24b AP devoir		
<p><u>Palazzo</u> "Renewing the exercises, for me it's a good thing, because if you put a little bit of change, that makes it more enjoyable. . .From the moment you start a new exercise, it will stimulate you." Patient 25: "If there's no way to [surpass yourself], you get bored pretty quick." Others proposed entertaining ways of doing exercises: a playlist of songs (Patient 22: "I guess there could be a song that would keep me going"); a TV program (Patient 29: "As you're watching TV, you can chat also, you're at ease. . .it keeps your mind going"); or incorporate exercises in a video game (Patient 26: "It needs to be fun. . .like an adventure or detective game. For people like me, it would work.")</p> <p>"I have my rehabilitation sheets that I really struggle to follow every day, because it's so boring!"</p> <p><u>Boutevillain</u> "Ok but only if there are good exercises. Because all the games right now on the Wii..."</p> <p>"I would like to exercise but after a while you get really bored, it is no longer fun."</p>	23 Attractivité des programmes d'exercice		
<p><u>Boutevillain</u> "I am unable to do certain physical activities: running in</p>	9 Comorbidités	Santé physique	CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES

<p>particular. I have knee osteoarthritis as well, so I can't run".</p> <p>«What really helped before was running, now my weight gain really prevents me from enjoying it as I used to".</p> <p>"When I go walking, I realize that the pain is in my hips and in the sole of my feet."</p> <p>" I limited my activities, additional examinations for my acute back pain revealed a herniated disc, and spinal osteoarthritis...".</p>			
<p><u>Boutevillain</u> "some days we are motivated, but other days the fatigue takes over..."</p> <p>"For me, my job is physically demanding, so in the evenings I don't really want to exercise"</p> <p><u>Palazzo</u> Getting up is difficult enough, and then at the end of the day, after work, I am too tired."</p>	12 Fatigue		
<p><u>Saner</u></p> <p>"I'm more conscious of my posture, this means to correct it."</p> <p>"I'm standing more consciously and also more relaxed."</p> <p>"Did not help at all. If my back pain gets worse, I move more consciously as my physiotherapist recommended."</p> <p>"Didn't help, pain still the same. I improved my posture."</p> <p><u>Boutevillain</u> "I need to be aware for any movement I make".</p>	41 Perception de la posture		

<p><u>Saner</u> "I have the feeling, that my back is stronger and I notice it in my work."</p>	<p>53 Force</p>		
<p><u>Saner</u> "After treatment I very often had a good feeling in my back (relaxed low back and increased flexibility). "The perceived effect of pain relief during treatment is a major motivator for exercise adherence." Two participants directly connected the limited effect to their non-adherence to exercise. <u>Boutevillain</u> "If I felt better exercising I think I would stick to it" "after a while it affects our wellbeing" "There is increased motivation behind. Thinking that after two months we will see progress... it is a type of motivation". "Being able to resume leisure activities I used to do, being able to do them again if possible" ; and getting back to their previous health status: "I just want to get back to what I had before. Nothing more" <u>Palazzo</u> "I wasn't really doing the stretching stuff anymore, because it wasn't doing me any good."</p>	<p>55 Effet du traitement/exercices</p>		
<p><u>Boutevillain</u> Pain also has a psychological impact, bearing a negative influence on physical activity leading to a feeling of disability, social isolation, and loss of self-confidence lack of precision "And before that I was completely</p>	<p>6. Découragement</p>	<p>Etat d'esprit et émotions</p>	

<p>discouraged, in fact you don't know what you have, you are in pain but do not know why.</p> <p>"When you see people who are well and do not exercise I feel... It makes me sick"</p> <p><u>Palazzo</u> "It's like being fed up. I can't spend my whole life doing this all the time. . .When am I getting better?" This feeling could be worse for patients who experienced a resurgence of symptoms despite good adherence. Patient 28: "I am sick of it, it's been years. . .I do every program, every rehab, all of them. In the end, no matter what I do, I'll still live with. It will stay no matter what."</p>			
<p><u>Palazzo</u> Patients reported difficulties in practicing exercises when they felt depressed. Patient 3: "When I'm feeling down, I don't want to do it."</p>	7 Déprime		
<p><u>Boutevillain</u> Anxiety regarding the diagnosis</p> <p>"Every night it is impossible to sleep, my wife can't sleep either, anxiety sets in"</p>	8 Anxiété		
<p><u>Palazzo</u> 'Maybe [I will] find a source of motivation that will make me say to myself 'Well, that's it, if you don't do them, you might end up in a wheelchair in six months or so"</p> <p><u>Boutevillain</u> "I was really scared, I felt this close to being paraplegic, my back could not hold my weight, at 41 it was quite a shock."</p>	22 Peur		
<p><u>Palazzo</u> 'I think it's only a personal approach and also desire or faith. . .that will make you do it or not."</p> <p>personalized and evolving objectives (Patient 21: "There might be [an incentive] effect and you start telling yourself 'Last time I</p>	71 Volonté		

<p>did 30 seconds, this time you try 40 seconds”)</p> <p><u>Boutevillain</u> “I don’t have any desire to exercise. A lack of motivation, even apprehension”</p>			
<p><u>Boutevillain</u> Certain people with CLBP fear that their condition will have a negative impact on their work, mainly they are afraid of being laid off.</p>	47 Peur de perdre son travail	Profession	CARACTÉRISTIQUES ENVIRONNEMENTALES
<p><u>Boutevillain</u> “What could prevent me from continuing my exercises would be to not to find another job, my goal is to find a job where I am happy to go to work in the morning, it must be your case I believe.”</p>	50 Insatisfaction professionnelle		
<p><u>Saner</u> “They directly connected the physiotherapy intervention to their more active life style.”</p> <p>“I also do more sports and think this helps my back too.”</p> <p>“I climb stairs instead of using the lift or escalator.”</p>	48 Effet du traitement sur les habitudes de vie	Modes et habitudes de vie	
<p><u>Boutevillain</u> Absence of prior sporting activity (“It really will be hard. Well if you never did any sports before. It is really hard to stick with it. I can see it every year, I try and then I give up, because...”</p>	63 Sédentarité		
<p><u>Boutevillain</u> Lack of interest for physical exercise, poor weather</p> <p>“With the nice weather it is much easier”</p>	17 Météo		
<p><u>Saner</u> “The combination of general training and specific exercises made it easier to maintain discipline and acted</p>	45 Intégration des exercices dans une activité		

<p>as a reminder to do the exercises”</p> <p>“If possible (absences) I visit a strength training twice per week.”</p> <p>“I perform back stability exercises in my fitness training 2-3 times a week. This is what I need.”</p> <p>“I can do the exercises during my jogging in the forest.”</p> <p>“I include them in sports (2x back training, 1x nordic walking per week).”</p> <p>Patients asked for exercises that could be performed anywhere, at anytime (walking in the street, sitting in bus, working) to avoid wasting time. Patient 7: “What would be nice is to have exercises you can do while sitting at the office, or doing something else, or vacuum cleaning. . .”</p>			
<p><u>Saner</u> “Regularity in performing the exercises was often mentioned, together with discipline.”</p> <p><u>Palazzo</u> ‘I would say my problem is to find out when to do it actually. Because in the morning, I have a hard time getting started, I need time to get up, take a shower [...]</p> <p><u>Boutevillain</u> “I would say it is in addition to my routine, for example during busy weeks, I can do a half-hour of that thing. I can try to do it”</p>	<p>46 Régularité et Discipline</p>		
<p><u>Boutevillain</u> Programming PA in a daily agenda requires scheduling efforts: “but it’s impossible, these classes are at 6pm and I am often still at work, so I miss a class, really it was quite complicated and I did not go further”.</p>	<p>25 Temps</p>		

<p>People with CLBP who have long working hours bring up the difficulty in finding time to exercise: “Sometimes the days are just too short. When one starts at 6 am and finishes at 8pm it is...”;</p> <p>“I’ve been told that swimming would help, but I don’t have any time. Time is the issue”</p> <p><u>Saner</u> “a few spontaneously mentioned lack of time and motivation”</p> <p>“I should take more time to do exercises.”</p>			
<p><u>Saner</u> “I can follow it partially, but I keep forgetting it from time to time.”</p> <p>“forgetting to do”</p>	<p>26 Oubli de faire les exercices</p>		
<p><u>Palazzo</u> The lack of a place or equipment did not seem to be a problem. Patients found the place to do their exercises or adapted the content of the program. Patient 18: “It’s true there’s not much room, ok. . .but I still can put myself here or there in the entrance. It’s one of those poorly designed apartments so things can be complicated... But no, I could put myself there or over there.”</p> <p><u>Saner</u> “Rarely applicable, my possibilities to move are limited to work space, coffee area and WC.”</p>	<p>33 Infrastructure</p>		
<p><u>Saner</u> “the importance of training under the guidance of the physiotherapist; the repetitions and corrections increased their knowledge of the exercises.”</p>	<p>36 Conseils et corrections</p>	<p>Professionnels de santé</p>	<p>RESSOURCES HUMAINES ET SOCIALES</p>

<p><u>Boutevillain</u> “At home we might be doing the wrong movements, or gestures we should not do, that is why I think it is better to be supervised by healthcare professionals”;</p> <p>“Plus it is important to have a coach who motivates us, helps us exercise, and corrects our postures”</p> <p><u>Palazzo</u> Patients expressed the need for feed-back on their performance (correction, encouragement, congratulations).</p>			
<p><u>Palazzo</u> to plan a refreshing of their exercise program. Patient 24: “It’s like hell when you have an emergency. . .People who work in administration, they’re not aware of our problems. You get rejected. . .” “Hmm, there’s no [appointment time] available!”</p> <p>“I think that every time that we are supported or guided, like in physical therapy, like the osteopath. . .We can do things better. Patient 27 (about her coach): “His goal is to trigger an impulse.” ‘Ideally, I would have a personal trainer coming to my home!’ Patient 29: “The idea of a personal trainer seems perfect, yes”</p> <p>“They admitted not trusting every sport professional and wished they could be guided in their choice (Patient 7: “People who don’t know me? What kind of exercise could they propose?”).</p> <p>“Answers would have...I mean questions would have to come from patients, but answers... Because we can relate to the question, and if the answer is given by a professional, there’s no doubt [it’s true] ...”)</p>	<p>37 Relation patient-thérapeute</p>		
<p><u>Boutevillain</u> “A follow-up. Even by post or a phone call. Even an email</p>	<p>38 Suivi régulier (supervision, feedback)</p>		

<p>follow-up” , “That way we can fix ourselves a goal and try to stick to it. It really depends on one’s motivation really.”</p> <p><u>Palazzo</u> Many patients would like to do exercises with a sport professional trained in management of LBP (Patient 6: “If we could have in- or out-hospital sport sessions provided by a professional really specialised in LBP. . .I would immediately say ‘Oh yes! Yes!’”).</p> <p>‘To send a spreadsheet at the end of the week saying what I’ve done, by email or some stuff like that, that’s something that could motivate me.’</p> <p>If I have an appointment every 2 months, maybe for a week you let go because well you know how it is, but then you have to start again because If it’s not ‘carrot and stick’, I don’t move forward</p> <p>“...a short message on your phone?...No way! Not like that!”; Patient 16: “A short text, saying ‘What about the exercises? Are you doing ok?’ . . .Hell no, leave me alone!” Reminders should be reinforced by a personalized challenge (Patient 14: “It can be a stimulation. . .Maybe it should be said somewhere ‘There is an exercise to include’ in a program with oral communication”) or lead to an exchange with a professional (phone call, mail). Patient 21: “If this is a discussion, that’s ok. If it’s only a message automatically sent to everyone, there’s no point doing it.”</p> <p>Easier access to care providers after the end of supervised sessions was strongly mentioned. Contact could be at a distance, by phone, for asking questions regarding exercises or face-to-face in refreshing sessions (on-site or by telerehabilitation). Patient 6: “It would be like skype, so I</p>			
--	--	--	--

<p>would see the contact person and the contact person would see me.”</p>			
<p><u>Palazzo</u> “With a CD, it would be difficult because there’s no visual, and while exercising, you need to know how to set your body in the right position.” Patient 2: “A video, that would be good really. . .that would be perfect. . .it’s a stimulation straight from the rehabilitation department.” “A real person practicing exercises! Imitate and follow! . . .it’s better with images because you mimic.’</p> <p>Solutions suggested were refreshing supervised sessions, telerehabilitation (an online physiotherapy session) or exergames (virtual reality).’</p> <p>“There’s what’s called the ghost car actually. It shows what you did on the last lap, in transparent superposition, you can see the places you crashed also. . . it could be the same with posture, it would show what you did and what you should have done. . . That kind of tool could be alright for self-adjustment”), whereas others (young men) preferred an exergame with a real scenario (Patient 26: “. . .at some point you would go through tests or trials but with a real scenario to experience an adventure”). Whatever the interface, all patients wanted feedback on their performance (position, intensity, duration) (Patient 21: “The device is telling me ‘you’re pulling too much on your right’ or ‘lift your left leg up’...That would be awesome!” Patient 25 “And also, in some fitness games, it detects the tensions in the body, so you know if</p> <p><u>Boutevillain</u></p> <p>A back support could improve their level of physical activity : “it releaves my pain espacially when</p>	<p>39 Supports techniques et technologiques</p>		

<p>carrying heavy loads it brings more support really”</p> <p><u>Saner</u></p> <p>“I’m standing the whole working day, I’m using a step now, where I can relax my legs.”</p>			
<p><u>Palazzo</u></p> <p>Patients noticed a gap between intensive supervised programs with support by care providers and other patients and a home-based exercise program performed alone without any support, which could lead to a feeling of abandonment. Patient 29: “. . .because you’re being taken care of in such a good way and after that, you’re back into the wild on your own. . .Too violent</p>	<p>66 Transition difficile entre supervision et autonomie.</p>		
<p><u>Boutevillain</u></p> <p>Some people with CLBP cited medical prescriptions and recommendations from healthcare professionals that went against promoting PA for low back pain: “In my case they stopped everything. The physiotherapist because the pain was too severe. They told me to stop exercising at home because it wasn’t right either...”;</p>	<p>72 Recommandations erronées</p>		
<p><u>Boutevillain</u></p> <p>“they told me, do you want to finish in a wheelchair?” “Continue like this and you Physical activity and CLBP will end up in a wheelchair; then it will be over, you will no longer be able to run” Yes I tried to see if I could run again but I was told not to”</p>	<p>51 Menaces de conséquences sur la santé</p>		
<p><u>Palazzo</u></p> <p>“It’s supposed to be anonymous, but I don’t trust it, no way. This is the only reason why I haven’t registered, because I find [it] quite fascinating actually! But I’d rather not”).</p>	<p>69 Protection des données</p>		

<p><u>Boutevillain</u> "I have two children, if I am in pain and they want to play, my back hurts and I can't play with them. My back hurts I can't do it. It's not that I don't want to it is just that I cannot. I am unable to"</p>	<p>5 Effet de la douleur sur les relations familiales</p>	<p>Famille et proches</p>	
<p><u>Palazzo</u> "People with backache, they really need to share and talk. And when they share with their relatives, their relatives wind up not hearing anymore." favoring the feeling of being supported by relatives.</p> <p><u>Boutevillain</u> "In the evening when she gets home not too late, we go for a walk"</p>	<p>16 Soutien de l'entourage</p>		
<p><u>Boutevillain</u> "In fact my wife tells me to go easy etc., you are going to hurt your back. My wife tries to limit my activities". Family members often have a patronizing approach: "Don't do this", "Don't chop wood or your back will hurt", "My girlfriend gets more worried. She is more inclined to help, if I don't feel good she tells me to wait and she will do it for her."</p>	<p>54 Famille limite l'AP par peur de blessure</p>		
<p><u>Boutevillain</u> "It is always more motivating to be with someone, not necessarily a group, just a colleague, there is shared motivation. Because if you have to go alone you will find excuses for not going that night and pushing it back to the next day" unwillingness to exercise alone "If I don't go walking it is because no one will come with me." <u>Palazzo</u> Some suggested doing exergames online with other patients (Patient 21: "You know what would be stimulating, to be two or three doing it. . .like online gaming").</p>	<p>15 AP en groupe</p>	<p>Groupes</p>	

<p>“It’s encouraging to share with people who have the same problem; we encourage each other to get better, to remind each other that the exercises need to be done, to get there, to stick with it. Because at some point ‘See, I’ve not been practicing, see how I look now. . . You have to practice!’”</p>			
--	--	--	--

Annexe IX : Thèmes analytiques et descriptifs

REPRÉSENTATIONS AUTOUR DE LA CLBP ET DE L'AP	
Facilitateurs (+)	Barrières (-)
Connaissances	
<ul style="list-style-type: none"> 67. Anatomie et CLBP 59. Posture et mobilité 40. Prévention ou résolution des douleurs par les exercices 	<ul style="list-style-type: none"> 49. Conséquence de l'évolution technologique sur le travail
Croyances	
	<ul style="list-style-type: none"> 31. AP est inutile 32. AP dangereuse
Activité physique et douleur	
Facilitateur (+)	Barrière (-)
<ul style="list-style-type: none"> 58. Effets positifs des exercices/traitements sur la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Douleur provoquée par l'AP 2. Douleur empêche l'AP 3. AP malgré la douleur 28. Peur de la douleur limite l'AP

ASPECTS TECHNIQUES DE L'AP ET DES EXERCICES	
Facilitateurs (+)	Barrières (-)
Maîtrise technique	
<ul style="list-style-type: none"> 34. Simplicité des exercices 	<ul style="list-style-type: none"> 65. Nombre élevé d'exercices 27. Oubli des consignes
Contenu des exercices (type d'AP, modalités, etc.)	
<ul style="list-style-type: none"> 43. Spécificité des programmes d'exercices 	
Caractéristiques des exercices (attractivité, spécificité, etc.)	
<ul style="list-style-type: none"> 24a. AP plaisir 24b. AP devoir 23. Attractivité des programmes d'exercices 	

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES	
Facilitateurs (+)	Barrières (-)
Santé physique	
Facilitateur (+)	Barrière (-) 1
<ul style="list-style-type: none"> 41. Perception de la posture 53. Force 55. Effet des exercices sur le bien-être 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Douleur impacte le bien-être 12. Fatigue 9. Comorbidités
Etat d'esprit et émotions	
<ul style="list-style-type: none"> 71. Volonté 	<ul style="list-style-type: none"> 6. Découragement 7. Déprime 8. Anxiété 22. Peur

RESSOURCES HUMAINES ET SOCIALES	
Facilitateurs (+)	Barrières (-)
Professionnels de santé	
<ul style="list-style-type: none"> 36. Conseils et corrections 37. Relation patient-thérapeute 38. Suivi régulier 39. Supports techniques et technologiques 	<ul style="list-style-type: none"> 66. Transition difficile entre supervision et autonomie 72. Recommandations erronées 51. Menaces de conséquences sur la santé 69. Protection des données
Famille et proches	
<ul style="list-style-type: none"> 16. Soutien de l'entourage 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Effet de la douleur sur les relations familiales 54. Famille limite l'AP par peur de blessure
Groupes	
<ul style="list-style-type: none"> 15. AP en groupe 	

CARACTÉRISTIQUES ENVIRONNEMENTALES	
Facilitateurs (+)	Barrières (-)
Profession	
	<ul style="list-style-type: none"> 47. Peur de perdre son travail 50. Insatisfaction professionnelle
Modes et habitudes de vie	
<ul style="list-style-type: none"> 48. Effet du traitement sur les habitudes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> 63. Sédentarité
Organisation et logistique	
<ul style="list-style-type: none"> 17. Météo 45. Intégration des exercices dans une activité 46. Régularité et discipline 33. Infrastructure 	<ul style="list-style-type: none"> 17. Météo 25. Temps 26. Oubli de faire les exercices