

Connaissance et pratique de l'entretien motivationnel chez les physiothérapeutes traitant des lombalgies chroniques non-spécifiques. Une enquête par questionnaire.

CAROLINE MARTIN

Etudiante HES – Filière Physiothérapie

FLORENCE STEINER

Etudiante HES – Filière Physiothérapie

Directeur de travail de Bachelor : ETIENNE DAYER

TRAVAIL DE BACHELOR

Déposé à Loèche-les-Bains (VS-CH) le 5 juin 2020

En vue de l'obtention d'un

Bachelor of sciences HES-SO in Physiotherapy

Résumé et mots-clés (I)

Contexte : Les recommandations actuelles pour le traitement des lombalgies chroniques non-spécifiques (LCNSp) soutiennent une approche biopsychosociale, qui positionne le patient comme acteur de son rétablissement (*self-management*). L'entretien motivationnel (EM) est un outil de cette approche, car il permet aux patients de renforcer leur motivation intrinsèque afin d'adopter de nouveaux comportements.

Objectif : Nous souhaitons mettre en lumière les connaissances et l'aisance des physiothérapeutes en lien avec l'EM ainsi que les limites à son utilisation.

Méthode : Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès de physiothérapeutes suisses francophones traitant des patients souffrant de LCNSp.

Résultats : Nous avons analysé 100 retours de questionnaire. Les physiothérapeutes interrogés se sentent moins à l'aise pour diminuer les douleurs du patient, pour aborder les facteurs psychosociaux et ont montré une préférence pour les interventions visant la sphère biomécanique, lorsqu'il s'agit d'encourager le self-management.

La majorité des physiothérapeutes interrogés connaissent l'EM, mais ont de la difficulté à mobiliser les compétences « refléter » et « informer/conseiller ». 56 physiothérapeutes ont identifié des limites, liées au patient, au physiothérapeute lui-même, à la contrainte de temps et à la communication. Des corrélations positives moyennes ont été mises en évidence entre les années d'expérience et certains éléments propre à la prise en charge des LCNSp ou à la pratique de l'EM.

Conclusion : L'EM est un outil dans le traitement des LCNSp et les physiothérapeutes doivent pouvoir l'utiliser à bon escient en adoptant notamment une écoute réflexive. Les éléments constitutifs de l'EM pourraient être davantage enseignés et entraînés pratiquement, particulièrement lors de la formation de base.

Mots-clés : Lombalgies chroniques non-spécifiques, entretien motivationnel, questionnaire, physiothérapeutes, francophone

Zusammenfassung und Stichwörter (II)

Einleitung: Aktuelle Empfehlungen zur Behandlung von chronischen unspezifischen Rückenschmerzen befürworten einen biopsychosozialen Ansatz, der den Patienten als Akteur in seiner eigenen Genesung einordnet (*self-management*). Die Motivierende Gesprächsführung (MG) ist Teil dieses Ansatzes, indem sie dem Patienten mithilfe intrinsischer Motivation zu einer neuen Verhaltensweise verhilft.

Ziel: Wir möchten das Wissen und die Gewandtheit der Physiotherapeuten in Bezug auf die MG und dessen Grenzen bezüglich der Anwendung aufzeigen.

Methode: Es wurde unter französischsprachigen Schweizer Physiotherapeuten, welche Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen behandeln, eine Fragebogenerhebung durchgeführt.

Resultate: Wir analysierten 100 ausgefüllte Fragebogen. Die befragten Physiotherapeuten fühlten sich weniger wohl die Schmerzen des Patienten zu lindern und die psychosozialen Faktoren anzusprechen. Sie bevorzugten Interventionen, die auf den biomechanischen Aspekt abzielen, um das Selbstmanagement zu fördern. Die meisten befragten Physiotherapeuten waren mit der MG vertraut, hatten aber Schwierigkeiten, die Fähigkeiten des „Reflektierens“ und der Information/Beratung“ einzusetzen. 56 Physiotherapeuten stellten Einschränkungen, im Zusammenhang mit dem Patienten, dem Physiotherapeuten selbst, Zeitbeschränkung und Kommunikation fest. Es wurden positive Korrelationen zwischen jahrelanger Erfahrung und einzelnen Bestandteilen der Behandlung für chronische unspezifische Rückenschmerzen und MG gefunden.

Schlussfolgerung: Die MG ist eine Behandlungsmassnahme bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Die Physiotherapeuten müssen in der Lage sein, sie sinnvoll einzusetzen, indem sie unter anderem reflexives Zuhören anwenden. Die MG Komponenten könnten vor allem in der Grundausbildung mehr unterrichtet und geübt werden.

Schlüsselwörter: Unspezifische chronische Rückenschmerzen, Motivierende Gesprächsführung, Fragebogen, Physiotherapeuten, französischsprachig

Avertissement

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

L'usage du masculin englobe le féminin.

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

Loèche-les-Bains, le 5 juin 2020

Caroline Martin

Florence Steiner

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement :

Monsieur Etienne Dayer, maître d'enseignement HES et Directeur de notre Travail de Bachelor pour ses nombreux conseils et son patient soutien.

Monsieur Guillaume Christe et Madame Mélissa Lager pour leur œil d'expert et l'aide apportée à l'élaboration de notre questionnaire.

Madame Joëlle Steiner pour ses relectures pointilleuses et ses conseils de rédaction.

Madame Brigitte Steiner pour ses talents de dessinatrice et son savoir-faire dans la réalisation graphique de notre poster.

Madame Lucie Steiner pour ses connaissances informatiques et son aide dans la mise en page de nos annexes.

Madame Aline Pillonel pour la relecture et amélioration de la version allemande de notre résumé.

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1 Contexte général et épidémiologique	1
1.2 Classification et traitement de la lombalgie	2
1.3 Evolution vers la chronicité.....	3
1.4 <i>Self-management</i> et changement de comportement	5
1.5 Entretien motivationnel	5
1.5.1 Fondements ou esprit de l'EM	6
1.5.2 Processus et compétences de l'EM	7
1.5.3 Fonctionnement de l'EM.....	8
1.6 Problématique.....	9
1.6.1 Question de recherche et hypothèses	9
 2. Méthode	 11
2.1 Design d'étude et population ciblée	11
2.2 Elaboration du questionnaire	11
2.3 Contenu du questionnaire	11
2.4 Diffusion du questionnaire	12
2.5 Analyse des résultats	12
 3. Résultats.....	 13
3.1 Description de l'échantillon	13
3.2 Prise en charge des LCNSp selon le modèle biopsychosocial	15
3.3 Connaissances de l'entretien motivationnel	17
3.4 Lien avec l'expérience.....	19
3.5 Limites à la pratique de l'entretien motivationnel.....	20
 4. Discussion	 22
4.1 Prise en charge des LCNSp	22
4.2 L'EM en physiothérapie	23
4.3 Limites à la pratique de l'EM.....	24
4.3.1 Limites liées au patient.....	24
4.3.2 Limites liées au physiothérapeute	25
4.3.3 Limites liées à la contrainte de temps	27
4.3.4 Limites liées à la communication.....	29

4.4	Biais.....	29
4.5	Forces et faiblesses	29
4.5.1	Forces	29
4.5.2	Faiblesses	30
4.6	Implication pour la pratique	31
4.7	Pistes futures.....	31
5.	Conclusion	33
6.	Références bibliographiques	I
7.	Liste des illustrations	V
8.	Liste des tableaux.....	V
9.	Annexes	VI

1. Introduction

Le traitement des lombalgies chroniques non-spécifiques (LCNSp) est un sujet épineux et actuel en physiothérapie. Nous avons pu en faire le constat, tout d'abord durant nos formations pratiques, puis en recherchant dans la littérature scientifique. L'application du modèle biopsychosocial est une notion qui, même en fin de cursus, nous semble encore complexe et suscite notre intérêt. Nous avons souhaité développer la thématique de la communication autour du changement de comportement et orienté notre travail sur l'entretien motivationnel (EM) dans la prise en charge des LCNSp.

Nous commencerons par remettre les LCNSp dans leur contexte épidémiologique. Nous apporterons ensuite une définition approfondie de ce qu'est l'EM, avant d'exposer la problématique centrale et la question de recherche de notre travail.

1.1 Contexte général et épidémiologique

La lombalgie est considérée comme la cause principale d'années vécues avec une incapacité (*years lived in disability (YLDs)*), dont le chiffre a augmenté de 54% entre 1990 et 2015 (Buchbinder et al., 2018; Vos et al., 2017). La lombalgie affecte en majorité les individus âgés de 40 à 80 ans. Le nombre de cas tendra donc à augmenter ces prochaines décennies en raison de la population croissante et vieillissante (Hoy et al., 2012). En 2017, 56.7% des Suisses interrogés par l'Office Fédéral de la Statistique (2018) rapportaient des douleurs légères ou aiguës au dos ou aux reins au cours des quatre dernières semaines précédant le sondage. Le problème de la récurrence peut aussi être soulevé. En effet, Da Silva et al. (2017) estiment que 33% des personnes récidiveront dans l'année suivant un épisode douloureux.

Concernant l'économie européenne, les lombalgies sont la principale cause d'arrêt de travail certifié et de retraite anticipée (Bevan et al., 2009). Même s'il est difficile d'établir des chiffres sur les dépenses totales qu'entraînent les lombalgies, on peut néanmoins les diviser en coûts directs (issus des soins médicaux) et indirects (issus de l'absentéisme au travail ou de la baisse de productivité) (Hartvigsen et al., 2018). En Suisse, une enquête a estimé les coûts directs à 2.6 milliards d'euros et les coûts indirects entre 4.8 et 6.6 milliards d'euros selon la méthode de calcul utilisée (Wieser et al., 2011).

Pour toutes ces raisons, la lombalgie représente une importante préoccupation du système de santé.

1.2 Classification et traitement de la lombalgie

La lombalgie est définie comme une douleur située entre le bord inférieur de la dernière côte et le pli fessier (Dionne et al., 2008). Selon Hartvigsen et al. (2018), elle doit être considérée comme un symptôme plutôt que comme une maladie à proprement parler, car elle peut être expliquée par différentes causes. Afin d'identifier le type de lombalgie auquel est confronté le patient, les professionnels de la santé procèdent à une classification. Les pathologies non-spinales sont d'abord exclues, puis on distingue les pathologies spécifiques sévères comme la fracture vertébrale, la spondylarthrite, la tumeur, l'infection, et le syndrome de la queue de cheval, identifiables par des signaux d'alerte (*red flags*). Les lombalgies spécifiques comprennent également les symptômes radiculaires faisant référence à une atteinte structurelle neurologique (Bardin, King, & Maher, 2017).

Une fois ces cas de figure exclus, le diagnostic de lombalgie non-spécifique peut être posé. Cela représente le 90%-95% des cas de lombalgies (Bardin et al., 2017; Koes, van Tulder, & Thomas, 2006). Dans ce cas-ci, bien que des structures sensibles à la douleur puissent être mises en cause, il n'existe actuellement pas de moyen d'établir un lien définitif avec la douleur du patient (Bardin et al., 2017). L'imagerie médicale est d'ailleurs déconseillée chez ces patients et devrait être réservée aux lombalgies spécifiques, lorsque des signaux d'alerte ou une atteinte radiculaire ont pu être identifiés. En effet, les dégénérescences visibles par imagerie peuvent aussi se retrouver chez des patients asymptomatiques (Brinjikji et al., 2015; McCullough, Johnson, Martin, & Jarvik, 2012) et n'expliquent donc pas forcément les douleurs du patient.

En ce qui concerne le traitement de ces LCNSp, les dernières recommandations sont en faveur d'une prise en charge conservatrice et le recours à la chirurgie ou aux injections de stéroïdes ne devrait avoir lieu qu'en cas de persistance des symptômes. L'activité physique et les conseils à l'intention du patient afin qu'il reste actif sont également préconisés (Oliveira et al., 2018). De manière générale, les recommandations vont dans le sens d'une prise en charge basée sur le *self-management* (autogestion) par le patient (Foster et al., 2018; Meroni et al., 2019). De plus, les techniques de thérapie manuelle ou encore d'autres techniques passives (acupuncture, ultrasons, ...), peuvent être un ajout intéressant, même si les preuves de leur efficacité varient selon les sources (Oliveira et al., 2018).

En lien avec ces recommandations, un élément revient régulièrement dans la littérature ; il s'agit de la difficulté persistante des professionnels de la santé à les appliquer en pratique (Foster et al., 2018; Meroni et al., 2019; Wong et al., 2017; Zadro, O'Keeffe, & Maher, 2019). Selon Buchbinder et al. (2018), le défi mondial actuel consiste en effet à « prévenir l'utilisation de pratiques nocives ou inutiles tout en garantissant un accès équitable à des soins de santé efficaces et abordables pour ceux qui en ont besoin ».

1.3 Evolution vers la chronicité

La majorité des cas de lombalgies non-spécifiques suivent une évolution favorable et l'on peut espérer une amélioration dans les six à douze semaines suivant l'apparition des symptômes (Spechbach & Genevay, 2017). Cependant, on assiste à une chronicisation des douleurs dans 7.5%-10% des cas selon les sources (Klenerman et al., 1995; Spechbach & Genevay, 2017). La chronicité est définie par la durée de persistance des symptômes ; les dernières recommandations s'accordent pour une durée supérieure ou égale à douze semaines (Oliveira et al., 2018).

Les conséquences de ces tableaux chroniques sont lourdes, tant au niveau global et économique qu'au niveau individuel. En effet, si les personnes atteintes de douleurs chroniques ne représentent qu'une minorité des patients atteints de lombalgies non-spécifiques, leur condition est à l'origine de 75% des coûts indirects (Spechbach & Genevay, 2017). Cela s'explique notamment par l'absence prolongée au travail. On estime en effet que, sur toutes les personnes n'ayant pas repris le travail après six mois d'arrêt, seulement 50% d'entre elles y retourneront. Ce taux s'alourdit à 90% si l'arrêt de travail dure plus de deux ans (Spechbach & Genevay, 2017). Sur le plan personnel, Bunzli et al. (2013) décrivent l'impact que ces douleurs peuvent avoir sur un individu en utilisant le terme de « suspension », en ce qui concerne le « bien-être global », « la représentation de soi » et les « projections dans le futur ».

Les facteurs de risque de passage à la chronicité sont appelés *yellow flags*. Ils peuvent être de nature pathoanatomique (en lien avec la nature de la douleur), psychologique (facteurs cognitifs ou émotionnels) ou sociale (contexte socio-économique, hygiène de vie) (O'Sullivan et al., 2018).

Ces facteurs peuvent être identifiés à l'aide d'outils reconnus tels que l'Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (OMPQ) (Linton & Boersma, 2003), le STarT-Back Screening Tool (Hill et al., 2008) ou encore le Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

(FABQ) (Waddell, Newton, Henderson, Somerville, & Main, 1993) pour n'en citer que quelques-uns.

Voici un exemple théorique de l'influence de facteurs cognitifs et émotionnels sur l'évolution de la douleur. Le modèle d'appréhension-évitement (*fear avoidance model*)

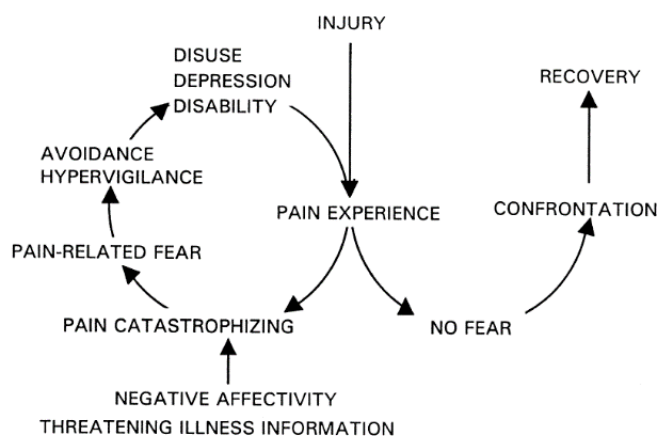


Figure 1: Fear-Avoidance Model, J. W. Vlaeyen & Linton, 2000

de Vlaeyen & Linton (2000), met en lien les croyances au sujet de la douleur et leurs rôles soutenant la peur et l'évitement (Crombez, 2012). Si la douleur initiale est interprétée comme menaçante, la peur de la douleur se développe (*pain catastrophizing*). Les processus d'attention sont alors affectés (hypervigilance face aux sensations corporelles), menant à des comportements d'évitement. S'ils durent dans le temps, ces comportements peuvent mener à l'invalidité fonctionnelle, de l'inutilisation de la structure douloureuse et finalement, à la dépression. Avec le temps, la peur de la douleur entraîne un déconditionnement, une réduction de la tolérance à la douleur. Au contraire, les patients ne présentant pas de peur de la douleur et rapidement confrontés aux activités de la vie quotidienne, parviennent à guérir plus rapidement (Linton & Shaw, 2011).

En considérant l'évolution de la douleur sous cet angle, les facteurs psychosociaux jouent un rôle non négligeable dans l'évolution vers la chronicité. Ils sont néanmoins difficiles à appréhender en pratique et les physiothérapeutes peuvent se sentir démunis ou avoir une préférence pour le traitement des aspects biomécaniques (Synnott et al., 2015).

Les LCNSp doivent être considérées de manière multidimensionnelle en prenant en compte tous les facteurs influant les mécanismes de la douleur. Cette approche holistique rejoint le modèle biopsychosocial, décrit par le psychiatre L. Engel (1980) et est relayée par l'Organisation Mondiale de la Santé (1985) qui décrit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

1.4 *Self-management* et changement de comportement

Par définition, le *self-management* fait référence à « la capacité de l'individu à gérer les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et psychosociales et les changements de comportement inhérents à la vie avec une maladie chronique » (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002).

Le changement de comportement est basé sur la motivation, elle-même influencée par deux facteurs : d'une part l'importance que le patient attache au changement et d'autre part la croyance du patient en sa propre capacité à changer (Jensen, Nielson, & Kerns, 2003). Ce deuxième élément fait référence au concept d'auto-efficacité (*self-efficacy*), défini par le psychologue Albert Bandura (1977). En effet, il suggère que le niveau d'auto-efficacité détermine si un comportement va être initié, quels efforts seront fournis et dans quelle mesure ils pourront être maintenus dans le temps face aux difficultés.

Dans leur revue de la littérature, Jensen et al. (2003) proposent une synthèse de différents modèles théoriques et outils pratiques visant à favoriser le *self-management*. Le modèle qui en découle (le *Motivational Model of Patient Self-Management*) développe des implications intéressantes pour la pratique. En effet, il est reconnu que les thérapeutes peuvent avoir un impact direct sur la connaissance, les croyances et la motivation du patient en fonction de leurs interactions avec eux. Ils peuvent également augmenter la perception de l'importance du *self-management*. Les auteurs estiment que les thérapeutes peuvent mieux encourager le patient à s'engager dans le traitement, à y adhérer et à maintenir les bénéfices après la thérapie (Jensen et al., 2003). Il est donc essentiel de savoir comment aborder le changement avec le patient. L'entretien motivationnel étant un outil adapté, nous avons choisi de le développer dans notre travail.

1.5 Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est défini par ses auteurs comme « un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement ». La pratique de l'EM vise à conduire les conversations de manière à ce que les personnes puissent évoquer un changement pour elles-mêmes, en se fondant sur leurs propres valeurs et leurs propres intérêts (Miller & Rollnick, 2013). Le concept d'entretien motivationnel a été introduit par le psychologue William R. Miller, dans les années 80 et sera publié en collaboration avec Stephen Rollnick, professeur en psychologie, en 1991 sous le nom d'entretien motivationnel. À ce moment, cet outil de communication est dédié à favoriser le changement face aux comportements addictifs. En

2012 une édition actualisée fait son apparition, cette fois-ci plus globale, abordant le sujet du changement de comportement chez les individus en général.

1.5.1 Fondements ou esprit de l'EM

En tant que professionnels de la santé, nous sommes entraînés à repérer ce qui « ne va pas » chez un patient et à identifier et citer les actions nécessaires pour améliorer sa situation. Cette attitude est qualifiée de « réflexe correcteur » par les auteurs de l'EM. Si ce style directif peut être tout à fait adapté dans de nombreux contextes, il s'avère être inefficace quand l'objet de la demande est le changement de comportement (Miller & Rollnick, 2013).

L'ambivalence quant à elle, définit l'état de dilemme dans lequel peut se retrouver une personne face à un changement de comportement, considérant « à la fois des raisons de changer et des raisons de ne pas le faire » (Miller & Rollnick, 2013). Les auteurs définissent deux types de discours que l'on retrouve chez ces patients ambivalents : d'une part le « discours-changement » (les affirmations en faveur du changement), d'autre part le « discours-maintien » (les arguments de la personne pour ne pas changer).

L'esprit de l'EM, tel que décrit par ses auteurs, repose sur quatre piliers fondamentaux.

Tout d'abord, le **partenariat**, souligne l'importance d'une collaboration entre le thérapeute et son patient et non d'une relation « d'expert à bénéficiaire ».

Ensuite le principe de **non-jugement** permet de « reconnaître la valeur inconditionnelle de chaque être humain et son potentiel, son autonomie inaliénable qu'il convient de renforcer, manifester une empathie approfondie pour le point de vue de l'autre et valoriser ses capacités et ses efforts ».

Les personnes pratiquant l'EM, doivent aussi faire preuve d'**altruisme**, dans le sens de « donner la priorité aux besoins de l'autre ». L'EM est utilisé pour servir la personne qui est bloquée face à un changement à effectuer dans sa vie et ne devrait pas servir les intérêts propres de la personne qui guide la conversation.



Figure 2: Fondements de l'EM (Miller & Rollnick, 2013)

Finalement, si l'on considère que les personnes sont ambivalentes face un changement de comportement, cela veut dire qu'elles ont des doutes, des arguments contre le fait de changer mais aussi d'ores et déjà des arguments pour soutenir le changement. Ces arguments favorables doivent pouvoir être exprimés et renforcés durant l'entretien. C'est le principe de l'**évocation**, dernier pilier fondamental de l'esprit de l'EM.

Par ces fondements et procédés, l'EM s'assure une base d'alliance thérapeutique solide. La littérature scientifique souligne le rôle important de cette alliance thérapeutique dans les changements de comportement des patients (Butow & Sharpe, 2013; Harman, Macrae, Vallis, & Bassett, 2014).

1.5.2 Processus et compétences de l'EM

L'EM se déroule selon quatre processus qui se superposent. Afin d'imager ce déroulement, les auteurs ont choisi l'image d'un escalier, chaque phase servant de « socle » à la marche (phase) suivante, sans oublier qu'il est toujours possible (et parfois nécessaire), de « redescendre d'une marche » pour prendre du recul.

L'étape initiale est l'**engagement dans la relation**. Il s'agit d'un processus crucial, où se développent une alliance et un engagement thérapeutique, ici entre le soignant et le patient. Puis le discours est centré sur un sujet particulier, une direction précise, appelée **focalisation**, avant d'aborder la phase d'**évocation**, où l'objectif est de faire émerger les motivations propres du patient face au changement. Il est important ici d'éviter le réflexe correcteur de la part du thérapeute et de laisser le patient verbaliser lui-même ses arguments en faveur du changement. L'étape finale du processus est la **planification** et comprend littéralement un plan d'actions précises pour guider la personne dans sa façon d'engager le changement. Ce plan peut bien entendu être ensuite modulé selon l'évolution du patient.

Afin de guider le patient à travers ces processus, l'EM met en lumière des compétences de communication essentielles. Ainsi, le thérapeute doit veiller à :

- Utiliser des **questions ouvertes** afin d'inviter le patient à « réfléchir et à élaborer », ceci non dans un but d'uniquement recueillir de l'information, mais plutôt de renforcer la collaboration, maintenir une direction claire et faciliter l'évocation des motivations par le patient.

- **Valoriser**, de manière globale par l’ambiance respectueuse qui encadre l’EM et de manière spécifique en reconnaissant et en commentant les points forts du patient.
- Encourager le patient à évaluer et approfondir ce qu’il vient de dire, à l’aide de **reflets**. Les reflets peuvent reprendre les mots du patient (reflets simples), ou émettre une hypothèse (reflets complexes).
- Regrouper et **résumer** les dires du patient pour lui permettre de compléter, de se sentir compris et écouté et, en fonction de l’avancée de l’entretien, de faire la transition avec l’étape suivante.
- Demander l’accord du patient avant de l’**informer** et de le **conseiller**. Le thérapeute évalue ce qui est pertinent de dire ou non. Mais la décision finale de mettre en œuvre ou non la recommandation, revient au patient.

1.5.3 Fonctionnement de l’EM

On peut se demander par quels biais l’entretien motivationnel encourage et amène une personne à modifier un comportement. Dans leur étude, Magill et Hallgren (2019) détaillent trois hypothèses définies initialement par Arkowitz et al. (2008) quant au fonctionnement de l’EM.

Tout d’abord l’hypothèse *technique*, qui soutient que l’utilisation habile des compétences de l’EM facilite l’évocation des motivations du patient et permet de façonner son discours en direction d’un changement de comportement. Cette hypothèse est la mieux soutenue par la littérature.

La seconde hypothèse est dite *relationnelle* et avance que de travailler en accord avec les fondements (ou l’esprit) de l’EM encourage le changement de comportement quoi qu’il en soit, même sans l’utilisation stricte des compétences de l’EM.

Enfin, l’hypothèse de *résolution de conflit* lie le fait d’explorer l’ambivalence avec le patient et son engagement vers le changement de comportement. Cette hypothèse est moins soutenue par la littérature, ce qui est explicable par la grande difficulté de mesurer objectivement la notion d’ambivalence (Magill & Hallgren, 2019).

Les auteurs en concluent qu’en dépit de pouvoir prouver chaque hypothèse séparément, il y a un intérêt certain à combiner tous les éléments : les compétences de l’EM, le discours autour de l’ambivalence et l’esprit ou les fondements de l’EM.

1.6 Problématique

Les recommandations actuelles pour le traitement des LCNSp sont encore trop peu suivies en pratique par les physiothérapeutes (Foster et al., 2018; Meroni et al., 2019; Wong et al., 2017; Zadro et al., 2019). Elles soulignent, entre autres, l'importance du *self-management* et la prise en considération des facteurs psychosociaux (Meroni et al., 2019). Or, certains physiothérapeutes estiment que cela n'entre pas dans leur rôle (Gardner et al., 2017), éprouvent des difficultés à aborder les aspects psychosociaux, voire stigmatisent l'attitude des patients face à leurs douleurs chroniques (Synnott et al., 2015).

Le *self-management* peut être amélioré grâce à différents types d'interventions qui visent à renforcer la motivation intrinsèque du patient à changer de comportement. L'entretien motivationnel en fait partie, puisqu'il s'agit d'une méthode de communication destinée à stimuler l'émergence de la motivation d'une personne pour la rendre active dans son processus de changement.

Nous avons souhaité faire le lien entre l'EM et le traitement des LCNSp par les physiothérapeutes et comprendre dans quelle mesure cette pratique est intégrée ou à l'inverse, limitée.

1.6.1 Question de recherche et hypothèses

De ces réflexions découle notre question de recherche :

L'entretien motivationnel est-il connu des physiothérapeutes suisses francophones traitant des lombalgies chroniques non-spécifiques et quelles sont les limites évoquées par les physiothérapeutes à son utilisation ?

Nous avons tout d'abord souhaité établir un lien entre notre population cible et les éléments retrouvés dans la littérature. Pour cela, nous avons formulé deux premières hypothèses :

- I. Lorsqu'il s'agit d'encourager le *self-management* du patient, les physiothérapeutes suisses francophones ont une préférence pour l'approche biomécanique.
- II. Les physiothérapeutes suisses francophones sont en revanche moins à l'aise pour aborder les aspects psychosociaux des patients souffrant de LCNSp.

Puis nous avons élaboré trois hypothèses supplémentaires, dans le but de répondre à notre question de recherche :

- III. Les physiothérapeutes suisses francophones ont des difficultés à définir précisément les éléments qui constituent l'EM.
- IV. La fréquence à laquelle les physiothérapeutes traitent des LCNSp et le nombre d'années d'expérience professionnelle influencent l'aisance à définir et à pratiquer l'EM.
- V. Les physiothérapeutes suisses francophones sont limités dans leur utilisation de l'EM par le temps à disposition, le manque de formation, ou parce qu'ils pensent que cela sort de leurs compétences.

2. Méthode

2.1 Design d'étude et population ciblée

Nous avons réalisé une enquête par questionnaire en établissant des critères d'inclusion et d'exclusion pour définir notre population cible. Dans ce sens, tous les physiothérapeutes diplômés, francophones (ou avec de bonnes connaissances du français) exerçant en Suisse et traitant (même rarement) des personnes souffrant de LCNSp ont pu participer au sondage. Les personnes ne traitant jamais de patients souffrant de LCNSp et les celles n'ayant répondu que partiellement au questionnaire ont été exclues.

2.2 Elaboration du questionnaire

Nous avons conçu notre propre questionnaire, car il n'existait pas de support préexistant pour répondre à notre question de recherche. Nous avons reçu le soutien de deux experts physiothérapeutes pour le choix des questions, ainsi que de collègues étudiants ou professeurs pour la relecture et la compréhension générale du questionnaire. L'évolution détaillée du questionnaire est disponible en [Annexe I].

Nous avons retranscrit notre questionnaire sur le logiciel en ligne LimeSurvey 2.00. Toutes les questions étaient obligatoires et les physiothérapeutes ne pouvaient pas revenir en arrière, afin d'avoir des résultats plus authentiques. Toutes les données issues du questionnaire ont été traitées de manière anonyme.

2.3 Contenu du questionnaire

Notre questionnaire [Annexe II] se décline en trois parties.

La première partie contient des questions d'ordre général sur la formation et l'expérience des physiothérapeutes et nous permet de décrire notre échantillon. La seconde partie interroge les physiothérapeutes sur la manière dont ils prennent en charge les LCNSp, en lien avec les recommandations actuelles (réponse sous forme d'une échelle de Likert, allant de « pas du tout d'accord » à « totalement d'accord »). Cette partie comprend aussi une question ouverte : « que mettez-vous en place afin de rendre vos patients acteurs de leur prise en charge ? » Pour la suite du travail, nous allons renommer cette question ainsi : stratégies favorisant le *self-management*. Enfin, la troisième partie se concentre sur les connaissances des physiothérapeutes de l'entretien motivationnel, les compétences qu'il implique et les limites à son utilisation. Cette partie est articulée sous forme de questions ouvertes et d'évaluations à l'aide d'une échelle de Likert.

2.4 Diffusion du questionnaire

Nous avons diffusé notre questionnaire du 17 février au 20 mars 2020 auprès de physiothérapeutes suisses francophones en nous adressant aux présidents de l'association Physioswiss des cantons romands, aux physiothérapeutes chefs des grandes institutions romandes ou bilingues et à des contacts privés. Après deux relances auprès de nos contacts, nous avons clôturé le questionnaire en ligne dans le but d'en analyser les résultats.

2.5 Analyse des résultats

Les statistiques descriptives relatives aux données quantitatives et qualitatives ordinales ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel. Nous avons mis en lien certains éléments du questionnaire, à l'aide du test du rho de Spearman qui permet d'obtenir des coefficients de corrélation pour des données non paramétriques. Ces valeurs ont été complétées par un calcul de valeur-p. Ces calculs ont été réalisés à l'aide des logiciels RStudio et SPSS.

Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées à l'aide du logiciel Nvivo 12 Plus. Nous les avons classées et regroupées manuellement par « nœuds », c'est-à-dire par catégories, en fonction des thématiques les plus fréquentes. Les schémas ont été élaborés à l'aide du logiciel PowerPoint.

Le contenu de la question ouverte sur les définitions des compétences de l'EM, a été évalué de manière subjective, en comparaison avec la définition des auteurs de l'EM William Miller et Stephen Rollnick (2013). Nous avons ainsi voulu faire ressortir les définitions radicalement différentes, les définitions en certains points similaires ou incomplètes et les définitions se rapprochant le plus de la définition des auteurs. Ceci non dans un but de juger la qualité des définitions, mais bien de mettre en lumière la compréhension que les physiothérapeutes ont de ces compétences. Nous avons d'abord réalisé ce tri séparément, puis nous nous sommes accordées sur les réponses que nous avions classées différemment.

3. Résultats

3.1 Description de l'échantillon

À la clôture de notre enquête, 161 questionnaires nous ont été retournés. Le schéma ci-dessous représente les différentes étapes de sélection qui nous ont menées à notre échantillon final.

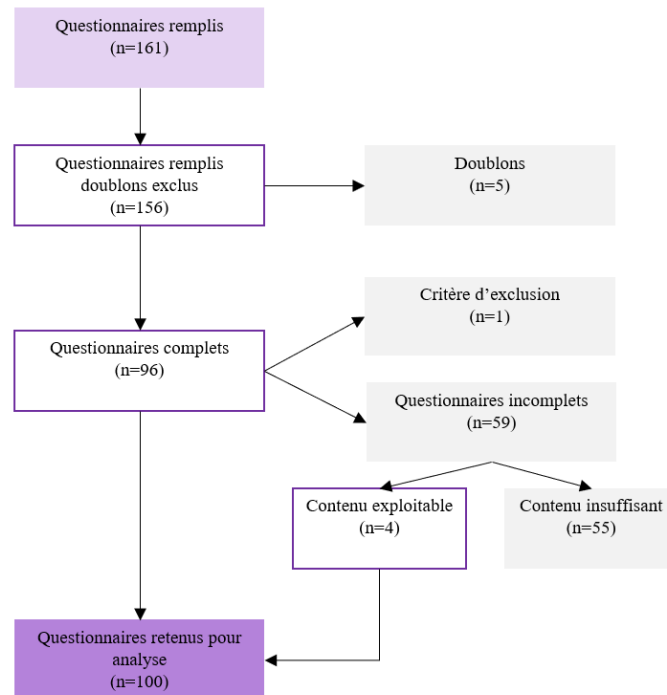


Figure 3: Tri et sélection des questionnaires

Après avoir exclu les questionnaires remplis à double par certains participants (n=5), nous avons évalué le contenu des questionnaires incomplets (n=59). Nous avons décidé de conserver les questionnaires des personnes ayant répondu au maximum d'éléments, c'est-à-dire ceux dont la troisième partie a été débutée, en répondant aux définitions des compétences de l'EM. Nous avons également inclus le questionnaire d'une personne ayant omis de ne répondre qu'à une seule question (question ouverte concernant le *self-management*). Un seul questionnaire présentait un critère d'exclusion. En effet, le physiothérapeute affirmait ne jamais avoir à traiter des personnes souffrant de LCNSp.

Le Tableau 1 ci-dessous récapitule les caractéristiques des participants du questionnaire. Nous avons fait le choix de ne pas analyser les données relatives au lieu de formation et au taux d'activité.

Description des physiothérapeutes interrogés

Lieu de travail	N=119*
Cabinet de physiothérapie / interdisciplinaire	74
Hôpital	16
Clinique de réhabilitation	15
Soins à domicile	11
Autres	3
<i>*Certains physiothérapeutes exercent dans différentes institutions</i>	
Années d'expérience	N=100
1 à 5	43
6 à 10	16
11 à 20	19
21 à 30	12
> 30	10
Médiane	7
Fréquence de traitement de patients LCNSp	N=100
Occasionnellement (< 25% des patients)	25
Régulièrement (25% des patients)	55
Très régulièrement (50% des patients)	17
Majoritairement (75-100% des patients)	3

Tableau 1: Description des physiothérapeutes interrogés

Notre échantillon est principalement constitué de physiothérapeutes récemment diplômés (une à cinq années d'expérience (n=43)), travaillant en cabinet de physiothérapie ou cabinet interdisciplinaire (n=74) et traitant régulièrement des patients souffrant de LCNSp (n=55).

3.2 Prise en charge des LCNSp selon le modèle biopsychosocial

Concernant la deuxième partie de notre questionnaire, sur la prise en charge des LCNSp selon le modèle biopsychosocial, nous avons représenté en Figure 4 ci-dessous les retours des physiothérapeutes interrogés.

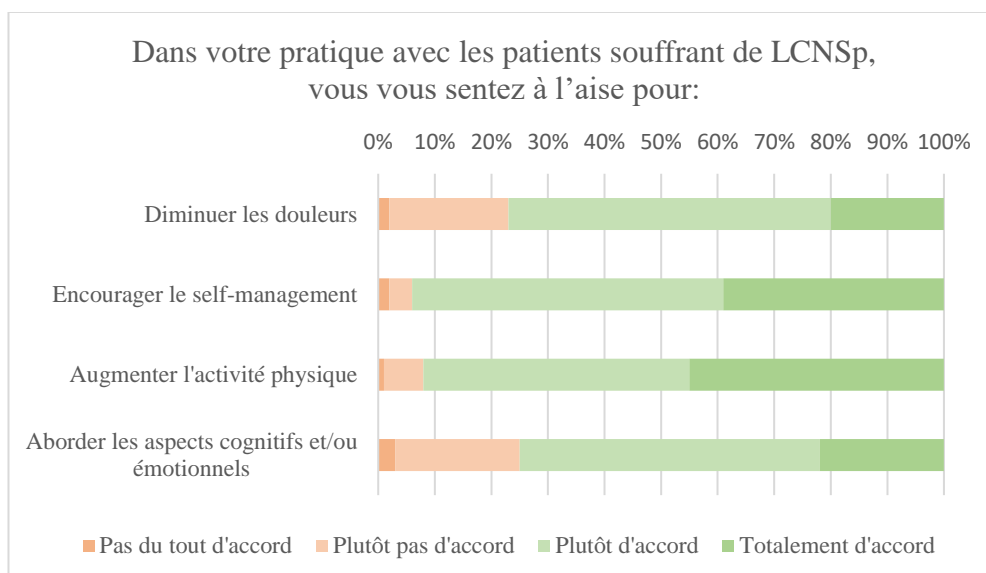


Figure 4: Prise en charge des LCNSp par les physiothérapeutes interrogés

De manière générale la majorité des physiothérapeutes ont répondu positivement à l'énoncé. Les compétences où les physiothérapeutes interrogés se sentent le plus à l'aise sont « augmenter l'activité physique » (« totalement d'accord » = 45, « plutôt d'accord » = 47) et « encourager le *self-management* » (« totalement d'accord » = 39, « plutôt d'accord » = 55).

Pour ce qui est de « diminuer les douleurs », les physiothérapeutes étaient moins en accord avec l'énoncé (« plutôt pas d'accord » = 21, « pas du tout d'accord » = 2). On observe le même résultat pour « aborder les aspects cognitifs et/ou émotionnels », avec un nombre plus élevé de réponses négatives (« plutôt pas d'accord » = 22, « pas du tout d'accord » = 3).

La Figure 5 qui suit résume les résultats de la question ouverte sur les stratégies favorisant le *self-management*.

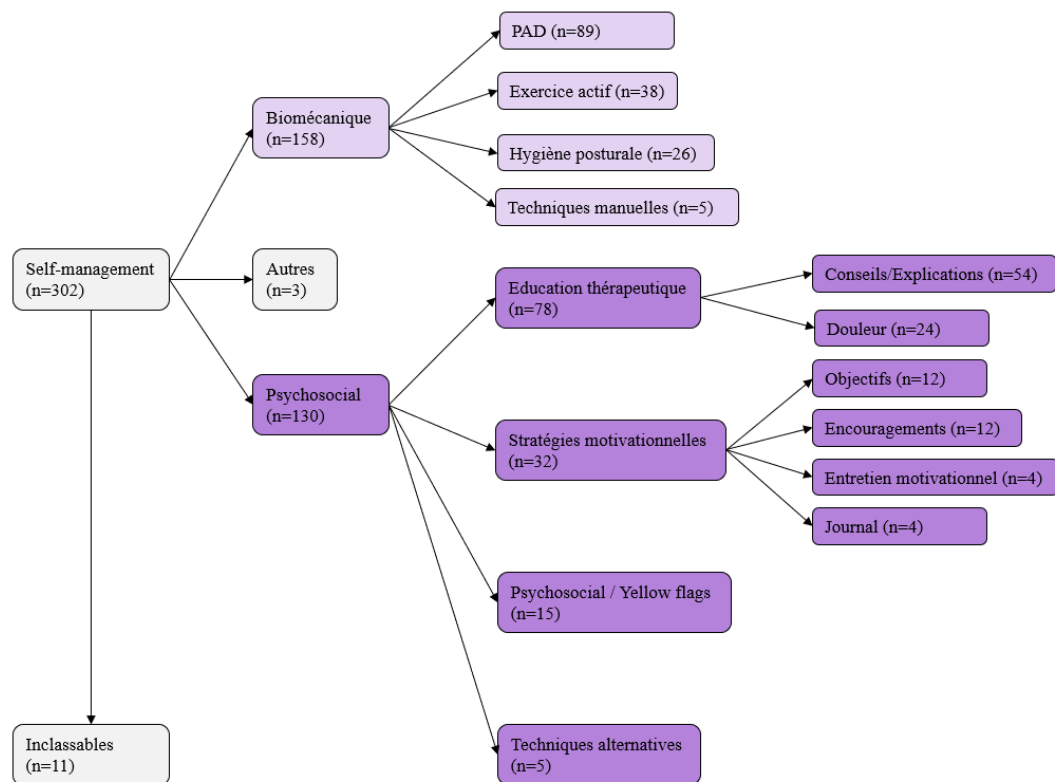


Figure 5: Stratégies favorisant le self-management, évoquées par les physiothérapeutes interrogés

Pour rappel, les physiothérapeutes interrogés devaient citer trois éléments au minimum, qu'ils utilisent pour rendre le patient acteur de sa prise en charge. Pour faciliter le traitement de ces données, nous les avons regroupées en deux catégories : l'aspect biomécanique et l'aspect psychosocial. Ainsi, nous avons pu observer un total de réponses liées à l'aspect biomécanique légèrement plus élevé (n=158) par rapport à l'aspect psychosocial (n=130).

La catégorie de l'aspect biomécanique regroupe les indications pour un programme à domicile (n=89), des exercices actifs durant la séance (n=38), l'hygiène posturale (n=26) ou des techniques manuelles passives (n=5). L'aspect psychosocial lui, comprend l'éducation thérapeutique (n=78) ; certains physiothérapeutes donnent des conseils ou des explications notamment sur le traitement, l'hygiène de vie, les activités ou l'importance du mouvement (n=54) alors que d'autres mettent un accent particulier sur les douleurs et leur origine (n=24). Aborder les facteurs psychosociaux et les *yellow flags* (n=15) semble également avoir une place dans la prise en charge de ces patients. D'autres techniques comme l'hypnose, la programmation neuro-linguistique (PNL) ou la relaxation restent des alternatives moins utilisées (n=5). Finalement, notre analyse met en évidence certaines stratégies motivationnelles (n=32) parmi lesquelles figurent : l'élaboration

d'objectifs (n=12), les encouragements (n=12), le journal d'activités (n=4), et également l'entretien motivationnel (n=4).

Dans la catégorie « autres », nous avons ajouté les trois réponses concernant la planification des séances, notamment en augmentant ou réduisant son nombre (n=3). Certaines propositions ont été difficiles à classer et afin d'éviter un biais d'interprétation, nous avons ajouté ces éléments à la catégorie « inclassable » (n=11).

3.3 Connaissances de l'entretien motivationnel

Le Tableau 2 ci-dessous présente la synthèse des réponses aux questions sur la connaissance et l'intérêt porté à l'EM par les physiothérapeutes interrogés.

Connaissances de l'entretien motivationnel par les physiothérapeutes interrogés	
Déjà entendu parler de l'EM	
N=100	
Oui	68
Non	32
Origine	
N=112	
Formation de base en physiothérapie	42
Formation continue/postgrade	23
Conférence/colloque au sein de l'institution	13
Bouche à oreille	12
Recherches personnelles	21
Autres	1
Intérêt pour l'EM	
N=100	
Je souhaite uniquement me documenter de manière autonome (lectures, recherches)	67
Je souhaite me former à l'EM (formation postgrade)	22
Je suis déjà formé/je ne souhaite pas me former davantage	5
Je n'ai pas d'intérêt pour l'EM	4
Indentification de limites à la pratique de l'EM	
N=97	
Oui	56
Non	41

Tableau 2: Connaissances de l'EM

La majorité des physiothérapeutes interrogés connaissent l'EM, principalement par le biais de la formation de base (n=42), de formations postgrades (n=23) ou de recherches personnelles (n=21). Concernant leur intérêt, la majorité des physiothérapeutes interrogés souhaitent se documenter de façon autonome (n=67) et une plus faible proportion est intéressée par une formation postgrade (n=22).

La Figure 6 ci-dessous résume l'évaluation subjective des définitions données par les physiothérapeutes interrogés aux compétences de l'EM. Comme décrit dans la méthode, leurs réponses ont été classées dans trois catégories, selon le niveau de ressemblance avec la définition donnée par les auteurs de l'EM. La classification des réponses à cette question est précisée en [Annexe III].

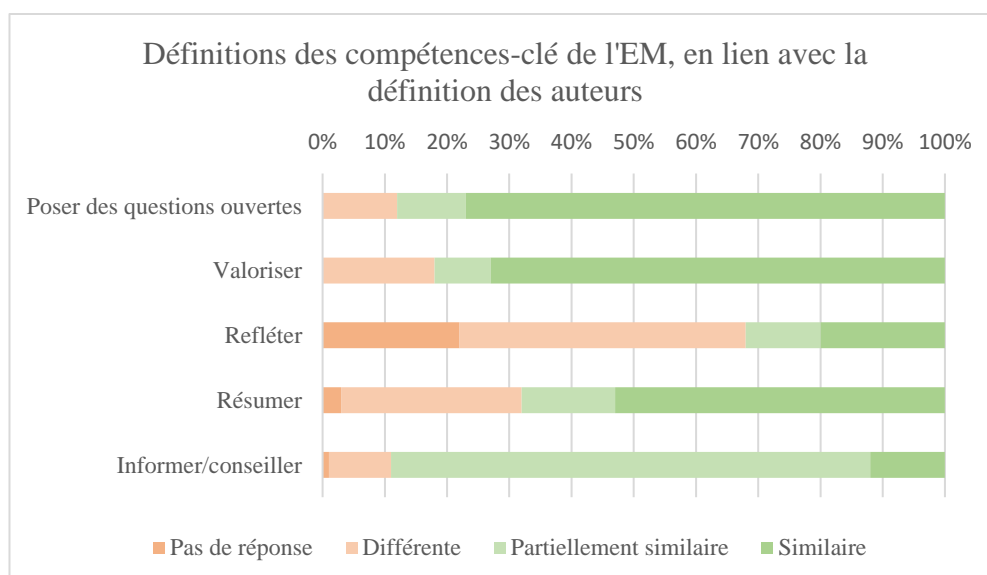


Figure 6: Définitions des compétences de l'EM par les physiothérapeutes interrogés

Les définitions des compétences « poser des questions ouvertes » et « valoriser » ont été évaluées similaires à la définition des auteurs dans la majeure partie des cas (respectivement n = 77 et n = 73). La compétence « refléter » est celle qui réunit le plus grand nombre de « aucune réponse » (n = 22) ainsi que des réponses radicalement différentes de la définition des auteurs (n = 46). Pour ce qui est de « informer/conseiller », la majorité (n = 77) des définitions ont été classées « partiellement similaires », notamment en raison de l'absence d'un élément-clé pour ce cinquième élément de l'EM, soit celui de demander l'autorisation du patient avant de lui donner des informations complémentaires.

La Figure 7 illustre le ressenti des physiothérapeutes interrogés vis-à-vis de ces mêmes cinq compétences-clé de l'EM.

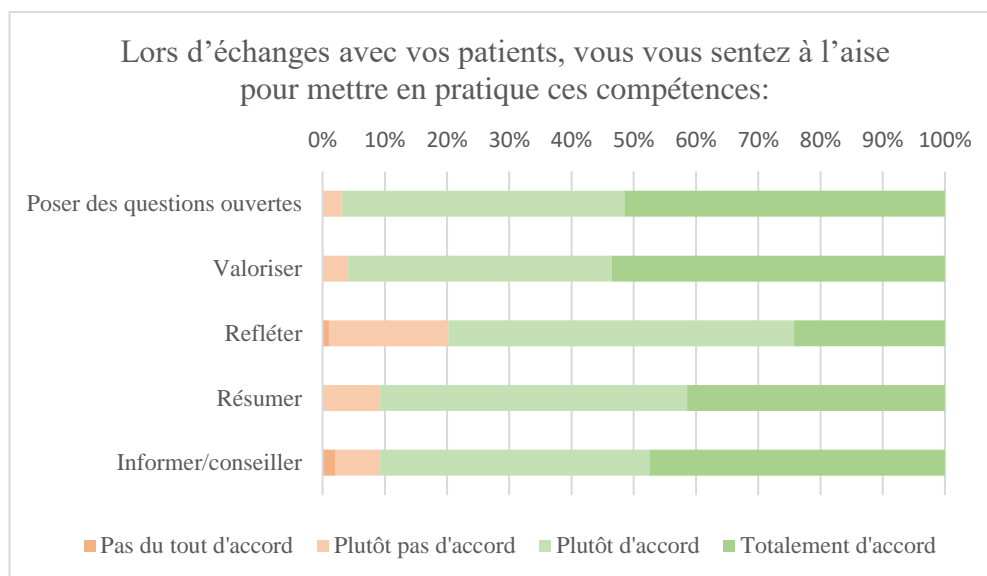


Figure 7: Compétences en EM évaluée par les physiothérapeutes interrogés

De manière générale, la tendance est ici encore positive avec une majorité d'affirmations « totalement d'accord » et « plutôt d'accord » pour toutes les compétences. En revanche, pour la compétence « refléter », le nombre de « totalement d'accord » est le plus faible (n=24) et le nombre de « plutôt pas d'accord », le plus haut (n=19). Les compétences « résumer » et « informer / conseiller » recueillent également un nombre élevé de « plutôt pas d'accord » (n=9 et n=7 respectivement). La compétence « informer / conseiller » comptabilise le nombre de « pas du tout d'accord » le plus élevé (n=2).

3.4 Lien avec l'expérience

La Figure 8 présente un extrait de la matrice de corrélation calculée à l'aide du test du rho de Spearman. Ici, le lien entre l'expérience des physiothérapeutes interrogés et leur aisance dans la prise en charge des LCNSp et l'utilisation des compétences de l'EM est mis en évidence. Nous avons suivi les balises d'interprétation de Cohen (1988) pour distinguer les corrélations faibles (≥ 0.1), moyennes (≥ 0.3) ou fortes (≥ 0.5).

En ce qui concerne la prise en charge des LCNSp, on observe une corrélation positive moyenne et statistiquement significative entre le nombre d'années d'expérience et la diminution des douleurs (0.42 ; p-value 0.01) et le fait d'aborder les facteurs cognitifs et émotionnels (0.36 ; p-value 0.01). En revanche, pour ce qui est des corrélations entre la fréquence de traitement des LCNSp et les éléments relatifs à la prise en charge des LCNSp, on n'observe qu'un coefficient positif faible (de 0.1 à 0.24).

On constate une corrélation positive moyenne entre le nombre d'années d'expérience et les compétences de l'EM « refléter » (0.34 ; p-value 0.01) et « informer/conseiller » (0.33 ; p-value 0.01). Les corrélations positives entre la fréquence de traitement des LCNSp et l'aisance dans l'utilisation des compétences de l'EM sont faibles (0.1 à 0.12) et non-significatifs.

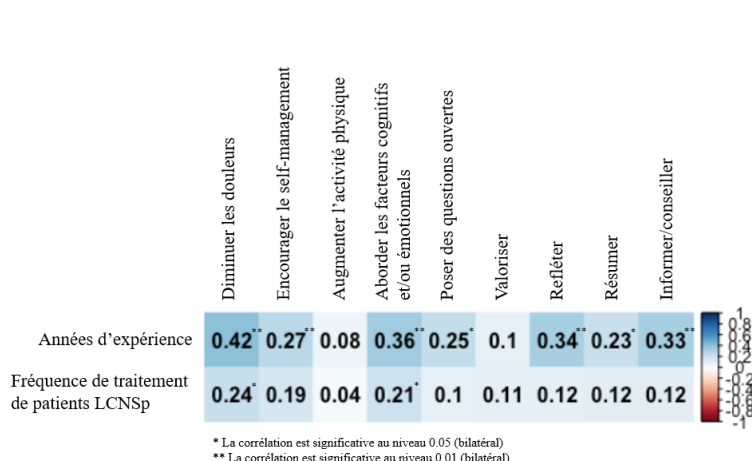


Figure 8: Corrélations entre l'expérience et les compétences des physiothérapeutes (extrait)

3.5 Limites à la pratique de l'entretien motivationnel

Sur le total des questionnaires retenus, 41 physiothérapeutes n'ont pas rapporté de limites à la pratique de l'EM et 3 n'ont pas souhaité répondre à la question. Nous avons identifié 81 éléments parmi les réponses des 56 autres physiothérapeutes et nous les avons classés par catégories (présentées en Figure 9).

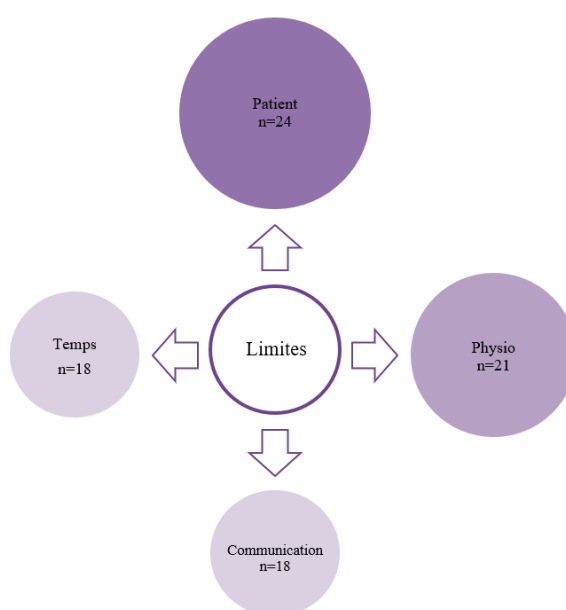


Figure 9: Limites identifiées à la pratique de l'EM en physiothérapie

Les limites les plus fréquemment identifiées sont celles liées au patient (n=24) et comprennent les antécédents ou les comorbidités rendant les pistes d'amélioration difficiles, ainsi que le manque de motivation et la passivité du patient face à la thérapie. En seconde place, les physiothérapeutes ont mis en évidence leurs propres limites (n=21) ; certains déclarent ne pas être à l'aise, manquer de formation ou d'expérience et d'autres considèrent que l'EM sort de leur rôle. Les deux catégories restantes : la contrainte de temps et la difficulté à communiquer avec certains patients (notamment à cause de troubles cognitifs, d'une barrière de langue ou d'un patient restant silencieux), recueillent chacune le même nombre de limites (n=18).

4. Discussion

Dans la discussion qui suit, nous développerons nos réflexions en suivant l'ordre des hypothèses formulées en lien avec notre question de recherche. Nous présenterons également les forces et faiblesses de notre travail, ainsi que les implications pour la pratique et la recherche qui en découlent.

4.1 Prise en charge des LCNSp

Nos deux premières hypothèses étaient formulées de la façon suivante : les physiothérapeutes suisses francophones sont moins à l'aise pour aborder les aspects psychosociaux des patients souffrant de LCNSp et ils ont une préférence pour l'approche biomécanique lorsqu'il s'agit d'encourager le *self-management* du patient.

Lors de la prise en charge de patients souffrant de LCNSp, les physiothérapeutes interrogés sont effectivement moins à l'aise pour « diminuer la douleur », ainsi que pour « aborder les aspects cognitifs et émotionnels » de leurs patients. Ils se sentent en revanche « à l'aise » pour encourager leur *self-management*. Dans les stratégies évoquées, les physiothérapeutes démontrent, comme dans la littérature, une légère préférence pour l'aspect biomécanique (Synnott et al., 2015). Si les physiothérapeutes sont moins à l'aise pour aborder les facteurs psychosociaux, il est compréhensible qu'ils se tournent vers d'autres facteurs influençables, ici l'aspect biomécanique. Cette préférence n'est pas négative pour autant : la plupart des physiothérapeutes interrogés ont par exemple mentionné le programme à domicile (PAD) comme stratégie favorisant le *self-management*. Dans notre analyse, nous avons classé les éléments reliés à des exercices ou encore au PAD dans la catégorie « biomécanique ». Or, en fonction de la manière dont proposé au patient, il permet effectivement d'intégrer activement ce dernier à la prise en charge.

Certains physiothérapeutes ont proposé des approches en lien avec l'esprit de l'EM, laissant imaginer que ces concepts sont tout de même connus et pratiqués par les physiothérapeutes interrogés.

« Être à l'écoute [...] rendre [le patient] confiant. »

« Création du lien thérapeutique, ciblage de l'ambivalence, reformulation, reflets. »

« Discussion autour de leur croyance, leur compréhension de la pathologie et de leur atteinte, leur ressenti et motivations. »

En résumé, le *self-management* est connu et les physiothérapeutes interrogés se sentent à l'aise pour l'encourager, bien que les stratégies utilisées varient grandement. Cependant, notre méthode ne nous permet pas d'évaluer leur pertinence et leur qualité de mise en œuvre.

4.2 L'EM en physiothérapie

Plus de la majorité des physiothérapeutes interrogés connaissent l'EM, principalement par le biais de leur formation de base, de formations postgrades ou encore de recherches personnelles. Ils sont plus de la moitié à souhaiter se documenter de manière autonome, contre environ 20% des physiothérapeutes intéressés à faire une formation postgrade. Globalement, on peut en déduire que l'EM est une pratique qui suscite de la curiosité chez les physiothérapeutes que nous avons interrogés. Nous ne sommes en revanche pas en mesure de d'évaluer la popularité de l'EM. En d'autres termes, notre questionnaire ne permet pas de conclure si les physiothérapeutes ayant entendu parler de l'EM ou y étant formés le pratiquent régulièrement et/ou en ressentent des bénéfices.

Les définitions données par les physiothérapeutes pour les compétences « refléter » et « informer/conseiller » sont très hétérogènes et globalement différentes de celles des auteurs. Les physiothérapeutes interrogés se sentent également moins à l'aise pour formuler des reflets et informer/conseiller leur patient. Ces deux points font référence à des éléments essentiels à l'EM : l'écoute réflexive et l'importance d'éviter le réflexe correcteur.

Dans l'écoute réflexive, les reflets simples permettent aux patients d'entendre une nouvelle fois leurs pensées et de réévaluer leur contenu. Les reflets complexes (formulation d'hypothèses) permettent, eux, d'approfondir les propos. Ils sont donc nécessaires, puisqu'ils permettent au patient d'explorer son ressenti et son ambivalence (Miller & Rollnick, 2013). Selon Peter O'Sullivan (2012) il est essentiel que les thérapeutes développent à l'avenir des compétences dans de nombreux domaines, y compris celui de la communication, de l'empathie, de l'écoute réflexive et d'autres techniques propres à l'entretien motivationnel.

Pour ce qui est d'« informer/conseiller », nous avons relevé que la plupart des physiothérapeutes interrogés ne faisaient pas mention de l'autorisation ou de la demande au patient. Cet élément fait référence au réflexe correcteur. En effet, l'EM encourage les patients à découvrir leurs propres motivations, en les rendant acteurs de la prise en charge et de la conversation. Il est légitime que les physiothérapeutes ressentent le besoin de

donner des explications. En effet, l'étude de Laerum et al. (2006) soutient que les patients attendent de leur thérapeute qu'il leur fournisse les informations concernant leur pathologie. Pour accorder ce rôle avec l'esprit de l'EM, il suffit que le physiothérapeute demande au patient s'il l'autorise à lui donner plus d'informations ou des conseils. De cette manière, le thérapeute ne s'impose pas en tant qu'expert et le patient est intégré activement dans le processus thérapeutique.

Nos résultats précisent quelles compétences de l'EM sont encore peu comprises par les physiothérapeutes interrogés. Puisque l'habile mise en œuvre des compétences semble améliorer l'efficacité de l'EM (Arkowitz et al., 2008), une attention particulière doit être portée à ces deux éléments, dans le cadre de la formation.

4.3 Limites à la pratique de l'EM

Les réponses à notre question ouverte sur les limites à la pratique de l'EM nous permettent d'entrevoir les difficultés rencontrées par les physiothérapeutes et de comprendre dans quelle mesure ces limites s'apparentent à celles que l'on retrouve dans la littérature.

Près de la moitié des physiothérapeutes interrogés n'ont pas identifié de limites à la pratique de l'EM. Nous n'avons pas de données nous permettant d'en connaître la raison, mais nous supposons qu'il s'agit de physiothérapeutes ayant une certaine aisance ou expérience de cette pratique, ainsi que de physiothérapeutes sans intérêt pour l'EM. Dans le premier cas, il serait intéressant de connaître les solutions qu'ont adoptées les physiothérapeutes, pour pallier leurs limites dans la pratique de l'EM.

4.3.1 Limites liées au patient

Cette limite est la plus fréquemment citée. Dans l'étude de Synnott et al. (2015), plusieurs physiothérapeutes qualifient leurs patients lombalgiques comme « peu motivés, exigeants, en quête d'attention voire égocentriques et peu intéressés à participer à leur rétablissement ». Ceci est décrit par les auteurs comme une stigmatisation due à une mauvaise compréhension des facteurs psychosociaux. En effet, ces facteurs peuvent avoir une influence sur l'humeur du patient et réduire son auto-efficacité, ce qui augmente son attrait pour les thérapies passives. Si cette stigmatisation est récurrente, elle est aussi nocive, tant pour la relation thérapeutique que pour l'évolution du patient dans ses comportements face à la pathologie (Synnott et al., 2015).

Nous retrouvons des éléments similaires dans les limites évoquées par les physiothérapeutes interrogés, notamment la notion de passivité du patient.

« Le patient s'attend à une guérison et est souvent peu intéressé à gérer la douleur ou à modifier son comportement [...]. »

« Attitude souvent passive des patients qui pensent qu'on va pouvoir résoudre leur problème pour eux. »

« Les patients non-participatifs, qui souhaitent simplement des massages de complaisance. »

« Le patient n'est pas prêt/n'a pas envie de se remettre en question/ à changer/ à entendre la vérité. »

Le fait de percevoir une attitude découragée ou peu engagée du patient comme une limite à la pratique de l'EM nous a interrogé, car l'EM se propose précisément comme un outil destiné à explorer l'ambivalence du patient face à son changement de comportement. Si un patient se montre résistant au changement de comportement, c'est qu'il y a une discordance entre ses attentes et celles du thérapeute. À ce moment-là, adopter une nouvelle stratégie en se recentrant sur les attentes du patient est nécessaire (Miller & Rollnick, 2013). Les physiothérapeutes doivent par conséquent garder une certaine ouverture d'esprit et flexibilité quant à leurs propres attentes. Face à une personne ambivalente, le réflexe correcteur, même s'il est bien-pensant, peut mener à l'inverse des résultats souhaités par le thérapeute. En effet, le patient peut se sentir « attaqué » dans son ambivalence et alors argumenter contre le changement (Miller & Rollnick, 2013).

En outre, d'autres physiothérapeutes ont évoqué la difficulté de pratiquer l'EM avec des patients ayant de lourdes comorbidités psychologiques ou des antécédents traumatiques.

« [Une limite serait les] problèmes graves comme des abus physiques ou sexuels sur la personne ou ses proches (enfants). [...] Surtout qu'il s'agit souvent de situations de codépendances qui peuvent expliquer une perception accrue des douleurs. »

Ici les physiothérapeutes font part de leur manque de moyen face à des situations psychologiques plus complexes. Nous avons recensé de nombreuses limites liées aux physiothérapeutes eux-mêmes, qui sont développées au point suivant.

4.3.2 Limites liées au physiothérapeute

Premièrement, un élément fréquemment relevé par les répondants à notre questionnaire concerne le manque de formation ou de pratique de l'EM.

« Cela fait partie de la psychologie du patient, à laquelle nous sommes peu formés. »

« C'est une technique qui demande beaucoup de pratique et d'échecs pour la maîtriser correctement car l'EM doit être individuel et personnalisé à chaque patient. »

« L'EM demande au thérapeute des facultés et des connaissances malheureusement non acquises lors de la formation de base en physiothérapie. Le modèle Bio-Psycho-Social est survolé et expliqué. »

Cette dernière remarque a particulièrement retenu notre attention ; alors que nous finissons notre formation de base, la mise en pratique concrète de l'approche biopsychosociale nous semble encore insuffisante pour nous soutenir lorsqu'il sera question de mener une conversation sur le changement de comportement. Dans l'étude de Holden et al. (2015), des ateliers, conférences ou cours postgrades ont permis aux physiothérapeutes d'avoir une meilleure assurance pour l'utilisation des stratégies motivationnelles. En revanche, la pratique inadéquate des stratégies motivationnelles amène à leur non-utilisation. Dans l'étude qualitative de Cowell et al. (2018), les physiothérapeutes soulignent l'importance d'une communication efficace pour comprendre le point de vue du patient et font état d'un manque de formation et d'entraînement, tout comme les auteurs Foster et al. (2011) et Synnott et al. (2015).

Nous avons pu observer une corrélation positive moyenne entre les années d'expérience et l'aisance des physiothérapeutes pour « diminuer les douleurs » et « aborder les facteurs cognitifs et émotionnels ». De même pour les compétences de l'EM, nous avons constaté une corrélation positive entre la pratique de l'écoute réflexive, le fait d'informer/conseiller et le nombre d'années d'expérience. Notre méthode ne nous permet pas de connaître les éléments à l'origine de cette aisance, même si nous pouvons supposer que l'influence du lieu de travail, des formations postgrades, de l'intérêt ou encore d'expériences personnelles puissent jouer un rôle. La corrélation positive n'indique pas nécessairement un lien de cause à effet absolu, car d'autres variables peuvent avoir influencé ce résultat. Nous pouvons tout de même supposer qu'être à l'aise dans ces domaines requiert du temps, ce qui peut être limitant chez les étudiants ou encore les jeunes diplômés.

« [...] en formation Bachelor, la mise en pratique de concepts abstraits tel que l'est l'EM est relativement difficile pour les étudiants. »

Deuxièmement, une partie des physiothérapeutes australiens interrogés par Holden et al. (2015) considère que l'utilisation de stratégies motivationnelles sort de leur champ de compétences. Une autre étude met en évidence que les physiothérapeutes manquent d'aisance face aux facteurs émotionnels et évitent de les aborder (Cowell et al., 2018). Nous avons souligné des affirmations similaires chez les physiothérapeutes interrogés.

« On n'est pas des psychologues. »

« [L'EM est] dans le dépassement des compétences du physiothérapeute. On ne peut être seulement efficace à l'intérieur de ses compétences. »

Or, la profession de physiothérapeute a évolué. Il est dorénavant prouvé que l'état psychique d'une personne influence la perception et le risque de chronicisation des douleurs (Lewis, Cook, Hoffmann, & O'Sullivan, 2019; Linton & Shaw, 2011). Les physiothérapeutes ont donc la responsabilité de prendre en compte les facteurs psychosociaux chez les patients souffrant de LCNSp et d'adapter leur communication, afin d'orienter leur prise en charge de la meilleure manière possible. Le référentiel des compétences de la HES-SO (2012) fait également mention des rôles de communicateur et de promoteur de la santé.

« [Compétence Bb3] : S'exprimer de manière claire et compréhensible dans des situations de conseil et adapter ses techniques de communication aux besoins et possibilités des client-e-s/patient-e-s. »

« [Compétence Eb1] : Intégrer dans sa pratique ses connaissances des facteurs bio-psycho-sociaux qui influencent la santé. »

« [Compétence Eb3] : Sensibiliser des individus ou des groupes à une hygiène de vie adéquate et les encourager à améliorer leur prise de conscience, leur apprentissage et leur comportement vis-à-vis de la santé. »

4.3.3 Limites liées à la contrainte de temps

Le manque de temps comme limite à la pratique de l'EM est également apparu dans les réponses au questionnaire.

« Pour eux [professions médicales ou paramédicales (psychologues)] prendre des notes et écouter est déjà « le » traitement. En physiothérapie nous devons en

même temps qu'écouter le patient, aussi effectuer un traitement de physiothérapie...tout en 30 minutes. Cela complique la possibilité de faire des reflets plus complexes ou des résumés...et reprendre le discours au bon endroit de la conversation la séance suivante cela devient compliqué. »

Le manque de temps est aussi évoqué dans l'étude menée par Holden et al. (2015) comme une limite à l'utilisation des stratégies motivationnelles. Dans ce sens, Cowell et al. (2018) soulignent l'importance de pouvoir aménager les conditions de travail des physiothérapeutes traitant des patients souffrant de LCNSp ou à haut risque de chronicité, de manière à leur allouer plus de temps.

Rubak et al. (2005) rappellent néanmoins qu'il est possible de pratiquer l'EM lors de conversations de 15 minutes ou moins. Même si l'objectif n'est pas de réaliser l'EM de manière rapide, les auteurs affirment que formuler des questions ouvertes ou pratiquer l'écoute réflexive peut permettre au patient et au thérapeute d'avoir un échange de qualité. En effet, si l'objectif est le changement de comportement, l'EM a de bonnes chances d'être plus efficace qu'un style directif (Miller & Rollnick, 2013, p.324-325).

Certains physiothérapeutes ont également mentionné des limites administratives à la pratique de l'EM, notamment en ce qui concerne le remboursement par les assurances maladie de ce type de prise en charge. Dans la dernière convention tarifaire de physiothérapie (Physioswiss, 2018), les prestations appartenant à la physiothérapie générale sont définies comme suit :

- Les mesures relatives à l'évaluation et à l'examen physiothérapeutique
- Les mesures thérapeutiques, conseils et instruction
- Les mesures physiques dans le cadre de la physiothérapie

Aucune mention ne précise la position des compagnies d'assurance vis-à-vis de l'EM à proprement parler. Néanmoins, on pourrait le relier aux « conseils et instruction », faisant partie de la physiothérapie générale. Nous pouvons supposer que certaines compagnies d'assurances sont plus strictes sur les prestations remboursées, ce que nous n'avons pas pu vérifier. Cette barrière rejoint un élément apporté par Foster et al. (2011) dans leur synthèse sur les limites à la mise en pratique des recommandations actuelles. Ils suggèrent qu'un obstacle à l'évolution des systèmes de santé est lié au modèle de remboursement des soins qui « récompense le volume plutôt que la qualité, ce qui a pour effet pervers de rémunérer non pas l'efficacité du traitement des patients, mais la quantité de soins prodigués. »

4.3.4 Limites liées à la communication

En dernier lieu, la communication constitue également un facteur limitant selon les physiothérapeutes interrogés. L'entretien motivationnel semble difficile à mettre en œuvre quand le patient parle une autre langue, présente des déficits cognitifs ou simplement, ne s'exprime pas (notamment chez les patients aphasiques).

Nous n'avions pas imaginé cette limite lors de la formulation de nos hypothèses, cela a donc retenu notre attention. Ce dernier point est plus complexe à développer, ceci dû au manque de littérature trouvée traitant de ce sujet.

Un article destiné aux infirmières prenant en charge les patients atteints de démence conseille d'utiliser la communication non-verbale, des phrases courtes, et surtout de prendre le temps. Même si ces patients ne trouvent pas les mots justes, leurs émotions quant à elles restent intactes (Judd, 2017). Nous pouvons imaginer quelques techniques simples à mettre en œuvre (vidéos, dessins/images, traduction). Cependant, pour cette patientèle qui existe bel et bien, il serait intéressant de comprendre comment les personnes expérimentées en EM le pratiquent lorsque la communication est altérée.

4.4 Biais

Les réponses aux questions ouvertes (stratégies favorisant le *self-management*, définitions des compétences de l'EM, limites à la pratique de l'EM) ont été analysées et classées de manière subjective, car il s'agit de données qualitatives. Or, notre manque d'expérience pour ce type de recherche présente un risque de biais de confirmation, c'est-à-dire que nous avons pu être influencées par nos hypothèses formulées en début de travail.

Notre enquête par questionnaire présente aussi un risque de biais d'acceptabilité sociale. Etant donné que nos questions portent sur une approche biopsychosociale, qui est recommandée dans la littérature, nous pouvons imaginer qu'il est difficile pour les physiothérapeutes de donner des réponses à tendance négative.

4.5 Forces et faiblesses

4.5.1 Forces

Notre travail est en adéquation avec les préoccupations actuelles, notamment l'application des dernières recommandations. Nous avons pu faire de nombreux liens entre les réponses des physiothérapeutes interrogés et des éléments de la littérature.

Pour l'élaboration de notre questionnaire, nous avons collaboré avec deux experts, ce qui enrichit son contenu et la pertinence des questions retenues.

Notre avons recueilli un grand nombre de données et leur analyse nous offre une vision globale de la situation des physiothérapeutes francophones traitant des patients souffrant de LCNSp. Plus spécifiquement, nous avons pu mettre en lumière la complexité à laquelle font face les physiothérapeutes lorsqu'il s'agit d'appliquer l'EM. Les limites évoquées nous ouvrent des pistes de réflexions intéressantes pour la pratique.

4.5.2 Faiblesses

Nous ne sommes pas en mesure de connaître le nombre exact de physiothérapeutes francophones en Suisse, ni le nombre précis de physiothérapeutes ayant reçu notre questionnaire ou encore leur origine géographique. Ainsi, nous ne connaissons pas le taux de sondage et nous ne pouvons pas déduire si notre échantillon est suffisamment grand pour représenter la population souhaitée. Notre questionnaire aurait pu être traduit en allemand et en italien afin d'avoir des retours sur la pratique de l'EM dans d'autres cantons. De plus, les physiothérapeutes ayant répondu à notre questionnaire étaient vraisemblablement intéressés et motivés par notre sujet, alors que des physiothérapeutes traitant pourtant régulièrement des LCNSp, mais sans intérêt particulier pour l'EM, pourraient l'avoir ignoré.

Nous n'avons pas pu établir de lien entre la fréquence de traitement des patients souffrant de LCNSp et d'autres éléments comme l'aisance dans la prise en charge des LCNSp ou encore dans la pratique des compétences de l'EM. Ces résultats ont pu être influencés par le choix de l'échelle de Likert, qui ne comptait que cinq possibilités. De plus, certaines personnes interrogées ont pu avoir des difficultés à estimer cette fréquence en pourcentage.

Même si notre questionnaire a été conçu au mieux pour répondre à nos hypothèses, certaines questions auraient pu être mieux formulées et ont pu troubler la compréhension des physiothérapeutes. C'est notamment le cas de notre question sur les stratégies favorisant le *self-management*. De plus, nous ne disposons pas de données nous permettant de connaître l'efficacité ressentie de l'EM par les physiothérapeutes, alors que cet élément aurait pu enrichir notre discussion.

Enfin, la définition de concepts comme « éducation thérapeutique », « prise en charge biopsychosociale » ou encore « *self-management* » varie d'un professionnel à l'autre. Dans leur revue de la littérature en lien avec la prise en charge centrée sur le patient, les auteurs Cheng et al. (2016) soulignent qu'il peut y avoir une représentation biaisée de certains concepts, comme il peut y avoir des thérapeutes qui pratiquent cette approche

sans la nommer comme telle. Notre méthode ne nous permet pas de connaître les représentations qu'ont les physiothérapeutes interrogés de ces concepts.

4.6 Implication pour la pratique

Nous espérons avoir suscité de l'intérêt auprès des physiothérapeutes interrogés, car nous sommes convaincues que l'EM et les stratégies motivationnelles en général sont des outils intéressants et nécessaires pour notre pratique de futures physiothérapeutes. Cependant, l'EM n'est pas un remède universel mais avant tout une stratégie de communication qui s'inscrit dans un esprit d'empathie et de respect. Même sans devoir mener un strict entretien, les physiothérapeutes peuvent s'inspirer des compétences-clé de l'EM notamment en pratiquant l'écoute réflexive et en demandant l'autorisation du patient avant de lui donner des informations. Ainsi, ils intègrent le patient à la prise de décision et améliorent la relation thérapeutique.

Au niveau théorique, il est nécessaire que les mécanismes de chronicité, d'ambivalence, d'auto-efficacité et de changement de comportement soient mieux expliqués lors de la formation de base. Pour la pratique, les étudiants devraient s'entraîner régulièrement et dès le début de la formation à pratiquer l'écoute réflexive et limiter le style directif. Sans réflexe correcteur, ils seraient, une fois diplômés, plus efficaces pour encourager les changements de comportement et ainsi optimiseraient le temps à disposition (accueil du patient, anamnèse, choix des objectifs et explication des exercices). La limite liée à la contrainte de temps serait ainsi également réduite. Naturellement, de tels ajustements ne sont possibles que si les lieux de formation ont connaissance des recommandations actuelles et se soucient de leur application.

Finalement, il faut considérer qu'un réel effort est nécessaire de la part des physiothérapeutes pour pratiquer l'EM ou d'autres stratégies motivationnelles. Certains physiothérapeutes peuvent se montrer résistants à un tel changement de paradigme et il est donc judicieux de prendre en compte leur ressenti lorsqu'il s'agit d'intégrer de nouvelles pratiques.

4.7 Pistes futures

Comme évoqué plus tôt, il est important de connaître d'une part la compréhension et la mise en pratique qu'ont les physiothérapeutes de l'éducation thérapeutique, de l'approche biopsychosociale, ou encore du *self-management*. Pour ce faire, une autre méthodologie qualitative comme une étude par interviews ou encore par focus groupe permettrait plus d'échanges avec les physiothérapeutes et apporterait aussi plus d'exemples concrets.

D'autre part, ce type de méthode pourrait évaluer l'efficacité et les bénéfices de l'EM et ainsi permettre une meilleure compréhension de son rôle dans la prise en charge des LCNSp.

Le contenu de la formation de base en Suisse en lien avec les stratégies motivationnelles, le *self-management* et la communication en général pourrait être ré-évalué. Il serait utile de connaître les approches, références et applications pratiques proposées par les structures de formation et de les comparer entre elles afin de proposer une base commune, qui permette aux étudiants de développer davantage de compétences dans les domaines de communication et de prévention.

Il serait également intéressant de comprendre quels éléments, dans l'expérience professionnelle, ont pu permettre à des physiothérapeutes de se sentir plus à l'aise pour diminuer les douleurs, aborder les facteurs psychosociaux, pratiquer l'écoute réflexive et dispenser des informations et conseils sur demande du patient. Ces éléments, une fois identifiés, pourront être utiles également à la conceptualisation d'une formation de base plus ciblée.

5. Conclusion

L'entretien motivationnel est connu des physiothérapeutes interrogés, même si certaines compétences propres à l'EM doivent encore être clarifiées. Le nombre d'années d'expérience des physiothérapeutes semble améliorer l'aisance dans la prise en charge des LCNSp et dans la pratique de l'EM. Les facteurs précis à l'origine de ce résultat n'ont pas été soulevés par notre travail.

Les physiothérapeutes interrogés sont principalement limités dans leur pratique de l'EM par l'attitude passive ou ambivalente du patient, par leur manque de formation ou leur conception du rôle de physiothérapeute, par la contrainte de temps ou des limites administratives et par des difficultés de communication.

La compréhension et la mise en pratique de concepts comme l'éducation thérapeutique, l'approche biopsychosociale, ou encore le *self-management*, pourraient être mises en lumière en suivant une méthode qualitative plus ouverte.

D'un point de vue pratique, les physiothérapeutes doivent pouvoir utiliser l'EM à bon escient en adoptant une écoute réflexive et en prenant conscience de leur utilisation du réflexe correcteur. Ces éléments pourraient être davantage enseignés et entraînés pratiquement lors de la formation de base.

6. Références bibliographiques

- Arkowitz, H., Miller, W. R., Westra, H. A., & Rollnick, S. (2008). Motivational interviewing in the treatment of psychological problems : Conclusions and future directions. Dans *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 324-342). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bardin, L. D., King, P., & Maher, C. G. (2017). Diagnostic triage for low back pain : A practical approach for primary care. *Medical Journal of Australia*, 206(6), 268-273. <https://doi.org/10.5694/mja16.00828>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions : A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Bevan, S., Quadrello, T., McGee, R., Mahdon, M., Vavrovsky, A., & Barham, L. (2009). Fit for work. *Musculoskeletal disorders in the European workforce. London : The work foundation*, 2009.
- Brinjikji, W., Luetmer, P. H., Comstock, B., Bresnahan, B. W., Chen, L. E., Deyo, R. A., ... Jarvik, J. G. (2015). Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *American Journal of Neuroradiology*, 36(4), 811-816. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>
- Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., ... Foster, N. E. (2018). Low back pain : A call for action. *The Lancet*, 391(10137), 2384-2388.
- Bunzli, S., Watkins, R., Smith, A., Schutze, R., & O'Sullivan, P. (2013). Lives on hold : A qualitative synthesis exploring the experience of chronic low-back pain. *The Clinical journal of pain*, 29(10), 907-916. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31827a6dd8>
- Butow, P., & Sharpe, L. (2013). The impact of communication on adherence in pain management: *Pain*, 154, S101-S107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.048>
- Cheng, L., Leon, V., Liang, A., Reiher, C., Roberts, D., Feldthusen, C., ... Dean, E. (2016). Patient-centered care in physical therapy : Definition, operationalization, and outcome measures. *Physical Therapy Reviews*, 21(2), 109-123. <https://doi.org/10.1080/10833196.2016.1228558>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the social sciences* (2nd éd.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates. (publisher: Hillsdale, NJ: Erlbaum).
- Comité directeur de la HES-SO. (2012). Plan d'étude cadre Bachelor 2012. Repéré à <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-physiotherapie-722.pdf>
- Cowell, I., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A., & Murtagh, G. (2018). Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective : A qualitative study.
- Crombez, G. (2012). The fear-avoidance model of chronic pain : The next generation.
- da Silva, T., Mills, K., Brown, B. T., Herbert, R. D., Maher, C. G., & Hancock, M. J. (2017). Risk of Recurrence of Low Back Pain : A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 47(5), 305-313. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.7415>
- Dionne, C. E., Dunn, K. M., Croft, P. R., Nachemson, A. L., Buchbinder, R., Walker, B. F., ... Leboeuf-Yde, C. (2008). A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine*, 33(1), 95-103.

- Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., ... Peul, W. (2018). Prevention and treatment of low back pain : Evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*, 391(10137), 2368-2383.
- Foster, N. E., & Delitto, A. (2011). Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain : Integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice—Challenges and opportunities. *Physical therapy*, 91(5), 790-803.
- Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, M., & Goodall, S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain : A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of physiotherapy*, 63(3), 132-143.
- George, E., & Engel, L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544.
- Harman, K., Macrae, M., Vallis, M., & Bassett, R. (2014). Working with people to make changes : A behavioural change approach used in chronic low back pain rehabilitation. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 66(1), 82-90. <https://doi.org/10.3138/ptc.2012-56BC>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., ... Sieper, J. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367.
- Hill, J. C., Dunn, K. M., Lewis, M., Mullis, R., Main, C. J., Foster, N. E., & Hay, E. M. (2008). A primary care back pain screening tool : Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis and Rheumatism*, 59(5), 632-641. <https://doi.org/10.1002/art.23563>
- Holden, J., Davidson, M., & O'Halloran, P. (2015). Motivational strategies for returning patients with low back pain to usual activities : A survey of physiotherapists working in Australia. *Manual Therapy*, 20(6), 842-849. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.04.005>
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., ... Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 64(6), 2028-2037. <https://doi.org/10.1002/art.34347>
- Jensen, M. P., Nielson, W. R., & Kerns, R. D. (2003). Toward the development of a motivational model of pain self-management. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 4(9), 477-492. [https://doi.org/10.1016/s1526-5900\(03\)00779-x](https://doi.org/10.1016/s1526-5900(03)00779-x)
- Judd, M. (2017). Communication strategies for patients with dementia. *Nursing2020*, 47(12), 58–61. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000524758.05259.f7>
- Klenerman, L., Slade, P. D., Stanley, I. M., Pennie, B., Reilly, J. P., Atchison, L. E., ... Rose, M. J. (1995). The Prediction of Chronicity in Patients With an Acute Attack of Low Back Pain in a General Practice Setting. *Spine*, 20(4), 478.
- Koes, B. W., van Tulder, M. W., & Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain, 332, 5.
- Laerum, E., Indahl, A., & Skouen, J. S. (2006). What is « the good back-consultation »? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists. *Journal of rehabilitation medicine*, 38(4), 255-262. <https://doi.org/10.1080/16501970600613461>
- Lewis, J. S., Cook, C. E., Hoffmann, T. C., & O'Sullivan, P. (2019). The Elephant in the Room : Too Much Medicine in Musculoskeletal Practice. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50(1), 1-4. <https://doi.org/10.2519/jospt.2020.0601>

- Linton, S. J., & Boersma, K. (2003). Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem : The predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *The Clinical Journal of Pain*, 19(2), 80-86. <https://doi.org/10.1097/00002508-200303000-00002>
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical therapy*, 91(5), 700-711.
- Magill, M., & Hallgren, K. A. (2019). Mechanisms of behavior change in motivational interviewing : Do we understand how MI works? *Current Opinion in Psychology*, 30, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.010>
- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *Lancet (London, England)*, 389(10070), 736-747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
- McCullough, B. J., Johnson, G. R., Martin, B. I., & Jarvik, J. G. (2012). Lumbar MR Imaging and Reporting Epidemiology : Do Epidemiologic Data in Reports Affect Clinical Management? *Radiology*, 262(3), 941-946. <https://doi.org/10.1148/radiol.11110618>
- Meroni, R., Piscitelli, D., Ravasio, C., Vanti, C., Bertozzi, L., De Vito, G., ... Pillastrini, P. (2019). Evidence for managing chronic low back pain in primary care : A review of recommendations from high-quality clinical practice guidelines. *Disability and Rehabilitation*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1645888>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement* (2^e éd.). Paris: InterEditions.
- Netgen. (n.d.). Lombalgies non spécifiques : Faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? *Revue Médicale Suisse*. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-286/Lombalgies-non-specifiques-faut-il-recommander-l-exercice-et-les-activites-sportives>
- Office Fédéral de la Statistique. (2018). Enquête Suisse sur la Santé (ESS). Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/maux-de-dos-ou-de-tete>
- Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Lin, C.-W. C., Chenot, J.-F., ... Koes, B. W. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care : An updated overview. *European Spine Journal*, 27(11), 2791-2803.
- O'Sullivan, P. (2012). It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. *British Journal of Sports Medicine*, 46(4), 224-227. <https://doi.org/10.1136/bjism.2010.081638>
- O'Sullivan, P. B., Caneiro, J., O'Keeffe, M., Smith, A., Dankaerts, W., Fersum, K., & O'Sullivan, K. (2018). Cognitive functional therapy : An integrated behavioral approach for the targeted management of disabling low back pain. *Physical therapy*, 98(5), 408-423.
- Physioswiss. (2018). Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie. Repéré à <https://www.physioswiss.ch/fr/tarifs/assurance-maladie>
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing : A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 55(513), 305-312.
- Spechbach, H., & Genevay, S. (2017). Lombalgie aiguë. Repéré à https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_lombalgies_aigues.pdf
- Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., & O'Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery : A systematic

- review. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 68-76.
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art: *Pain*, 85(3), 317-332.
[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211-1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D., & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157-168.
[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90127-b](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90127-b)
- Wieser, S., Horisberger, B., Schmidhauser, S., Eisenring, C., Brügger, U., Ruckstuhl, A., ... Müller, U. (2011). Cost of low back pain in Switzerland in 2005. *The European Journal of Health Economics*, 12(5), 455-467. <https://doi.org/10.1007/s10198-010-0258-y>
- Wong, J., Cote, P., Sutton, D., Randhawa, K., Yu, H., Varatharajan, S., ... Shearer, H. (2017). Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *European journal of pain*, 21(2), 201-216.
- World Health Organization. (1985). Constitution de l'OMS.
- Zadro, J., O'Keeffe, M., & Maher, C. (2019). Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ open*, 9(10), e032329.

7. Liste des illustrations

Figure 1: Fear-Avoidance Model, J. W. Vlaeyen & Linton, 2000.....	4
Figure 2: Fondements de l'EM (Miller & Rollnick, 2013)	6
Figure 3: Tri et sélection des questionnaires.....	13
Figure 4: Prise en charge des LCNSp par les physiothérapeutes interrogés.....	15
Figure 5: Stratégies favorisant le <i>self-management</i> , évoquées par les physiothérapeutes interrogés.....	16
Figure 6: Définitions des compétences de l'EM par les physiothérapeutes interrogés ...	18
Figure 7: Compétences en EM évaluée par les physiothérapeutes interrogés	19
Figure 8: Corrélations entre l'expérience et les compétences des physiothérapeutes (extrait).....	20
Figure 9: Limites identifiées à la pratique de l'EM en physiothérapie.....	20

8. Liste des tableaux

Tableau 1: Description des physiothérapeutes interrogés	14
Tableau 2: Connaissances de l'EM.....	17

9. Annexes

La totalité des données qualitatives classées est disponible en version numérique. Ci-dessous sont présentés des compléments à notre travail concernant le contenu du questionnaire et notre stratégie de classification de certaines données qualitatives.

Annexe I : Développement du questionnaire	VII
Annexe II : Version finale du questionnaire	IX
Annexe III : Classification des définitions des compétences-clé de l'EM	XIII

Annexe I : Développement du questionnaire

Etapes de d'élaboration du questionnaire

Version	Question	Changements principaux
Q1	Partie I : Général	
	1	Données personnelles
	2	Lieu de travail
	3	Pourcentage de patients LCNSp dans la patientèle du physiothérapeute
	Partie II : Prise en charge des patients souffrant de LCNSp	
	4	Sentiment de compétence pour inciter au changement de comportement (catastrophisation, kinésiophobie, sédentarité)
	5	Liste de stratégies motivationnelles utilisées avec les patients souffrant de LCNSp
	Partie III : Entretien motivationnel	
	6	Connaissance de l'EM
	7	Origine de la connaissance de l'EM
Q2	8	Intérêt pour l'EM
	9	Rôle de l'EM dans le traitement des LCNSp
	10	Liste des limites
	Partie I : Général	
	1 à 3	Idem
	Partie II : Prise en charge des patients souffrant de LCNSp	
	4	Aisance dans la prise en charge des LCNSp (en lien avec : douleur, self-management, activité physique, facteurs psycho-sociaux)
	5	Question ouverte sur les stratégies favorisant le self-management
	Partie III : Entretien motivationnel	
	6	Fréquence d'utilisation des compétences-clé de l'EM
Q3	7 à 7.1	Connaissance de l'EM et origine
	8	Intérêt pour l'EM
	9 à 9.1	Ressenti face aux différentes limites à la pratique de l'EM
	Partie I : Général	
	1 à 3	Idem

Partie II : Prise en charge des patients souffrant de LCNSp		
4 à 5	Idem	
Partie III : Entretien motivationnel		
6 à 6.1	Connaissance de l'EM et origine	
7	Aisance dans les compétences-clé de l'EM	
8	Intérêt pour l'EM	
9 à 9.1	Classement des limites à la pratique de l'EM par ordre d'importance	
Partie I : Général		
1 à 3	Idem	
Partie II : Prise en charge des patients souffrant de LCNSp		
4	Idem	
5	3 éléments à citer au minimum	
Q4	Partie III : Entretien motivationnel	
6 à 6.1	Idem	
7	Définition des compétences-clé de l'EM par les physiothérapeutes	
8	Aisance dans les compétences-clé de l'EM	
9	Intérêt pour l'EM	
10 à 10.1	Classement des limites à la pratique de l'EM par ordre d'importance	
Partie I : Général		
1 à 3	Idem	
Partie II : Prise en charge des patients souffrant de LCNSp		
Q5	4 à 5	Idem
Partie III : Entretien motivationnel		
6 à 10	Idem	
10.1	Limites : question ouverte	

Annexe II : Version finale du questionnaire

Partie I – Général

1) Données personnelles

Date de naissance :

NPA / Canton :

Quel est votre site de formation ?

En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

À quel pourcentage total exercez-vous¹ ?

2) Dans quelle(s) structure(s) de soin travaillez-vous actuellement ?

Hôpital ☐

Clinique de réhabilitation ☐

Cabinet de physiothérapie ☐

Cabinet interdisciplinaire ☐

Soins à domicile ☐

Autre(s) :

3) Durant une semaine type, à quelle fréquence devez-vous prendre en charge des patients souffrant de LCNSp² ?

Partie II – Prise en charge des LCNSp

Majoritairement (75% -100% des patients) ☐

Très régulièrement (50% des patients) ☐

Régulièrement (25% des patients) ☐

Occasionnellement (<25% des patients) ☐

Jamais ☐

Les guidelines actuelles s'accordent sur les recommandations suivantes : Self-management, exercices physiques de renforcements, d'étirements ou de condition physique générale, retour progressif à l'activité et, finalement, prise en compte de l'aspect psychologique (facteurs cognitifs et émotionnels) (Foster et al., 2018; Meroni et al., 2019).

¹ Si vous avez plusieurs employeurs, veuillez additionner vos pourcentages

² Douleur ou gêne fonctionnelle allant du niveau de la 12^{ème} côte jusqu'au pli fessier, persistant depuis 3 mois ou plus, en l'absence de cause pathoanatomique et de signe d'alerte (« red flags ») (Maher, Underwood, & Buchbinder, 2017 ; Netgen, 2011).

Le self-management est défini par « la capacité de la personne à gérer les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et psychologiques et les changements de mode de vie inhérents à la vie avec une maladie chronique³ » (Barlow et al., 2002).

Les facteurs cognitifs désignent « les pensées que les patients ont vis-à-vis de leur douleur [...], ce qui comprend des croyances négatives sur la signification des lombalgies, leur évolution et leurs conséquences³ ». (O’Sullivan et al., 2018). Quant aux facteurs émotionnels, ils font référence aux « sentiments éprouvés par un individu [...]. La peur est une réponse émotionnelle courante, surtout si elle est liée à des croyances négatives [...]. Les facteurs émotionnels comprennent aussi l’anxiété face à la douleur, une humeur dépressive liée à la perte de capacité, des niveaux accrus de frustration, de colère ou de sentiment d’injustice³ ». (O’Sullivan et al., 2018).

4) Dans votre pratique avec les patients souffrant de LCNSp, vous vous sentez à l’aise pour :

	Pas du tout d’accord	Plutôt pas d’accord	Plutôt d’accord	Totalement d’accord
Diminuer les douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encourager le self- management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmenter progressivement l’activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aborder les facteurs cognitifs et/ou émotionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Que mettez-vous en place afin de rendre vos patients acteurs de leur prise en charge ? Veuillez citer au minimum 3 éléments.

Partie III – Entretien motivationnel (EM)

Selon Miller & Rollnick (2013), L’entretien motivationnel (EM) est un « style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d’une personne et son engagement vers le changement ». Il repose sur quatre processus : l’engagement dans la relation, la focalisation, l’évocation et la planification. La pratique de l’EM se base sur cinq compétences principales : poser des questions ouvertes, valoriser, refléter, résumer et finalement informer et conseiller. Ces compétences seront utilisées de manière stratégique pour guider le patient dans le sens du changement (Miller & Rollnick, 2013).

6) Avez-vous déjà entendu parler de l’EM ?

6.1) Si oui, par quel(s) biais ?

³ Traduction personnelle

Formation de base en physiothérapie	<input type="checkbox"/>
Formation continue/ postgrade	<input type="checkbox"/>
Conférence/colloque au sein de votre institution	<input type="checkbox"/>
Bouche à oreille	<input type="checkbox"/>
Lectures/recherches personnelles	<input type="checkbox"/>
Autre(s) :	

7) Définition des compétences :

L'entretien motivationnel met en œuvre cinq compétences principales. Nous nous intéressons à ce que ces compétences (ou stratégies de communication) évoquent chez les physiothérapeutes romands. Pour cela, veuillez décrire chacun des termes suivants en quelques mots ou à l'aide d'un exemple.

- a. Poser des questions ouvertes
- b. Valoriser
- c. Refléter
- d. Résumer
- e. Informer/conseiller

8) Lors d'échanges avec vos patients, vous vous sentez à l'aise pour mettre en pratique ces compétences⁴:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
Poser des questions ouvertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valoriser <i>reconnaître et commenter les points forts du patient</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refléter <i>Répéter ou émettre une hypothèse sur ce que dit le patient</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résumer <i>Regrouper ce qui a été dit afin de favoriser la compréhension. Peut être complété par le patient</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁴ (Miller & Rollnick, 2013)

Informier/conseiller ☐ ☐ ☐ ☐
Sur demande du patient

9) Quel intérêt avez-vous pour l'EM ? Veuillez cocher la bonne réponse.

Je souhaite uniquement me documenter de ☐
manière autonome (lectures, recherches)

Je souhaite me former à l'EM (formation ☐
postgrade)

Je suis déjà formé / je ne souhaite pas me ☐
documenter davantage

Je n'ai pas d'intérêt pour l'EM ☐

10) Pouvez-vous identifier une/des limite(s) à l'utilisation de l'EM par les physiothérapeutes ?

10.1) Si oui, veuillez préciser la/les limite(s) principale(s) :

Annexe III : Classification des définitions des compétences-clé de l'EM

Classification des définitions des compétences-clé de l'EM

Définition	Critères	
Poser des questions ouvertes		
	0	Pas de réponse
Différente	1	Pas d'élément en commun avec la définition des auteurs Exemple n'illustrant pas la définition des auteurs
Partiellement similaire	2	Difficultés d'interprétation
Similaire	3	Question à laquelle on ne peut pas répondre par oui ou non Donner au patient la possibilité de s'exprimer
Valoriser		
	0	Pas de réponse
Différente	1	Pas d'élément en commun avec la définition des auteurs Exemple n'illustrant pas la définition des auteurs
Partiellement similaire	2	Faire ressortir les bénéfices de la thérapie Difficultés d'interprétation
Similaire	3	Félicitation, encouragements Faire ressortir les points forts et les efforts du patient
Refléter		
	0	Pas de réponse
Différente	1	Pas d'élément en commun avec la définition des auteurs Exemple n'illustrant pas la définition des auteurs
Partiellement similaire	2	Interaction avec les dires du patient, sans reflets Ecoute active Explication des avantages de l'écoute active
Similaire	3	Reformulation des dires du patient Formuler des hypothèses, renvoyer des images
Résumer		
	0	Pas de réponse
Différente	1	Pas d'élément en commun avec la définition des auteurs Exemple n'illustrant pas la définition des auteurs En lien avec les consignes d'exercices
Partiellement similaire	2	Reformulation des dires du patient Pas d'explication du but dans lequel est fait le résumé
Similaire	3	But de s'accorder avec le patient, d'être sûr de l'avoir compris Montrer au patient qu'il est écouté
Informier/conseiller		
	0	Pas de réponse
Différente	1	Pas d'élément en commun avec la définition des auteurs Exemple n'illustrant pas la définition des auteurs
Partiellement similaire	2	Conseil sans accord Difficultés d'interprétation
Similaire	3	Demande de l'accord au patient, réponse à ses questions