



**HAL**  
open science

# Perception des thérapies manuelles par les patients lombalgiques chroniques

Katia Rezaoui

► **To cite this version:**

Katia Rezaoui. Perception des thérapies manuelles par les patients lombalgiques chroniques. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04516802

**HAL Id: hal-04516802**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04516802v1>**

Submitted on 22 Mar 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES  
UNIVERSITAIRES**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)  
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE  
2023

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

REZAOUI KATIA

LE 24/03/2023

**Perception des thérapies manuelles par  
les patients lombalgiques chroniques**

**Membres du jury :**

Monsieur le Professeur BOIVIN Jean-Marc

Président du Jury

Monsieur le Professeur SIRVEAUX François

Juge

Monsieur le Professeur LOEUILLE Damien

Juge

Madame le Docteur LEOUTRE-FALMAGNE Bérénice

Directrice de Thèse

**Présidente de l'Université de Lorraine :**  
**Madame Hélène BOULANGER**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**  
Pr Louise TYVAERT

**Assesseurs :**

- *Premier cycle* : Dr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Dr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne ROUYER-LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

**Chargé de mission**

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

**Présidente du Conseil Pédagogique** : Pr Louise TYVAERT  
**Président du Conseil Scientifique** : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE – Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL – François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE – Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE – Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET – Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER – François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS – Bruno LEHEUP – Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN – Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT – Jacques POUREL Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND – Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU – Faïez ZANNAD -

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE – Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT – Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>e</sup> sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

### 43<sup>e</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ –

Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY –

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>re</sup> sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR –

Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

#### 3<sup>e</sup> sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

#### 4<sup>e</sup> sous-section : *Nutrition*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>e</sup> sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>re</sup> sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

#### 4<sup>e</sup> sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>re</sup> sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

#### 2<sup>e</sup> sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

#### 3<sup>e</sup> sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4<sup>e</sup> sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

## **48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

### **2<sup>e</sup> sous-section : Médecine intensive-réanimation**

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

### **3<sup>e</sup> sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

### **4<sup>e</sup> sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie**

Professeur Nicolas GIRERD

### **5<sup>e</sup> sous-section : Médecine d'urgence**

Professeur Tahar CHOUIHED

## **49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Neurologie**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –  
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

### **2<sup>e</sup> sous-section : Neurochirurgie**

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

### **3<sup>e</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie**

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

### **4<sup>e</sup> sous-section : Pédoopsychiatrie ; addictologie**

Professeur Bernard KABUTH

### **5<sup>e</sup> sous-section : Médecine physique et de réadaptation**

Professeur Jean PAYSANT

## **50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Rhumatologie**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

### **2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

### **3<sup>e</sup> sous-section : Dermato-vénéréologie**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

### **4<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

## **51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Pneumologie ; addictologie**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

### **2<sup>e</sup> sous-section : Cardiologie**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

### **3<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

### **4<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

## **52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

### **2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie viscérale et digestive**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

### **3<sup>e</sup> sous-section : Néphrologie**

Professeur Luc FRIMAT

### **4<sup>e</sup> sous-section : Urologie**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

## **53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

### **1<sup>re</sup> sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

### **3<sup>e</sup> sous-section : Médecine générale**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>re</sup> sous-section : Pédiatrie**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2° sous-section : Chirurgie infantile**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : Oto-rhino-laryngologie**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU -

**2° sous-section : Ophtalmologie**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

**3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

**66° Section : PHYSIOLOGIE**

Professeur Nguyen TRAN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53° Section, 3° sous-section : Médecine générale**

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Anatomie**

Docteur Bruno GRIGNON

**44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>re</sup> sous-section : Biochimie et biologie moléculaire**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

**2° sous-section : Physiologie**

Docteure Iulia-Cristina IOAN - Docteur Jacques JONAS

**45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2° sous-section : Parasitologie et mycologie**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>re</sup> sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN – Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

**2° sous-section Médecine et Santé au Travail**

Docteure Isabelle THAON

**4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

**47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>er</sup> sous-section : *Hématologie ; transfusion***

Docteure Maud D'AVENI - Docteur Julien BROSEUS

**2<sup>e</sup> sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie***

Docteure Lina BOLOTINE

**3<sup>e</sup> sous-section : *Immunologie***

Docteure Alice AARNINK

**4<sup>e</sup> sous-section : *Génétiq***

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

**48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>er</sup> sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire***

Docteur Philippe GUERCI

**3<sup>e</sup> sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA - Docteure Élise PAPE (stagiaire)

**49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**2<sup>e</sup> sous-section : *Neurochirurgie***

Docteur Fabien RECH

**3<sup>e</sup> sous-section : *Psychiatrie d'adultes ; addictologie***

Docteur Thomas SCHWITZER

**4<sup>e</sup> sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie***

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

**50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**4<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire***

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire***

Docteure Nicla SETTEMBRE

**54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>er</sup> sous-section : *Pédiatrie***

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

**3<sup>e</sup> sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale***

Docteur Charline BERTHOLD

**4<sup>e</sup> sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale***

Docteure Eva FEIGERLOVA

**5<sup>e</sup> sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale***

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

**55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>er</sup> sous-section : *Oto-Rhino-Laryngologie***

Docteur Patrice GALLET

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

### 5<sup>e</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

### 63<sup>e</sup> Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

### 64<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

### 65<sup>e</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rûmeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –  
Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

### 69<sup>e</sup> Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

### 90<sup>e</sup> Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### 53<sup>e</sup> Section, 3<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences  
de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)

*Université de Dundee (Royaume-Uni)*

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

*Université de Wuhan (CHINE)*

Professeur David ALPERS (2011)

*Université de Washington (U.S.A)*

Professeur Martin EXNER (2012)

*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

## **REMERCIEMENTS**

---

**A notre Maître et Président du Jury**

**Monsieur le Professeur BOIVIN Jean-Marc**

Professeur des Universités de Médecine Générale

Je vous adresse tous mes remerciements pour m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse d'exercice.

### **A notre Maître et Juge**

#### **Monsieur le Professeur SIRVEAUX François**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Je vous remercie également pour les enseignements prodigués au cours de mon externat, ces derniers m'accompagnent quotidiennement dans ma pratique.

### **A notre Maître et Juge**

#### **Monsieur le Professeur LOEUILLE Damien**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Rhumatologie

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

### **A notre Maître et Directrice de Thèse**

#### **Madame le Docteur LEOUTRE-FALMAGNE Bérénice**

Médecine Générale - Médecine du Sport - Médecine Manuelle Ostéopathie.

Je vous remercie d'avoir accepté de m'encadrer en tant que directrice de thèse. Je suis ravie d'avoir pu bénéficier de vos conseils et corrections ciblés.

## **A ma famille**

A ma maman, une femme d'exception qui m'a soutenue et accompagnée dans toutes mes décisions, qu'elles soient bonnes ou mauvaises. Je te remercie pour tout ce que tu as dû sacrifier pour moi. La femme épanouie et heureuse que je suis aujourd'hui, je te le dois.

A ma grande-sœur Sab, une femme accomplie tant sur le plan personnel que professionnel. Je suis tellement fière de la personne que tu es devenue et j'attends avec impatience tous les beaux moments que nous allons partager.

A mon petit frère Samy alias Jules de Toulouse, un petit homme qui m'a aidée à devenir celle que je suis aujourd'hui sans s'en rendre compte. Un soutien sans faille. Un frère et un confident sur qui je peux toujours compter quoi qu'il arrive.

A Joris, mon presque beau-frère, juste un grand merci d'être entré dans nos vies et d'être présent quotidiennement pour ma sœur.

## **A mes amis et collègues médecins**

Présents depuis la deuxième année de médecine. A nos soirées, nos vacances, nos moments de joies et de peines partagées. Toujours présents à mes côtés, je ne vous remercierai jamais assez d'être entrés dans ma vie.

Mention spéciale et obligatoire pour mes parents de substitution, Amandine et Théo, je vous remercie de veiller sur moi comme vous le faites.

Autre mention spéciale à Céline et Alex, je vous remercie profondément pour la sixième année que nous avons vécue ensemble et que je n'aurais pas terminée sans vous.

A Justine, une amie fidèle et sincère depuis des années, dans les bons comme les mauvais moments. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien et un immense merci pour tes corrections et l'aide apportées à la rédaction de ce travail.

A Adèle et Marie, mes voisines du dessous devenues de vraies amies au fil du temps.

A mes copains Nancéiens, Parisiens, Mexicains, Lillois, juste un grand merci d'être des amis sur qui je peux toujours compter.

A Reinette, petite boule de poils qui est entrée dans ma vie, tu n'es ni une pomme ni une grenouille mais la meilleure des petites reines.

A Quentin, à Marc et aux autres qui ont sans le savoir marqué ma vie.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

**A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

# TABLE DES MATIERES

---

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	14
<b>1 INTRODUCTION</b> .....	14
1.1 Avant-propos.....	15
1.2 Définitions.....	15
1.3 Epidémiologie et coûts socio-économiques .....	16
1.4 Physiopathologie.....	17
1.5 Prise en charge selon le modèle bio-psycho-social.....	17
1.6 Facteurs prédisposant à la chronicisation .....	19
<b>2 MATERIEL ET METHODES</b> .....	21
2.1 Ethique et confidentialité .....	21
2.2 Etude qualitative .....	21
2.2.1 Choix d'une étude qualitative .....	21
2.2.2 Recrutement et population cible .....	21
2.3 Recueil des données et guide d'entretien.....	21
2.4 Analyse des données .....	22
<b>3 RESULTATS</b> .....	23
3.1 Description de la population étudiée.....	23
3.2 Description des entretiens .....	24
3.3 Analyse des ensembles cohérents .....	24
3.3.1 Impacts des LCC.....	24
3.3.2 Connaissances, utilisations, initiations et limites des thérapies manuelles.....	26
3.3.3 La place de l'activité physique dans le parcours de soins .....	31
<b>4 DISCUSSION</b> .....	33
4.1 Résultat principal .....	33
4.2 Résultat secondaire .....	34
4.3 Comparaison avec la littérature .....	34
4.4 Les forces et les limites.....	38
4.4.1 Les limites.....	38
4.4.2 Les forces .....	38
4.5 Perspectives.....	39
<b>5 CONCLUSION</b> .....	42
<b>6 BIBLIOGRAPHIE</b> .....	43
<b>7 ANNEXES</b> .....	47
7.1 Questionnaire TSK.....	47
7.2 Questionnaire FABQ .....	48
7.3 Questionnaire OMPSQ .....	49
7.4 Questionnaire SBST.....	51
7.5 Guide d'entretien semi-dirigé .....	52
7.6 Codes ouverts et thèmes.....	54

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

---

LCC : Lombalgie Commune Chronique

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

APA : Activité Physique Adaptée

# 1 INTRODUCTION

---

## 1.1 Avant-propos

La lombalgie est l'un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale. Les lombalgies communes chroniques (LCC) se situent au huitième rang des motifs de consultation les plus fréquents (1). Du fait de la fréquence élevée des LCC dans la population générale et de leur caractère généralement bénin, la médecine générale est la spécialité la plus consultée pour leur prise en charge (2).

Les LCC engendrent des coûts socio-économiques directs (consultations, hospitalisations, thérapeutiques médicamenteuses, thérapeutiques manuelles, etc.) et indirects (arrêts de travail, invalidités, etc.) importants (3).

De nombreuses thérapies manuelles ont montré leur efficacité dans la prise en charge des LCC (4–6). Les représentations erronées et idées reçues qu'ont les patients des thérapies manuelles interfèrent de façon péjorative dans leur parcours de soin (7).

## 1.2 Définitions

### Lombalgie non spécifique :

La lombalgie non spécifique est une douleur située dans la partie basse de la colonne vertébrale, localisée entre la charnière thoraco-lombaire et le pli fessier inférieur (1,8).

### Lombalgie commune :

La lombalgie commune se définit par des douleurs lombaires sans signe d'alerte c'est à dire sans rapport avec une cause traumatique, inflammatoire, infectieuse ou tumorale (1,4,8).

### Lombalgie aiguë :

Une lombalgie est dite aiguë quand la durée d'évolution des symptômes est inférieure à six semaines (1).

### Lombalgie subaiguë :

Une lombalgie est dite subaiguë quand la durée d'évolution des symptômes est supérieure ou égale à six semaines mais inférieure à 12 semaines (1).

Lombalgie chronique :

Une lombalgie est dite chronique quand la durée d'évolution des symptômes est supérieure ou égale à 12 semaines (8).

Rééducation :

La rééducation correspond à la modification des facteurs ostéo-articulaires, musculaires, cardio-respiratoires et métaboliques, afin d'améliorer l'état de santé (perte de fonction, invalidités, handicaps) (9).

Thérapie manuelle :

Le terme de thérapie manuelle fait référence aux thérapeutiques utilisant le toucher et les manipulations, employées dans le traitement des symptômes et dérangements fonctionnels ostéo-articulaires et musculaires (9).

Kinésiophobie :

La kinésiophobie correspond à une peur excessive et irrationnelle de réaliser certains mouvements ou de participer à une activité physique (5).

Modèle bio-psycho-social :

Le modèle bio-psycho-social est un modèle de travail multidisciplinaire qui englobe les états mentaux et physiques du patient, l'état psychologique du soignant, sa sympathie, son expertise, la relation entre le soignant et le patient, et la contextualisation de cette relation au sein des institutions (10).

### **1.3 Epidémiologie et coûts socio-économiques**

Notre travail se réfèrera uniquement aux LCC. Ces dernières sont l'un des motifs de consultation les plus fréquents à ce jour, ce qui en fait un véritable enjeu de santé publique (11). Leur prise en charge, bien que codifiée, doit s'adapter au patient et aux étiologies multiples qui peuvent être intriquées. Les LCC touchent trois à six pour cent de la population générale (12). Vingt pour cent de la population des plus de 65 ans sont concernés par cette pathologie (3,13).

La lombalgie ne devient chronique que dans trois à six pour cent des cas chez des patients ayant eu un ou plusieurs épisodes douloureux de la région lombaire (14).

Les coûts indirects sont importants. Les LCC sont la première cause d'arrêt de travail chez les patients de moins de 45 ans et la troisième chez ceux âgés de plus de 45 ans. Bien que les LCC soient moins fréquentes que les lombalgies aiguës et subaiguës, les coûts engendrés par les lombalgies

chroniques représentent 80 % des coûts totaux de l'ensemble des lombalgies (15,16). Les coûts globaux sont estimés à deux virgule sept milliards d'euros en 2003, ce qui correspond à un virgule cinq pour cent des dépenses de santé (17).

#### **1.4 Physiopathologie**

Il a été démontré que des croyances erronées sur la douleur peuvent parfois être délétères pour les patients atteints de LCC (7,16). En effet, la douleur est influencée par quatre composantes intriquées (6). Ces dernières doivent toujours être prises en compte :

- connaissances de la douleur
- comportements face à la douleur
- ressentis de la douleur
- mécanismes physiopathologiques, parmi lesquels ont été identifiés, entre autres, une augmentation significative de la sécrétion de cortisol au sein de la population concernée par les LCC (15).

La pertinence clinique d'une éducation à la neurophysiologie de la douleur sur le parcours de soin des patients lombalgiques chroniques a montré une efficacité (18).

L'expérience du vécu de la douleur peut générer des pensées de type « catastrophiste » définies par l'appréhension de la douleur lors de mouvements. Ces dernières entraînent la croyance selon laquelle il est donc préférable d'éviter le mouvement. La dimension subjective du ressenti des patients atteints de LCC est donc à prendre en considération dans leur prise en charge (12). A des fins d'optimisation de ce parcours de soins certains questionnaires ont été élaborés (16) :

- Le questionnaire « Tampa Scale of Kinesophobia » (TSK) qui permet d'évaluer le degré de kinésiophobie des patients. Ce questionnaire comprend 17 questions, un score supérieur à 40/68 démontre une kinésiophobie importante (annexe 1).

- Le questionnaire « Fear Avoidance Belief Questionnaire » (FABQ) qui permet d'évaluer les peurs et les croyances des patients lombalgiques. Il est composé de deux sous-échelles distinctes : l'activité physique et le travail. Parmi 16 questions, sept sont prises en compte pour l'interprétation. Un score inférieur à 19 correspond à un bon critère de retour au travail (annexe 2).

#### **1.5 Prise en charge selon le modèle bio-psycho-social**

La recherche d'éléments orientant les praticiens vers une lombalgie secondaire est la première étape de la prise en charge. Nous devons nous assurer du caractère commun des lombalgies chroniques. Dans un premier temps, les

examens d'imagerie sont inutiles sans signe évocateur de lombalgie secondaire. Lorsque les symptômes de lombalgie perdurent dans le temps, des radiographies du rachis sont indiquées. Ces dernières peuvent être réalisées dès lors que la lombalgie est subaiguë (1).

La prise en charge non médicamenteuse des LCC comprend majoritairement la prescription de séances de masso-kinésithérapie. Grâce à cette prescription, le patient pourra bénéficier d'une prise en charge intégrant différentes techniques de thérapies manuelles. C'est pourquoi, nous avons fait le choix de ne développer que cette thérapeutique manuelle dans notre introduction. Les différentes thérapies réalisées par les masseurs-kinésithérapeutes dépendront à la fois de l'ancienneté de la lombalgie, du degré d'incapacité, des attentes du patient concernant sa rééducation, de son adhésion, etc. La masso-kinésithérapie s'appuie sur un vaste champ de pratiques qui aident à l'amélioration des douleurs ainsi qu'à la diminution de leur impact dans la vie quotidienne. Voici les grands exemples de thérapies utilisées en masso-kinésithérapie :

- renforcements musculaires
- étirements musculaires (19)
- massages
- électrothérapie
- tractions vertébrales
- balnéothérapie
- contention lombaire
- thermothérapie
- cryothérapie
- réflexothérapie.

Un nombre maximal de séances a été défini à 30 par an avec une réévaluation obligatoire à mi traitement. La détermination de cette limite a été étudiée et demandée afin d'autonomiser les patients dans leur prise en charge. Cependant en pratique réelle, ce nombre maximal ne peut être appliqué à toutes les LCC compte tenu des mécanismes plurifactoriels impliqués (4).

La prise en charge des LCC devrait être pluridisciplinaire impliquant, si possible, patient, médecin généraliste, médecins spécialistes, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, éducateur d'Activité Physique Adaptée (APA), psychologue et diététicienne (18,20). Une étude de 2016 a évalué les effets d'une thérapeutique multidisciplinaire dans la prise en charge des LCC. Cette dernière a montré des résultats très satisfaisants dans les domaines physiques et fonctionnels (21). Une approche axée sur les patients dans leur globalité est nécessaire pour clarifier la place des thérapies manuelles dans le traitement des LCC.

Au cours des thérapies manuelles il est indispensable de prendre en compte la dimension psycho-socio-éducative. En effet, c'est un élément central dans le parcours de soin des patients atteints de LCC. La douleur peut être influencée par les expériences personnelles et par leurs impacts. La personnalité, le vécu psychologique, les vulnérabilités et les ressources individuelles sont à prendre en considération pour la gestion de la douleur chronique (4,18).

## **1.6 Facteurs prédisposant à la chronicisation**

Devant une lombalgie commune aiguë ou subaiguë, différents facteurs ont été mis en avant comme étant pourvoyeurs d'une chronicisation des douleurs. Ces facteurs sont classés selon leur risque de chronicisation (15,22) :

### Risque faible :

- réactions psychologiques à la douleur
- catastrophisme
- syndrome anxieux
- repos excessif
- kinésiophobie.

### Risque moyen :

- pathologie psychiatrique
- syndrome dépressif
- syndrome de stress post traumatique.

### Risque élevé :

- mauvaise satisfaction au travail, travail perçu comme néfaste pour le dos
- mauvaise ergonomie au travail
- port de charges lourdes quotidiennes.

D'autres facteurs sont également à prendre en compte (16,23) : âge supérieur à 50 ans, sexe féminin, mauvais état général, douleur d'intensité élevée dès la phase initiale des symptômes, sévérité de l'incapacité fonctionnelle, durée des lombalgies, faible niveau socio-économique, antécédents de lombalgie, multiplicité des prescriptions, non compréhension de la pathologie par le patient, etc.

En pratique courante, des outils ont été développés afin d'évaluer le risque de chronicisation (22). Deux outils sont facilement utilisables dans ce contexte :

- Le questionnaire « Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire » (OMPSQ) version courte, composé de 10 items, révèle un risque élevé de chronicisation lorsque le score est supérieur à 49 (annexe 3).

- Le questionnaire « Start Back Screening Tool » (SBST) qui comprend neuf items et témoigne d'un faible risque de chronicisation en cas de score inférieur ou égal à trois (annexe 4).

Selon les risques identifiés, l'évolution sera plus ou moins favorable. Dans la plupart des cas, les patients présentant des risques faibles de chronicisation évoluent favorablement quel que soit le traitement proposé. A contrario, les patients présentant plusieurs facteurs de risque élevé évoluent de façon incertaine. Ils vont devoir bénéficier d'une prise en charge cognitivo-comportementale, ciblant les facteurs de risque psychosociaux, associée à la masso-kinésithérapie (22).

La part psychologique joue un rôle majeur dans la chronicisation des lombalgies communes. Une étude, publiée en 2018, s'intéressait aux croyances de la population concernant le craquement entendu lors des manipulations vertébrales. Cette dernière a montré que neuf pour cent des participants avaient évoqué, à juste titre, le fait que le craquement était dû à la formation d'une bulle de gaz. En revanche, 40 % des participants pensaient à tort que le craquement était le signe d'une manipulation réussie (7,24). Les croyances erronées des patients concernant les thérapies manuelles peuvent avoir un impact négatif dans le parcours de soin.

## **2 MATERIEL ET METHODES**

---

### **2.1 Ethique et confidentialité**

L'étude réalisée est une recherche qualitative mobilisant des méthodes d'expérimentation des sciences humaines et sociales (hors champ de la loi Jardé). Aucune autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) ou de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'est nécessaire.

Les données sont recueillies après consentement oral libre et éclairé des patients au début de l'entretien semi-dirigé. Le droit du retrait du consentement à tout moment de l'étude est appliqué. Une anonymisation des données, avec destruction des enregistrements une fois la retranscription finie, est réalisée. De surcroît, aucune identification directe ou indirecte n'est possible.

### **2.2 Etude qualitative**

#### **2.2.1 Choix d'une étude qualitative**

L'étude qualitative est choisie pour l'exploration d'expérience de vécu des soins, inspirée de « Interpretative Phenomenological Analysis » (IPA), en l'occurrence la perception des thérapies manuelles par les patients lombalgiques chroniques.

#### **2.2.2 Recrutement et population cible**

La population cible est constituée de personnes âgées de plus de 18 ans souffrant de LCC.

Le recrutement des participants se fait par des médecins généralistes, rhumatologues, médecins de la douleur, médecins de la Médecine Physique et Réadaptation (MPR), médecins du sport, masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs et l'entourage de l'investigateur de la commune de Nancy et sa périphérie. Ce recrutement se concentre sur la collecte des données des participants. L'arrêt du recrutement est réalisé une fois que les réponses deviennent redondantes (saturation des données).

### **2.3 Recueil des données et guide d'entretien**

Le recueil des données est réalisé au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. La trame d'entretien est en annexe numéro 5.

## **2.4 Analyse des données**

Dans un premier temps, l'analyse par IPA est indépendante de chaque entretien individuel. Une retranscription de chaque entretien est réalisée sur Word ®.

L'analyse des données se fait ensuite en trois étapes :

- la création de codes descriptifs à partir des entretiens retranscrits intégralement après anonymisation
- le regroupement de codes ouverts en thèmes (thématisation du texte)
- les thèmes pertinents par rapport à la question de recherche sont regroupés en ensembles cohérents (synthèse des catégories conceptuelles afin de trouver un sens commun entre tous les participants).

### 3 RESULTATS

#### 3.1 Description de la population étudiée

Nous avons interrogé 12 personnes atteintes de LCC. La description de la population étudiée est résumée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Description des caractéristiques des patients lombalgiques chroniques interrogés

Participant	Sexe	Age	Profession	Lieu d'habitation	En couple	Durée des douleurs
P1	Femme	55 ans	Médecin généraliste	Nancy	Oui	3-4 ans
P2	Femme	22 ans	Etudiante préparatrice en pharmacie	Vosges	Non	13-14 ans
P3	Femme	25 ans	Masseur-kinésithérapeute	Meurthe et Moselle	Oui	Plusieurs années
P4	Homme	30 ans	Pose de charpente métallique	Grand-Est	Oui	Depuis le lycée
P5	Femme	75 ans	Retraitée (ancienne éducatrice spécialisée)	Vosges	Non	15 ans
P6	Femme	53 ans	Assistante commerciale cadre	Nancy	Oui	25-26 ans
P7	Homme	61 ans	Employé dans la restauration rapide	Nancy	Non	15 ans
P8	Femme	69 ans	Femme de ménage	Epinal	Non connu	10 ans
P9	Homme	30 ans	Ingénieur biomédicale itinérant	Villers Les Nancy	Non connu	5 ans
P10	Femme	28 ans	Médecin généraliste remplaçante	Nancy	Oui	13 ans
P11	Femme	53 ans	Auxiliaire puéricultrice	Nancy	Non	33 ans
P12	Homme	57 ans	Proviseur de Lycée	Metz	Oui	15 ans

Légende : P → participant

Numéro → ordre des entretiens semi-dirigés réalisés

Notre échantillon était composé à 67 % de femme et la moyenne d'âge était de 46,5 ans. Chaque participant s'est vu attribuer un numéro correspondant à l'ordre des entretiens réalisés. Ces numéros seront repris entre crochets après chaque citation tout au long de l'analyse des résultats.

### **3.2 Description des entretiens**

Au total, 12 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Six d'entre eux ont eu lieu en face à face et les six autres par téléphone selon le souhait et la disponibilité des participants. Nous avons obtenu une saturation des données dès le onzième entretien. Un douzième et dernier entretien a été réalisé pour confirmer cette saturation. La durée moyenne des entretiens était de huit minutes et 31 secondes.

### **3.3 Analyse des ensembles cohérents**

L'analyse des données a été réalisée sans l'aide de logiciel. Une retranscription fidèle des entretiens a été réalisée sur Word ®. Après la retranscription des verbatim, des codes ouverts et des thèmes ont été créés selon les réponses recueillies. Les codes ouverts et les thèmes se trouvent en annexe 6. Le regroupement des thèmes a été réalisé afin de créer des ensembles cohérents et de mettre en avant les réponses les plus pertinentes autour de notre question de recherche. Ces ensembles cohérents sont repris dans les résultats et correspondent aux sous parties du paragraphe 3.3.

#### **3.3.1 Impacts des LCC**

Notre entretien tentait de recueillir les répercussions des lombalgies dans le quotidien des participants.

On retrouvait uniquement deux participants qui ne ressentaient aucune limitation, que ce soit dans la vie personnelle ou professionnelle, ces deux participants étaient des femmes de moins de 30 ans :

*Je fais tout ce que j'ai envie de faire autant dans ma vie de tous les jours qu'au travail [9].*

*J'ai des douleurs quasi permanentes, ce n'est pas agréable mais ça ne me gêne pas dans mes activités du quotidien [10].*

Concernant le reste des participants les LCC entraînaient de réelles limitations dans leur vie professionnelle :

*Au travail il y a des gestes que j'ai du mal à faire [3].  
J'ai eu une retraite anticipée car le travail avec les enfants n'était plus possible avec mes douleurs [5].  
Quand je dois porter des cartons assez lourds après j'ai du mal à me relever [7].  
Je vais supporter une garde difficile d'où le fait que je sois restée à 80 % pour avoir plus de congés [11].  
J'ai mal quasi toute l'année donc effectivement ça a une incidence sur ma vie professionnelle [12].*

Des limitations dues aux douleurs ont été décrites dans tous les domaines de la vie personnelle :

*Impact sur mes travaux de jardinage [1].  
Je change tout le temps de position. Dès que je porte et que c'est trop lourd j'ai un point douloureux en bas du dos. Quand je suis assise devant le bureau ça me fait mal aussi [2].  
Quand je fais le ménage ça peut être douloureux [3].  
Je sais que si je passe l'aspirateur, que je nettoie la litière du chat, je vais me faire mal au dos [4].  
Je suis limitée pour aller marcher. J'ai une aide pour le ménage une fois par semaine car j'ai du mal à entretenir ma maison [5].  
Je ne peux plus trop faire le bricolage dans mon jardin [5].  
Impact au quotidien pour toutes mes tâches [6].  
Je dois demander de l'aide pour beaucoup de choses, je demande à ma sœur souvent de m'aider pour aller faire les courses [8].  
Tout est difficile dans mon quotidien [11].*

Les conséquences des LCC touchaient donc 10 personnes sur 12 interrogées. Ces impacts étaient présents dans tous les domaines de la vie personnelle et/ou professionnelle et touchaient aussi bien les hommes que les femmes ainsi que toutes les catégories d'âge.

L'appréhension à l'idée de bouger n'a été franchement décrite que chez trois participants :

*J'ai tout le temps peur de me faire encore plus mal [8].  
J'ai peur de bouger de faire certains gestes qui puissent me faire mal [10].  
J'ai peur de créer des lumbagos aigus et de rester bloqué plusieurs semaines [12].*

Autour de cette question est ressortie une autre conclusion. Les participants à l'étude s'accordaient sur le fait qu'ils modifiaient leurs postures dans la vie quotidienne afin de préserver leur dos. Ces derniers n'évoquaient pas une peur à l'idée de bouger mais des mécanismes de compensation développés pour ne pas créer de nouvelles douleurs ni amplifier les douleurs existantes. Ils acceptaient les douleurs actuelles et développaient une résilience face à ces dernières. Malgré l'absence de question dans notre guide d'entretien à ce sujet, la grande majorité des participants s'accordait donc sur la notion de manœuvres d'évitement de la douleur :

*Quand je vais faire un mouvement où je vais utiliser mon dos, je fais vachement attention [2].*

*Ça occasionne des obligations de prendre des postures pour contourner le moment où je vais me plier et où je risque de me faire mal [4].*

*Toute activité est quelque chose de difficile pour moi mais je ne vais pas arrêter de vivre [5].*

*C'est juste les muscles qui se verrouillent, ça fait mal puis c'est tout [6].*

*J'angoisse un peu mais ça ne m'empêche pas de bouger [7].*

*Je n'ai pas vraiment peur de bouger, je fais simplement plus attention [9].*

*Toute ma vie est organisée pour ne pas avoir trop mal [11].*

### **3.3.2 Connaissances, utilisations, initiations et limites des thérapies manuelles**

Dans notre guide d'entretien, une question portait sur les thérapies médicamenteuses utilisées par les patients lombalgiques chroniques.

Tous les participants à l'étude utilisent des thérapies médicamenteuses pour soulager leurs douleurs. Celles-ci sont utilisées dans la majorité des cas de manière ponctuelle. Deux participants seulement utilisent quotidiennement ces thérapeutiques. Les différentes catégories de thérapies médicamenteuses utilisées sont : les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) dans 45 % des cas, les antalgiques de palier 1 dans 25 % des cas, les antalgiques de palier 2 dans 20 % des cas, les myorelaxants dans cinq pour cent des cas et les infiltrations dans cinq pour cent des cas.

Les thérapies manuelles connues des participants sont :

- la masso-kinésithérapie mentionnée par l'ensemble des participants à l'étude
- l'ostéopathie mentionnée par 10 participants
- les massages mentionnés par trois participants
- la sophrologie mentionnée par un participant

- l'hydrothérapie mentionnée par un participant
- l'activité physique mentionnée par un participant
- l'acupuncture et les ventouses mentionnées par un participant.

*Kiné, ostéopathie [1].*

*Kiné, ostéopathe [2].*

*Tout ce qui est traitement avec les mains et non médicamenteux comme la kinésithérapie, l'activité physique... On peut aussi inclure les thérapies manuelles par le massage [3].*

*Kiné, ostéo après je sais pas sophrologie... Les masseuses peuvent avoir des diplômes aussi [4].*

*Massage et hydrothérapie [5].*

*Ostéo ou un kiné [6].*

*Kiné ou un ostéopathe [7].*

*Je ne connais que la kiné [8].*

*Massages thaïlandais qui sont fait par des masseuses. La kiné, etc. J'ai aussi essayé une fois l'acupuncture et les ventouses [9].*

*Une thérapie manuelle c'est le fait de bouger, avoir une activité, ne pas rester tout le temps dans le canapé. Kiné et à part ça je ne sais pas... Si de l'ostéo aussi [11].*

Nous avons questionné les participants à notre étude au sujet des personnes qui sont, selon eux, habilitées à pratiquer des thérapies manuelles. La totalité des participants a mentionné les masseurs-kinésithérapeutes et les ostéopathes. Les personnes formées aux pratiques des thérapies manuelles sont donc pour 100 % de nos participants les masseurs-kinésithérapeutes et les ostéopathes.

*Ceux qui peuvent la pratiquer c'est les kinésithérapeutes et les ostéopathes [1].*

Un participant a mentionné les médecins du sport :

*Certaines personnes sont formées notamment les médecins du sport [2].*

Un participant a mentionné les professionnels travaillant au sein des cures thermales :

*Ceux qui peuvent la pratiquer ce sont les kiné et ceux qui travaillent dans les cures thermales [5].*

Un participant a évoqué les infirmiers spécialisés :

*Des infirmières spécialisées [9].*

Nous avons tenté de recueillir les connaissances des participants sur l'action des thérapies manuelles dans le soulagement de leurs douleurs. Les différents mécanismes d'action évoqués par les participants étaient peu détaillés. Des notions d'étirements et de décontraction ont été mentionnées. Les réponses à cette question au cours de nos entretiens ont été très rapides et succinctes pour 10 participants :

*Effet antalgique, effet décontracturant [1].*

*Détendre les nœuds et étirer les muscles [2].*

*C'est pour procurer du bien être [4].*

*Remettre le dos en place, vérifier ce qui est déboité ou pas [6].*

*Mouvements ou appuis sur des endroits douloureux, effets décontracturants [9].*

*Le thérapeute va avoir un contact physique avec nous, etc. De la mobilisation ou du massage, des étirements [10].*

*Etire l'ensemble de la musculature dorsale de la tête aux pieds [12].*

Un participant n'avait pas d'idée sur les mécanismes de fonctionnement des thérapies manuelles :

*Je ne sais pas comment ça fonctionne [8].*

Un participant a apporté des éléments de réponses plus précis, il s'agit d'une femme dont la profession est la masso-kinésithérapie :

*Structurel pur et dur c'est à dire on agit directement sur la zone en dysfonction.*

*Ou alors une thérapie plus fonctionnelle [3].*

Une question portait sur la pratique personnelle de thérapie manuelle. Nous voulions savoir le nombre de patients atteints de LCC ayant déjà pratiqué des séances de thérapies manuelles au cours de leur prise en charge.

Seul un participant à l'étude n'a jamais réalisé de thérapie manuelle :

*J'ai peur de toutes ces choses-là. Je ne sais pas pourquoi j'ai cette angoisse. Les entendus ou ce que j'ai déjà vu dans des reportages. Des trucs qui se passent mal [7].*

Onze participants ont donc au moins essayé une fois une thérapie manuelle :

*J'ai déjà eu des séances d'ostéo, de kiné et aussi de mésothérapie [1].  
Ostéopathe [2].  
Par du fonctionnel et du structurel [3].  
Il y a une dizaine d'année j'ai été allé voir une kiné [4].  
Je vais chez l'ostéo qu'une fois par an. Après quand j'ai de grosses douleurs je vais chez le kiné pour quelques massages [6].  
Régulièrement des massages. J'ai déjà fait de la kiné et de l'acupuncture [9].  
J'ai déjà fait des séances de kiné et quelques séances d'ostéopathie aussi [10].  
Passage chez l'ostéopathe, un passage chez le kiné [12].*

Nous nous sommes interrogés sur la manière dont les patients atteints de LCC avaient débuté leurs thérapies manuelles. L'initiation des thérapies manuelles était pour neuf participants, secondaire à une prescription médicale et sur conseil du médecin traitant :

*C'est mon médecin traitant qui m'a prescrit mes séances de kiné [4].  
C'est mon médecin traitant qui m'a prescrit de la kiné [5].  
C'est mon médecin traitant qui m'avait prescrit mes séances de kiné [6].  
Mon médecin me donne souvent des prescriptions de kiné [7].  
C'est mon médecin de famille qui m'avait prescrit des séances [8]  
Prescription de mon médecin [9].  
La kiné m'a été prescrite et l'ostéo conseillée par le médecin [10].  
C'est mon médecin traitant qui me les a conseillé [11].  
C'est mon médecin qui m'en a prescrit et m'a conseillé les thérapeutes [12].*

Un participant a initié les thérapies manuelles sur conseil de son entourage familial :

*Ma fille qui a beaucoup insisté pour que je fasse quelque chose pour mes douleurs [1].*

Un participant a débuté les thérapies manuelles à la suite d'une urgence médicale :

*Ostéopathe en urgence pour qu'il me le débloque [2].*

Un participant travaillant dans le domaine de la masso-kinésithérapie a débuté les thérapies manuelles par le biais de son travail :

*J'en ai entendu parler à l'école pendant mes études [3].*

L'ensemble des participants à l'étude a mentionné leurs plaintes lombalgiques au cours d'une consultation chez leur médecin traitant. Ce dernier a donc supervisé les soins dans le cadre de la prise en charge des LCC.

Une question portait sur l'utilité des thérapies manuelles dans leur parcours de soins. Les thérapies manuelles sont jugées efficaces cependant la notion de courte durée d'efficacité dans le temps est omniprésente :

*L'impact a été assez immédiat... après ça dure environ deux mois pas plus [1].  
Je sens quand je suis chez l'ostéopathe, qu'il me manipule, qu'il me fait du bien [2].  
Je dirais que c'est plutôt efficace, ça ralentit par conséquent la fréquence de la survenue des douleurs [3].  
Ça faisait du bien pendant un jour ou deux [4].  
Ça a amélioré sur l'instant [10].*

De nombreuses limites à l'utilisation des thérapies manuelles ont été décrites :

- la pratique des thérapeutes

*La kiné ça marche aussi mais quand le kiné travaille avec nous et qu'il ne nous laisse pas sous une lampe à chauffer pendant toute la séance. Donc de la vraie kiné [1].  
Dur de trouver quelqu'un qui s'y connaît et qui pratique ces thérapies [3].  
J'aimerais aller voir un ostéopathe mais je n'en connais pas de bon [4].  
Rien n'est confortable chez le kiné. Tout va trop vite [11].*

- l'efficacité temporaire des séances

*Ça finit toujours par revenir [1].  
Parler de l'efficacité à long terme, je n'irai pas jusque là. Il y a besoin d'y retourner car au bout d'un moment les douleurs reviennent. [3].  
L'effet est trop temporaire pour un investissement, pas pécunier, mais ça demande du temps [5].  
Soulage mais sur un court moment [9].  
Tout est très temporaire [12].*

- la limite du nombre de séances

*Je ne peux pas la faire très souvent, c'est deux ou trois fois par an [1].  
L'ostéo non car la personne qui me l'a fait m'a dit qu'on ne pouvait plus rien faire. Pour le kiné, il m'a dit qu'on était arrivé au bout des séances [12].*

- la disponibilité des thérapeutes et des participants

*Disponibilité du thérapeute et ma disponibilité à moi aussi. Trouver le temps de se faire soigner c'est pas évident [3].  
Il faut que je prenne le temps. Je fais des grosses journées, je n'ai pas encore de voiture donc entre prendre un rendez-vous et pouvoir y accéder c'est pas facile. Personne ne consulte assez tard pour moi [4].  
Je pourrais prendre le temps mais c'est de la négligence [6].  
Prendre le temps d'aller chez le médecin pour avoir une ordonnance [9].  
Par manque de motivation et manque de temps [10].*

- l'effet plus délétère que bénéfique

*Je n'ai pas fait beaucoup de séances car je trouvais que ça ne marchait pas. Des fois encore plus mal en allant voir le kiné [8].  
J'ai fait de la kiné mais j'en suis sortie plus cassée qu'avant. Et l'ostéo j'en ai fait une fois mais c'est trop violent [11].*

- le coût financier.

*L'acupuncture je n'y suis allée qu'une fois... les bienfaits durent peu, en plus c'est assez cher [9].*

Seulement quatre participants à notre étude poursuivaient les thérapies manuelles lorsque les entretiens semi-dirigés ont été réalisés.

### **3.3.3 La place de l'activité physique dans le parcours de soins**

Notre étude se concentrait uniquement sur la pratique des thérapies manuelles. L'utilisation d'un guide d'entretien semi-dirigé nous a permis de mettre en évidence un point important : la place de l'activité physique dans la prise en charge des LCC.

Huit participants sur 12 ont évoqué le fait que l'activité physique serait bénéfique sur leurs douleurs :

*La marche est plutôt bénéfique sur mes douleurs [1].*

*Contrairement à il y a 30 ans, je continue à faire du sport et à bouger tout le temps. D'ailleurs j'ai un peu moins de problèmes, je trouve que je me bloque un peu moins. Tous les matins je fais des abdos et des étirements sur mon tapis. Je fais ce qu'il faut pour étirer [6].*

*La nouvelle génération de médecin dit qu'il faut bouger. Avant on devait rester alité mais maintenant il faut bouger. Donc j'écoute les nouveaux et je bouge [7].*

*Quand je travaillais encore c'était difficile mais j'avais moins mal que maintenant que je suis à la retraite [8].*

*Ce qui m'aide le plus à gérer mes douleurs ce sont mes autos exercices que j'ai appris avec le kiné et la musculation que je pratique deux fois par semaine avec un coach [9].*

*Ça dépend aussi de moi et de mon activité physique. Quand j'en fais plus j'ai moins mal [10].*

*Je fais de l'activité physique qui me soulage beaucoup plus [11].*

*Je faisais de la nage avec palme pour renforcer mon dos plus rapidement et ça me permettait de faire du tennis sans être embêté [12].*

Cette conclusion nous offre des perspectives de prise en charge. Dans le quotidien, 67 % de nos participants s'accordent à dire que leurs douleurs sont soulagées ou ont été soulagées lorsqu'ils avaient une activité physique régulière.

## 4 DISCUSSION

---

### 4.1 Résultat principal

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la perception des thérapies manuelles par les patients lombalgiques chroniques.

Les patients atteints de lombalgies chroniques souhaitent un soulagement des douleurs sur le long terme compte tenu du grand retentissement de ces dernières dans leur quotidien. Les participants de notre étude perçoivent les thérapies manuelles comme des thérapeutiques. Ces dernières sont proposées et prescrites par leur médecin traitant dans la grande majorité des cas.

En pratique réelle, ces thérapies manuelles ne sont pas perçues comme suffisamment efficaces sur le long terme. Ces dernières demandent trop d'investissement par rapport aux résultats obtenus. De nombreux freins amènent les personnes souffrant de LCC à ne pas poursuivre les thérapies manuelles. Ce qui ressort est tout d'abord la difficulté de trouver un thérapeute formé aux thérapies manuelles. Ces thérapeutes sont peu connus du grand public et des professionnels de santé également. L'accessibilité aux soins semble compliquée. En cas de besoin de séances de masso-kinésithérapie, les patients doivent s'organiser tout d'abord pour prendre rendez-vous chez leur médecin traitant afin d'obtenir une prescription médicale. Puis, dans un second temps, ils doivent s'organiser pour fixer les rendez-vous auprès du masseur-kinésithérapeute. De plus, le bénéfice temporaire de la thérapie n'encourage pas les patients à poursuivre les séances de thérapies manuelles ni à y investir davantage de temps.

Un effet plus délétère que bénéfique des thérapies manuelles sur leurs douleurs a également été mentionné par deux participants au cours de notre étude.

Certains patients ayant poursuivi les séances de thérapies manuelles se sont retrouvés contraints de les arrêter. En effet les professionnels habilités ont pris la décision d'arrêter le suivi par épuisement des thérapies utilisables, n'observant pas d'amélioration objective.

En conclusion, les thérapies manuelles sont perçues comme de réels traitements par les patients lombalgiques chroniques. Cependant, on constate que les patients arrêtent rapidement leur prise en charge. Seuls 36 % des patients ayant bénéficié de thérapie manuelle, y avaient encore recours au moment des entretiens semi-dirigés. Un manque de connaissance sur la réelle fonction des thérapies manuelles peut être imputable à la perception erronée que s'en font les

patients. Les attentes trop élevées des patients atteints de LCC peuvent également intervenir dans la représentation négative des thérapies manuelles.

#### **4.2 Résultat secondaire**

Un résultat secondaire important a été mis en avant. L'activité physique régulière a été identifiée comme un facteur de soulagement des douleurs dans les LCC.

Plus de la moitié des participants avec une activité physique régulière, récente ou ancienne, mentionnent le fait que leurs douleurs sont atténuées grâce à cette pratique. L'impact sur leurs douleurs quotidiennes est réel et l'efficacité de l'activité physique est perçue par les participants comme étant supérieure aux bénéfices atteints par les thérapies manuelles.

Ce résultat n'était pas attendu compte tenu de l'objectif initial de l'étude. Les questions étaient dirigées uniquement sur les thérapies manuelles, leurs connaissances et leurs utilisations par les patients lombalgiques chroniques. L'analyse IPA au travers de nos entretiens semi-dirigés a permis aux patients d'évoquer des points qui leur semblaient importants même si aucune question précise sur ces sujets ne leur avait été posée. Les participants de notre étude nous ont donc confié ce qui les aide le plus à atténuer leurs douleurs, à savoir la pratique d'une activité physique. Bien que l'échantillon soit faible, 67 % mentionne l'activité physique comme étant une thérapeutique bien plus efficace que les thérapies manuelles utilisées et pratiquées par des personnes habilitées.

#### **4.3 Comparaison avec la littérature**

Concernant notre résultat principal, aucune étude similaire n'a pu être retrouvée dans la littérature. Notre travail est innovant car il se concentre sur le réel vécu et la perception des thérapies manuelles au sens large par les patients atteints de lombalgies chroniques.

Un comparatif des autres résultats avec les données de la littérature actuelle a été réalisé et se trouve dans le tableau 2.

Tableau 2 : Comparaison des résultats avec la littérature actuelle

<p>Ci-dessous le résumé des résultats obtenus à travers nos entretiens semi-dirigés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'impact des lombalgies chroniques est majeur pour la grande majorité des participants à notre étude. Ces douleurs ont des répercussions sur tous les domaines de la vie personnelle et professionnelle. Seuls deux participants à notre étude n'éprouvaient aucun impact de leurs douleurs dans leur quotidien.</li> <li>- Trois participants à notre étude présentaient une réelle kinésiophobie. Le reste des participants, quant à eux, présentaient des mécanismes d'évitement liés à la peur de la douleur. Ils organisaient leur quotidien afin d'éviter de réaliser certains mouvements pouvant potentiellement accentuer leurs douleurs existantes ou provoquer de nouvelles douleurs.</li> <li>- Tous les participants à notre étude avaient une certaine connaissance des thérapies manuelles nécessaires au traitement de leurs douleurs. Leurs connaissances restaient cependant limitées. Hormis un participant tous les autres ont essayé au moins une fois une thérapie manuelle. Les thérapies</li> </ul>	<p>Ci-dessous les comparatifs de nos résultats avec la littérature actuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La lombalgie commune est une cause importante de frustration et engendre une diminution de l'estime de soi par les répercussions importantes dans la vie quotidienne. La LCC est source de limitations fonctionnelles, d'arrêts de travail et d'absentéismes (25,26).</li> <li>- La kinésiophobie est fréquemment retrouvée dans les lombalgies communes. L'impact négatif de la kinésiophobie sur l'évolution des douleurs et sur la réalisation des actes de la vie quotidienne est reconnu. La kinésiophobie comprend la peur du mouvement qui induit la peur d'une douleur présente ou anticipée. Un modèle d'évitement de la peur de la douleur (ELP) est inspiré des techniques comportementales et cognitives. Ce dernier est utilisé pour confronter les patients aux mouvements qu'ils craignent et ainsi réapprendre à réaliser un mouvement appréhendé sans déclencher de douleur (27,28).</li> <li>- Une étude belge s'est intéressée aux représentations de l'ostéopathie et les connaissances générales de l'ostéopathie dans la population franco-belge. Elle en conclut que plus les personnes sont informées des techniques utilisées, meilleurs seront les résultats de la thérapie utilisée. A</li> </ul>
---	---

manuelles sont perçues comme un réel traitement. Elles sont souvent utilisées mais jugées pas assez efficaces par la majorité des participants. De trop nombreux freins à leur utilisation sont source de non ou mauvaise prise en charge des lombalgies. Les thérapies manuelles sont peu comprises et souvent arrêtées précocement. Même lorsque ces dernières sont poursuivies, d'autres freins à leur utilisation induisent leur arrêt. Les thérapies manuelles n'apportent pas de réponses à la hauteur des attentes des participants, à savoir, le soulagement sur le long terme de leurs douleurs.

- L'initiation de la masso-kinésithérapie s'est faite dans la grande majorité des cas par le médecin traitant. La prescription médicale mentionne pour la plupart la profession dans sa globalité. Bien que le médecin traitant coordonne

l'inverse, la méconnaissance entraîne une non utilisation ou une vision péjorative de l'ostéopathie. En France, selon un sondage réalisé par OpinionWay en 2010, pour le Syndicat de Médecine Manuelle-Ostéopathie de France (SMMOF), l'ostéopathie a déjà été utilisée par 42 % de la population française. Les thérapies manuelles, telles que l'ostéopathie, prennent de plus en plus d'ampleur dans leurs utilisations et connaissances au sein de la population générale (29). Les thérapies manuelles ont un effet modéré dans la diminution de la lombalgie chronique et des limitations des capacités fonctionnelles. Il est clairement admis dans la littérature que la prise en charge des LCC doit comprendre l'utilisation de plusieurs traitements combinés (thérapies manuelles, renforcements musculaires, etc.) et une prise en charge bio-psycho-sociale pour être optimale (30,31). Il est à noter également que les ultrasons et les tractions vertébrales ne sont pas recommandés. D'autres thérapies telles que l'acupuncture et l'acupression n'ont pas démontré d'efficacité dans la prise en charge des lombalgies. D'autres thérapies manuelles n'ont à ce jour pas encore bénéficié d'étude pour démontrer leur efficacité dans la prise en charge des LCC (32).

- Aucune revue de la littérature récente n'a recherché comment les patients atteints de LCC avaient débuté les thérapies manuelles. Nous avons retrouvé dans la littérature un rôle central du médecin traitant dans la prise en charge des LCC. En effet sept

l'ensemble des prises en charge mises en place dans le cadre des LCC, il n'a pas connaissance du type de thérapies manuelles exercées auprès des patients.

- L'activité physique a été mentionnée par huit participants comme facteur principal au soulagement de leurs douleurs. L'activité physique régulière leur permettait pour certains de reprendre des activités arrêtées, compte tenu de douleurs trop importantes. Pour plus de la moitié de nos participants, la pratique régulière d'une activité physique joue un rôle central dans l'atténuation de leurs douleurs au quotidien.

pour cent des consultations des 18 à 65 ans sont une plainte lombalgique. Etant donné la prise en charge pluri-professionnelle, le médecin généraliste doit veiller à la cohérence des thérapeutiques proposées. Des discours discordants pouvant être délétères dans la prise en charge du patient lombalgique chronique (32).

- Dans la littérature, l'impact positif de l'activité physique sur la santé et la prévention de maladie chronique est démontrée (33). L'activité physique est considérée comme le traitement principal permettant une évolution positive de la lombalgie. Les thérapies non actives ne semblent pas avoir d'efficacité sur l'évolution des douleurs (32). L'assurance maladie a lancé un programme de sensibilisation concernant la prise en charge des LCC en 2017. Il y est clairement notifié que seul le mouvement permet de lutter contre la lombalgie et sa chronicisation. Pour accompagner les patients lombalgiques, une application mobile gratuite, « Activ'Dos », a été créée. Elle permet de mieux connaître le dos et la lombalgie, une autonomisation du patient et un suivi (34).

## **4.4 Les forces et les limites**

Les forces et les limites de notre étude ont été déterminées après relecture et en s'aidant de la grille « COnsolidated criteria for REporting Qualitative research » (COREQ).

### **4.4.1 Les limites**

Nous ne reviendrons pas sur les limites liées à l'utilisation d'une étude qualitative, qui sont connues et indépendantes du sujet et de l'investigateur.

Un biais lié à l'équipe de recherche et de réflexion a été identifié. Ce dernier est lié à l'investigatrice. En effet il s'agissait des premiers entretiens semi-dirigés menés par l'investigatrice. Un manque d'expérience à la réalisation d'entretiens semi-dirigés peut être à l'origine d'un biais de subjectivité au sein même de la méthode de recueil de données.

Autour de la conception de l'étude deux biais, à savoir le guide d'entretien non testé au préalable et les transcriptions des entretiens non revus ni corrigés par les participants, ont été caractérisés.

L'ensemble des informations recueillies au cours des entretiens semi-dirigés est sujet à un biais de mémorisation. Les participants ne pouvant pas énoncer précisément ce qu'ils ont fait dans le passé.

Les résultats n'ont été codés que par l'investigatrice. Il aurait été intéressant qu'un codage soit réalisé par un plus grand nombre d'investigateur.

Nous avons peu de littérature sur l'efficacité des thérapies manuelles car elles sont indissociables d'une prise en charge globale. Ce qui constitue un biais majeur dans notre étude.

### **4.4.2 Les forces**

Notre travail a été choisi par l'investigatrice compte tenu de son fort intérêt pour les lombalgies et du nombre accru de consultations autour de ces douleurs, réalisées au cours des stages de fins d'études et des remplacements en médecine générale. L'attrait de l'investigatrice pour le choix du sujet est une force majeure.

A ce jour, notre étude semble inédite. Il n'existe aucune revue de la littérature similaire à notre thématique de travail.

La méthode qualitative par analyse IPA permet d'expérimenter le vécu des participants. Cette analyse était le meilleur choix pour répondre à notre question de recherche.

L'échantillon, bien que basé sur des volontaires, est diversifié. Dans les analyses qualitatives l'échantillon ne doit pas être représentatif de la population mais le plus diversifié possible. Ce qui constitue une force dans la conception de notre étude.

#### **4.5 Perspectives**

Malgré le nombre important de publications concernant la lombalgie commune, aucune prise en charge codifiée n'est réellement possible. Les causes des lombalgies sont nombreuses et influencées par plusieurs facteurs bio-psycho-sociaux. Il est important de les identifier et de les prendre en compte dans la prise en charge des patients atteints de LCC. Il a été démontré que l'association des thérapies manuelles à d'autres formes de traitement présente une meilleure efficacité sur la diminution des douleurs et l'amélioration de la qualité de vie (31).

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la prise en charge des LCC, compte tenu de la fréquence élevée des plaintes liées aux lombalgies en consultation. La lombalgie chronique engendre de nombreux retentissements dans la vie quotidienne des patients. Il est donc primordial de prendre en charge le patient dans sa globalité, soit de tenir compte de l'impact des douleurs sur le patient mais aussi de la restriction de participation aux occupations de la vie quotidienne qu'elles génèrent.

Une écoute et une attention bienveillante envers les patients est fondamentale (32). Anciennement, le modèle biomédical ne prenait pas en compte les aspects psychologiques et sociaux pouvant intervenir dans les processus pathologiques. Ces aspects sont pourtant un point central à prendre en considération pour le traitement des lombalgies chroniques. C'est pourquoi le modèle bio-psycho-social doit être utilisé dans la prise en charge des LCC (10).

Nous pouvons nous interroger sur la manière dont les médecins sont formés au modèle bio-psycho-social.

De nos jours il est admis que les symptômes perçus par les patients, d'une pathologie associée à un cadre nosologique précis, sont dus à un ensemble de mécanismes (biologiques, psychologiques, économiques, sociaux, etc.). Les enseignements actuels prennent en compte l'ensemble de ces éléments. Les études de santé autrefois centrées sur l'aspect biologique sont aujourd'hui tournées vers la relation soignant-soigné. Une récente réforme a modifié

l'ancien Examen Classant National (ECN). Une prise en compte du parcours de l'étudiant et des examens cliniques objectifs structurés ont été incorporés dans l'examen. Le caractère holistique de la médecine est donc bien présent dans la formation actuelle. Cependant cette formation initiale peut être améliorée (35).

De plus la formation à ce modèle bio-psycho-social peut se faire facilement par la lecture d'articles récents, du fait des nombreux écrits autour de ce modèle. La formation au sein des facultés est primordiale mais la formation continue tout au long de sa carrière professionnelle l'est tout autant. Il existe en complément de la formation initiale une démarche de Développement Professionnel Continu (DPC). Elle comprend des Formations Médicales Continues (FMC), des Diplômes d'Université (DU) et des Diplômes InterUniversitaire (DIU) qui permettent aux praticiens de se former sur l'éducation thérapeutique du patient, l'acupuncture médicale, la médecine manuelle et ostéopathie médicale, etc.

Compte tenu de la durée d'évolution à long terme des LCC, s'adapter au contexte personnel, à l'âge et à la profession du patient est donc nécessaire (32). Les modalités de prise en charge diagnostique et thérapeutique du praticien sont influencées par sa formation et ses caractéristiques personnelles mais aussi par les types de patients rencontrés. Nous sommes dans une période de transition entre deux modèles, de ce fait il existe une diversité dans les prises en charge et les parcours des praticiens. Une cohérence dans le discours des différents professionnels de santé chargés du traitement des LCC est indispensable pour faciliter le parcours de soins des patients.

Pour favoriser ce type de prise en charge et permettre que le modèle bio-psycho-social soit viable, il serait nécessaire de permettre aux professionnels de santé des temps de consultation plus long et des honoraires adaptés.

Une revue de la littérature mentionne que les professionnels de santé orientés vers le modèle biomédical sont plus sujets à conseiller une limitation des activités physiques (36). Les médecins de l'ancienne génération formés au modèle biomédical avaient tendance à moins considérer la dimension psychique de la lombalgie chronique que de nos jours. Actuellement, les dimensions mécaniques, professionnels, sociologiques et psychiques de la lombalgie chronique sont mieux prises en compte. La modulation de cette prise en charge permet de prendre en compte le patient dans sa globalité et de pouvoir ainsi s'adapter au mieux à ce dernier.

Au sein même du modèle bio-psycho-social, le rôle de l'activité physique a une place centrale. La Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA) mentionne que l'APA est une méthode de prise en charge de l'individu, avec pour finalité ce qu'elle apporte et ce qu'elle suggère au patient (36). Une activité physique et des exercices d'auto-rééducation réguliers sont recommandés pour les patients atteints de LCC (32).

Il a été démontré que l'activité physique aurait un impact positif sur l'intensité des douleurs et l'état de santé psychologique des patients. De surcroît, une amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de douleur chronique est donc prouvée (33). Malgré les éléments de la littérature, la formation et l'attrait du praticien pour l'activité physique modifie sa vision de la prise en charge des LCC. Une étude récente a recensé que 33 % des médecins généralistes considéraient le repos comme la meilleure thérapeutique contre la lombalgie (36).

L'éducation thérapeutique du patient a une part importante dans la rééducation des LCC. En effet, comme nous avons pu le constater, une activité physique régulière améliorerait considérablement les douleurs au long cours. Le thérapeute a donc un rôle important à jouer dans l'autonomisation du patient vis-à-vis de l'application des exercices de rééducation dans son quotidien. Cependant, certaines consultations pour LCC deviennent récurrentes. Nous pouvons alors supposer que l'autonomisation du patient n'est pas la solution adaptée pour ce dernier. Ainsi, l'indication d'un suivi par un enseignant d'APA serait intéressante. Ce dernier, permettrait d'accompagner le patient au plus près dans la réalisation des exercices conseillés et de lutter ainsi contre la sédentarité et la kinésiophobie.

## 5 CONCLUSION

---

Nous sommes très satisfait d'avoir réalisé cette étude innovante. Le thème des lombalgies chroniques est très présent dans la littérature ancienne et actuelle, mais notre sujet n'est point abordé.

La connaissance des symptômes des LCC par les patients reste limitée. Il serait souhaitable et optimal de tendre vers une prise en charge inspirée du modèle bio-psycho-social. Le patient devrait alors connaître les différents facteurs mécaniques, sociologiques et psychiques influençant sa lombalgie. De plus il devrait être réceptif à ce modèle. Pour se faire, il est nécessaire que les médecins traitants bénéficient d'une formation initiale et continue satisfaisante ainsi qu'un temps de consultation suffisant pour pouvoir proposer une éducation thérapeutique du patient dont le but final serait de le rendre autonome dans sa rééducation à long terme. Dans ce modèle bio-psycho-social, le médecin traitant est source d'informations pour le patient concernant sa pathologie et ses conséquences. Il réévalue le patient régulièrement pour observer l'efficacité des thérapeutiques prescrites ou conseillées, et s'assurer de la tolérance des soins et de l'observance du patient. Le rôle diagnostique, d'accompagnement et de hiérarchisation des préconisations par le médecin traitant est alors primordial.

Bien que focalisé sur la perception des thérapies manuelles par les patients lombalgiques chroniques, l'utilisation d'un guide d'entretien semi-dirigé a laissé libre cours aux participants. Il en ressort que l'activité physique est un élément central de la prise en charge de ces douleurs. En effet, une prise en charge globale des patients atteints de LCC est bien décrite dans la littérature. Toutefois, en réalité, cette dernière est difficilement compatible avec le quotidien.

Au cours de notre étude, nous nous attendions donc à recueillir davantage de réponses centrées sur les thérapies manuelles. En réalité l'activité physique a surplombé une grande partie de notre travail. Ce dernier point reste cependant bénéfique étant donné l'importance de l'activité physique dans la prise en charge des douleurs chroniques. Le médecin traitant doit continuer à intégrer les thérapies manuelles dans la prise en charge des LCC mais avant tout mettre en avant les bienfaits d'une activité physique régulière et inclure cette dernière dans les priorités de préconisation. Le type d'activité physique ne serait pas ordonné par le médecin traitant mais resterait bien le choix du patient afin de s'assurer de son adhésion.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

---

1. Ameli S de l'assurance maladie. La lombalgie, un enjeu de santé publique [Internet]. 2022 [Cité 26 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
2. Giani A, Schfer S, Sabbioni M, Klui H, Frey U. Directives pour les médecins de premier recours : lombalgies. Prim Hosp Care Médecine Interne Générale. 2 sept 2020 ; (9).
3. Godem Salem M. Efficacité de la mésothérapie dans les lombalgies arthrosiques chez le sujet âgé en milieu thermale. A propos de 30 cas. [Internet]. 2018 [Cité 26 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.sfmesotherapie.com/bib/23.pdf#page=13>
4. HAS Haute autorité de santé. Référentiel concernant la rééducation en cas de lombalgie commune. 2011 [Cité 23 mai 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/actes\\_kine\\_lombalgies\\_-\\_argumentaire\\_v2.pdf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/actes_kine_lombalgies_-_argumentaire_v2.pdf.pdf)
5. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Kinésiophobie : quand la peur du mouvement freine la rééducation [Internet]. 2020 [Cité 23 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesiophobie-quand-la-peur-du-mouvement-freine-la-reeducation/>
6. Guiot N. Prise en charge d'une lombalgie chronique en cabinet libéral, une première expérience de ce mode d'exercice professionnel : Analyse réflexive sur cette prise en charge [Mémoire]. Pays de la Loire : institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation ; 2012. 43.
7. Demoulin C, Baeri D, Toussaint G, Cagnie B, Beernaert A, Kaux JF, et al. Croyances de la population concernant le craquement entendu lors des manipulations vertébrales. Rev Rhum. 2018 ; 85 (3) : 280-284.
8. HAS Haute autorité de santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. 2019 [Cité 23 mai 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune)
9. Fouquet B, Jacquot A, Nardoux J. Rééducation de la lombalgie commune. Rev Rhum Monogr. 2017 ; 84 (1) : 29 38.

10. Bolton D, Ferry-Danini J. Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. Arch Philos. 2020 ; Tome 83 (4) : 13 40.
11. Rozenberg S, Foltz V, Fautrel B. Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. Rev Rhum. 2012 ; 79 (1) : A27 31.
12. Sansonnens N, Kunzler F, Bron C, Vassant M, Allet L. La méthode McKenzie est-elle efficace à court et à long terme pour le traitement des lombalgies chroniques ? Revue systématique de la littérature. Kinésithérapie Rev. 2013 ; 13 (137) : 30 37.
13. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. Ann Réadapt Médecine Phys. 2007 ; 50 (8) : 633 639.
14. HAS Haute autorité de santé. Prévenir le passage à la chronicité de la lombalgie [Internet]. 2019 [Cité 23 mai 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2962377/fr/prevenir-le-passage-a-la-chronicite-de-la-lombalgie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2962377/fr/prevenir-le-passage-a-la-chronicite-de-la-lombalgie)
15. Cantin V, Lachance É. Contribution du stress au développement et à la sévérité de l'incapacité chez des patients lombalgiques [Mémoire]. Québec : Université Trois-rivières ; 2016. 87.
16. Meheust M. Influence des croyances sur la participation et le vécu des patients lombalgiques chroniques [Mémoire]. Rennes : IFMK de Rennes ; 2013. 49.
17. Marie D. Prise en charge et parcours de soins des patients lombalgiques : description des patients d'un cabinet de médecine générale. [Thèse]. Tours : université d'Angers ; 2015. 63.
18. Mansouri E, Kostur L. Étude préliminaire descriptive sur l'éducation à la neurophysiologie de la douleur chez le patient lombalgique chronique : illustration par une brochure. Kinésithérapie Rev. 2018 ; 18 (193) : 10 18.
19. Lawand P, Lombardi Júnior I, Jones A, Sardim C, Ribeiro LH, Natour J. Les effets d'un programme d'étirements musculaires selon la méthode de rééducation posturale globale (RPG) sur les patients souffrant de lombalgie chronique : un essai randomisé contrôlé. Rev Rhum. oct 2015 ; 82 (5) : 322 326.
20. Weber K, Sartori M, Cedraschi C, Genevay S, Canuto A, Rentsch D. Traitement interdisciplinaire des lombalgies chroniques: aspects psychologiques et de personnalité. 2012 ; 8 (328) : 368.

21. Azanmasso H, Lahrabli S, Alagnide E, Ahannougbé C, Tchonda E, Carra B, et al. La lombalgie chronique : effets d'une thérapeutique multidisciplinaire. *Revue Marocaine Rhum.* 2016 ; 37 : 25 - 32.
22. Lheureux A, Nonclercq O, Mathias JL, Korogod N, Opsommer E, Berquin A. Comment évaluer le risque de chronicisation d'une lombalgie ? 2019 ; 138 (8) : 336 - 343.
23. Dujardin F, Roussignol X. L'adhésion du patient à son traitement, une difficulté thérapeutique méconnue. *Rev Chir Orthopédique Traumatol.* 2010 ; 96 (8) : 1018 - 1022.
24. Bastide C. Implications psychologiques dans la prise en charge ostéopathique des maux de dos. *Anal.* 2021 ; 5 (3) : 323 - 326.
25. Riahi Ep Belkhiria K, Kallala I, Saadallah A. Lombalgie commune et arrêt de travail à propos de 100 cas. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* 2020 ; 81 (5) : 708 - 709.
26. Bailly F, Foltz V, Rozenberg S, Fautrel B, Gossec L. Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : une étude qualitative. *Revue du Rhumatisme.* 2015 ; 82 (6) : 396 - 401.
27. Kaboré F, Tiaho E, Tiendrébéogo WSJ, Sougué C, Savadogo WJE, Ouedraogo A, et al. Kinésiophobie chez les patients suivis pour lombalgie et lombosciatique commune chronique : prévalence et facteurs associés. *Rev Rhum.* 1 déc 2020 ; 87 : A74 - 75.
28. Conradi S, Masselin-Dubois A. La kinésiophobie et le modèle d'évitement de la peur de la douleur dans l'évaluation psychologique. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement.* 2019 ; 20 (4) : 151 - 157.
29. Ciulla L, Foucart J, Lepers Y, Cullus P, Milabi AK. Enquête d'opinions sur la perception de l'ostéopathie au sein de la population belge francophone. 2016 ; 3 : 8.
30. Devroey D. La thérapie manuelle en cas de lombalgies chroniques ? [Internet]. *Minerva Website.* 2014 [cité 27 janv 2023]. Disponible sur : <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/32>
31. Frossard T. Comparaison de l'efficacité de différentes techniques de thérapie manuelle sur les douleurs lombaires chroniques non-spécifique : une méta-analyse en réseau [mémoire]. Loèche-les-bains : Haute Ecole de Santé ; 2019. 62.

32. CNGE, Saint-Lary O, Imbert P, Perdrix C. Médecine générale pour le praticien. 1<sup>re</sup> éd. Elsevier Health Sciences ; 2022.
33. Petit A, Champagne R. Activité physique et réentraînement à l'effort chez les patients lombalgiques. Rev Rhum Monogr. 1 juin 2021 ; 88 (3) : 225 230.
34. Ameli S de l'assurance maladie. Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement. [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/mal-dos-mouvement-dp_assurance-maladie.pdf)
35. Albano MG, d'Ivernois JF. La problématique de la distance dans la formation des médecins. Pédagogie Médicale. mai 2016 ; 17 (2) : 127 134.
36. Gruson G. L'activité physique comme stratégie du patient lombalgique chronique : quelles pratiques ? [thèse]. Ottignies-Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain ; 2019. 80.

## 7 ANNEXES

### 7.1 Questionnaire TSK

#### Questionnaire Tampa (TSK)

pour l'évaluation de l'indice de kinésiophobie

(Kori et al., 1990, traduite par French et Roach)

Nom : \_\_\_\_\_ évaluation no 1 2 3 4 5 6 date : \_\_\_\_\_

Score :  sur 68

**Consignes : Veuillez lire attentivement chaque question et encercler le numéro qui correspond le mieux à vos sentiments.**

- |   | Fortement en désaccord | Quelque peu en désaccord | accord | Quelque peu en accord | Fortement en accord |
|---|------------------------|--------------------------|--------|-----------------------|---------------------|
| 1. J'ai peur de me blesser si je fais de l'activité physique  | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 2. Ma douleur ne ferait qu'intensifier si j'essayais de la vaincre  | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 3. Mon corps me dit que quelque chose ne va vraiment pas  | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 4. Si je faisais de l'activité physique, ma douleur serait probablement soulagée *                                  | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 5. Les gens ne prennent pas mon état de santé assez au sérieux  | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 6. Mon accident a mis mon corps en danger pour le reste de mes jours  | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 7. La douleur signifie toujours que je me suis blessé(e)  | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 8. Même si quelque chose aggrave ma douleur, cela ne veut pas dire que c'est dangereux *                            | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 9. J'ai peur de me blesser accidentellement   | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 10. La meilleure façon d'empêcher que ma douleur s'aggrave est de m'assurer de ne pas faire des mouvements inutiles | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 11. Je n'aurais pas tant de douleurs s'il ne se passait pas quelque chose de grave dans mon corps                   | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 12. Bien que ma condition soit pénible, je serais mieux si j'étais physiquement actif(ve) *                         | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 13. La douleur m'indique quand arrêter de faire des activités physiques pour que je ne me blesse pas                | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 14. Il n'est pas prudent qu'une personne avec un état de santé comme le mien soit physiquement active               | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 15. Je ne peux pas faire tout ce qu'une personne normale peut faire parce que j'ai plus de risques de me blesser    | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 16. Bien qu'il y ait quelque chose qui me cause beaucoup de douleurs, je ne pense pas que ce soit vraiment grave *  | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |
| 17. Personne ne devrait être obligé de faire des exercices lorsqu'il(elle) ressent de la douleur                    | 1                      | 2                        | 3      | 4                     | 4                   |

## 7.2 Questionnaire FABQ

### Évaluation individuelle face à la douleur FEAR AVOIDANCE BELIEF QUESTIONNAIRE (FABQ)

Référence : Waddell G, Newton M, Henderson I et al. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) the role of fear-avoidance belief in chronic low back pain and disability. Pain 1993;52:157-68

Version française : Chaory K, Fayad F, Rannou F et al. Validation of the french version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. Spine 2004;29:908-13

Vous trouverez ci-dessous des pensées que d'autres patients nous ont dites à propos de la douleur. Pour chaque remarque, veuillez entourer le chiffre entre 0 et 6 qui exprime le mieux ce que vous éprouvez et ce qui atteint ou pourrait atteindre votre dos.

	<i>Absolument pas d'accord avec la phrase</i>	<i>Partiellement d'accord avec la phrase</i>					<i>Complètement d'accord avec la phrase</i>
<b>FABQ PHYSIQUE</b>							
1 - Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6
2 - L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
3 - L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
4 - Je ne voudrais pas faire d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
5 - Je ne devrais pas avoir d'activités physiques qui peuvent ou qui pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
<b>FABQ TRAVAIL</b>							
<i>Les phrases suivantes concernent comment votre travail actuel affecte ou pourrait affecter votre mal de dos</i>							
6 - Ma douleur a été causée par mon travail ou par un accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
7 - Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
8 - Je mérite la reconnaissance de mon mal de dos en tant qu'accident de travail	0	1	2	3	4	5	6
9 - Mon travail est trop lourd pour moi	0	1	2	3	4	5	6
10 - Mon travail aggrave ou pourrait aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6
11 - Mon travail pourrait endommager/abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je ne devrais pas effectuer mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je ne peux pas faire mon travail habituel tant que ma douleur n'est pas traitée	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne pense pas que je pourrais refaire mon travail habituel dans les 3 prochains mois	0	1	2	3	4	5	6
16 - Je ne pense pas que je pourrais jamais refaire mon travail	0	1	2	3	4	5	6
<b>TOTAL DES ITEMS</b>							
Échelle 1 : croyances concernant le travail (6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 15, 0 à 42)							
Échelle 2 : croyances concernant l'activité physique (2 + 3 + 4 + 5, 0 à 24)							

Fig. 1. Version française du *Fear-Avoidance beliefs Questionnaire* (FABQ).

Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening (version courte)

Nom du patient:		Date :									
<p><i>Ces questions vous concernent si vous avez des douleurs au niveau du dos, des épaules ou de la nuque. Veuillez lire et répondre à chaque question attentivement. Ne prenez pas trop longtemps pour répondre aux questions. Il est cependant important que vous répondiez à chaque question. Quelle que soit votre situation, il y a toujours une réponse à donner.</i></p>											
<b>1. Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ? Cochez une case.</b>											
<input type="checkbox"/> 0-1 semaine		<input type="checkbox"/> 2-3 semaines		<input type="checkbox"/> 4-5 semaines		<input type="checkbox"/> 6-7 semaines		<input type="checkbox"/> 8-9 semaines			
<input type="checkbox"/> 10-11 semaines		<input type="checkbox"/> 12-23 semaines		<input type="checkbox"/> 24-35 semaines		<input type="checkbox"/> 36-52 semaines		<input type="checkbox"/> >52 semaines			
<b>2. Quelle était l'intensité de votre douleur durant les sept derniers jours ? Entourez un chiffre.</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur										Douleur maximale imaginable	
<b>3. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre.</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Complètement calme et relâché										Aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été	
<b>4. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout										Extrêmement	
<b>5. A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ? Entourez un chiffre.</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de risque										Risque très élevé	
<b>6. A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler dans six mois ? Entourez un chiffre.</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune chance										Très grande chance	

Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening (version courte)

**Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter votre dos.**

**7. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										Complètement d'accord

**8. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										Complètement d'accord

*Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.*

**9. Je peux faire un travail léger pendant une heure.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

**10. Je peux dormir la nuit.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème

**Item 1.** La première catégorie « 0-1 semaine » vaut 1 et la dernière « >52 semaines » vaut 10. La catégorie « 8-9 semaines » vaut 5.  
**Item 2, 3, 4, 5, 7 et 8.** Le score est celui du chiffre entouré.  
**Item 6, 9 et 10.** Le score égale 10 moins le chiffre entouré.

**Total =**  
 Score >49= risque élevé

Outil reproduit avec la permission du Professeur Steven J. Linton détenteur du copyright de l'Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire.

## 7.4 Questionnaire SBST

The Keele STarT Back Screening Tool – Fr				
Nom du patient: _____ Date: _____				
Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à <b>ces 2 dernières semaines</b> :				
			<b>Pas d'accord</b>	<b>D'accord</b>
			0	1
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est <b>propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s)</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l' <b>épaule</b> ou au <b>cou</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Je n'ai <b>parcouru à pied que de courtes distances</b> à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Au cours des 2 dernières semaines, <b>je me suis habillé(e) plus lentement</b> que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<b>Il n'est pas vraiment prudent</b> pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Je considère que <b>mon mal de dos est épouvantable</b> et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) <b>au cours des 2 dernières semaines</b> ?			
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup Extrêmement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	0	0	1 1
<b>Score total (les 9 items):</b> _____		<b>Sous-Score (Items 5-9):</b> _____		

## 7.5 Guide d'entretien semi-dirigé

1) Présentez-vous en quelques mots (*aide : quel est votre âge ? Quel est votre sexe ? Quel est votre niveau d'étude ? Quelle est votre profession ? Dans quelle région vivez-vous actuellement ? Vivez-vous en couple ?*)

2) Etes-vous ou avez-vous été sujet(te) à des états douloureux du rachis lombaire (= *douleurs du bas de la colonne vertébrale = lombalgie*) ?

Si non, arrêt de l'entretien / Si oui, poursuite de l'entretien

3) Depuis combien de temps durent vos douleurs ?

Si  $< 12$  semaines, arrêt de l'entretien / Si  $\geq 12$  semaines, poursuite de l'entretien

3bis) Vous a-t-on diagnostiqué, comme cause pour vos douleurs lombaires : un cancer, une tumeur / une spondylarthrite / un traumatisme du rachis lombaire, une fracture vertébrale / une infection / un rhumatisme inflammatoire ou non / une maladie auto-immune / une autre pathologie (en dehors des hernies discales et de l'arthrose) ?

Si oui, arrêt de l'entretien / Si non, poursuite de l'entretien

4) Quelles sont les conséquences de vos douleurs sur votre qualité de vie et votre activité professionnelle (*aide : périmètre de marche, capacité à conduire, capacité à effectuer vos tâches ménagères, activité physique de loisir, moral, vie sexuelle*) ?

5) Vos douleurs sont-elles responsables d'appréhension à l'idée de bouger ? Depuis que vous avez mal, avez-vous plus peur de bouger ou de faire certaines activités physiques ?

6) Quels traitements médicamenteux utilisez-vous pour soulager vos douleurs ?

7) Pour vous, à quoi correspond une thérapie manuelle ? Qui peut la pratiquer ? Comment agit-elle ?

8) Avez-vous bénéficié de thérapies manuelles pour soulager vos douleurs ?

Si non, pourquoi ?

9) Si oui, comment avez-vous débuté les thérapies manuelles ? (*aide : de votre propre initiative, par prescription médicale de votre médecin traitant ou autre spécialiste, par bouche à oreille*)

10) En avez-vous parlé avec votre médecin traitant ?

Quel a été l'impact des thérapies manuelles sur vos douleurs ? (*aide : intensité de la douleur, fréquence des épisodes douloureux, durée des épisodes, qualité de vie, santé psychique, sommeil, retour au travail/sport, estime de soi*)

11) Actuellement, poursuivez-vous toujours les thérapies manuelles ?

Si non, pourquoi ?

1 : absence de douleurs invalidantes nécessitant un traitement

2 : autre raison (*aide : coût, accessibilité territoriale, manque de temps alloué à leur santé, manque de motivation, croyance erronée sur les thérapies manuelles et leur intérêt en reprenant les réponses apportées par le patient à la question 7*)

---

*NB : Le langage et les termes utilisés seront adaptés en fonction de la compréhension du patient interrogé.*

## 7.6 Codes ouverts et thèmes

Codes ouverts	Thèmes
<p>[1] Pas d'impact sur la vie quotidienne</p> <p>Utilité du sport</p> <p>Pas d'impact sur la vie professionnelle</p> <p>Loisir impacté par les douleurs</p> <p>Antalgie palier 1 et AINS</p> <p>Kinésithérapie / Ostéopathie Effet antalgique, décontracturant</p> <p>Notion de mésothérapie</p> <p>Initiation des thérapies manuelles par un tiers</p> <p>Amélioration clinique perçue</p> <p>Nécessité de trouver un bon thérapeute</p> <p>Manque d'activité physique et auto-exercice perçus comme délétère</p> <p>Réapparition des douleurs</p> <p>Arrêt par nombre de séances limité</p> <p>Arrêt par manque d'intérêt</p>	<p>Impact des lombalgies</p> <p>Activité physique</p> <p>Impact des lombalgies</p> <p>Impact des lombalgies</p> <p>Thérapeutique médicamenteuse</p> <p>Type de thérapies manuelles Connaissance des thérapies manuelles</p> <p>Thérapies manuelles</p> <p>Début des thérapies manuelles</p> <p>Action des thérapies manuelles</p> <p>Limite des thérapies manuelles</p> <p>Activité physique</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p>
<p>[2] Impact sur la vie quotidienne</p> <p>Pas d'appréhension à l'idée de bouger Mouvement d'épargne du dos</p> <p>Antalgique de palier 1 Traitement médicamenteux peu efficace</p>	<p>Impact des lombalgies</p> <p>Prévention des lombalgies</p> <p>Thérapeutique médicamenteuse</p>

Kinésithérapie, ostéopathie Kinésithérapeute, ostéopathe, médecin du sport	Connaissance des thérapies manuelles
Détente et étirement	Connaissance des thérapies manuelles
Prescription médicale en urgence	Initiation des thérapies manuelles
Médecin traitant	Coordinateur des soins
Efficacité des thérapies manuelles	Efficacité des thérapies manuelles
Retour des douleurs dues à de mauvaises postures	Limites des thérapies manuelles
Poursuite des thérapies ponctuellement	Poursuite des thérapies manuelles
[3] Impact dans la vie professionnelle	Impact des lombalgies
Impact sur les tâches de la vie quotidienne	Impact des lombalgies
Antalgie de palier 1	Thérapeutique médicamenteuse
Kinésithérapie, activité physique	Connaissance des thérapies manuelles
Traitement fonctionnel ou structurel	Connaissance des thérapies manuelles
Massage	Connaissance des thérapies manuelles
Début par connaissance personnelle	Initiation des thérapies manuelles
Médecin traitant pour prescription initiale	Coordination des soins
Efficacité des thérapies manuelles Court terme	Efficacité des thérapies manuelles
Pas d'efficacité au long cours	Limite des thérapies manuelles
Douleurs réapparaissent	Limite des thérapies manuelles
Effet délétère du manque	Limite des thérapies manuelles

d'investissement personnel	
Poursuite des thérapeutiques manuelles par intermittence	Limite des thérapies manuelles
Manque de temps alloué à sa santé	Poursuite des thérapies manuelles
Difficulté de trouver de bon thérapeutes	Limite des thérapies manuelles
[4]	
Impact sur la vie quotidienne Douleurs omniprésentes	Impact des lombalgies Impact des lombalgies
Notion d'épargne du dos	Prévention des lombalgies
Appréhension à l'idée de bouger	Kinésiophobie
Myorelaxant et AINS	Thérapeutique médicamenteuse
Kinésithérapie, ostéopathie, sophrologie, masseuse	Connaissance des thérapies manuelles
Bien-être	Connaissance des thérapies manuelles
Pratique de thérapie manuelle	Initiation des thérapies manuelles
Prescription initiale par médecin traitant	Initiation des thérapies manuelles
Bénéfice à très court terme Fatalisme	Efficacité des thérapies manuelles Impact des lombalgies
Problème d'accessibilité aux soins	Limite des thérapies manuelles
Pas d'orientation vers un bon thérapeute	Limite des thérapies manuelles
Problème de temps alloué à sa santé	Limite des thérapies manuelles
Problème de disponibilité des thérapeutes	Limite des thérapies manuelles
Absence de moyen de locomotion	Limite des thérapies manuelles

<p>[5] Douleurs continues</p> <p>Marche impossible</p> <p>Impact vie professionnelle, retraite anticipée</p> <p>Impact sur le vie quotidienne (marche, ménage, bricolage)</p> <p>Impact quotidien</p> <p>Fatalisme Persévérance</p> <p>Antalgique de palier 2 et AINS</p> <p>Massage et hydrothérapie Kinésithérapeute, médecin curistes</p> <p>Effet antalgique de courte durée</p> <p>Prescription initiale par médecin traitant</p> <p>Pas d'amélioration du quotidien grâce aux thérapies manuelles</p> <p>Arrêt des thérapies manuelles par manque d'efficacité au long cours</p> <p>Investissement de temps trop important pour le peu d'effet bénéfique</p>	<p>Impact des lombalgies</p> <p>Résilience Acceptation</p> <p>Thérapeutique médicamenteuse</p> <p>Connaissance des thérapies manuelles Connaissance des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Initiation des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p>
<p>[6] Activité physique régulière améliore les douleurs</p> <p>Résilience face à la douleur</p> <p>Impact quotidien des lombalgies pour toutes les tâches de la vie quotidienne</p>	<p>Activité physique</p> <p>Résilience</p> <p>Impact des douleurs</p>

Aucune appréhension à l'idée de bouger	Absence de kinésiophobie
AINS	Thérapeutique médicamenteuse
Ostéopathie et kinésithérapie Vérification des zones déboîtées	Connaissance des thérapies manuelles Connaissance des thérapies manuelles
Prescription initiale par le médecin traitant	Initiation des thérapies manuelles
Thérapies manuelles de l'initiative de la patiente par entretien musculaire et auto étirements	Activité physique
Poursuite des thérapies manuelles par intermittence	Pratique des thérapies manuelles
Manque de temps alloué à sa santé	Limites des thérapies manuelles
[7] Aucun impact sur la vie quotidienne Résilience	Impact des thérapies manuelles Résilience
Impact sur la vie professionnelle	Impact des thérapies manuelles
Appréhension partielle à l'idée de bouger	Kinésiophobie
Mobilisation importante	Activité physique
AINS quotidien Antalgique de palier 2 si besoin	Thérapeutique médicamenteuse
Kinésithérapie et ostéopathie	Thérapies manuelles
Absence de thérapie manuelle Peur des thérapies	Limite des thérapies manuelles
Peur irrationnelle A priori entendu	Limite des thérapies manuelles Limite des thérapies manuelles
Médecin traitant	Initiation des thérapies manuelles

<p>[8] Impact dans la vie quotidienne (course, ménage, etc.)</p> <p>Activité physique bénéfique</p> <p>Forte appréhension à l'idée de bouger</p> <p>Antalgique de palier 2</p> <p>Kinésithérapie</p> <p>Manque de connaissance sur le fonctionnement des thérapies manuelles</p> <p>Médecin traitant</p> <p>Inefficacité des thérapies manuelles</p> <p>Effet délétère des thérapies manuelles</p>	<p>Impact des lombalgies</p> <p>Activité physique</p> <p>Kinésiophobie</p> <p>Thérapeutique médicamenteuse</p> <p>Thérapie manuelle</p> <p>Connaissance des thérapies manuelles</p> <p>Initiation des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p>
<p>[9] Aucun impact dans la vie personnelle ni professionnelle</p> <p>Pas d'appréhension à l'idée de bouger Notion d'épargne du dos</p> <p>Antalgique de palier 1 et AINS</p> <p>Massages, kiné, acupuncture, ventouse</p> <p>Mécanisme d'action des thérapies manuelles</p> <p>Thérapies manuelles pratiquées</p> <p>Début des thérapies manuelles par MT et tiers</p> <p>Efficacité à court terme</p> <p>Efficacité sur le long terme de</p>	<p>Impact des lombalgies</p> <p>Kinésiophobie Prévention des lombalgies</p> <p>Thérapeutique médicamenteuse</p> <p>Connaissance des thérapies manuelles</p> <p>Connaissance des thérapies manuelles</p> <p>Pratique des thérapies manuelles</p> <p>Initiation des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Activité physique</p>

l'activité physique +/- encadrée	
Contrainte de la kinésithérapie	Limites des thérapies manuelles
Poursuite des thérapies manuelles	Pratique des thérapies manuelles
Facilité d'accessibilité de l'activité physique	Activité physique
Effet sur le long terme	Activité physique
Coût élevé de l'acupuncture	Limite des thérapies manuelles
Peu d'efficacité	Limite des thérapies manuelles
[10]	
Pas d'impact dans la vie quotidienne	Impact des lombalgies
Notion d'épargne du dos	Mécanisme de défense
Appréhension à l'idée de bouger et de créer des douleurs	Kinésiophobie
Antalgique de palier 1 et AINS	Thérapeutiques médicamenteuses
Définition d'une thérapie manuelle	Connaissance des thérapies manuelles
Mécanisme d'action d'une thérapie manuelle	Connaissance des thérapies manuelles
Kinésithérapeute et ostéopathe	Connaissance des thérapies manuelles
Pratique des thérapies manuelles	Pratique des thérapies manuelles
Début des thérapies manuelles par MT	Initiation des thérapies manuelles
Efficacité à court terme	Limites des thérapies manuelles
Bénéfice de l'activité physique sur les douleurs	Activité physique
Arrêt des thérapies manuelles par manque de temps et motivation	Limites des thérapies manuelles

<p>[11] Impact des douleurs dans tous les champs de la vie Impact des douleurs vie professionnelle</p> <p>Périmètre de marche limité</p> <p>Notion de préservation du dos quotidienne</p> <p>Légère appréhension à la marche</p> <p>Antalgique de palier 2 et AINS</p> <p>Définition d'une thérapie manuelle</p> <p>Kinésithérapie et ostéopathie</p> <p>Pratique de thérapie manuelle</p> <p>Plus de douleur perçue après la kinésithérapie</p> <p>Ostéopathie considérée comme une thérapie violente</p> <p>Initiation des thérapies par prescription du MT</p> <p>Peu d'action bénéfique pour la kinésithérapie</p> <p>Thérapeute peu présent</p> <p>Arrêt des thérapies manuelles</p> <p>Activité physique</p>	<p>Impact des lombalgies</p> <p>Impact des lombalgies</p> <p>Impact des lombalgies</p> <p>Mécanisme de défense</p> <p>Kinésiophobie</p> <p>Thérapeutiques médicamenteuses</p> <p>Connaissance des thérapies manuelles</p> <p>Connaissance des thérapies manuelles</p> <p>Pratique des thérapies manuelles</p> <p>Limite des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Initiation des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Limites des thérapies manuelles</p> <p>Activité physique</p>
<p>[12] Impact des douleurs sur la vie professionnelle et personnelle</p> <p>Impact quotidien</p>	<p>Impact des lombalgies</p> <p>Impact des lombalgies</p>

Peur de bouger manifeste	Kinésiophobie
Efficacité de l'activité physique	Activité physique
Infiltration et AINS	Thérapeutiques médicamenteuses
Ostéopathie et kinésithérapie	Connaissance des thérapies manuelles
Etirements	Connaissance des thérapies manuelles
Pratique de thérapies manuelles	Pratique des thérapies manuelles
Prescription médicale et orientation initiale par MT	Initiation des thérapies manuelles
Efficacité des thérapies manuelles ressenties	Pratique des thérapies manuelles
Efficacité temporaire	Limite des thérapies manuelles
Arrêt des thérapies manuelles par manque de moyen des thérapeutes	Limite des thérapies manuelles

VU

NANCY, le **16 février 2023**

Le Président de Thèse

NANCY, le **16 février 2023**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Jean-Marc BOIVIN**

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12869C**

NANCY, le **24 février 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

**Madame Hélène BOULANGER**

---

## RESUME

**Introduction :** La lombalgie est l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. La prise en charge des LCC par diverses thérapies manuelles a montré son efficacité, toutefois, les représentations erronées et idées reçues des patients au sujet de ce type de thérapies pourraient interférer négativement dans leur parcours de soin.

**Objectif :** Recueillir les représentations des patients atteints de LCC au sujet des thérapies manuelles.

**Méthode :** Une étude observationnelle, qualitative et transversale réalisée au moyen d'entretiens physiques ou téléphoniques semi-directifs à réponses libres.

**Résultat :** Les patients souffrant de LCC ont une vision erronée de l'utilité des thérapies manuelles, ceux-ci évoquant des limites et freins nombreux à leur utilisation. Par conséquent, la pratique de ces thérapies est très ponctuelle voire inexistante. Dans le même temps, plus de la moitié des participants ont donné une piste de résolution qui serait, selon eux, l'activité physique, dont la pratique régulière soulagerait mieux leur LCC au long cours que les thérapies manuelles.

**Conclusion :** Le manque de connaissance et d'information concernant l'utilité des thérapies manuelles dans une prise en charge globale bio-psycho-social pourrait être responsable d'une vision plutôt négative des patients. La conséquence directe étant un recours limité à ce type de thérapies.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** perception of manual therapies by patients with chronic low back pain.

---

**THESE :** Médecine Générale, année 2023.

---

**MOTS CLES :** lombalgies communes chroniques, thérapies manuelles, perception, activité physique.

---

**ADRESSE ET INTITULE :**

**UNIVERSITE DE LORRAINE**

Faculté de Médecine

9 Av. de la Forêt de Haye

54500 Vandœuvre-lès-Nancy.

---