

A S S O C I A T I O N
I F P E K



INSTITUT DE FORMATION
PÉDICURIE-PODOLOGIE
E R G O T H É R A P I E
M A S S O - K I N É S I T H É R A P I E

IFPEK,
Institut de Formation en Pédicurie-podologie, Ergothérapie,
Masso-kinésithérapie
12 rue Jean-Louis Bertrand, 35 000 Rennes

La motivation en kinésithérapie chez les patients lombalgiques chroniques

Arnould Manon

Mémoire d'initiation à la recherche en masso-kinésithérapie
Formation en Masso-kinésithérapie

Promotion 2015-2019

Session juin 2019

La motivation en kinésithérapie chez les patients lombalgiques chroniques

Arnould Manon

Mémoire d'initiation à la recherche en masso-kinésithérapie

Formation en Masso-kinésithérapie

Promotion 2015-2019

Session juin 2019



Liberté • Egalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
Pôle formation-certification-métier

ATTESTATION SUR L'HONNEUR, FRAUDES ET PLAGIAT, CODE DE LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

Diplôme d'Etat de Masseur-kinésithérapeute

Travaux de fin d'études :

(nom du document) Mémoire d'Initiation à la Recherche en Masse Kinésithérapie

Page à insérer par l'étudiant après la 1^{ère} page de couverture de son travail de fin d'études

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Masseur-kinésithérapeute est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 06/05/2019

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1er : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.



Je soussigné(e) ARNOUD Dama, étudiant(e) IFPEK en :

Pédicurie-Podologie

Ergothérapie

Masso-kinésithérapie

- Reconnaît avoir pris connaissance de la procédure IFPEK « Procédure Interne Ethique Recherche Etudiante »
- Accepte les conditions de réalisation des projets au sein de l'IFPEK
- M'engage à respecter toutes les étapes définies dans la procédure, durant toute la durée de mes études au sein de l'IFPEK, et notamment :
 - o Le recueil des consentements auprès des personnes interrogées dans le cadre de mes projets,
 - o L'anonymisation des personnes interrogées et des données collectées,
 - o La non diffusion de ces données en dehors du cadre pédagogique,
 - o La destruction des données brutes recueillies.

En cas de manquement à ces différentes règles, l'IFPEK sera susceptible d'appliquer des sanctions notamment si des plaintes ou réclamations sont déposées par des personnes interrogées (avertissement, conseil de discipline, ...).

Fait en deux exemplaires à Rennes, le 06/05/2019

L'étudiant IFPEK
(lu et approuvé)

lu et approuvé

Remerciements :

Je remercie tout d'abord les formateurs de l'IFPEK, pour leur présence et leur bienveillance auprès de tous les élèves de la promotion durant ces quatre années.

Je remercie plus particulièrement ma directrice de mémoire, Alice Belliot, pour son soutien et ses conseils avisés tout au long de ces deux années de travail.

Je remercie tous les patients et professionnels qui m'ont accordé de leur temps pour participer à ce travail, tout comme mon entourage et spécialement Solène, qui a su m'aiguiller quand cela était nécessaire.

Je remercie chaleureusement mes amies brestoises, présentes depuis toujours, qui m'ont apporté et m'apportent encore beaucoup aujourd'hui.

Je remercie mon amie, Youna, qui m'a été d'une présence inestimable depuis déjà quelques années.

Je remercie profondément Nawfal ainsi que mes parents, mon frère et toute ma famille, pour leur soutien précieux, leur bienveillance et leur patience, depuis toujours...

A mes Pom's, mes futurs confrères, mes compagnons de route pendant ces belles années. Merci pour tous ces instants de partage, de bonheur, d'aide et de soutien. A nos années partagées ensemble !

Table des illustrations :

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Pyramide des besoins, Maslow, 1943 | 11 |
| Figure 2 : Modélisation de la TAD, Ryan et Deci, 1985 | 13 |
| Figure 3 : Illustration de la problématique de recherche | 22 |
| Figure 4 : Boîte à moustaches de l'Échelle de motivation | 39 |
| Figure 5 : Boîte à moustaches du questionnaire de Dallas | 40 |
| Figure 6 : illustration des moyennes en fonction du profil..... | 42 |

Table des tableaux :

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Facteurs de chronicisation de la lombalgie | 7 |
| Tableau 2 : Clé de codification de l'échelle de motivation | 33 |
| Tableau 3 : Description de l'échantillon..... | 36 |
| Tableau 4 : Loisirs et catégories socio-professionnelles de l'échantillon | 37 |
| Tableau 5 : Description des données cliniques de l'échantillon | 37 |
| Tableau 6 : Données médicales/chirurgicales de l'échantillon | 38 |
| Tableau 7 : Statistiques descriptives de l'Échelle de motivation | 39 |
| Tableau 8 : Statistiques descriptives du questionnaire de Dallas..... | 41 |
| Tableau 9 : Croisement de l'EM et du questionnaire de Dallas | 42 |
| Tableau 10 : Durée de l'atteinte en fonction du profil de patient | 43 |
| Tableau 11 : Données statistiques des valeurs de l'écart « MI-ME »..... | 43 |
| Tableau 12 : Répartition profil-type de motivation..... | 44 |
| Tableau 13 : Perception d'amélioration des symptômes par les patients | 44 |
| Tableau 14 : Réponses correspondant au profil des patients | 45 |

Liste des abréviations :

AE : Avis d'Experts

APTA : American Physical Therapy Association

BDK : Bilan Diagnostique Kinésithérapique

EBP : Evidence Based Practice

EM : Entretien Motivationnel

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

EVA : Échelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National Études Démographiques

INRS : Institut National des Risques liés à la Santé

ME : Motivation extrinsèque

MI : Motivation intrinsèque

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TAD : Théorie de l'auto-détermination

Sommaire :

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| 1. Étayage théorique..... | 2 |
| 1.1. La lombalgie chronique | 2 |
| 1.1.1. Données épidémiologiques..... | 2 |
| 1.1.2. Physiopathologie | 3 |
| 1.1.3. Évaluation de la lombalgie | 4 |
| 1.1.4. Traitements..... | 5 |
| 1.1.5. Aspect biopsychosocial..... | 6 |
| 1.1.6. La lombalgie au sein de la société..... | 8 |
| 1.2. Concept de la motivation | 10 |
| 1.2.1. Définitions..... | 10 |
| 1.2.2. Théorie de l'auto-détermination | 12 |
| 1.2.3. Théorie de l'auto-efficacité..... | 14 |
| 1.3. La motivation en contexte paramédical | 16 |
| 1.3.1. Rôle du masseur-kinésithérapeute | 16 |
| 1.3.2. Problématiques du masseur-kinésithérapeute | 17 |
| 1.3.3. La particularité des pathologies chroniques | 18 |
| 1.4. Mesure et observation de la motivation..... | 18 |
| 1.4.1. Motiver un individu | 20 |
| 1.5. Place de l'étude dans le contexte | 21 |
| 1.5.1. Situation d'appel..... | 21 |
| 1.5.2. Problématisation..... | 22 |
| 2. Méthodologie | 24 |
| 2.1. Type d'étude..... | 24 |
| 2.2. Construction de l'outil..... | 24 |
| 2.2.1. Population cible | 24 |
| 2.2.2. Informations cibles | 25 |
| 2.3. Déroulement de l'étude..... | 30 |
| 2.3.1. Forme du questionnaire | 30 |
| 2.3.2. Diffusion du questionnaire..... | 30 |
| 2.4. Organisation et traitement des données..... | 31 |
| 2.4.1. Codage des données | 31 |
| 2.4.2. Croisement des données | 34 |
| 2.4.3. Évaluation statistique | 34 |
| 3. Résultats | 36 |
| 3.1. Données brutes..... | 36 |
| 3.1.1. Échantillon : population des enquêtés | 36 |
| 3.1.1. Échelle de motivation | 38 |
| 3.1.2. Questionnaire de Dallas..... | 40 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.2. | Croisements des données | 41 |
| 3.2.1. | La durée de l'atteinte | 43 |
| 3.2.2. | La nature de la motivation | 43 |
| 3.2.3. | La perception d'amélioration des symptômes | 44 |
| 4. | Discussion | 46 |
| 4.1. | Analyse des résultats | 46 |
| 4.1.1. | Description de l'échantillon | 46 |
| 4.1.2. | Catégorisation | 48 |
| 4.1.3. | Le poids des différents facteurs | 50 |
| 4.1.4. | Conclusion de l'analyse des résultats | 52 |
| 4.2. | Biais et limites de l'étude | 54 |
| 4.3. | Mise en perspective | 56 |
| 4.3.1. | Un outil à développer | 56 |
| 4.3.2. | Des pistes de réflexions | 58 |
| 4.4. | Implications cliniques | 60 |
| | Conclusion | 64 |
| | Bibliographie | 65 |
| | Annexes | I |

Introduction

La lombalgie est une pathologie en constante augmentation et touche plus d'une personne sur deux. Une revue systématique sur la population a indiqué que la tranche d'âge la plus touchée par la lombalgie est comprise entre 40 et 80 ans (Hoy et al., 2012). Dans environ 8% des cas, celle-ci deviendra chronique, c'est-à-dire que l'épisode de douleur sera supérieur à trois mois.

Ce trouble musculo-squelettique représente un enjeu de santé publique majeur, comme l'illustre l'expression communément utilisée : « les lombalgies, le mal du siècle ». En effet, 85% des coûts médicaux directs ou indirects sont liés au caractère chronique de la pathologie (Poiraudau et al., 2004; Nguyen et al., 2009)

Plusieurs études ont par ailleurs cherché à démontrer l'importance des facteurs psychosociaux dans le développement des lombalgies chroniques, qui représentent un syndrome multidimensionnel (Cherin et de Jaeger, 2011).

Les masseurs-kinésithérapeutes ont un rôle certain à jouer dans la prise en charge de cette pathologie. A ce jour, il n'existe pas de « traitement miracle », et les répercussions fonctionnelles liées à cette pathologie sont conséquentes. Les séances de kinésithérapie peuvent permettre d'améliorer considérablement la qualité de vie des patients.

« La motivation est la force motrice derrière toute action humaine » (Barkmak, 1985) : la motivation semblerait donc conditionner la mise en place de certains traitements. Elle permet à chaque individu de réaliser ou non, différentes actions, d'atteindre certains buts ou encore d'orienter ses choix. Cependant, il n'existe pas une, mais des motivations : il semble intéressant d'en comprendre les différents aspects.

Le versant motivationnel et les répercussions fonctionnelles qui s'imposent à un patient souffrant de lombalgie chronique peuvent alors nous amener à la question suivante :

« Dans quelle mesure les répercussions fonctionnelles de la lombalgie chronique influencent la motivation des patients en rééducation ? »

L'enjeu de ce travail sera dans un premier temps de définir les concepts liés à la problématique. Ensuite, la méthodologie de recherche sera exposée, suivi de la présentation des résultats bruts. Enfin, la discussion permettra de fournir une analyse de ceux-ci, afin de les mettre en lien avec la littérature. Cette dernière partie permettra d'approfondir le questionnement et d'ouvrir des pistes de réflexion pour la future pratique.

1. Étayage théorique

Il s'agit dans cette partie d'étudier la lombalgie chronique avec les causes et conséquences que ce symptôme englobe, pour ensuite nous intéresser à la motivation et enfin saisir les liens entre la lombalgie, la motivation et la place de la kinésithérapie.

1.1. La lombalgie chronique

La lombalgie commune s'inscrit dans les troubles que l'on appelle « musculo-squelettiques ». Ces troubles sont définis comme une « entité complexe, regroupant des phénomènes douloureux tendineux, musculaires, canaux et des phénomènes douloureux lombaires » (Hérisson et al., 2005). Plusieurs organismes ont tenté de donner une définition de la lombalgie. L'Organisation Mondiale de Santé (OMS) propose la définition suivante : « sensation désagréable indiquant des dommages potentiels ou réels à une structure située au niveau du dos ».

Ces deux définitions nous permettent déjà d'entrevoir le caractère multidimensionnel de cette pathologie.

1.1.1. Données épidémiologiques

La prévalence de la lombalgie varie en fonction des études qui présentent des difficultés méthodologiques (la définition donnée à la lombalgie et la tranche d'âge étudiée est différente selon les études). Pour les données françaises, la référence la plus récente indique que : « la prévalence de la lombalgie de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est de 17%. Pour la lombalgie limitante, la prévalence estimée dans la population est environ 7% » (Gourmelen et al., 2007). Ainsi, la lombalgie constitue la troisième cause d'invalidité en France, d'après La Haute Autorité de Santé (HAS, 2015) et les femmes semblent être plus atteintes que les hommes par cette pathologie (Hoy et al., 2012; Hartvigsen et al., 2018). D'après Cherin et de Jaeger, « la prévalence annuelle d'une lombalgie, quelle que soit sa durée, représente environ 50 % de la population générale » (Cherin et de Jaeger, 2011).

L'incidence annuelle de la lombalgie est de 5% (Poirauveau et al., 2004). Toujours d'après l'HAS, « la lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse ». La lombalgie « chronique », quant à elle, correspond à un épisode de

douleur supérieur à trois mois. Avant qu'elle ne devienne chronique (entre 6 semaines et 3 mois), l'HAS indique qu'il s'agit de « lombalgie à risque de chronicité » (HAS, 2019). Il faut par ailleurs remarquer que les lombalgies aiguës (épisodes douloureux inférieurs à 6 semaines) guérissent spontanément dans plus de 90% des cas, et que moins de 10% se chronicisent. Ces 10% représentent 90% des dépenses de santé (Poiraud et al., 2004). En effet, cela engendre des coûts médicaux directs (médecins, médicaments, kinésithérapie...) mais également des coûts indirects, liés aux arrêts de travail.

Ces données, bien que variant d'une étude à l'autre, nous permettent de constater que la lombalgie, lorsqu'elle devient chronique, représente un enjeu de santé public majeur, avec des impacts socio-économiques et socio-professionnels importants. Il s'agit d'une pathologie très fréquente, qui représente près d'un tiers des actes de kinésithérapie (Abenham et Gales, 2003 ; HAS, 2015).

1.1.2. Physiopathologie

Au niveau physiopathologique, la lombalgie peut avoir une multitude d'origines : il peut s'agir d'une lésion au niveau musculaire, nerveux, articulaire, discal. « L'American Physical Therapy Association » (APTA) a réalisé une classification pour les lombalgies (Delitto et al., 2012) :

- Lombalgie aiguë ou subaiguë présentant des déficits de mobilité,
- Lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique présentant des déficits de coordination,
- Lombalgie aiguë avec douleur référée dans les membres inférieurs,
- Lombalgie aiguë ou chronique avec douleur irradiants dans un segment ou une région,
- Lombalgie aiguë ou subaiguë avec des troubles cognitifs ou affectifs,
- Lombalgie chronique avec douleur diffuse, généralisée.

Grâce à cette classification (plus détaillée que la classification proposée par l'HAS en 2019), nous pouvons repérer les trois symptômes principaux liés à la lombalgie chronique : les déficits de coordination, les douleurs irradiant dans un segment ou une région et enfin la douleur diffuse et généralisée. Cependant, dans près de 85% des cas, il est impossible de déterminer précisément la cause exacte de ces douleurs lombaires et d'établir un diagnostic anatomique précis des lombalgies.

Dans son livre intitulé « Rachis lombaire et pathologie professionnelle », Christian Hérisson écrit : « les répercussions de la lombalgie dépendent du lombalgique, de son

environnement professionnel et social et de la gravité de la pathologie d'origine multifactorielle et de formes cliniques variées » (Hérisson et al., 2005).

Toutes les études récentes laissent à penser que les origines de la lombalgie chronique sont diverses et qu'il existe différents facteurs de risque de passage à la chronicité (que kinésithérapeutes devraient être en mesure de limiter).

Fayad et ses collaborateurs évoquent les antécédents de douleurs lombaires comme étant un facteur de risque de récurrence, d'autant plus si l'épisode a duré plus d'un mois et nécessité un arrêt de travail (Fayad et al., 2004). De plus, la taille, le tabagisme, l'âge élevé, le faible niveau d'activité physique et les antécédents familiaux de lombalgie représentent des facteurs de risque de récurrence (faible niveau de preuve). Nous verrons par la suite quels sont les principaux facteurs de risque de chronicisation.

1.1.3. Évaluation de la lombalgie

Tous les guides de conduite (« guidelines ») s'accordent à dire que l'évaluation de la lombalgie est primordiale (Airaksinen et al., 2006; Delitto et al., 2012; Foster et al., 2018; HAS, 2019). Ils suggèrent ainsi la réalisation d'un bilan complet du patient, à la fois médical et kinésithérapique.

L'évaluation peut se faire grâce à différents dispositifs : questionnaire, examen clinique, échelles... Elle peut être objective ou subjective. Selon Gangnet et ses collaborateurs (2007), l'idéal serait d'associer plusieurs outils de mesure (l'échelle de Québec, pour objectiver les incapacités fonctionnelles, une échelle de qualité de vie, pour mesurer l'état de santé et enfin une Échelle Visuelle Analogique (EVA), pour évaluer la douleur, avec un localisateur de douleur). Ces outils d'évaluation permettent d'obtenir une estimation de l'impact de la lombalgie, ainsi qu'un suivi de l'évolution de la lombalgie dans le temps.

L'utilisation d'échelles validées vient appuyer l'interrogatoire du patient avec la recherche des informations suivantes : lien avec son travail, détresse psychologique, dépression, importance de la douleur et de son impact fonctionnel, antécédents d'épisodes de douleurs lombaires, symptômes.

Tous les « guidelines » recommandent un diagnostic qui doit se focaliser sur l'identification des drapeaux rouges et l'exclusion de certaines maladies (Koes et al., 2010). Il est également conseillé de réaliser un examen physique (évaluation des déficiences et des limitations fonctionnelles) afin d'exclure les pathologies spécifiques d'origine nerveuse.

L'imagerie n'est pas recommandée sauf pour quelques cas particuliers (Airaksinen et al., 2006). Une revue systématique a d'ailleurs été publiée en 2015, dans « l'American Journal of Neuroradiology », et a indiqué que parmi les personnes asymptomatiques âgées de 50 ans, 80% présentaient une dégénérescence du disque à l'imagerie (Brinjikji et al., 2015). L'imagerie n'est pas un bon indicateur et n'est recommandée que dans le cas où le patient présente des déficiences neurologiques sévères et/ou évolutives ou encore en cas de suspicion d'une pathologie grave (Chou et al., 2007).

L'objectivation de la lombalgie est essentielle et permet la mise en place du traitement qui soit le plus approprié au patient.

1.1.4. Traitements

Le traitement des lombalgies chroniques peut être conservateur (intervention principale de la kinésithérapie), pharmacologique (anti-inflammatoires) et/ou, plus rarement, invasif (interventions chirurgicales).

Pour les kinésithérapeutes, les principales techniques d'intervention sont les suivantes : techniques antalgiques, programme d'exercices, conseils et prévention. Ces traitements sont donnés dans le but de favoriser la reprise de l'activité et éviter les récives.

La rééducation des lombalgies chroniques ne connaît pour l'instant pas de protocole bien défini, l'origine des douleurs étant difficile à déterminer et multifactorielle. Cependant, il existe des recommandations publiées par l'HAS, « The European guidelines for the management of chronic non specific low back pain » (Airaksinen et al., 2006), « The American Physical Therapy Association » (Delitto et al., 2012) et, plus récemment encore, par Nadine Foster et ses collaborateurs (Foster et al., 2018). Ces dernières recommandations s'accordent sur plusieurs points, en précisant les traitements (selon leur niveau actuel de preuve) à proposer aux patients.

Suite aux évaluations, un bilan-diagnostique-kinésithérapique (BDK) est posé afin de fixer les objectifs principaux du traitement rééducatif ; les objectifs doivent tenir

compte du projet du patient » (HAS, 2015). Différents traitements sont à la disposition du kinésithérapeute (HAS, 2019), répertoriés selon leur grade¹ :

- « La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un kinésithérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée (grade B).
- Le kinésithérapeute participe à l'éducation du patient (réassurance, lutte contre les peurs et croyances, sensibilisation aux bienfaits de l'activité physique) dans le cadre d'une prise en charge bio-psycho-sociale (AE).
- La réalisation de la kinésithérapie doit faire appel à la participation active du patient (grade B).
- Les thérapies passives ne doivent pas être utilisées isolément car elles n'ont aucune efficacité sur l'évolution de la lombalgie (AE) ».

Dans son guide, Airaksinen et ses collaborateurs soulignent que l'approche la plus prometteuse semble être cognitivo-comportementale (Airaksinen et al., 2006). Nous étudierons donc cette dernière approche dans la partie suivante. De plus, « il existe des preuves solides qu'une réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire intensive avec une approche de restauration fonctionnelle réduit la douleur et améliore la fonction chez les patients souffrant de lombalgie chronique » (HAS, 2019), et ce surtout face à l'échec des autres traitements.

1.1.5. Aspect biopsychosocial

Tout d'abord, il est important de définir ce qu'est le modèle biopsychosocial. Ce dernier est le modèle biomédical le plus récent qui existe à ce jour, apporté par Engel : il prend en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Engel, 1977), qui « sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie » (Berquin, 2010). De plus, aucune des trois catégories n'est supérieure aux deux autres. Le développement d'une lombalgie chronique et les facteurs psychosociaux sont intimement liés.

D'après S. Poiradeau et ses collaborateurs, ces derniers représenteraient près de 35% des causes de chronicisation de la douleur (Poiradeau et al., 2004).

¹ Le grade A est l'indication qui présente le plus haut niveau de preuve et AE correspond à « Avis d'Experts »

Plusieurs facteurs de risque de chronicisation ont été mis en évidence par de nombreux auteurs, notamment par C. Nguyen ou encore par S. Rozenberg (Nguyen et al., 2009; Rozenberg, Foltz et Fautrel, 2012). Hartvigsen et ses collaborateurs, dans une revue systématique, ont ainsi répertorié les différents facteurs de risque (Hartvigsen et al., 2018). Nous pouvons retrouver dans le tableau ci-dessous une synthèse des principaux facteurs de risque de chronicisation :

| | |
|------------------------------|--|
| Facteurs liés aux symptômes | <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents d'épisode lombaire - Intensité de la douleur, présence de douleur dans les membres inférieurs - Association à une sciatique - Incapacité fonctionnelle |
| Facteurs liés au mode de vie | <ul style="list-style-type: none"> - Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé - Fumeur ou non - Activité physique / inadaptation physique - Mauvais état de santé général |
| Facteurs psychologiques | <ul style="list-style-type: none"> - Dépression - Catastrophisation (« catastrophing ») - Stress psychologique - Évitement par la peur - Croyances |
| Facteurs sociaux | <ul style="list-style-type: none"> - Charge de travail physique - Éducation : bas niveau d'éducation et de ressources - Compensation (financière dans le cadre d'un accident du travail), - Faible satisfaction au travail - Mauvaises relations avec les collègues |

Tableau 1 : Facteurs de chronicisation de la lombalgie

Par ailleurs, un système de drapeaux, ou encore « alertes » a été mis en place. Il permet de déterminer dans quelle situation se trouve le patient et à quels signes nous devons être attentifs. Rozenberg et ses collaborateurs décrivent les alertes comme suit (Rozenberg, Foltz et Fautrel, 2012) :

- Les drapeaux rouges correspondent à des dangers de vie : pathologie tumorale, infectieuse ou inflammatoire, antécédents de traumatismes violents, douleur

constante, progressive, non mécanique, utilisation de corticoïdes, toxicomanie, immunosuppression... Ces éléments doivent être recherchés systématiquement en cas d'épisode lombalgique, qu'il soit aigu ou chronique,

- Les drapeaux jaunes sont liés à des risques de chronicité : problèmes émotionnels, attitudes et mauvaises représentations de lombalgie, comportements douloureux inappropriés, problèmes liés au travail ou attente de compensation financière,
- Les drapeaux bleus représentent la perception du patient sur sa situation professionnelle : le stress, le manque de soutien, la demande excessive, une mauvaise entente avec les collègues,
- Les drapeaux noirs sont liés aux risques socio-professionnels : ce sont des caractéristiques plus observables en termes de contexte au travail et du système environnant.

Ces différents drapeaux sont identifiés par le praticien lors de l'interrogatoire ou suite à certains questionnaires d'évaluation spécifiques. Il faut être particulièrement attentif face à ces drapeaux, qui peuvent déterminer la suite de la prise en charge des patients.

A ce jour, il n'existe pas de réelle classification biopsychosociale validée (comme celle de l'APTA par exemple). Il semblerait cohérent de développer ce genre de classification, qui prendrait en compte tous les aspects de la personne, car il a été démontré que des classifications médicales, cliniques, sociales ou encore psychologiques isolées ne permettraient pas d'être exhaustif pour les lombalgies communes (McCarthy et al., 2004).

1.1.6. La lombalgie au sein de la société

1.1.6.1. Contexte économique

En considérant que 8% à 10% des patients atteints de lombalgie se chronicisent, nous pouvons nous interroger sur les coûts engendrés par la prolongation des soins. En effet, il existe des coûts directs, liés aux soins prodigués au patient (prise en charge kinésithérapique, médicaments, frais d'hospitalisation, appareils orthopédiques), mais également des coûts indirects, liés aux arrêts de travail notamment. De plus, une durée d'arrêt de travail importante augmente le risque que le patient ne parvienne pas à reprendre le travail (Bourigua et al., 2011). En pratique, beaucoup de cliniciens défendent le fait de ne pas aller au travail (Foster et al., 2018). L'impact économique est

donc considérable et varie d'un pays à l'autre. En France, « la lombalgie chronique représente un coût direct de 1,4 milliard d'Euros, et les coûts indirects seraient quant à eux multipliés par 5 à 10 fois » (Donskoff, 2011; Khalfaoui et al., 2013). De plus, selon Fassier (2011), « l'offre de soins est insuffisamment développée en France pour faciliter le retour au travail des salariés lombalgiques » (Fassier, 2011).

Au-delà des coûts directs et indirects, peuvent venir s'ajouter les coûts intangibles : ils correspondent à la douleur, la souffrance et les changements entrepris dans la vie quotidienne. Ils sont, du fait de leur subjectivité, plus difficiles à évaluer (Pereira, Branco et Ramos, 2014).

1.1.6.2. Contexte politique

Au cours de l'année 2018, un nouveau plan santé a vu le jour, « Ma santé 2022 » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018). Dans ce nouveau plan santé figurent plusieurs éléments et notamment des stratégies de transformations du système de santé sont apparues. La France consacre 11,7% de son PIB à la santé (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

Le système de santé français tel que nous le connaissons actuellement doit faire face au vieillissement de la population et à l'explosion des maladies chroniques. Ce dernier serait trop centré sur les soins et insuffisamment sur la prévention de ces maladies. C'est dans ce contexte que le plan santé introduit la notion de pertinence et de qualité des soins. La HAS définit la qualité en trois dimensions complémentaires : l'efficacité, la sécurité et enfin l'accès aux soins.

La nécessité de qualité implique des résultats dans les traitements, ainsi que l'élaboration d'indicateurs de qualité de parcours de soin mais également l'autonomisation du patient sur du long terme.

Donskoff et ses collaborateurs (2011) indiquent que « les bénéfices attendus de la Restauration Fonctionnelle du Rachis sont obtenus grâce à l'utilisation simultanée dans la prise en charge d'arguments physiques, psychologiques et motivationnels pour favoriser le retour au travail ». C'est face à ce dernier point que nous aborderons le concept de motivation.

1.2. Concept de la motivation

Abordons maintenant le concept de la motivation. Le modèle biopsychosocial nous permet de rendre compte qu'il existe de multiples facteurs qui interagissent entre le patient et son environnement. Nous pouvons retrouver les facteurs psychologiques, dont la motivation fait partie. Voyons de quoi il s'agit et ce qu'elle peut permettre d'envisager.

1.2.1. Définitions

Il existe plusieurs définitions la motivation. Tout d'abord, nous pouvons citer celle de Vallerand et Thill, qui est la plus utilisée « la motivation un construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes reproduisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (Vallerand et Thill, 1993). Cette première définition révèle que la motivation est dépendante de plusieurs facteurs (externes ou internes) et qu'elle est observable selon différents critères (sur lesquels nous reviendrons). Une seconde définition, établie par David McClelland, peut également être retenue : « la motivation c'est la sélection, l'énergisation et la direction du comportement » (McClelland, 1973).

Le terme « direction » revient régulièrement dans les définitions de la motivation. Il est donc important de définir de quoi il s'agit ; dans ce contexte, la direction du comportement est *le but* de l'activité entreprise.

Avant de parler de « motivation » certains auteurs parlaient du concept « d'instinct », comme James en 1890 ou McDougall en 1908. Très vite, le terme de « motivation » est devenu le plus approprié pour qualifier un certain type de comportement.

Ce concept a été étudié par de nombreux psychologues, professeurs en psychologie appartenant au domaine des sciences humaines et sociales, de la première moitié du XX^{ème} siècle à nos jours.

La multitude de théories et modèles existants à ce sujet rend celui-ci complexe à synthétiser. Il est cependant établi que toute motivation est orientée vers un but. De plus, plusieurs auteurs ont étudié les liens existants entre la motivation et les thèmes tels que le sport, l'éducation, le travail, l'apprentissage et la santé.

Nous n'aborderons pas toutes les théories ayant émergé depuis maintenant plus d'un siècle mais certaines méritent d'être évoquées afin de mieux appréhender les différents

modèles et déterminer lequel peut être le plus approprié à la santé et plus particulièrement à la rééducation.

Dans un premier temps, il est nécessaire d'évoquer la théorie des besoins de Maslow² (1943) et sa célèbre pyramide des besoins. Il s'agit d'une pyramide à cinq niveaux, où sont représentés les besoins de l'homme (Maslow, 1943) :



Figure 1 : Pyramide des besoins, Maslow, 1943

- Besoins physiologiques : manger, boire, dormir, respirer (directement liés à la survie de l'individu),
- Besoins de sécurité : protection physique et morale, vivre sans peur,
- Besoin d'appartenance : amour et relation entre individus (affection, former un couple, avoir des amis...),
- Besoin d'estime : considération, réputation, gloire (nous pouvons distinguer l'estime de soi par soi et l'estime de soi par les autres),
- Besoin de s'accomplir : étudier, apprendre, développer une compétence.

D'après l'auteur, nous ne pouvons accéder et agir au niveau supérieur tant que les besoins du niveau précédent ne sont pas satisfaits. Une situation jugée non satisfaisante par l'individu engendrera le besoin de la satisfaire et fera alors naître une motivation. Cependant, cette théorie est remise en cause car il est difficile de hiérarchiser les besoins de chacun, ceux-ci variant d'un individu à l'autre selon son caractère et sa personnalité (Fenouillet, 2012).

A présent, si nous nous intéressons au milieu du sport, l'ouvrage intitulé « Théories de la motivation et des pratiques sportives » (Cury et Sarrazin, 2001) fait un inventaire des différentes théories existantes sur le sujet de la motivation dans le sport. L'activité physique est ce qui se rapproche le plus de la kinésithérapie, en termes d'engagement de l'individu et de rapport avec le corps, qui sont au centre de l'activité et également à l'initiation du mouvement.

² Maslow : pilier de la psychologie humaniste et de la théorie motivationnelle

Parmi les dernières théories, nous retrouvons ainsi le modèle hiérarchique de la motivation intrinsèque et extrinsèque. Ce sont les travaux de Ryan et Deci qui ont permis de définir les différents types de motivation (Ryan et Deci, 2000):

- La motivation intrinsèque (MI), qui est liée à l'intérêt de l'activité, aux satisfactions que le sujet pourra en tirer (plaisir lié aux sensations, apprentissage de quelque chose ou, en kinésithérapie, au retour à des activités physiques). L'individu n'attend pas de récompense externe.
- La motivation extrinsèque (ME) qui renvoie au fait de s'engager dans une activité pour ses conséquences, ses bénéfices, ses récompenses ou pour éviter des retombées négatives telles que des sanctions.

A ces deux types de motivation s'ajoute « l'amotivation » qui est « l'absence complète de motivation » et plus précisément l'absence de motif pour s'engager dans une activité. Ces trois types de motivations sont fortement liés et interagissent continuellement entre eux. Ces interactions permettent de former la théorie de l'autodétermination, également établie par Ryan et Deci. A l'inverse des modèles humanistes proposés par Maslow par exemple, le modèle proposé par ces deux auteurs est interactionniste.

1.2.2. Théorie de l'auto-détermination

« La théorie de l'autodétermination est une théorie de la motivation humaine, du développement et du bien-être qui a connu un formidable développement ces dernières années » (Sarrazin et al., 2011).

Cette théorie prend en compte différents paramètres, en se penchant sur l'aspect qualitatif de la motivation. Elle postule qu'il existe une échelle continue, régulée par des forces internes et externes (Ryan et Deci, 2008). Cette théorie nous intéresse, tout particulièrement par son aspect multidimensionnel.

La figure 2 présentée ci-après schématise le modèle d'auto-détermination de manière claire. En effet, on y voit apparaître une flèche à double sens, allant du moins auto-déterminé au plus auto-déterminé, représentant ce que ses auteurs appellent : le « continuum ».

Au-dessus de la flèche, nous pouvons apercevoir dans l'ordre : l'amotivation, la ME et ses quatre régulations et enfin la MI (régulée intrinsèquement).

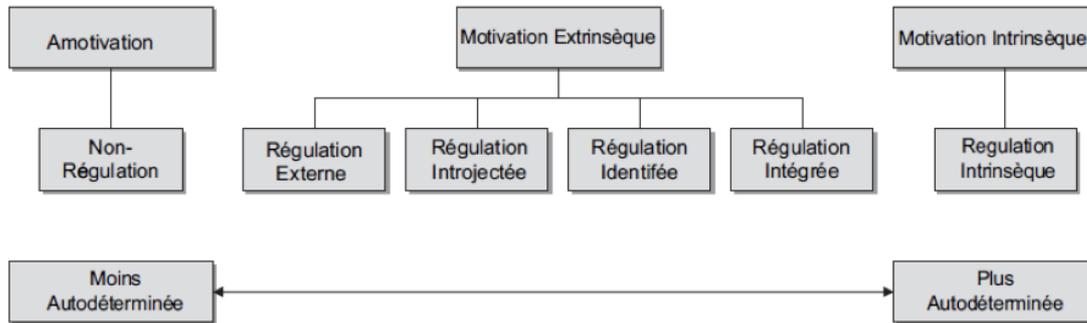


Figure 2 : Modélisation de la TAD, Ryan et Deci, 1985

Concernant la MI, nous avons :

- MI à la stimulation : représente une situation agréable associée à une activité,
- MI à la connaissance : satisfaction d'apprendre de nouvelles choses, attrait de la nouveauté,
- MI à l'accomplissement : désigne le fait d'éprouver une satisfaction à se surpasser, à relever un défi,

Pour ce qui est de la ME, nous pouvons retrouver :

- ME à régulation intégrée : effet régulateur qui désigne le fait de pouvoir satisfaire ses besoins. Lorsque l'individu perçoit un besoin, il fait un effort lui permettant d'acquérir par exemple une nouvelle connaissance. Cet effort est réalisé pour la satisfaction des conséquences de l'effort (dans l'exemple : la nouvelle connaissance),
- ME à régulation identifiée : l'individu repère les bénéfices futurs de l'activité dans laquelle il s'engage. Par exemple, la pratique du sport est bénéfique pour la santé,
- ME à régulation introjectée : l'individu effectue l'action pour éviter un jugement négatif ou viser une approbation sociale,
- ME à régulation externe : la régulation externe représente une punition ou une récompense.

« Une forte motivation régulée par des facteurs contraignants s'avère beaucoup moins bénéfique qu'une forte motivation autonome, en termes de qualité de l'implication, de rendement ou de bien-être » (Sarrazin et al., 2011) : en effet, différents facteurs n'influenceront pas avec la même puissance l'individu. D'autant plus que ces facteurs varient d'un individu à l'autre.

Scott Geller³ a évoqué 3 mots clés, commençant tous par la lettre C et permettant d'alimenter l'auto-motivation (*The psychology of self-motivation* 2013) :

- Choix
- Communauté
- Compétences

D'une part, si l'individu a le sentiment d'avoir le choix, cela renforcera l'idée que c'est lui qui est maître de ses actions. L'appartenance à une communauté et la connexion avec les autres rendent l'individu plus heureux et motivé. Enfin, il s'agit de lui donner la perception de compétence afin de renforcer son auto-motivation.

La théorie de l'autodétermination est applicable pour plusieurs domaines car elle prend en compte le développement de la personnalité, l'autorégulation et les besoins psychologiques. Elle met au centre l'expérience humaine et personnelle, en la considérant comme le principal déterminant de l'action de l'individu. Une importance particulière est portée sur la manière dont les personnes interprètent les stimuli, qu'ils soient internes ou externes. Plusieurs études ont ainsi démontré que la motivation jouait un rôle fondamental dans l'explication du comportement humain, notamment sur la vitalité, les émotions ou encore l'esprit sportif (Gillet et Vallerand, 2016).

La théorie de l'auto-détermination est intimement liée à d'autres théories sous-jacentes, telles que la théorie de l'auto-efficacité, la théorie des attributions et celle des buts d'accomplissements. Ainsi, nous pourrions, grâce à l'étude de ces théories, faire un parallèle avec la pratique kinésithérapique.

1.2.3. Théorie de l'auto-efficacité

Albert Bandura⁴ est à l'origine du concept d'auto-efficacité, aussi appelé « sentiment d'efficacité personnelle ». Pour cet auteur, la croyance que l'individu a en son efficacité personnelle est « au fondement de la motivation, du bien-être et des accomplissements humains » (Bandura, 1993).

³ Scott Geller : psychologue du comportement et professeur d'université réputé en Virginie

⁴ Albert Bandura : docteur en psychologie

Si nous transposons cette théorie à la kinésithérapie, des patients qui ne sont pas personnellement convaincus qu'ils puissent obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leurs propres actions, n'auront pas ou peu de raison d'agir.

Dans le cadre de notre étude, si les patients ne pensent pas qu'ils sont en mesure de guérir de la lombalgie, ils ne seront pas ou peu motivés par la rééducation.

Nous retrouvons également dans cette théorie trois éléments en constante interaction : le comportement, l'environnement et enfin la personne (Bandura, 1993). Ces trois éléments s'influencent mais n'ont pas toujours le même poids : Bandura nomme cela la « causalité triadique réciproque ». Dans cette théorie, les individus sont considérés comme des agents actifs de leur propre vie, où l'élément central est le sentiment d'efficacité personnelle. Ce dernier désigne « les croyances des individus concernant leur capacité à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixés, la persistance dans son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles » (Rondier, 2004).

Plusieurs facteurs permettent de modifier ce sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1991) :

- L'expérience active de maîtrise : fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à effectuer (le succès renforce le sentiment, l'échec le réduit),
- L'expérience vicariante : se base sur l'observation des autres individus (voir son pair échouer peut faire douter de sa propre efficacité, et inversement),
- La persuasion verbale : des suggestions, des avertissements, des conseils et interrogations peuvent permettre à l'individu de croire à son succès dans la réalisation de tâches,
- Les états physiologiques et émotionnels : l'association d'un sentiment négatif (tel que le stress) à une faible performance peut amener l'individu à douter de ses capacités et, à l'inverse, un état émotionnel positif renforcera la croyance en leur capacité de réussite.

Ces quatre éléments permettent à l'individu d'acquérir un degré d'efficacité personnelle pour un comportement ou une action donnée. La théorie d'auto-efficacité est utilisée dans de nombreux domaines tels que l'éducation, le travail, la santé, les phobies ou encore le sport.

D'après Bandura (1993), la confiance en soi joue un rôle clé dans l'autorégulation de la motivation et « la plupart des motivations humaines sont générées de manière cognitive » (Bandura, 1993).

Dans Collectif, qui reprend les œuvres de Bandura et paru en 2004, nous retrouvons la phrase suivante : « Un sentiment élevé d'efficacité personnelle (SEP) au sein d'un environnement réactif récompensant les réussites valorisées, favorise les aspirations, l'engagement productif dans des activités et un sentiment de réussite personnelle » (Collectif, 2004). Or, dans le traitement des lombalgies chroniques, installées depuis des années, nous constatons que les résultats sont très rarement immédiats, l'environnement est donc peu réactif et les réussites ne sont pas toujours valorisées. Voyons maintenant comment la motivation se manifeste dans le milieu de la santé.

1.3. La motivation en contexte paramédical

1.3.1. Rôle du masseur-kinésithérapeute

« La masso-kinésithérapie apparaît comme un des éléments importants du traitement des patients lombalgiques, après la période aiguë » (HAS, 2005).

Après avoir défini la lombalgie et passé en revue le concept de la motivation, nous pouvons établir davantage de liens entre ces deux éléments. En tant que kinésithérapeutes, nous sommes considérés comme des promoteurs, des acteurs de la prévention et des rééducateurs, et sommes donc idéalement placés pour influencer les comportements liés à l'activité physique (McGrane et al., 2014). En effet, depuis la réforme de 2015, la formation des masseurs-kinésithérapeutes s'inscrit dans un ensemble de 11 compétences qui ont été réactualisées et auxquelles nous devons nous référer au cours de notre pratique : la compétence 5, intitulée « Prévention et dépistage, conseil, éducation thérapeutique et santé publique » répond à notre rôle « d'éducateurs ».

Dans le cadre de la kinésithérapie, les besoins identifiés des patients sont avant tout leur récupération et leur réadaptation, la disparition des douleurs liées à leur pathologie, la reprise du travail dans le cas d'un arrêt de travail, la reprise d'activités et, dans certains cas, la réinsertion sociale.

En se basant sur la théorie de l'auto-détermination de Ryan et Deci (1985), nous pouvons évoquer les différents états motivationnels que peut présenter un patient lombalgique chronique : pour la MI, nous considérons que le patient souhaite se reprendre en main, a la volonté d'apprendre de nouveaux exercices, et a le goût de l'effort. Les besoins identifiés sont avant tout personnels et ne dépendent pas de l'entourage ; pour la ME, le patient peut avoir l'obligation de reprendre le travail, il peut se rendre en séance par rapport au regard des autres, il peut être poussé par son entourage : ce sont des stimulations externes au patient ; l'amotivation, quant à elle, peut être présente dans le cas où le patient ne comprend pas l'intérêt de la kinésithérapie et ne voit pas les bénéfices que cela pourrait lui apporter, sur du court comme sur du long terme.

Ces différents exemples illustrent qu'un patient peut se rendre en séance de kinésithérapie pour différents motifs. Il s'agit bien souvent d'interactions complexes entre ces différents besoins. C'est pour cela que nous parlons de motivations au pluriel, et non au singulier : nous serons ainsi amenés à prendre en compte ces motivations lors de notre prise en charge. Il sera également de notre ressort d'essayer d'influencer ces motivations.

1.3.2. Problématiques du masseur-kinésithérapeute

Le kinésithérapeute, dans sa prise en soins, peut rencontrer différentes problématiques. Bien souvent, nous sommes confrontés à une contrainte de temps : les séances où le kinésithérapeute est présent avec le patient durent, dans la majorité des cas, trente minutes. D'autre part, il est fréquent qu'entre deux séances s'écoulent une à deux semaines. Il semble alors essentiel que la rééducation du patient ne s'arrête pas à la simple séance hebdomadaire.

Ainsi, des exercices peuvent être préconisés et proposés par le kinésithérapeute, qui conseille fortement le patient à les reproduire chez lui, quotidiennement, et parfois même plusieurs fois par jour si cela est nécessaire. Dans ce cadre, « l'observance thérapeutique reste une question cruciale. Nombre d'études montrent que beaucoup de patients ont de grandes difficultés à adhérer au plan thérapeutique ; l'adhésion varie énormément, de 22 à 72% » (Golay, Lager et Giordan, 2007). Or, il semble essentiel pour nous, thérapeutes, que le patient adhère au traitement afin qu'il soit acteur et autonome face à ce dernier.

1.3.3. La particularité des pathologies chroniques

Précédemment, nous avons vu que les patients atteints de lombalgies chroniques étaient souvent des individus en souffrance (à la fois physique et psychologique). Le caractère chronique de cette pathologie entraîne plusieurs conséquences.

Tout d'abord, la douleur chronique est définie par l'Association Internationale pour l'étude de la douleur comme « une sensation désagréable et une expérience émotionnelle associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en ces termes » (Serrie et al., 2014).

Nous retrouvons ainsi deux versants pour la douleur chronique : le versant physique et le versant psychologique. Waddell indique que « la douleur est déterminée non seulement par des lésions organiques, mais aussi par des facteurs psychosociaux impliquant l'ensemble du système nerveux » (Waddell et al., 1993). Pour Bourigua et ses collaborateurs (2011)., « la lombalgie chronique s'accompagne d'un déconditionnement physique, et fréquemment d'une désocialisation progressive ».

C'est sur l'aspect biopsychosocial que certaines études se sont penchées, et notamment Fantoni et ses collaborateurs, qui démontrent que les patients souffrant depuis un certain nombre d'années ont une estime de soi et une confiance en eux qui sont nettement inférieures aux personnes non symptomatiques : « les facteurs déterminants de la désinsertion professionnelle liés à l'incapacité de travail sont nombreux et comprennent des facteurs biomédicaux mais aussi professionnels et personnels (motivation, capacité à faire face, deuil des capacités perdues, estime de soi) » (Fantoni et al., 2010). Les multiples conséquences de la douleur chronique nous invitent à nous interroger sur l'importance de l'impact que ces dernières auront sur la motivation en rééducation.

1.4. Mesure et observation de la motivation

Au vu des données récentes, il est acquis que la motivation est multifactorielle : elle prend en compte les motivations intrinsèques et extrinsèques des individus. Ce sont des facteurs personnels et environnementaux qui permettent d'expliquer la régulation continue de la motivation. Afin d'illustrer le propos, nous prendrons le modèle de l'iceberg.

Dans un premier temps, nous pouvons décrire la partie observable de la motivation. Cette dernière est observable selon plusieurs items, d'après la définition proposée par Vallerand et Thill (1993) : le déclenchement, la direction, l'intensité et la persévérance :

- « Le déclenchement du comportement est le passage de l'absence d'activité à l'exécution de tâches nécessitant une dépense d'énergie physique, intellectuelle ou mentale. La motivation fournit l'énergie nécessaire pour effectuer le comportement.
- La direction du comportement : la motivation dirige le comportement dans le sens qu'il convient, donc vers les objectifs à atteindre. Elle est la force incitatrice qui oriente l'énergie nécessaire à la réalisation des buts à atteindre, les efforts pour réaliser de son mieux (et selon ses capacités), le travail qui est attendu.
- L'intensité du comportement : la motivation incite à dépenser l'énergie à la mesure des objectifs à atteindre. Elle se manifeste par le niveau des efforts physiques, intellectuels et mentaux déployés dans le travail.
- La persistance du comportement : la motivation incite à dépenser l'énergie nécessaire à la réalisation régulière d'objectifs, à l'exécution fréquente de tâches pour atteindre un ou plusieurs buts.

La persistance du comportement se manifeste par la continuité dans le temps des caractéristiques de direction et d'intensité de la motivation » (Vallerand et Thill, 1993).

En [annexe 1](#), un schéma permet d'exposer toutes les interactions opérantes entre : l'environnement social, les besoins psychologiques fondamentaux, l'orientation de la personnalité ainsi que les buts. Tout cela est connecté aux différents types de motivation (intrinsèques et extrinsèques). Cela aura pour conséquences : le bien être, le mal être, la vitalité, la satisfaction de vie, les émotions, l'épuisement, l'effort, la persévérance, la concentration, la performance, etc. Ce schéma a été construit par P. Sarrazin et ses collaborateurs, grâce à un mélange de plusieurs théories (Sarrazin et al., 2011).

La partie cachée de l'iceberg est illustrée par le modèle de l'auto-détermination développé précédemment, influencé par l'interaction des facteurs intrinsèques et extrinsèques. Il est important de connaître comment mesurer et observer la motivation chez les patients afin de mettre en place des moyens pour les motiver.

1.4.1. Motiver un individu

La motivation est, comme nous l'avons vu précédemment, dépendante de plusieurs facteurs. Afin de savoir comment améliorer la motivation d'un individu et déterminer sa motivation, Scott Geller a exprimé dans une conférence⁵ que nous avons trois questions à lui poser :

- Pouvez-vous le faire ?
- Est-ce que ça va marcher ?
- Est-ce que ça en vaut la peine ?

Si l'individu répond « oui » à ces trois questions, il est probable que celui-ci soit motivé et que des comportements soient visibles. Nous pouvons d'ailleurs noter que ces questions se réfèrent aux sentiments d'auto-efficacité.

Dans l'ouvrage « Comment motiver le patient à changer ? » (Giordan, 2010), nous pouvons retrouver plusieurs points à respecter pour renforcer la motivation d'un patient. Il s'agira dans ce cas d'une ME, mais pouvant à son tour augmenter la MI.

Parmi les stratégies utilisées pour la motivation des patients, nous retrouvons l'entretien motivationnel (EM). L'EM est une approche non-directive qui est centrée sur la personne. Cette approche a été développée en premier lieu par Miller et Rollnick (1991) ; elle est basée sur une forte collaboration entre le soignant et le soigné ainsi que la croyance en l'autonomie du patient et la capacité de ce dernier à évoquer sa motivation au changement (Giordan, 2010).

Ainsi, Prochaska et Di Clemente (1982) ont décrit plusieurs stades de changements de comportements : la « pré-contemplation », où le patient n'a pas de vraie conscience du problème ; la « contemplation », où le patient a conscience du problème, créant ainsi une ambivalence par rapport à l'idée de changement ; ensuite, vient le stade de décision, où le patient prépare son plan d'action suivi par l'action, où des changements notables sont observés. Finalement, il peut y avoir des rechutes, souvent vécues comme un échec par le patient et également sources de mésestime et de culpabilité, amenant ce

⁵ Conférence TEDx : "The psychology of self-motivation" Scott Geller, 2013 : <https://www.youtube.com/watch?v=7sxpKhIbr0E>

dernier à abandonner. La rechute fait partie du processus de changement. A chaque stade, le soignant a son rôle à jouer et une attitude différente à adopter (discuter, aider le patient à chaque étape) : l'objectif est de créer une alliance thérapeutique avec le patient (Prochaska et DiClemente, 1992).

Dans une étude, publiée en 2005 par Markland et ses collaborateurs, il semblerait que la théorie de l'auto-détermination, évoquée précédemment et l'entretien motivationnel soient intimement liés (Markland et al., 2005). La théorie de l'auto-détermination pourrait aider à mieux comprendre les processus psychologiques qui sont impliqués dans les entretiens motivationnels (Markland et al., 2005).

1.5. Place de l'étude dans le contexte

1.5.1. Situation d'appel

Le recueil de données a permis de faire ressortir différents points concernant le versant « psycho-social » de la lombalgie chronique. Nous savons à présent que la motivation des individus est multifactorielle et individuelle.

Par ailleurs, nous pouvons souligner l'importance d'une évaluation rigoureuse ainsi que la définition d'objectifs avec le patient. Enfin, nous avons vu que l'adhésion du patient était essentielle en séance de kinésithérapie.

A travers différentes expériences cliniques, nous avons pu constater que les patients n'apparaissent pas toujours « motivés » et impliqués dans la prise en soins. De plus, le parcours de soins d'un patient lombalgique est souvent long, avec des effets et des résultats observables sur du long terme.

Les différentes informations recueillies jusqu'alors soulèvent plusieurs interrogations :

- Comment motiver le patient à faire ses exercices quotidiennement et de manière autonome ? Comment le motiver à atteindre ses objectifs ? Comment le pousser à donner son maximum en séance de kinésithérapie ?
- Comment lui donner envie de poursuivre ses efforts chez lui et pas uniquement en séance de kinésithérapie ?
- Comment éviter que le patient ne se décourage à la moindre difficulté ?
- Comment le rendre acteur de son traitement ?
- Existe-t-il des outils pour motiver le patient ?
- Est-ce uniquement par manque de motivation que les patients ne réalisent pas leurs exercices ?

Ce sont ces questionnements de départ qui nous permettent d'arriver à la problématique de recherche.

1.5.2. Problématisation

Le but de cette étude est de comprendre la/les motivation(s) des patients souffrant de lombalgie chronique. Les liens qui existent entre les motivations que peut avoir le patient et son tableau clinique suscitent des interrogations :

- Comment les différentes composantes de la lombalgie influencent sur la motivation du patient ?
- La douleur joue-t-elle un rôle sur la motivation ?
- La durée de l'épisode douloureux a-t-elle une influence sur la motivation ?

Afin d'être le plus exhaustif possible sur le sujet traité, il a fallu axer le travail de recherche sur l'aspect biopsychosocial : la partie théorique sur les facteurs physiques et mécaniques de la lombalgie chronique n'a volontairement pas été approfondie.

Par ailleurs, les recherches effectuées dans la littérature ont pu préciser la question de recherche. En effet, certains articles ont permis de cibler les interrogations qui se posent actuellement face aux lombalgies chroniques et à la motivation pour arriver à la question suivante :

« Dans quelle mesure les répercussions fonctionnelles de la lombalgie chronique influencent la motivation des patients en rééducation ? »

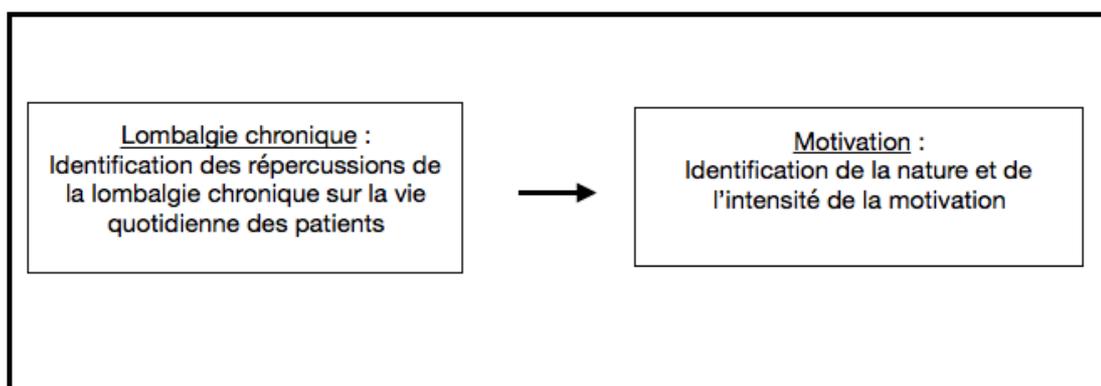


Figure 3 : Illustration de la problématique de recherche

En répondant à cette question, les objectifs sont multiples. En effet, l'étayage théorique effectué en amont a permis d'apporter plusieurs éléments tels que la définition de la

lombalgie chronique et des connaissances actuelles sur le sujet. De plus, cette première partie a permis d'approfondir les théories liées au concept de motivation. Ces deux éléments ont ainsi pu être mis en lien : certains facteurs pourraient influencer de manière positive la motivation et d'autres à l'inverse, pourraient l'influencer négativement. L'objectif sera alors de déterminer quels peuvent être ces différents facteurs et s'il est possible d'avoir une action sur ces derniers.

D'après les objectifs fixés, l'expérience personnelle et les données présentées précédemment, plusieurs hypothèses ont pu être posées :

- Hypothèse n°1 : l'importance des répercussions de la lombalgie chronique influence de manière négative la motivation du patient,
- Hypothèse n°2 : l'augmentation de la durée de l'atteinte lombaire diminue la motivation globale du patient,
- Hypothèse n°3 : la perception d'amélioration des symptômes aura tendance à augmenter la motivation des patients.

Le travail de recherche devra permettre de se positionner plus précisément et objectivement face à ces différentes hypothèses. Il s'agit à présent de définir une méthode de recueil de données adaptée à la situation et qui réponde à la problématique. Les résultats de l'étude devront permettre d'analyser le profil des différents patients ayant répondu au questionnaire, d'identifier les différents types de motivation que nous rencontrons en séance de kinésithérapie (fréquence et intensité), de comprendre les principales motivations d'un patient souffrant de lombalgie chronique à se rendre en séance de kinésithérapie et enfin de déterminer les liens qui existent entre les données.

2. Méthodologie

2.1. Type d'étude

L'étape de recueil d'information exige de cerner l'information que nous recherchons. Dans le cadre de notre étude, nous recherchons des informations directement auprès des patients. Il existe plusieurs méthodes de recueil d'information : l'interview (entretien), le questionnaire, l'observation et enfin l'étude de documents (Ketele et Roegiers, 2015). Les questionnaires permettent de recueillir des données à la fois qualitatives et quantitatives et apparaissent comme la méthode la plus appropriée à l'étude. En effet, plusieurs informations seront recherchées : données sociales et médicales (données mixtes), mesure de la motivation (intensité et nature) et enfin objectivation de la lombalgie. Il s'agit d'un recueil de données « mixtes » à dominante quantitative. L'obtention de trente questionnaires minimum permettra de répondre à la loi normale (Ancelle, 2015) pour l'analyse statistique, augmentant ainsi la puissance statistique de l'étude.

2.2. Construction de l'outil

2.2.1. Population cible

Dans un premier temps, nous pouvons définir la population visée par le questionnaire avec les différents critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Patient souffrant d'une lombalgie depuis 3 mois ou plus (chronique),
- Sans distinction de sexe,
- Agé de 18 ans minimum,
- Bénéficiant d'une prise en charge kinésithérapique en cabinet libéral.

Les patients suivant actuellement un programme de restauration fonctionnelle du rachis en centre sont exclus de l'étude. En effet, en de tels centres, les patients s'y rendent quotidiennement et sont déjà passés par différents cabinets libéraux. Nous pouvons supposer que ce n'est pas le même profil de patients ; cela pourrait potentiellement présenter un biais de recrutement.

La prise d'un traitement médicamenteux ou une intervention chirurgicale liée à la lombalgie ne constitue pas un critère d'exclusion. Il s'agit d'étudier les résultats du questionnaire sur le plus large échantillon possible.

« L'échantillon aléatoire, idéal statistique, est obtenu par le tirage au sort d'individus ou de ménages appartenant à la population de référence. Un membre de cette population doit avoir la même probabilité que les autres de figurer dans l'échantillon » (Singly, 2012). Pour se faire, il faudrait supposer qu'il existe un document recensant tous les patients souffrant de lombalgie chronique.

Dans le cadre de cette recherche qui est avant tout exploratoire, il a donc été nécessaire de cibler des cabinets libéraux qui possèdent une patientèle à dominance musculo-squelettique.

L'échantillonnage est non totalement aléatoire, bien que les questionnaires soient remplis de manière anonyme et distribués par une personne extérieure à l'étude. Il s'agit d'un « échantillonnage de volontaires », ayant accepté de répondre au questionnaire (Amyotte, 2017).

2.2.2. Informations cibles

Les éléments recherchés ayant été définis au préalable par rapport à la problématique, l'objectif est de déterminer l'architecture du questionnaire. Le questionnaire est divisé en trois parties : la première partie permet de recueillir les données sociales et cliniques du patient. La deuxième partie se focalise sur les motivations du patient à se rendre en séance de kinésithérapie. La dernière partie, quant à elle, est basée sur les répercussions fonctionnelles de la lombalgie chronique dans la vie quotidienne du patient. Le choix d'interroger en premier lieu les motivations plutôt que les répercussions fonctionnelles a été fait afin de ne pas influencer le patient dans ses réponses. Les outils de collectes des données recherchées peuvent à présent être étudiées.

2.2.2.1. Recueil de données sociales

Dans un premier temps, nous devons récolter des données comprenant des indicateurs sociaux ainsi que des données cliniques.

Les déterminants sociaux recherchés sont : l'âge, le sexe, la situation familiale, la profession, les loisirs. Ces différentes données doivent permettre de rendre compte de

tous les individus ayant répondu au questionnaire afin d'avoir un aperçu global et de comparer cet échantillon aux données de la littérature.

Pour les données cliniques, nous aurons ainsi :

- La date du premier épisode lombaire
- La date de début de prise en charge kinésithérapique pour l'épisode lombaire actuel
- L'arrêt de travail lié à la lombalgie

Des informations concernant le parcours de soins du patient doivent également être recherchées : séances de kinésithérapie antérieures à la prise en charge actuelle, participation antérieure à un programme d'auto-rééducation, antécédents médicaux/chirurgicaux, prise de médicaments. Ces derniers éléments permettent de rendre compte de l'état actuel du patient ainsi que de ses antécédents.

2.2.2.2. Échelle de motivation

a) Analyse des instruments de mesure

Dans cette deuxième partie du questionnaire, l'objectif est de mesurer les motivations des patients. Pour se faire, des échelles ont été mises au point dans différents domaines (éducation, apprentissages, loisirs, sport) :

Tout d'abord, il existe « L'Échelle de Motivation dans les Loisirs » (Pelletier et al., 1991), qui permet de mesurer la ME et MI que présentent les individus à réaliser une activité ([annexe n°2](#)). Cette échelle comporte 28 énoncés, où l'individu doit déterminer si ces derniers correspondent : « pas du tout », « très peu », « un peu », « moyennement », « assez », « fortement » et enfin « très fortement ». Chaque formule d'énoncé correspond soit à des motivations intrinsèques, soit extrinsèques, soit à l'amotivation ; une « clé de codification » fait apparaître la correspondance entre énoncés et types de motivation. Cette échelle a également été traduite du français à l'anglais (Pelletier et al., 1995) et présente de bonnes qualités psychométriques (Pelletier et al., 1996).

Toutes les échelles de motivation ci-après comportent des énoncés avec pour chacun d'eux une échelle de Likert (allant de 1 à 7).

Ainsi, dans le domaine de l'éducation, nous retrouvons « L'Échelle de motivation à l'éducation », construite en 1989 et basée sur le même modèle que l'échelle de

motivation dans les loisirs (Vallerand et al., 1989). Elle a été validée auprès de plus de 1500 lycéens français (Blanchard et al., 1997).

L'échelle multidimensionnelle de motivation pour les apprentissages scolaires est quant à elle divisée en 5 items : le sentiment de compétence, la volonté d'apprendre, l'état émotionnel, l'utilité perçue et l'attrait. Elle a été construite et validée à l'aide de différents outils (Ntamakiliro, Monnard et Gurtner, 2000).

Toujours dans le cadre de l'apprentissage, une échelle a également été construite ([annexe n°3](#)) afin d'évaluer la motivation des élèves à apprendre à jouer du piano (Desrochers et al., 2006). Les sous-échelles utilisées sont en accord avec le modèle théorique dont elles sont issues et en permettent la validation.

Nous retrouvons aussi l'Échelle de motivation globale (« EMG-28 »), créée et validée dans le but d'évaluer la motivation que les individus ont à faire des choses « en général » (Guay, Mageau et Vallerand, 2003).

Ces différentes échelles permettent d'identifier de quel type de motivation il s'agit pour les individus s'engageant dans différentes activités mais également le degré et l'intensité de cette motivation. Il est donc intéressant d'élaborer le même type d'échelle pour les patients souffrant de lombalgie chronique afin d'évaluer leur motivation à se rendre en séance de kinésithérapie.

b) Élaboration d'une échelle de motivation en rééducation

En s'inspirant des différentes échelles existantes dans la littérature, destinées aux domaines du sport, des loisirs, de l'éducation et l'apprentissage, mais également plus générales, la création d'une « échelle de motivation en rééducation » a pu être élaborée. Grâce à l'ensemble des travaux sur la motivation, il a été possible de proposer des items autour des raisons qui poussent les patients à se rendre en séances de kinésithérapie. Cela reste donc une action relativement générale, puisque les séances peuvent varier d'un praticien à l'autre, et d'une séance à l'autre. Mais l'objectif est d'identifier les différentes motivations.

L'échelle, créée dans le cadre de cette étude, comporte 20 affirmations. La contrainte temporelle, à savoir le remplissage du questionnaire complet inférieur à dix minutes, ne permet pas d'ajouter des items supplémentaires. Chaque énoncé est orienté vers un type de motivation particulier. L'objectif principal était de trouver des items

correspondant à chacun des types de motivation et qui soient compréhensibles pour le patient.

Tout comme dans l'Échelle de Mesure des Loisirs, nous devons établir une « clé de codification », avec la correspondance de l'énoncé au type de motivation auquel il renvoi : MI à l'accomplissement, MI à la connaissance, MI à la stimulation, ME identifiée, ME introjectée, ME intégrée, ME à régulation externe.

L'échelle de Likert avec le 1 correspondant à « pas du tout à lui » et le 7 à « tout à fait comme lui » a été choisie car elle permet au répondant d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord avec l'affirmation. Nous verrons par la suite comment traiter et interpréter ces différentes données.

2.2.2.3. Outils de mesure de la lombalgie

a) Analyse des différents outils

L'élaboration de la troisième partie traitant du « bilan médical » et de l'analyse des paramètres fonctionnels des patients atteints de lombalgie chronique s'est faite grâce à plusieurs échelles et questionnaires existants et validés. Leur utilisation pour l'évaluation spécifique de la lombalgie a été recommandée, notamment dans le rapport de l'HAS (2019). Par ailleurs, une analyse de la littérature a sélectionné différents outils de mesure validés (Calmels et al., 2005). Nous pouvons en retenir trois, qui sont les principaux.

Tout d'abord, l'Auto-questionnaire de Dallas (DRAD) évalue l'impact de la lombalgie sur la qualité de vie du patient. Le patient remplit une échelle qui est divisée en quatre parties : activités de la vie quotidienne, activités professionnelles et de loisirs, anxiété et dépression et sociabilité. Dans chaque partie se trouvent différentes questions auxquelles le patient devra répondre en mettant une croix sur une flèche allant de 0 à 100% (chaque extrémité correspondant à une situation extrême). Ce questionnaire a été validé en français, dans la revue anglaise du rhumatisme (Marty et al., 1998). Il a également mis en évidence une relation importante entre l'intensité de la douleur et la sévérité de la lombalgie (Ozguler et al., 2002).

L'Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgies aussi appelée Rolland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) ([annexe n°4](#)) a pour objectif de

connaître les répercussions de la douleur lombaire sur la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne. Le patient coche des affirmations par « oui » (1 point) ou « non » (0 point), en prenant en compte la douleur qu'il ressent le jour même où il remplit le questionnaire. Il y a 24 affirmations auxquelles il doit répondre, le score de 24/24 correspond à une incapacité maximale. Ce questionnaire a également été validé dans sa version française (Zerkak et al., 2013).

L'Échelle du Québec ([annexe n°5](#)) est une auto-évaluation de l'incapacité et retentissement dans la vie quotidienne. Vingt activités sont proposées, il s'agit pour le patient de donner une note entre 0 à 5 pour chaque activité (0 représente aucune difficulté et 5 étant impossible). La somme des scores des vingt questions donnera un pourcentage des incapacités. Ce questionnaire a été validé en français (Yvanes-Thomas et al., 2002).

Ces différents questionnaires ont donc tous été validés en français. Il existe d'autres questionnaires qui évaluent l'état fonctionnel du patient ainsi que le niveau de performance physique tels que le « Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire », ou encore le « Waddell Disability Index ». Il n'existe cependant pas de « gold-standard » pour l'évaluation fonctionnelle de la lombalgie (Calmels et al., 2005).

Cette évaluation est particulière car plusieurs paramètres interagissent : les conséquences des lésions organiques, le retentissement de la douleur et le retentissement psychologique ou social.

b) Choix de l'outil

Dans le cadre de l'étude, nous cherchons à déterminer les capacités fonctionnelles du patient. Les trois questionnaires présentés possèdent tous de bonnes qualités métrologiques.

L'Échelle du Québec et l'Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des Lombalgies sont axés plus particulièrement sur la douleur.

Le questionnaire de Dallas, quant à lui, semble le plus intéressant pour notre recherche : il est fondé sur une conception cognitivo-comportementale, ce qui est justement ce que nous cherchons à évaluer. En effet, il prend en compte « le retentissement tel qu'il est perçu par l'individu lui-même et sur le plan physique, psychologique et social, mais également les attitudes qu'adopte le patient face à sa douleur » (Calmels et al., 2005). L'utilisation de ce dernier questionnaire permettra de mettre en évidence les

répercussions de la lombalgie sur la qualité de vie des patients. Nous verrons par la suite le traitement des résultats de ce questionnaire.

2.3. Déroulement de l'étude

2.3.1. Forme du questionnaire

Le questionnaire se présente sous format papier, de manière simple et neutre, écrit à l'encre noire, pour en faciliter la lecture ([annexe n°6](#)). Il comporte quatre pages : la première avec le recueil de données sociales et cliniques, la deuxième avec l'échelle de motivation (20 affirmations) et enfin les deux dernières avec le questionnaire de Dallas (16 questions).

Afin d'interroger le patient sur la perception qu'il a des effets de sa prise en charge, le questionnaire comporte la question suivante : « *Avez-vous constaté une amélioration depuis le début de votre prise en charge ?* ». Les réponses possibles sont : « oui, tout à fait » ; « oui, un peu » ; « cela dépend des jours » ; « non, très peu » ; « non, pas du tout ». Enfin, une partie « remarque » est présente à la fin du questionnaire. Le patient peut, s'il le souhaite, rajouter d'éventuels commentaires et critiques concernant le questionnaire.

2.3.2. Diffusion du questionnaire

Le mode de diffusion du questionnaire est déterminant. Le risque de transmettre ce questionnaire uniquement sur internet est d'avoir peu de réponses. En effet, les patients peuvent ne pas prendre en considération le mail, au vu du nombre considérable de mails que nous recevons quotidiennement. Le diffuser sous format papier semble être la solution la plus appropriée : le donner physiquement permet d'inciter davantage le patient à le remplir. De plus, les thérapeutes peuvent relancer les patients pour le remplissage du questionnaire : les questionnaires peuvent être donnés par les kinésithérapeutes en début de séance avec pour consigne de les ramener remplis la séance suivante. Les questionnaires sont anonymes et le patient est informé au préalable de l'objet de l'étude.

La validation du questionnaire s'est faite grâce à un questionnaire pilote, testé sur une dizaine de personnes extérieures afin d'en vérifier la qualité, la durée de remplissage et

la clarté des questions. Suite aux recueils des questionnaires, la retranscription des résultats est une étape primordiale.

2.4. Organisation et traitement des données

L'exploitation des données du questionnaire requiert une certaine méthode : ici, il s'agit de données mixtes, qu'il faut répertorier et classer de manière à pouvoir les analyser.

2.4.1. Codage des données

Dans un premier temps, nous avons l'étape de codage des données : il s'agit de transformer le langage des patients en données numériques (Singly, 2012). Cette étape est différente selon le type de question posée :

- Les questions ouvertes : pour le cas des questions ouvertes, le codage doit être fait *a posteriori*, en regroupant les différentes réponses obtenues. Il s'agit donc de les classer par groupes de mots, en faisant un inventaire des réponses.
- Les questions fermées : pour les questions fermées, le code est établi à l'avance. Ce dernier correspond au nombre de réponses proposées. Il suffit donc de noter la réponse correspondante dans le tableau.

Le questionnaire de l'étude comporte très peu de questions ouvertes (les questions ouvertes étant plutôt réservées à la méthode d'entretien).

2.4.1.1. Identification de la nature des variables :

D'une part, nous avons les variables de type qualitatif, les différentes formes de réponses à ces variables sont appelées des « modalités ». (Amyotte, 2017)

Ici, la première partie du questionnaire correspond à des données qualitatives. Les questions concernées sont les suivantes :

Pour la situation familiale, voici les 5 réponses possibles :

- En couple,
- Marié(e),
- En concubinage,
- Divorcé(e),
- Veuf(ve).

La profession du patient, une catégorisation des professions est possible, selon le secteur d'activité. Il s'agit de définir les différents secteurs grâce à la classification de l'INSEE⁶. Il existe, depuis 2003, 8 catégories socio-professionnelles, qui sont les suivantes :

- Agriculteurs exploitants,
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise,
- Cadres et professions intellectuelles supérieures,
- Professions intermédiaires,
- Employés,
- Ouvriers,
- Retraités,
- Autres personnes sans activité professionnelle.

Dans les loisirs, plusieurs réponses sont possibles. Soit le patient pratique une ou plusieurs activités physiques, soit ce dernier pratique une ou plusieurs activités manuelles, soit il pratique les deux, soit il n'indique aucun loisirs. Nous aurons ainsi ces quatre propositions :

- Activités physiques,
- Activités manuelles,
- Les deux,
- Pas d'activité,

Pour les antécédents chirurgicaux, seuls les antécédents liés à la lombalgie seront répertoriés (HAS, 2015):

- Opérations d'hernies discales,
- Infiltrations,
- Arthroèses,
- Prothèses discales,
- Dispositifs interépineux,
- Aucun antécédent chirurgical lié à la lombalgie,

Pour la prise de médicaments, il existe 4 possibilités :

- Anti-douleurs,
- Anti-inflammatoires,
- Les deux,
- Aucun médicament,

⁶ INSEE : <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>

Par ailleurs, le recensement des patients consommant des anti-dépresseurs peut être effectué. Les doses prises ne seront pas précisées dans la présentation des résultats.

Pour les données quantitatives, « la caractéristique observée s'exprime sous la forme d'une valeur numérique » (Amyotte, 2017) : l'échelle de motivation et le questionnaire de Dallas sont concernés.

Pour l'échelle de motivation, le score de chaque question est reporté dans un tableau. Les différents types de motivation correspondant à chaque item sont identifiés grâce à la clé de codification et présentés dans le tableau ci-dessous :

| Types de motivation | | Items | Sous-totaux | Total | Total après ajustement |
|--------------------------|-----------------------|------------------------|-------------|-------|------------------------|
| Motivation intrinsèque : | MI Connaissance | 4 ; 5 | 14 | 42 | 98 |
| | MI Accomplissement | 3 ; 6 | 14 | | |
| | MI Stimulation | 2 ; 17 | 14 | | |
| Motivation extrinsèque : | ME Identifiée | 1 ; 8 ; 11 ; 20 | 28 | 98 | 98 |
| | ME Introjectée | 10 ; 13 ; 14 ; 15 ; 19 | 35 | | |
| | ME Intégrée | 9 ; 12 ; 16 ; 18 | 28 | | |
| | ME régulation externe | 7 | 7 | | |
| Motivation globale | | | | 140 | 196 |

Tableau 2 : Clé de codification de l'échelle de motivation

Le score total de l'échelle de motivation est 140 ; le score total de la MI est sur 42 (6 items multipliés par 7), celui de la ME est sur 98 (14 items multipliés par 7).

Il y a plus d'items pour la ME que pour la MI ; la MI représente ainsi 30% du total, et la ME représente 70% du total. Le rapport entre les deux types de motivations est de 2,33. Afin que la comparaison soit possible entre les deux scores, nous multiplierons le total de la MI par 2,33, ce qui nous donne le « total après ajustement », qui est de 196 pour la motivation globale (arrondi au dixième près).

Pour l'interprétation du questionnaire de Dallas (Lawlis et al., 1989; Calmels et al., 2005), chaque question est cotée entre 0 et 5. Dans la première partie, sur les activités quotidiennes (questions 1 à 7), les valeurs sont additionnées et multipliées par 3. Pour les trois autres parties, les valeurs sont additionnées et multipliées par 5. Nous

obtenons un résultat total, qui, en fonction de l'importance des répercussions fonctionnelles de la lombalgie, sera « faible » ou « élevé ».

Ce score total est obtenu en effectuant la moyenne des résultats obtenus à chaque sous-partie du questionnaire.

2.4.2. Croisement des données

Afin d'apporter une analyse entre les différents éléments du questionnaire, l'étape qui suit la présentation des résultats est de croiser les données. En effet, il s'agit de déterminer quels items nous souhaitons mettre en corrélation (ainsi que ceux sur lesquels nous n'en apportons pas).

Nous pouvons faire un rapprochement entre les résultats à l'Échelle de motivation et les scores obtenus au questionnaire de Dallas.

Pour se faire, nous devons déterminer des intervalles : « supérieur », « moyen » et enfin « inférieur ». La détermination de ces intervalles peut se faire grâce aux données statistiques. Ainsi, pour l'Échelle de motivation, l'intervalle moyen se trouve de part et d'autre de la médiane (+/- 10). Quant au questionnaire de Dallas, l'intervalle moyen est compris entre 20 et 30.

Nous considérons ainsi que les intervalles inférieurs représentent respectivement une « faible » motivation et de « faibles » répercussions fonctionnelles. A l'inverse, les intervalles supérieurs représentent une « forte » motivation et de « fortes » répercussions fonctionnelles. Par ailleurs, les corrélations avec les données sociales ne seront volontairement pas traitées dans cette étude, par soucis de pertinence au vu de la problématique.

2.4.3. Évaluation statistique

Toutes les données sont présentées dans des tableaux ou illustrées à travers des graphiques ou des boîtes à moustaches (moyen rapide de figurer le profil essentiel d'une série statistique quantitative).

Afin de vérifier la significativité des résultats, les tests statistiques utilisés sont paramétriques, les données étant qualitatives et indépendantes.

Des statistiques descriptives de la population ont également été effectuées pour traiter les données.

Les logiciels utilisés pour l'évaluation statistique sont Excel et le site BiostaTGV.

Les tests utilisés pour analyser les données de l'étude sont :

- Statistiques descriptives : moyenne et écart-type ainsi que la médiane, les quartiles, le minimum et le maximum,
- Test Z de comparaison des moyennes,
- Test exact de Fisher.

3. Résultats

La population de patients souffrant de lombalgie chronique étudiée est composée de 48 sujets : 51 questionnaires ont été récupérés et 48 ont pu être exploités (trois des questionnaires ont été partiellement remplis par les patients).

Pour rappel, la population des enquêtés a été sélectionnée de manière pseudo-aléatoire, via les cabinets libéraux de masso-kinésithérapie (en région Bretagne et Parisienne). Il s'agit uniquement des personnes ayant accepté de prendre du temps pour répondre au questionnaire. Environ 150 questionnaires ont été distribués sur une période de deux mois (01/02/2019 au 01/04/2019).

3.1. Données brutes

3.1.1. Échantillon : population des enquêtés

L'échantillon est décrit dans le tableau ci-dessous à travers les différentes données sociales renseignées dans le questionnaire :

| | | Nb de patients | Pourcentage |
|-----------------|----------------|----------------|-------------|
| Âge | 20 – 29 ans | 7 | 15% |
| | 30 – 39 ans | 9 | 19% |
| | 40 – 49 ans | 5 | 10% |
| | 50 – 59 ans | 15 | 31% |
| | 60 – 69 ans | 7 | 15% |
| | 70 – 80 ans | 5 | 10% |
| Sexe | Femme | 32 | 67% |
| | Homme | 16 | 33% |
| Statut familial | Célibataires | 10 | 21% |
| | Marié(e)s | 25 | 52% |
| | En concubinage | 7 | 15% |
| | Veuf(ve)s | 6 | 13% |
| | Divorcé(e)s | 0 | 0% |

Tableau 3 : Description de l'échantillon

La tranche d'âge la plus représentée dans les questionnaires est celle des 50 à 59 ans, avec une moyenne d'âge de 50 ans, un âge minimum de 20 ans et maximum de 77 ans. Le tableau ci-dessous recense la répartition des patients exerçant une activité physique et/ou une activité manuelle ou aucune des deux, ainsi que l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle.

| | | Nb de patients | Pourcentage |
|---------------------------------|---|----------------|-------------|
| Loisirs | Activités physiques | 29 | 60% |
| | Activités manuelles | 3 | 6% |
| | Les deux | 9 | 19% |
| | Aucun | 7 | 15% |
| Catégorie socio-professionnelle | Agriculteurs | 0 | 0% |
| | Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 5 | 10% |
| | Cadres et professions intellectuelles | 12 | 25% |
| | Professions intermédiaires | 12 | 25% |
| | Employés | 6 | 13% |
| | Ouvriers | 0 | 0% |
| | Retraités | 10 | 21% |
| | Autres catégories | 3 | 6% |

Tableau 4 : Loisirs et catégories socio-professionnelles de l'échantillon

| | | Nb de patients | Pourcentage |
|---|-------------------|----------------|-------------|
| Durée de l'atteinte lombaire | < à 5 ans | 21 | 44% |
| | Entre 5 et 10 ans | 8 | 17% |
| | > à 10 ans | 19 | 40% |
| Arrêts de travail liés à la lombalgie | Oui | 19 | 40% |
| | Non | 29 | 60% |
| Participation à un programme d'auto-rééducation | Oui | 9 | 19% |
| | Non | 39 | 81% |

Tableau 5 : Description des données cliniques de l'échantillon

Le tableau ci-dessus présente la durée de l'atteinte lombaire, le taux d'arrêt de travail lié à la lombalgie et la participation à un programme de rééducation.

Concernant les arrêts de travail liés à la lombalgie, la moyenne de durée des arrêts de travail est de 7 jours (le minimum étant de 1 et le maximum étant de 2 ans).

| | | Nb de patients | Pourcentage |
|---|--------------------------|----------------|-------------|
| Antécédents médicaux/chirurgicaux liés à la lombalgie | Opération hernie discale | 4 | 8% |
| | Arthrodèse | 4 | 8% |
| | Infiltration | 1 | 2% |
| | Aucun | 39 | 81% |
| Prise de médicaments | Anti-douleurs | 14 | 29% |
| | Anti-inflammatoires | 1 | 2% |
| | Les deux | 19 | 40% |
| | Aucun | 14 | 29% |

Tableau 6 : Données médicales/chirurgicales de l'échantillon

Le tableau ci-dessus expose les antécédents médicaux et chirurgicaux, ainsi que la prise médicamenteuse. Seuls les médicaments de type antalgiques y ont été répertoriés. Par ailleurs, 4 patients ont indiqué prendre des antidépresseurs.

3.1.1. Échelle de motivation

Les résultats de l'échelle de motivation sont intéressants à analyser, afin d'identifier les différences entre la MI et la ME.

La boîte à moustaches présentée ci-dessous permet d'observer la distribution de la population concernant la ME et la MI.

- ME : le maximum est de 85, un minimum de 38, le 1^{er} quartile est 46 et le 3^{ème} de 69, avec une médiane égale à 58.
- MI : le maximum est de 98, le minimum est égal à 30, le 1^{er} quartile est égal à 69, le 3^{ème} est égal à 100, avec une médiane de 77.

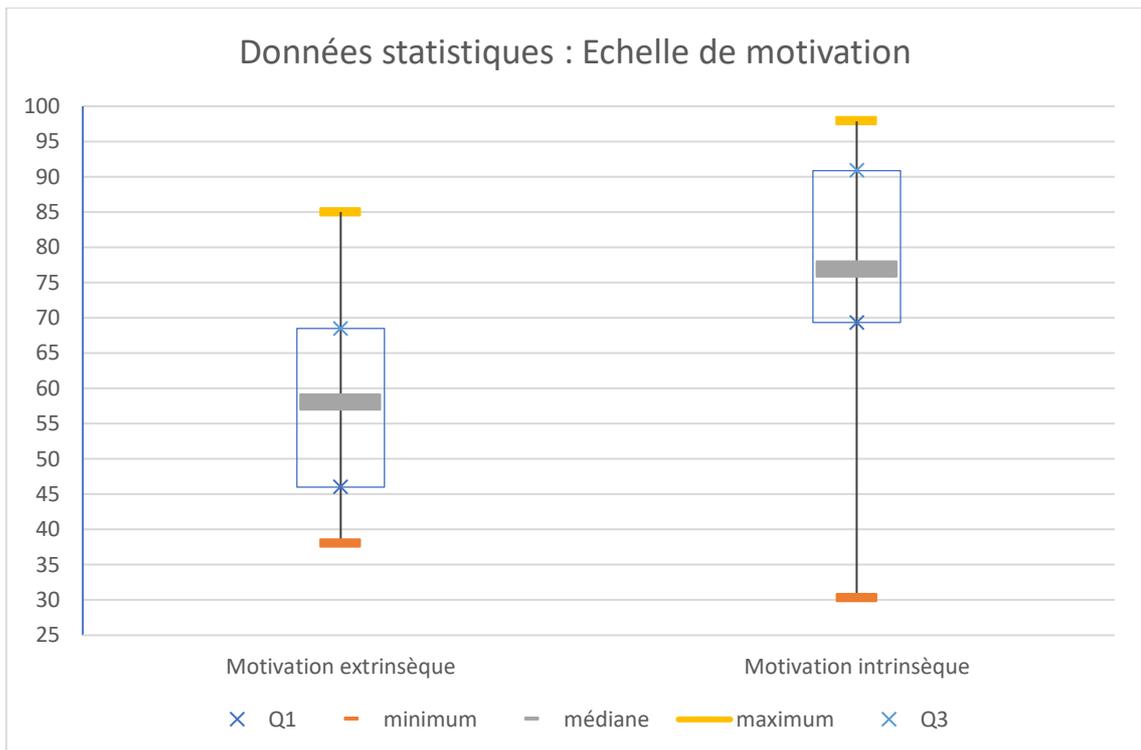


Figure 4 : Boîte à moustaches de l'Échelle de motivation

Le tableau ci-dessous présente les statistiques descriptives des scores obtenus à l'Échelle de motivation, pour la MI, la ME et la motivation globale.

| | Motivations extrinsèque | Motivations intrinsèque | Motivation globale |
|------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| Moyenne | 58,1 | 77,5 | 135,6 |
| Écart-type | 12,8 | 15,9 | 24,9 |

Tableau 7 : Statistiques descriptives de l'Échelle de motivation

Un test Z bilatéral (partant de l'hypothèse que MI était différente de ME, sans savoir laquelle serait prédominante) a été effectué pour permettre une confrontation entre la MI et la ME et évaluer si la différence entre les deux est statistiquement significative. La *p-value* est inférieure à 0,05.

3.1.2. Questionnaire de Dallas

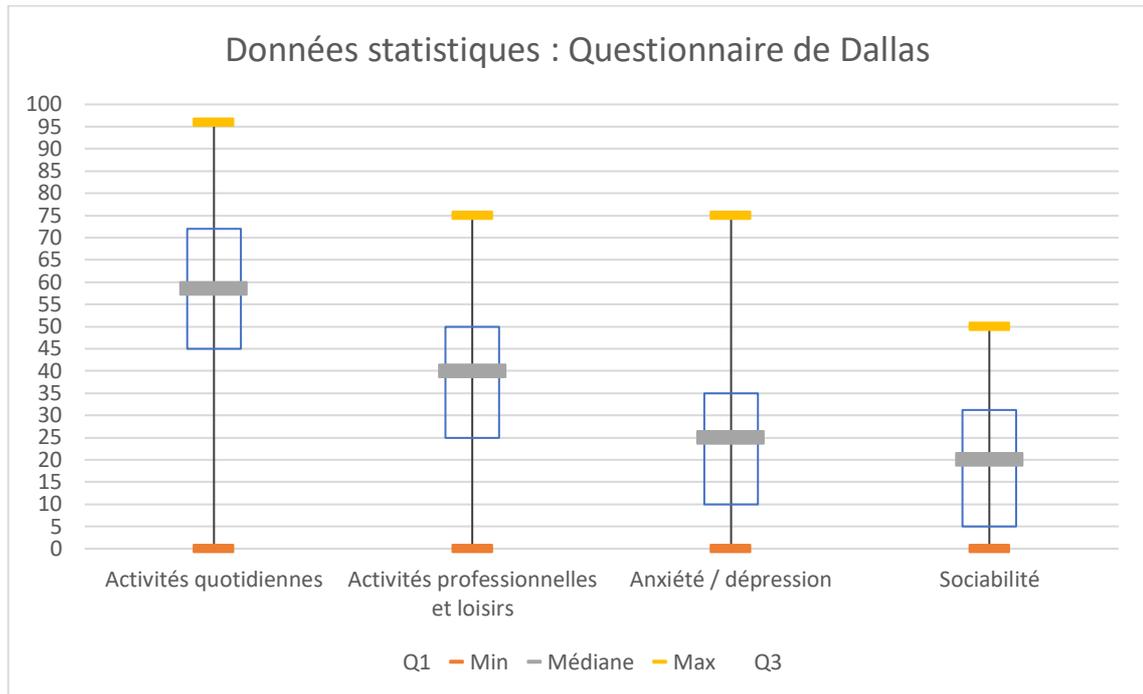


Figure 5 : Boîte à moustaches du questionnaire de Dallas

Le graphique ci-dessus illustre les données retrouvées au questionnaire de Dallas. Chaque sous-partie du questionnaire est présentée sous forme de boîte à moustache. Les résultats obtenus sont donc respectivement (avec un minimum de 0 pour chacune des catégories) :

- Activités de la vie quotidienne : le maximum est de 96, la médiane de 58,5, le 1^{er} quartile de 45 et le 3^{ème} quartile de 72,
- Activités professionnelles et de loisirs : le maximum est de 75, la médiane de 40, le 1^{er} quartile de 25 et le 3^{ème} de 50,
- Anxiété / dépression : le maximum est de 75, la médiane de 25, le 1^{er} quartile de 10 et le 3^{ème} de 35,
- Sociabilité : le maximum est de 50, la médiane est de 20, le 1^{er} quartile est de 5 et le 3^{ème} de 31,25.

| | Activités quotidiennes | Activités professionnelles et de loisirs | Anxiété / dépression | Sociabilité | Total |
|----------------|---------------------------|--|-------------------------|-------------|-------|
| Moyenne | 55,4 | 38,6 | 25 | 20,8 | 35,0 |
| Écart- type | 22,1 | 17,6 | 19,1 | 15,8 | 2,7 |

Tableau 8 : Statistiques descriptives du questionnaire de Dallas

Le tableau ci-dessus renseigne les moyennes et écarts-types de chaque sous-catégorie, ainsi que la moyenne du score total du questionnaire de Dallas.

3.2. Croisements des données

Pour le croisement des résultats entre le questionnaire de Dallas et l'Échelle de motivation, nous avons pu définir 5 « profils » :

Pour chaque patient, il s'agit de relever les résultats au questionnaire de Dallas ainsi qu'à l'Échelle de motivation. Nous utilisons les intervalles définis comme suit :

Pour les intervalles de l'échelle de motivation :

- La motivation est considérée comme « élevée » lorsque le résultat total est supérieur à 143,9,
- La motivation est considérée comme « faible » lorsque le résultat total est inférieur à 123,9.

Pour les intervalles du questionnaire de Dallas :

- Le score du questionnaire de Dallas est considéré comme « fort » lorsque la moyenne des 4 catégories est supérieure à 30,
- Le score du questionnaire de Dallas est considéré comme « faible » lorsque la moyenne des 4 catégories est inférieure à 20.

Dans le tableau, les intervalles sont représentés avec en premier la valeur de l'échelle de motivation, puis la valeur du questionnaire de Dallas (ex : > 143,9 / > 30). Une analyse des données sera proposée dans la partie suivante.

| | | Intervalles | Nb de patients |
|-----------------|-------------------------|---------------------------|----------------|
| Profil 1 | Motivation + / Dallas + | > 143,9 / > 30 | 16 |
| Profil 2 | Motivation - / Dallas + | < 123,9 / > 30 | 10 |
| Profil 3 | Modéré / Modéré | [123,9 ;143,9] / [20 ;30] | 4 |
| Profil 4 | Motivation + / Dallas - | > 143,9 / < 20 | 0 |
| Profil 5 | Motivation - / Dallas - | < 123,9 / < 20 | 5 |

Tableau 9 : Croisement de l'EM et du questionnaire de Dallas

Pour la catégorisation, 35 résultats rentrent dans les 5 profils sur les 48 résultats totaux. Les 13 autres résultats ne seront pas traités, car ils ne rentrent pas dans les 5 profils établis.

Nous pouvons observer que les profils 1 et 2 obtiennent la majorité des patients (ces deux profils représentent à eux deux 54% du total).

L'histogramme ci-dessous permet d'illustrer les moyennes obtenues à l'Echelle de motivation et au questionnaire de Dallas en fonction des différents profils définis.

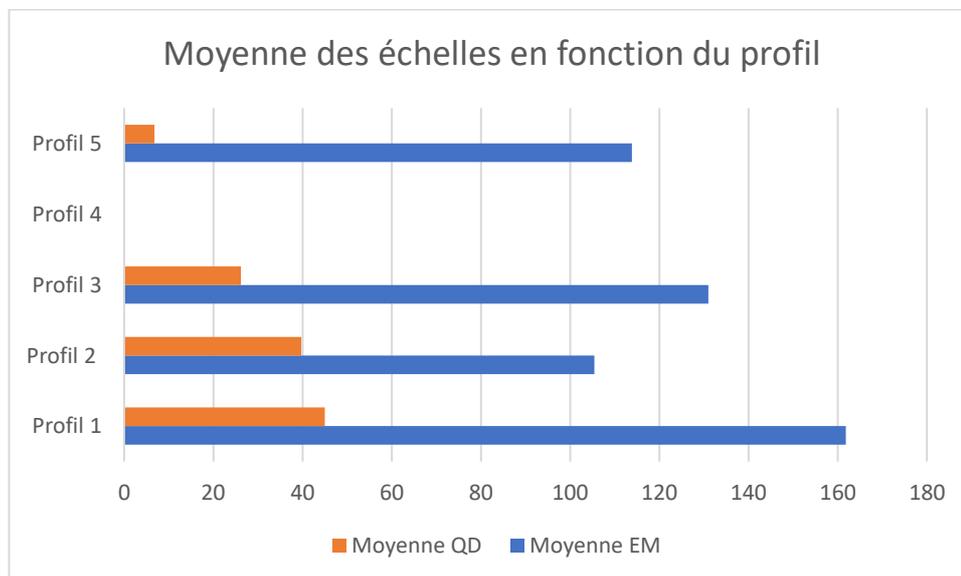


Figure 6 : Illustration des moyennes en fonction du profil

L'ajout de variables supplémentaires telles que la durée de l'atteinte lombaire, le type de motivation ou encore la perception d'une amélioration des symptômes permettra d'affiner l'analyse.

3.2.1. La durée de l'atteinte

L'effectif pour chaque profil établi précédemment en fonction de la durée de l'atteinte est présenté dans le tableau ci-dessous :

| | | Profils | | | | |
|------------------------------|----------|---------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Durée de l'atteinte lombaire | < 5 ans | 8 | 1 | 3 | 0 | 2 |
| | < 10 ans | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| | > 10 ans | 5 | 7 | 2 | 0 | 3 |

Tableau 10 : Durée de l'atteinte en fonction du profil de patient

Trois intervalles ont été établis : durée de l'atteinte inférieure à 5 ans, durée comprise entre 6 et 10 ans et enfin durée de l'atteinte supérieure à 10 ans.

Le test exact de Fisher a été réalisé pour analyser les différents profils de patients par rapport à la durée de leur lombalgie et déterminer si ces deux variables sont dépendantes l'une de l'autre. La *p-value* est égale à 0,33.

3.2.2. La nature de la motivation

Pour étudier les types de motivation, nous avons calculé l'écart entre le score obtenu pour la MI et le score obtenu pour la ME. La moyenne, la médiane, le maximum et le minimum ont ainsi pu être représentés dans le tableau ci-dessous :

| | Profil 1 | Profil 2 |
|---------|----------|----------|
| Moyenne | 20 | 26 |
| Médiane | 20 | 25 |
| Maximum | 36 | 38 |
| Minimum | 2 | 15 |

Tableau 11 : Données statistiques des valeurs de l'écart « MI-ME »

Par ailleurs, nous retrouvons 6 patients sur les 48 pour qui la ME est supérieure à la MI. Si nous nous focalisons sur les profils 1 et 2, 2 patients ont une ME supérieure à la MI et appartiennent tous deux au profil n°2.

L'item 6 a obtenu la moyenne la plus élevée : 6,4. L'énoncé est : « Pour me remettre en forme et améliorer mon état de santé » et correspond à une MI à l'accomplissement. L'item 19 a obtenu la moyenne la plus faible, il correspond à l'énoncé suivant : « Parce que je veux être mieux considéré(e) » associé à une ME à régulation externe.

Ici, la ME est définie comme « faible » si elle est inférieure au 1^{er} quartile (46) et « forte » si elle est supérieure au 3^{ème} quartile (68). La MI est définie comme « faible » et « forte » de la même manière (respectivement, si <Q1 = 69,32 et >Q3 = 90,87). Avec ces paramètres, nous obtenons les données suivantes :

| | Motivation intrinsèque | | Motivation extrinsèque | |
|-----------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | Faible | Élevée | Faible | Élevée |
| Profil 1 | 0 | 7 | 0 | 9 |
| Profil 2 | 6 | 0 | 9 | 0 |

Tableau 12 : Répartition profil-type de motivation

3.2.3. La perception d'amélioration des symptômes

La dernière question interroge le patient sur la perception de sa prise en charge. Pour rappel, la question s'intitule : « Avez-vous constaté une amélioration depuis le début de votre prise en charge ? ».

Le patient a 5 choix de réponses possibles.

| Réponses | Nb de patients | Pourcentage |
|---------------------------|----------------|-------------|
| « Oui, tout à fait » | 23 | 48% |
| « Oui, un peu » | 13 | 27% |
| « Cela dépend des jours » | 11 | 23% |
| « Non, très peu » | 1 | 2% |
| « Non, pas du tout » | 0 | 0% |

Le tableau ci-contre nous permet de visualiser les réponses à cette question ainsi que le taux correspondant.

Tableau 13 : Perception d'amélioration des symptômes par les patients

Le tableau ci-dessous représente les réponses en fonction des profils des patients :

| | Profils | | | | |
|-----------|---------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Réponse 1 | 11 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Réponse 2 | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Réponse 3 | 2 | 6 | 1 | 0 | 2 |
| Réponse 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Réponse 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tableau 14 : Réponses correspondant au profil des patients

Les différentes données présentées vont permettre une analyse qui doivent apporter des réponses à nos hypothèses de départ et ainsi répondre à la problématique de recherche.

4. Discussion

La retranscription des résultats du questionnaire, avec les différentes données obtenues nous permet de proposer une analyse descriptive puis réflexive de ces derniers. Nous pourrions enfin aborder les implications cliniques de cette étude.

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Description de l'échantillon

L'âge moyen des patients ayant répondu au questionnaire est de 50 ans et la tranche d'âge la plus concernée est celle des *50-59 ans*. Dans les données de la littérature, la tranche d'âge la plus atteinte par la lombalgie est très vaste et s'étend de 30 à 65 ans selon les études. L'étude de Hartvigsen et ses collaborateurs vient préciser ces tranches d'âges, qui semblent être similaires à celles retrouvées dans nos résultats (Hartvigsen et al., 2018).

De plus, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes ayant répondu au questionnaire. Cela correspond plus ou moins aux données de la littérature, qui indiquent que les femmes ont tendance à être plus atteintes que les hommes par cette pathologie, et plus particulièrement lorsque leur âge augmente. En [annexe 7](#), nous pouvons ainsi retrouver l'illustration des différentes données issues de la littérature.

La majorité de l'échantillon interrogé a le statut de « marié » (52%). Nous constatons que le statut divorcé n'a pas été indiqué.

Les catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les « cadres et professions intellectuelles supérieures » ainsi que les « professions intermédiaires » (qui représentent à elles deux 50% de l'échantillon). Or, nous avons vu précédemment que la lombalgie chronique était également très présente dans le milieu ouvrier, qui, dans cet échantillon, est égal à 0.

Nous pouvons constater que les arrêts de travail liés à la lombalgie sont fréquents : le taux est de 40% dans l'échantillon. Par ailleurs, la moyenne d'arrêt de travail de l'échantillon est de 7 jours. Dans la littérature, nous retrouvons que la durée des arrêts de travail liés à la lombalgie est d'environ 33 jours. Et la reprise du travail diminue après 6 mois d'arrêts (Hayden et al., 2010). Pour un travail dit « sédentaire », la durée d'arrêt

de travail peut s'étendre de 0 à 3 jours, d'après l'Institut National des Risques liés à la Santé⁷ (INRS), ce qui vient appuyer les données retrouvées, puisque près de 50% de l'échantillon a un travail de ce type. Par ailleurs, la part des lombalgies dans les accidents de travail ne cesse d'augmenter et représente 19% des accidents de travail en 2015, d'après les informations recueillies⁸.

Concernant les loisirs, la plupart des individus pratiquent une activité physique de manière régulière et plus ou moins intense. Les principales activités, qui n'ont pas été détaillées dans la présentation des résultats sont la marche et la natation. Cette information est intéressante, car elle nous permet de constater que pour la plupart d'entre eux, les patients ne sont pas entrés dans le cercle de déconditionnement physique (pouvant être défini comme un processus physiologique et psychologique qui conduisent à une inactivité physique).

Pour le parcours de soins, nous retrouvons trois types d'interventions médicales ou chirurgicales liées à la lombalgie : opération d'une hernie discale, infiltration et enfin arthrolyse. 18% des patients de l'échantillon ont bénéficié d'une intervention. Le rapport de l'HAS (2015) indique que les opérations ne sont justifiées que dans certains cas. Par exemple, une « guideline » mexicaine (« *practice guidelines for the management of low back pain* ») préconise une intervention dans le cas d'une douleur persistante malgré 2 ans de traitements conservateurs (HAS, 2015).

La participation à un programme d'auto-rééducation a été peu renseignée. En effet, seuls 19% des patients ont suivi un programme d'auto-rééducation, ce qui est peu, surtout lorsque nous constatons que la moyenne de durée d'un épisode lombaire chez les patients ayant répondu au questionnaire est de 10 ans. Cette dernière donnée est interpellante : en effet, cela représente à la fois un coût financier mais également humain, avec l'investissement des patients et des thérapeutes, à raison d'une à deux séances par semaine.

La pertinence de la poursuite de soins, qui semblent ne pas apporter d'effets sur du court comme sur du long terme, peut être remise en question. Il est possible que les prises en

⁷ <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>

⁸ https://www.ameli.fr/sites/default/files/livret-lombalgie_assurance-maladie.pdf

charge ne soient pas toujours efficaces et adaptées aux patients. L'implication des patients dans leur traitement peut également être discutée.

Ces données confirment l'existence d'un réel problème de santé publique. L'échantillon de patients atteints de lombalgie chronique est, au vu des données épidémiologiques, relativement représentatif de la population générale. Cependant, nous ne pouvons affirmer qu'il s'agit d'un échantillon représentatif des personnes atteintes de lombalgie, dans la mesure où la sélection ne s'est pas faite de manière aléatoire sur l'ensemble de la population concernée, même si certains auteurs affirment qu'un échantillon spontané, composé de manière libre et sur la base du volontariat donne toutefois une bonne représentation de la population (Boltanski et Maledier, 1977).

En termes statistiques, l'obtention de 48 réponses permet d'inscrire les résultats dans la loi de normalité.

4.1.2. Catégorisation

Tout d'abord, les données statistiques renseignent différents éléments : la moyenne obtenue pour la MI est plus élevée que la moyenne obtenue pour la ME. Cette donnée est également appuyée par l'écart-type, qui est situé entre 10 et 20 pour les deux types de motivations. L'échantillon présente une hétérogénéité normale (plus l'écart-type est important, plus la dispersion du score de chaque participant l'est aussi, indiquant ainsi que la moyenne est peu représentative, ce qui n'est pas le cas ici). Le test Z effectué présente une *p-value* inférieure à 0,05 et permet d'affirmer que cette différence est statistiquement significative.

Concernant le questionnaire de Dallas, les deux premières parties (« activités de la vie quotidienne », « activités professionnelles et de loisirs ») présentent les scores le plus élevés. Par ailleurs, la moyenne totale est de 35, avec un écart-type de 2,7. La dispersion des valeurs est donc faible pour le questionnaire de Dallas, nous permettant d'affirmer que la moyenne est représentative.

Les différents profils retrouvés grâce au croisement des données ont chacun des caractéristiques qu'il est possible de décrire.

Le profil n°1 est celui qui présente le plus de patients (16 au total, soit 33%). Il est défini par une forte motivation et un score élevé au questionnaire de Dallas.

Pour expliquer ce résultat, nous pouvons penser que si un patient est impacté par les conséquences de sa lombalgie, il va tout faire pour ne plus en souffrir. Ainsi, sa motivation va en être augmentée.

Le profil n°2 compte 10 patients (soit 21%) : il correspond à une faible motivation et un fort score au questionnaire de Dallas. Ainsi, il est à l'opposé du 1^{er} profil par rapport à la motivation. Les explications sont multiples : les répercussions de la lombalgie sont tellement importantes que le patient n'est plus en capacité de pouvoir être motivé. Nous avons vu précédemment que la motivation était « une force interne mais ses déterminants peuvent être internes et/ou externes » (Fenouillet, 2012). Ici, les répercussions de la lombalgie peuvent être considérées comme des forces externes, qui sont si fortes qu'elles auront un impact négatif sur la motivation. Les facteurs mis en cause dans la diminution de la motivation peuvent être : un sentiment de découragement, de lassitude, d'abandon mais également liés aux douleurs, à la désocialisation, au manque d'activité ou encore à la dépression.

Le profil n°3 comprend quant à lui 4 patients : il correspond à des résultats modérés qui appartiennent à l'intervalle intermédiaire : les répercussions fonctionnelles de la lombalgie n'impactent pas de manière importante la motivation. Cela signifie que, dans une certaine mesure, la motivation est liée aux répercussions fonctionnelles de la lombalgie.

Le profil n°4, correspondant à une importante motivation et un faible score au questionnaire de Dallas compte 0 patient. Un patient n'étant pas fortement impacté par les conséquences de la lombalgie, ne verra pas sa motivation augmenter : les forces externes sont insuffisantes pour influencer la motivation, venant appuyer l'explication du profil n°3.

A l'inverse, le profil n°5, qui correspond à une faible motivation et un faible score au questionnaire de Dallas, compte 5 patients : l'explication la plus probable est identique à celle des profils précédents : si les répercussions de la lombalgie sont faibles (force externe faible), la motivation en rééducation sera également plus faible. Il s'agit pour ces deux derniers profils de forces externes faibles, avec des patients qui sont peu autodéterminés.

Les 13 résultats qui ne sont rentrés dans aucun des 5 profils établis méritent d'être commentés. Ces 13 résultats présentent tous des scores différents, ce qui empêche de proposer un 6^{ème} profil : l'un des deux items évalués se retrouve dans l'intervalle

intermédiaire. De plus, les intervalles ayant été définis au préalable, il n'est pas possible de les ajuster pour faire rentrer ces résultats dans la classification par profils.

Cependant, ces résultats sont à prendre en considération car ils représentent 27% de l'échantillon total et démontrent qu'il est difficile de classer tous les patients dans différentes catégories, chaque individu étant singulier.

L'interprétation des profils seule ne permet pas de déterminer quels peuvent être les facteurs qui vont influencer la motivation du patient et le poids que ces derniers représentent.

4.1.3. Le poids des différents facteurs

Différents facteurs ont été mis en relation avec les profils établis. Parmi ces derniers, nous retrouvons : le temps (durée de l'atteinte lombaire), le type de motivation et enfin la perception d'amélioration des symptômes (lié au sentiment d'efficacité personnelle notamment).

Une attention particulière sera portée sur les profils 1 et 2, ceux-ci étant majoritaires et correspondant surtout à des patients fortement impactés par les conséquences de la lombalgie chronique.

4.1.3.1. Durée des douleurs lombaires

La première donnée qu'il est important de souligner est la présence de 90% des patients du profil n°2 souffrent depuis plus de 5 ans. Prise isolément, cette donnée suggère en effet que plus la durée de l'atteinte est importante, plus la motivation diminue. La théorie de sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1991) intervient dans l'explication de cette donnée. En effet, le but du sujet est de ne plus souffrir de la lombalgie : il s'est investi dans la poursuite de ce but. L'obstacle rencontré dans la poursuite de ce but est la persistance des douleurs dans le temps, qui va être associée à un échec par le patient. Pour rappel, « la persistance du comportement se manifeste par la continuité dans le temps des caractéristiques de direction et d'intensité de la motivation » (Vallerand et Thill, 1993) : ici, l'intensité de la motivation est faible.

Les résultats du profil n°1 viennent nuancer les arguments évoqués : 2 sujets souffrent depuis plus de 5 ans et 5 depuis plus de 10 ans.

Ainsi, le test exact de Fisher a été utilisé afin de vérifier que ces deux variables étaient dépendantes l'une de l'autre. Le χ^2 (khi-deux) test est plus puissant que le test de Fisher mais les effectifs de certains profils sont inférieurs à 5, ne permettant pas de l'utiliser. L'hypothèse nulle (H0) du test est ici « les variables X et Y sont indépendantes » soit « le type de profils des patients est indépendant de la durée de la lombalgie ». La *p-value* de ce test est de 0,33 et est donc supérieure à 0,05, ce qui permet de rejeter H0. Il est possible d'affirmer que les deux variables de l'échantillon étudié sont dépendantes l'une de l'autre : le profil du patient est dépendant de la durée de la lombalgie. La durée de l'atteinte n'est pas le seul élément à prendre en compte pour la compréhension de l'évolution de la motivation des patients.

4.1.3.2. Type de motivation

Le type de motivation a toute son importance, comme le suggère la théorie de l'auto-détermination. Dans l'étude, l'échelle de motivation se sous-divise en deux : MI et ME. De manière assez logique, les patients appartenant au profil n°1 ont obtenu une MI et une ME importante. A l'inverse, les patients appartenant au profil n°2 ont obtenu des scores faibles pour les deux types de motivation. Cela reste cohérent, dans la mesure où leur appartenance au profil n°2 implique une motivation globale faible.

Le profil n°1, au vu des résultats, a un écart MI-ME moins important que le profil n°2. Pour rappel, le profil n°2 comprend deux individus pour qui la ME est supérieure à la MI. De manière générale, les patients présentent une MI nettement supérieure à la ME (excepté pour 6 d'entre eux) et cette différence est statistiquement significative. Pour étayer le propos, il est important de souligner la nature des items ayant obtenu les scores les plus extrêmes :

- L'item 6 : « Pour me remettre en forme et améliorer mon état de santé » correspond à une MI à l'accomplissement,
- L'item 19 : « Parce que je veux être mieux considéré(e) » correspond à une ME introjectée.

En se référant au modèle de l'auto-détermination (Figure 2), allant du plus déterminé au moins déterminé : la ME introjectée représente un faible niveau d'auto-détermination, contrairement à la MI à l'accomplissement, qui représente un niveau élevé d'auto-détermination. Il est par ailleurs important de remarquer que l'item 7 « Parce que j'y suis contraint(e) » correspond à une ME à régulation externe et a obtenu une moyenne de 3,6. Cette moyenne apparaît comme relativement élevée et permet de

constater qu'une motivation de la part d'un tiers est souvent présente chez les patients souffrant de lombalgie chronique.

4.1.3.3. Perception d'amélioration

Les réponses à la question « *Avez-vous constaté une amélioration depuis le début de votre prise en charge ?* » ne sont pas réparties de manière homogènes : la majorité des individus appartenant au profil n°1 a répondu « Oui, tout à fait » (11/16, soit 68,7%). Pour le profil n°2, la réponse majoritaire a été : « cela dépend des jours » (6/10, soit 60%).

La réponse 1, « oui, tout à fait », suggère que le patient est en situation de réussite dans sa prise en soins. Il est en mesure de constater des effets bénéfiques de sa prise en charge permettant ainsi d'augmenter son sentiment d'auto-efficacité, qui, à son tour, peut augmenter la motivation.

La réponse 3, « cela dépend des jours » suggère que le patient ne perçoit pas de manière claire une amélioration dans son traitement : il est dans une situation d'attente et d'incertitude, qui peut influencer son sentiment d'auto-efficacité de manière négative qui à son tour influence négativement la motivation.

Le test exact de Fisher a permis d'analyser les 5 profils de patients et la perception d'amélioration des symptômes. Comme pour la durée de l'atteinte lombaire, l'hypothèse nulle (H_0) de ce test est : « les variables X et Y sont indépendantes » ; soit le profil de patient est indépendant de la perception d'amélioration des symptômes. La *p-value* de ce test est de 0,03, < 0,05, ne permettant pas de rejeter H_0 . Il est impossible d'affirmer que les profils sont dépendants de la perception d'amélioration des symptômes exprimée par le patient.

4.1.4. Conclusion de l'analyse des résultats

Les résultats du questionnaire permettent d'avancer que les répercussions de la lombalgie chronique semblent avoir un effet sur la motivation. Plusieurs éléments tendent à l'indiquer : les profils établis dans l'étude permettent de constater que plus les répercussions fonctionnelles de la lombalgie sont importantes, plus la motivation est impactée, que ce soit de manière positive ou négative.

La durée de la lombalgie semble être un indicateur significatif pour l'évolution de la motivation, puisqu'une durée élevée de l'atteinte aura tendance à diminuer la motivation.

En revanche, au vu des résultats, la perception d'amélioration des symptômes ne semble pas être un indicateur significatif. L'identification du type de motivation est quant à elle pertinente car la majorité des patients a une MI supérieure à la ME.

Ces résultats peuvent être enrichis par des études retrouvées dans la littérature. En effet, la motivation en kinésithérapie pour les troubles musculo-squelettiques (comprenant la lombalgie chronique) a fait l'objet de plusieurs études depuis la fin du 20^{ème} siècle et permettent d'appuyer le propos.

L'étude de Grahn, Stigmar et Ekdahl (1999) a par exemple constaté que des patients très motivés initialement ont renforcé leur niveau de motivation et leur indépendance, ceux qui sont moyennement motivés sont restés au même niveau de motivation et les patients faiblement motivés sont devenus plus dépendants.

Par ailleurs, un programme d'exercices classiques combiné à un programme de renforcement motivationnel semblent avoir une influence positive sur la diminution des douleurs et des incapacités d'un patient souffrant de lombalgie chronique (Friedrich et al., 1998). D'après cette même étude, les patients éprouvent des difficultés à être motivés lorsqu'il n'y a pas de bénéfice immédiat (ou que les bénéfices sont difficilement remarquables). Or, dans les programmes d'exercices et, plus généralement dans la prise en charge d'une pathologie chronique, les bénéfices sont souvent appréciables sur du long terme. Cela tend à confirmer la deuxième hypothèse de recherche (l'augmentation de la durée de l'atteinte lombaire diminue la motivation globale du patient).

La place de la motivation dans la rééducation est appuyée par McGrane et ses collaborateurs (2014), qui indiquent que les théories liées à la motivation peuvent être utilisées dans le but de provoquer un changement chez l'individu. Cependant, la motivation à changer doit venir de l'individu lui-même : il doit s'agir d'une décision autonome (McGrane et al., 2014).

Cependant, une étude suggère que le concept de motivation utilisé dans la pratique clinique peut avoir des conséquences négatives sur les soins prodigués aux patients. Les critères de motivation étant peu ou mal définis, il est possible que les thérapeutes aient une mauvaise appréciation de la motivation réelle des patients, amenant ainsi à les catégoriser, à tort, de « non motivés » (Maclean et al., 2002).

En résumé, ces études confirment l'importance de la motivation des patients dans toutes les prises en charge et pour les thérapeutes, d'adopter une attitude visant à renforcer cette motivation.

Les résultats présentés ici sont à prendre avec précaution et à relativiser. En effet, cette étude présente des limites et biais qui imposent de nuancer les conclusions de l'analyse. L'outil de recherche peut également être remis en question, pour ses défauts méthodologiques, que nous allons identifier dans la partie suivante.

4.2. Biais et limites de l'étude

Cette étude comporte différents biais et limites. Tout d'abord, nous pouvons faire un retour sur l'outil utilisé ; les remarques générales sur le questionnaire ont été positives. Toutefois, plusieurs patients ont indiqué avoir trouvé le questionnaire trop long (plus de 10 minutes pour remplir le questionnaire). De plus, trois questionnaires n'ont pas pu être pris en compte, les patients les ayant partiellement renseignés ; certaines affirmations de l'Échelle de motivation ont été barrées et des questions du questionnaire de Dallas n'ont pas été remplies. Plusieurs hypothèses sont possibles :

- Le questionnaire étant relativement long, les patients n'ont pas eu la persévérance de répondre à toutes les questions,
- Les affirmations de l'échelle de motivation n'étaient pas éloquentes pour eux,
- Les énoncés du questionnaire de Dallas ne reflétaient pas leurs réelles problématiques.

L'obtention de 48 questionnaires est satisfaisante même si de nombreux patients ont oublié de retourner le questionnaire au kinésithérapeute.

La formulation de la question sur le temps estimé pour la durée de l'atteinte lombaire pourrait être plus précise. Nous ne savons pas si depuis la date du premier épisode lombaire, le patient a souvent souffert, ni l'intensité des douleurs. Il aurait donc été intéressant de demander combien d'épisodes lombaires avaient eut lieu (leur fréquence) et également s'ils étaient toujours allés chez un kinésithérapeute.

Concernant l'échelle de motivation, il semblerait qu'il manque des items concernant la MI. En effet, seules 6 affirmations concernaient la MI contre 14 pour la ME. La forme de l'échelle est malgré cela adaptée et a permis de récolter diverses informations, tout comme le questionnaire de Dallas. Par ailleurs, les tests statistiques sont difficilement applicables sur l'outil. Dans la mesure où l'outil a été créé dans le cadre de l'étude, il

n'existe pas de valeur théorique, et l'échantillon étudié n'est pas suffisant. Cela représente la principale limite de l'étude.

Des biais sont également présents dans l'étude et doivent être commentés. Tout d'abord, le biais de sélection peut être anticipé au maximum, mais ne peut être évité, en raison des moyens mis à disposition. Ici, le risque consiste surtout en un recrutement de personnes intéressées et donc plus susceptibles d'être motivées. Par ailleurs, le biais de représentativité est présent dans l'étude : les données épidémiologiques retrouvées dans la littérature ne correspondent pas totalement à l'échantillon de l'étude. Cette différence peut être expliquée par le fait que le questionnaire n'a été diffusé que dans des grandes villes ; principalement dans des quartiers résidentiels.

L'étude comporte également des biais cognitifs : ils peuvent comporter des erreurs de perception, d'évaluation et d'interprétation logique. Ainsi, l'un des principaux biais auxquels nous sommes confrontés est le biais de confirmation d'hypothèses. En effet, tout individu a naturellement tendance à privilégier les informations qui confirment leurs hypothèses, en accordant moins de poids aux informations qui ne vont pas dans le sens des hypothèses. De ce fait, il est important de prendre du recul, afin d'exposer au mieux les différentes données. Dans notre cas, il existe des données qui ne confirment pas les hypothèses et il est important de les indiquer : deux des trois hypothèses de départ n'ont pas été vérifiées, mais de nouvelles notions ont pu être introduites.

L'effet de halo, qui est le fait que la réponse à une question est induite par les réponses aux questions précédentes, est aussi à prendre en considération. La multitude de questions peut induire un manque de réflexion du patient qui va ainsi répondre machinalement et inconsciemment en fonction de ses réponses précédentes.

Pour pallier cet effet, il a fallu porter une attention particulière à l'ordre des questions posées, d'où la présence de l'échelle de motivation avant le questionnaire de Dallas.

Le biais de désirabilité sociale est présent dans l'étude. Il représente le fait que les personnes altèrent leurs réponses car elles pensent que c'est ce que l'enquêteur veut entendre et observer. Dans notre cas, ce biais peut être retrouvé pour l'échelle de motivation, où le patient pourrait avoir tendance à surévaluer sa motivation ou à l'augmenter, avec l'idée que les réponses positives seraient mieux perçues par l'enquêteur (ou leur thérapeute). Cependant, il s'agit d'un biais mineur, dans la mesure

où les patients sont anonymes et que les questionnaires sont transmis par l'intermédiaire d'une personne extérieure à l'étude, à savoir les thérapeutes.

Malgré les biais et limites évoqués précédemment, nous pouvons souligner plusieurs points positifs. Tout d'abord, les données épidémiologiques sont en adéquation avec ce que nous avons pu retrouver dans la littérature. Certains résultats sont statistiquement significatifs et il est important de préciser que l'outil a été créé dans le cadre de l'étude, empêchant tout contrôle des données obtenues. La création de cette échelle de motivation à la kinésithérapie semble pertinente et il serait intéressant de la diffuser sur un échantillon plus important et approfondir sa validité, d'autant qu'il en existe dans d'autres domaines (sport, éducation, musique...).

Outre les résultats obtenus, la démarche de recherche peut être valorisée : en effet, l'appropriation d'un outil de recherche tel que le questionnaire est intéressant, car il a permis d'obtenir de multiples informations. Il s'agit ici d'un travail d'initiation à la recherche, qui a rendu possible l'exploration des données de la littérature et souligné l'importance d'une méthodologie rigoureuse. Les résultats de l'étude sont évidemment à modérer, mais nous pouvons à présent évoquer ce que nous pouvons mettre en lumière.

4.3. Mise en perspective

L'analyse des résultats a dans un premier temps permis de préciser certaines notions et susciter différentes réflexions. En premier lieu, nous avons pu constater l'importance de la durée de l'atteinte lombaire, qui implique une remise en question de la pertinence des soins apportés aux patients souffrants de lombalgie chronique. Cette même durée tend à diminuer la motivation des patients : l'objectif est ici de proposer des méthodes visant à la restaurer.

4.3.1. Un outil à développer

L'entretien motivationnel, évoqué dans l'étayage théorique, apparaît comme une méthode intéressante à développer pour des patients ressentant peu d'espoir de rétablissement. Tout d'abord, il permet d'établir une alliance thérapeutique de qualité, en respectant plusieurs principes :

- L'écoute du thérapeute est essentielle, active et réflexive, plaçant le patient au centre de la prise en charge,

- La dissonance doit être développée, visant à obtenir un changement de comportement, « en aidant la personne à explorer et à résoudre son ambivalence » (Miller et Rollnick, 1991),
- L'objectif est également de « rouler » avec la résistance : il s'agit de permettre au patient de prendre conscience lui-même de certains faits et de développer ses propres solutions,
- Si le patient présente une résistance, il est préférable d'éviter de se retrouver dans un débat de justifications et d'argumentations (en entrant dans ce débat, le risque est d'augmenter son opposition),
- Le sentiment d'efficacité personnelle doit être soutenu : « la confiance en soi et l'estime de soi sont des paramètres à entretenir chez le patient ou à faire émerger » (Golay, Lager et Giordan, 2007).

Les outils pour parvenir à suivre ces principes sont multiples : l'écoute active, les questions ouvertes, les techniques de réflexion, la valorisation et enfin le résumé.

Les données issues de la littérature qui visent à démontrer l'efficacité d'un tel outil semblent prometteuses. Une revue systématique, publiée par Alperstein et Sharpe (2016), a démontré que l'EM avait des effets sur l'adhésion du patient à court-terme. Par ailleurs, les avantages de l'EM sont nombreux et semblent avoir des effets positifs chez les patients douloureux chroniques, développant à la fois leurs potentiels physiques, fonctionnels et psychologiques (Aguerre et al., 2015). Ainsi, des prises en charge basées sur des programmes thérapeutiques alliant l'EM et la réadaptation progressive à l'effort physique peuvent être proposées aux patients et sont plus efficaces qu'une réadaptation à l'effort physique seule (Vong et al., 2011). Ces données justifient ainsi l'utilisation d'approches cognitivo-comportementales dans la prise en charge de pathologies chroniques telles que la lombalgie.

Au cours d'un EM, une échelle de confiance peut être réalisée : le patient doit indiquer la confiance qu'il a en son efficacité personnelle sur une échelle de 1 à 10. Nous pouvons rebondir sur l'importance que l'EM accorde au sentiment d'efficacité personnelle. Bien que les résultats retrouvés à travers cette étude ne permettent pas d'affirmer qu'il existe un lien significatif entre le profil du patient⁹ et la perception d'amélioration des symptômes, il semble pertinent de s'intéresser à ce sentiment d'efficacité personnel.

⁹ Profil du patient : déterminé par l'impact de la lombalgie et l'intensité de sa motivation

Bandura (1977) a proposé que les attentes en matière d'efficacité déterminent l'effort que les individus vont déployer et combien de temps ils persisteront face aux obstacles et mauvaises expériences. Ainsi, nous pouvons considérer que des patients qui ont un sentiment d'efficacité personnelle faible ne s'engageront pas autant dans leur rééducation que ceux ayant une forte perception de leur efficacité personnelle.

Par ailleurs, des patients avec un haut niveau de kinésiophobie ont une douleur qui est augmentée et un sentiment d'efficacité personnelle diminué (Odoles et al., 2018). Ainsi, la notion de kinésiophobie, qui n'a pas été abordée jusqu'alors, représente également un élément à prendre en compte dans la prise en charge d'un patient lombalgique chronique.

4.3.2. Des pistes de réflexions

Les différents profils de patients établis dans cette étude nous ont permis de dégager des pistes de réflexion. En effet, nous avons pu distinguer quels pouvaient être les effets des répercussions fonctionnelles de la lombalgie sur la motivation. La motivation de l'individu aura à son tour des conséquences sur son implication en séance (et à domicile). Ainsi, chaque profil se comporte différemment : les moins autodéterminés auront une implication en séance de kinésithérapie inférieure aux patients les plus autodéterminés (en nous basant sur la TAD). Notons que l'autodétermination est observable grâce à l'intensité d'un comportement et la persévérance dans le temps.

Par exemple, pour des patients fortement motivés et impactés par la lombalgie, la question qui se pose est de savoir pourquoi nous ne retrouvons pas d'amélioration des symptômes. En effet, ils apparaissent comme déjà autodéterminés et autonomes. Dans ce cas, les traitements ne devront pas forcément être axés sur l'influence de la motivation. Il faut cependant remarquer que bien souvent, « il existe un écart important entre les objectifs des individus et leur réalisation » (Broonen et al., 2011). Ainsi, ils peuvent être motivés mais en incapacité d'agir en conséquence, ce qui expliquerait qu'ils souffrent toujours de lombalgie.

A l'inverse, pour des patients présentant une faible motivation, l'orientation de notre prise en charge peut se faire sur le versant psychosocial, où l'influence de la motivation peut représenter un élément central. Il s'agira de restaurer une motivation, accroître leur autonomie et cibler leurs objectifs.

Attention cependant à vouloir « sur-catégoriser » les individus, chacun étant singulier. Il s'agit d'indicateurs et de pistes réflexives sur lesquelles nous pouvons axer notre travail afin de proposer une séance pertinente et adaptée à chacun.

Le terme de motivation « autonome » mérite également d'être développé. Un des objectifs du kinésithérapeute est de « rendre le patient autonome ». En permettant à un individu d'être autonome, nous augmentons dans le même temps sa motivation autonome, comme l'ont étudié Gillet et Vallerand (2016), dans une étude portant sur l'influence de la motivation sur les performances sportives.

Dans ce contexte, nous pouvons évoquer la « prescription d'exercices », de plus en plus répandue dans la pratique courante. C'est dans des systèmes de santé où les séances de kinésithérapie (physiothérapie) ne sont pas ou peu remboursées que s'est développée cette pratique, les thérapeutes possédant un temps limité en présence du patient. Guillaume Deville¹⁰ qualifie cette méthode comme : « *L'art et la manière de prescrire des exercices à la maison pour augmenter l'observance thérapeutique des patients* ». Une revue systématique a été publiée en 2017 sur le sujet (Essery et al., 2017), où 19 facteurs d'observance ont été identifiés. Pour rappel, l'observance thérapeutique est définie comme « la dimension comportementale et mesurable d'une pratique de soin qui consiste à suivre la thérapeutique prescrite » (Lamouroux, Magnan et Vervloet, 2005). Elle concerne le traitement mais aussi le style de vie du patient. Parmi les facteurs prédictifs d'observance, nous pouvons retenir les cinq principaux (haut niveau de preuve) :

- La capacité perçue à mener à bien la stratégie thérapeutique
- Le soutien et l'accompagnement social
- Le comportement d'observance antérieure
- La motivation personnelle
- L'intention d'adhérer à la stratégie thérapeutique

L'attention du thérapeute peut ainsi être portée sur ces 5 facteurs prédictifs, parmi lesquelles figurent la motivation personnelle. Ainsi, la prescription d'exercices peut être discutée car elle ne sera pas adaptée à tout le monde en première intention, d'où l'intérêt de repérer les motivations de chacun. De plus, il existe des facteurs qui peuvent limiter les individus dans la réalisation des exercices : les frictions, les délais, l'effet papillon et la peur du changement.

¹⁰ Guillaume Deville : Masseur Kinésithérapeute de l'Agence EBP

Le documentaire « Une vie sous ordonnance »¹¹ expose les diverses problématiques liées à l'observance au cours de suivis thérapeutiques. D'une part, « il y a autant d'observance et de non observance que d'individus » ; chaque individu a son histoire, qu'il est essentiel de prendre en considération au cours de notre pratique. D'autres part, ce documentaire souligne l'importance du vocabulaire employé auprès de nos patients ; « ne pas coûter cher à la société » est une phrase souvent entendue et reprise par les patients, qui développent un sentiment de culpabilité. L'une des questions qui avaient émergé au cours de la recherche bibliographique et de l'expérience clinique est : « est-ce uniquement par manque de motivation que les patients ne réalisent pas leurs exercices ? ». Nous pouvons à présent répondre qu'il ne s'agit pas uniquement d'un manque de motivation de la part du patient, de multiples éléments entrent en jeu (douleurs, répercussions sur la vie sociale, thymie...).

Les notions d'observance et d'adhésion renvoient incontestablement à l'Éducation Thérapeutique du Patient, définie par l'OMS en ces termes : « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». L'HAS (2018) indique que l'ETP fait partie du plan de soins pour améliorer la santé et la qualité de vie du patient, en encourageant le patient à être actif. L'autonomie patient est également soutenue à travers ces programmes.

Grâce à ces réflexions et l'introduction de nouvelles notions, l'objectif est de déterminer les stratégies à adopter en pratique.

4.4. Implications cliniques

L'aspect théorique de l'étude nous amène à nous interroger sur la mise en application pratique des concepts abordés. Nous pouvons développer trois axes sur lesquels il est possible d'agir en pratique : l'évaluation du patient, le contenu des séances et enfin l'attitude du thérapeute.

Tout d'abord, l'évaluation est essentielle : elle permet de justifier notre prise en charge, d'objectiver l'état du patient et de lui proposer le meilleur traitement. Les réflexions

¹¹ « Une vie sous ordonnance » : <https://www.youtube.com/watch?v=CCLyBOVKaQI>, documentaire réalisé par Loïc Mahé

menées au cours de l'étude ont permis d'apporter de nouveaux éléments pour celle-ci : l'objectif est d'analyser à quel « profil » nous sommes confrontés.

En référence au contexte économique et aux politiques de santé actuelles, l'exigence de résultats et la pertinence des soins entre au cœur de la pratique professionnelle. Le temps de séance en présence du patient étant bien souvent limité à trente minutes, il semble judicieux de prioriser certains points, d'où l'importance d'identifier vers quel profil s'oriente chacun des patients. L'objectivation de la lombalgie pourrait ainsi être enrichie par la prise en compte de la motivation dès le début du traitement.

La seconde étape est d'axer notre travail sur le contenu des séances en fonction des données retrouvées dans l'évaluation. Deux méthodes ont été développées précédemment : l'entretien motivationnel, pour les patients faiblement motivés, et la prescription d'exercices, pour ceux présentant une motivation personnelle élevée. Bien entendu, la décision du contenu de la séance n'est pas binaire ; l'idéal est d'utiliser plusieurs techniques de manière complémentaires.

Le comportement idéal, pour un patient à qui le thérapeute a prescrit les exercices est que ce dernier s'en rappelle, qu'il les fasse, qu'il note leur exécution et enfin qu'il soit content de l'avoir fait (ce qui renvoie de nouveau au concept de satisfaction personnelle). Les barrières à ce comportement idéal sont : les oublis, le manque de temps et le manque de bénéfice à court-terme. Il est donc important de créer des sous-objectifs avec lui pour éviter qu'il ne se décourage. Une récente étude a cherché à démontrer que la fixation d'objectifs par le patient lui-même était plus efficace que de simples conseils prodigués pour la réalisation d'exercices. Les principaux critères d'évaluation étaient les incapacités et l'intensité de la douleur et les critères secondaires se basaient sur la qualité de vie, la kinésiophobie, l'auto-efficacité, la dépression, l'anxiété et le stress. La définition d'objectifs fixés par le patient semble être significativement plus efficace que de simples conseils (Gardner et al., 2019).

Il est également important d'aider le patient à constater s'il va mieux et à lui faire se rendre compte. Par ailleurs, la douleur n'est pas un bon motivateur et il est impératif de ne pas lui proposer des exercices perçus comme douloureux.

L'idée est de faire en sorte que l'environnement « travaille pour nos patients ». En effet, il s'agit de les rendre « acteurs » et « responsables » de leur santé. Des stratégies (*Evidence Based Practice*) ont été répertoriées pour favoriser l'observance des patients à la prescription d'exercices :

- Déterminer ses objectifs par rapport aux traitements, les sous-objectifs sont vus en commun
- Choisir explicitement ses exercices en fonction des activités pour lesquelles il veut améliorer ses capacités,
- Réaliser les exercices en présence du thérapeute lors de la prescription,
- Explorer les sentiments du patient vis-à-vis des exercices ainsi que leur ressenti : utilisation d'une échelle numérique,
- Accord du patient sur les exercices (notamment sur la mise en œuvre dans le quotidien),
- Augmenter graduellement la difficulté des exercices en fonction d'un planning prédéfini (lui donner les clés pour qu'il sache quand augmenter ou diminuer les contraintes). Attention cependant, « éduquer n'est pas enseigner »
- Fournir un document avec description écrite des exercices (filmer le patient avec son propre téléphone et le corriger immédiatement),
- Anticiper les obstacles et les rechutes et envisager une stratégie pour les surmonter,
- Remplissage systématique d'un carnet de bord (être prêt à gérer le refus du patient),
- Signature d'un contrat kinésithérapeute/patient.

Il ne s'agit pas de mettre en application les dix stratégies pour une seule personne mais de sélectionner celles qui semblent le mieux convenir à chacun. Il est également important, encore une fois, de prendre en compte le profil du patient : son âge, son sexe, ainsi que le temps dont il dispose pour réaliser ses exercices.

De nouvelles méthodes de rééducation ont également vu le jour au cours du 21^{ème} siècle, avec l'arrivée des réalités virtuelles dans la rééducation par exemple. Nous pouvons nous demander si ces méthodes de rééducation sont réellement motivantes et si elles apportent un réel bénéfice par rapport à une séance dite « classique ».

De plus, des séances de groupe dans la prise en charge des lombalgies chroniques peuvent être proposées. Ces dernières peuvent entraîner une dynamique de groupe et ainsi créer un environnement motivant. Cependant, elles peuvent comporter des inconvénients, si les individus se comparent entre eux ou ne sont pas en mesure d'observer leurs progrès.

Ces deux dernières méthodes énoncées peuvent être source de plaisir et intéresser le patient, qui peut y voir une notion de défi, de challenge et ainsi apporter un changement dans sa vie. Il s'agit ici encore de favoriser un environnement motivant.

Enfin, le dernier point que nous pouvons aborder est le discours et l'attitude du thérapeute. En effet, nous avons vu précédemment que la communication jouait un rôle majeur dans la prise en charge kinésithérapique, et plus particulièrement chez les patients chroniques. Dans une étude (publiée en 2006), Even Lærum et ses collaborateurs se sont interrogés sur « *Qu'est-ce qu'une bonne consultation du point de vue d'un patient lombalgique ?* ». Les objectifs de l'étude portaient sur l'identification des principaux éléments auxquels sont attentifs les patients lombalgiques. Ces derniers sont attentifs à la manière dont les professionnels communiquent : des explications compréhensibles sur les causes de la douleur, un discours rassurant et une discussion autour de questions psychosociales ont également été mis en avant par les patients (Lærum, Indahl et Sture Skouen, 2006).

Plusieurs outils et techniques de communication ont été développés dans différents domaines tels que le sport, le management et la santé. Parmi eux, nous retrouvons les techniques de coaching sportif ou encore l'entretien motivationnel, que nous avons déjà évoqué précédemment.

D'après Barrow (1977), le leadership est : « un processus de comportement qui pousse les individus et les groupes à atteindre les objectifs fixés ». En rééducation, nous avons des objectifs à atteindre et il peut être intéressant d'utiliser, comme dans le sport, certaines techniques concept. Pour l'EM, l'objectif est d'optimiser la relation thérapeutique et d'accompagner le patient dans la mise en place de comportements favorables à la réussite de son traitement, que nous avons vus précédemment, telles que la prescription d'exercices, la remise en activité, la reprise du travail...

Les trois axes développés ci-dessus sont intimement liés. En effet, une bonne communication, adaptée au patient qui se trouve en face de nous ainsi qu'un contenu de séance adapté favorisera sa motivation, son autonomie et son adhésion thérapeutique.

Conclusion

La prise en charge de pathologies chroniques peut être abordée à travers les sciences humaines et sociales. L'enjeu de santé publique que représentent la lombalgie chronique et le manque d'efficacité dans sa prise en charge amènent à penser qu'il est important de poursuivre les recherches dans cette direction.

Les résultats de ce travail d'initiation à la recherche indiquent qu'il existe un lien entre la motivation et les répercussions fonctionnelles de la lombalgie. L'obtention de 48 réponses au questionnaire à destination des patients a permis d'extraire de multiples données. Il en ressort que la lombalgie a des effets positifs comme négatifs, sur la motivation. L'importance de la durée de la lombalgie a tendance à diminuer la motivation des patients. En revanche, le lien entre la perception d'amélioration des symptômes et certains profils de patients n'est pas significatif d'après les résultats obtenus. Les recherches ont permis de développer certains concepts jusqu'alors peu étudiés, tels que la théorie de l'auto-détermination, le sentiment d'efficacité personnelle, l'entretien motivationnel ou encore la prescription d'exercices pour les patients.

Ce travail conforte la nécessité de développer autour de la prise en charge des lombalgies chroniques une réflexion en lien avec la motivation. En effet, bien exploitée, elle peut s'avérer être bénéfique à l'amélioration des symptômes du patient. A l'inverse, non maîtrisée, elle peut représenter un frein supplémentaire. Dans ce cadre, il pourrait être intéressant d'interroger les professionnels de santé sur la connaissance qu'ils ont en matière de motivation et l'intérêt qu'ils y accordent dans leur prise en charge.

Bibliographie

ABENHAIM, P.L. et GALES, C.L. (2003) Rapport du GNTDO : analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : définition d'objectifs. p. 743.

AGUERRE, C. ET AL. (2015) Spécificités de l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge cognitivo-comportementale de la douleur chronique. *L'Encéphale*, 41(6), p. 515-520.

AIRAKSINEN, O. ET AL. (2006) Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(S2), p. s192-s300.

ALPERSTEIN, D. et SHARPE, L. (2016) The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review. *The Journal of Pain*, 17(4), p. 393-403.

AMYOTTE, L. (2017) *Méthodes quantitatives: applications à la recherche en sciences humaines*.

ANCELLE, T. (2015) *Statistique épidémiologie*.

BANDURA, A. (1993) Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), p. 117-148.

BANDURA, A. (1991) Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), p. 248-287.

BARROW, J.C. (1977) The Variables of Leadership: A Review and Conceptual Framework. *The Academy of Management Review*, 2(2), p. 231.

BERQUIN, A. (2010) Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, p. 4.

BLANCHARD, S. ET AL. (1997) Validation de l'échelle de motivation en éducation auprès de lycéens français. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 26(33-56).

BOLTANSKI, L. et MALDIDIER, PASCALE (1977) *La vulgarisation et son public, une enquête sur science et vie*. Mouton.

BOURIGUA, I. ET AL. (2011) Revue de la littérature - La lombalgie chronique : définitions, évaluation et traitement. *Sciences et Technologies pour le Handicap*, 4, p. 9-38.

BRINJIKJI, W. ET AL. (2015) Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *American Journal of Neuroradiology*, 36(4), p. 811-816.

BROONEN, J.-P. ET AL. (2011) Development and validation of a questionnaire assessing volitional competencies to enhance the performance of physical activities in

chronic low back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1).

CALMELS, P. ET AL. (2005) Outils de mesure des paramètres fonctionnels dans la lombalgie. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48(6), p. 288-297.

CHERIN, P. et DE JAEGER, C. (2011) La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité*, 3(3), p. 137-149.

CHOU, R. ET AL. (2007) Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine*, 147(7), p. 478.

COLLECTIF (2004) *Autour de l'oeuvre d'Albert Bandura*. Paris: L'Harmattan.

CURY, F. et SARRAZIN, P. (2001) *Théories de la motivation et pratiques sportives*.

DELITTO, A. ET AL. (2012) Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42(4), p. A1-A57.

DESROCHERS, A. ET AL. (2006) L'élaboration d'une échelle pour mesurer la motivation chez les jeunes élèves en piano. p. 21.

DONSKOFF, C. (2011) Place de la prise en charge globale dans la lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme*, 78, p. S79-S82.

ENGEL, G.L. (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), p. 129-136.

ESSERY, R. ET AL. (2017) Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(6), p. 519-534.

FANTONI, S.Q. ET AL. (2010) Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), p. 49-58.

FASSIER, J.-B. (2011) Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie. *Revue du Rhumatisme*, 78, p. S38-S41.

FAYAD, F. ET AL. (2004) Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47(4), p. 179-189.

FENOUILLET, F. (2012) *Les théories de la motivation*. Dunod.

FOSTER, N.E. ET AL. (2018) Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*, 391(10137), p. 2368-2383.

FRIEDRICH, M. ET AL. (1998) Combined Exercise and Motivation Program: Effect on the Compliance and Level of Disability of Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. 79, p. 13.

GANGNET, N., POINTILLART, V. et SAURI-BARRAZA, J. (2007) *Alternatives à*

l'arthrodèse lombaire et lombosacrée. Elsevier.

GARDNER, T. ET AL. (2019) Combined education and patient-led goal setting intervention reduced chronic low back pain disability and intensity at 12 months: a randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, p. bjsports-2018-100080.

The psychology of self-motivation. (2013) Directed by GELLER, E.S.

GILLET, N. et VALLERAND, R.J. (2016) Les effets de la motivation sur la performance sportive au regard de la théorie de l'autodétermination : vers une approche intra-individuelle. *Psychologie Française*, 61(4), p. 257-271.

GIORDAN, A. (2010) *Comment motiver le patient à changer ?* Paris: Maloine.

GOLAY, A., LAGGER, G. et GIORDAN, A. (2007) Motivating patients with chronic diseases. *JOURNAL OF MEDICINE*, 5(2), p. 7.

GOURMELEN, J. ET AL. (2007) Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(8), p. 633-639.

GRAHN, B., STIGMAR, K. et EKDAHL, C. (1999) Motivation for change in patients with prolonged musculoskeletal disorders: a qualitative two-year follow-up study. *Physiotherapy Research International*, 4(3), p. 170-189.

GUAY, F., MAGEAU, G.A. et VALLERAND, R.J. (2003) On the Hierarchical Structure of Self-Determined Motivation: A Test of Top-Down, Bottom-Up, Reciprocal, and Horizontal Effects. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(8), p. 992-1004.

HARTVIGSEN, J. ET AL. (2018) What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), p. 2356-2367.

HAS (2018) Education Thérapeutique du Patient : Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Synthèse de la littérature et orientations.

HAS (2015) Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie.

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

HAYDEN, J.A. ET AL. (2010) What is the prognosis of back pain? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(2), p. 167-179.

HOY, D. ET AL. (2012) A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 64(6), p. 2028-2037.

KETELE, J.-M.D. et ROEGIERS, X. (2015) Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'étude de documents. p. 40.

KHALFAOUI, S. ET AL. (2013) Place des différentes méthodes de rééducation dans la prise en charge de la lombalgie commune chronique. p. 7.

KOES, B.W. ET AL. (2010) An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal*,

19(12), p. 2075-2094.

LÆRUM, E., INDAHL, A. et STURE SKOUEN, J. (2006) What is « The good back-consultation »? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients interaction with and perceptions of consultations with specialists. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(4), p. 255-262.

LAMOUREUX, A., MAGNAN, A. et VERVLOET, D. (2005) Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(1), p. 31-34.

LAWLIS, G.F. ET AL. (1989) The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine*, 14(5), p. 511-516.

Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018) Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018> [Consulté le 05/04/19].

MACLEAN, N. ET AL. (2002) The Concept of Patient Motivation: A Qualitative Analysis of Stroke Professionals' Attitudes. *Stroke*, 33(2), p. 444-448.

MARKLAND, D. ET AL. (2005) Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), p. 811-831.

MARTY, M. ET AL. (1998) Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients. *Rev Rhum Engl Ed 1998 May;65(5):363*.

MASLOW, A.H. (1943) A theory of human motivation. p. 27.

MCCARTHY, C.J. ET AL. (2004) The Biopsychosocial Classification of Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review. *Physical Therapy Reviews*, 9(1), p. 17-30.

MCCLELLAND, D. (1973) *Human Motivation*. Reprint. Cambridge: Cambridge University Press.

MCGRANE, N. ET AL. (2014) Motivational strategies for physiotherapists. *Physical Therapy Reviews*, 19(2), p. 136-142.

MILLER, W.R. et ROLLNICK, S. (1991) *Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behaviour*.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE (2018).

NGUYEN, C. ET AL. (2009) Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), p. 537-542.

NTAMAKILIRO, L., MONNARD, I. et GURTNER, J.-L. (2000) Mesure de la motivation scolaire des adolescents : construction et validation de trois échelles complémentaires.

L'Orientation scolaire et professionnelle, (29/4).

ODOLE, A.C. ET AL. (2018) Kinesiophobia, self-efficacy and pain-related disability in patients with non-specific low back pain. *African Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*, 8(1-2), p. 38.

OZGULER, A. ET AL. (2002) Using the dallas pain questionnaire to classify individuals with low back pain in a working population. *Spine*, 27(16), p. 1783-1789.

PELLETIER, L.G. ET AL. (1989) ÉCHELLE DE MOTIVATION DANS LES LOISIRS (EML-28). p. 4.

PELLETIER, L.G. ET AL. (1995) Toward a New Measure of Intrinsic Motivation, Extrinsic Motivation, and Amotivation in Sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(1), p. 35-53.

PELLETIER, L.G. ET AL. (1996) Vers une conceptualisation motivationnelle multidimensionnelle du loisir: construction et validation de L'échelle de Motivation vis-à-vis des loisirs (EML). *Loisir et Société / Society and Leisure*, 19(2), p. 559-585.

PEREIRA, D., BRANCO, J. et RAMOS, E. (2014) Osteoarthritis. *Acta medica portuguesa*.

POIRAUDEAU, S. ET AL. (2004) Lombalgies. *EMC - Rhumatologie-Orthopédie*, 1(4), p. 295-319.

PROCHASKA, J.O. et DICLEMENTE, C.C. (1992) Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, p. 183-218.

RONDIER, M. (2004) A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/osp/741#quotation>.

ROZENBERG, S., FOLTZ, V. et FAUTREL, B. (2012) Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique. *Revue du Rhumatisme*, 79, p. A27-A31.

RYAN, R. et DECI, E. (2008) Self-Determination Theory and the Role of Basic Psychological Needs in Personality and the Organization of Behavior. *Handbook of Personality: Theory and Research*.

RYAN, R.M. et DECI, E.L. (2000) Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), p. 54-67.

SARRAZIN, P. ET AL. (2011) Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. In: p. 273-312.

SERRIE, A. ET AL. (2014) La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 15(3), p. 106-114.

SINGLY, F. DE (2012) *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*. Paris: Armand Colin.

VALLERAND, R.J. ET AL. (1989) Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Canadian Journal of Behavioural Science*.

VALLERAND, R.J. et THILL, E.E. (1993) *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval : Editions Etudes Vivantes.

VONG, S.K. ET AL. (2011) Motivational Enhancement Therapy in Addition to Physical Therapy Improves Motivational Factors and Treatment Outcomes in People With Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(2), p. 176-183.

WADDELL, G. ET AL. (1993) A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability: *Pain*, 52(2), p. 157-168.

YVANES-THOMAS, M. ET AL. (2002) Validity of the French-language version of the Quebec back pain disability scale in low back pain patients in France. *Joint, Bone, Spine: Revue Du Rhumatisme*, 69(4), p. 397-405.

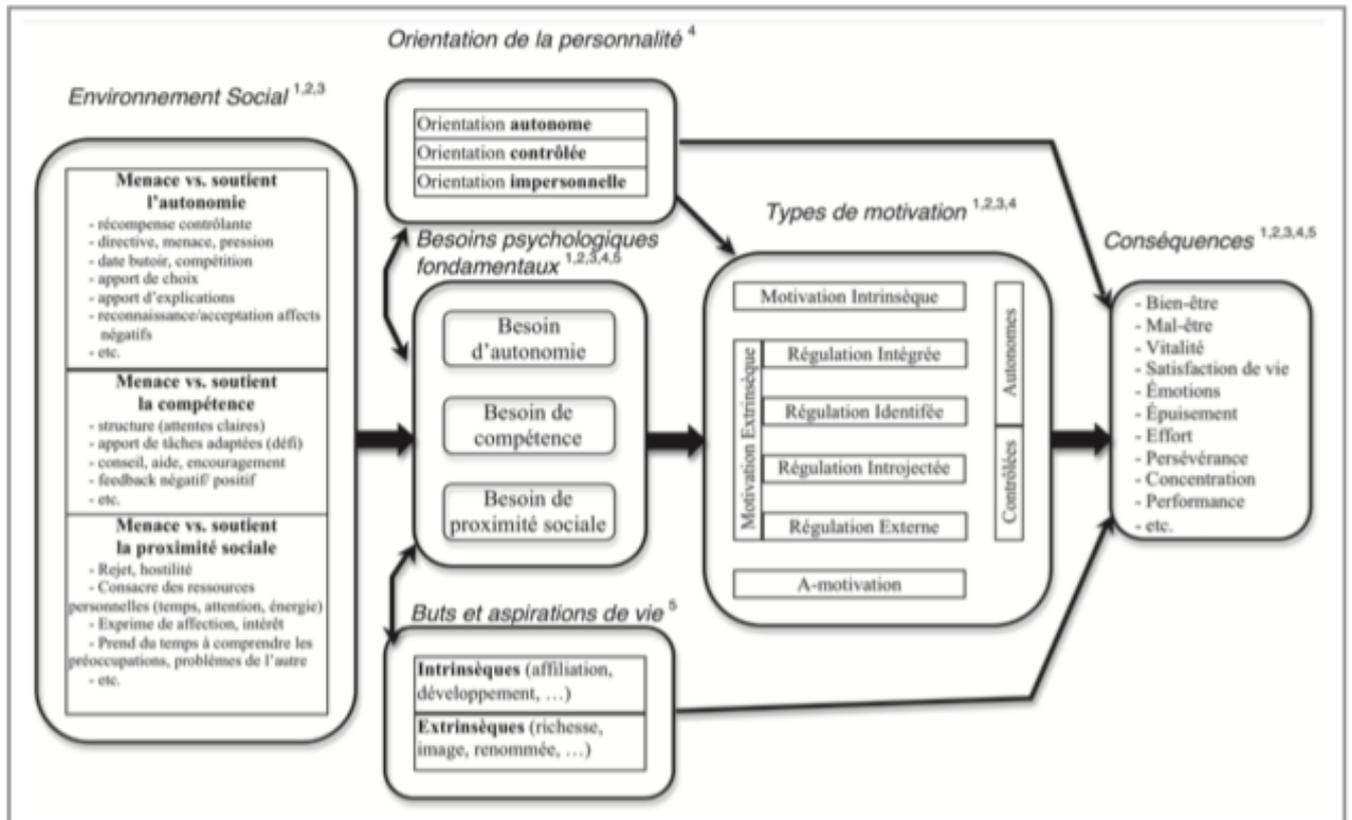
ZERKAK, D. ET AL. (2013) Validation of a French version of Roland–Morris questionnaire in chronic low back pain patients. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(9-10), p. 613-620.

Annexes

Table des annexes :

| | |
|---|-----|
| Annexe n°1 : Interactions intervenant dans la motivation, Sarrazin et al., 2011..... | I |
| Annexe n°2 : Échelle de motivation dans les loisirs (EML), Pelletier et al., 1991..... | II |
| Annexe n°3 : Échelle de mesure de motivation des élèves en piano, Desrochers et al., 2006..... | IV |
| Annexe n°4 : Questionnaire de Rolland-Morris | V |
| Annexe n°5 : Échelle du Québec | VI |
| Annexe n°6 : Questionnaire créé dans le cadre du MIRMK..... | VII |
| Annexe n°7 : Données épidémiologiques des patients lombalgiques chroniques, Hartvigsen et al., 2018 | XI |

Annexe n°1 : Interactions intervenant dans la motivation, Sarrazin et al., 2011



ÉCHELLE DE MOTIVATION DANS LES LOISIRS (EML-28)

Luc G. Pelletier, Robert J. Vallerand, Marc R. Blais & Nathalie M. Brière, 1991

ATTITUDES FACE À TES LOISIRS

Indique les loisirs que tu pratiques le plus souvent, et auxquels tu feras référence tout au long des 28 prochaines questions (ex: lecture, échecs, spectacles, cinéma, ...): _____

Indique dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles tu pratiques les loisirs que tu viens d'identifier.

| | | | | | | |
|---------------------------|---------------------|-------------------|------------------------|------------------|----------------------|---------------------------|
| Ne correspond pas du tout | Correspond très peu | Correspond un peu | Correspond moyennement | Correspond assez | Correspond fortement | Correspond très fortement |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

EN GÉNÉRAL, POURQUOI PRATIQUES-TU CES LOISIRS ?

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Pour éviter d'avoir à faire d'autres tâches. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Parce que j'éprouve du plaisir et de la satisfaction à en apprendre plus sur les nouveautés. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Parce que selon moi, c'est une bonne façon de développer des habiletés sociales, physiques ou intellectuelles qui me serviront plus tard. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Pour le plaisir que je ressens à vivre des expériences excitantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Je ne parviens pas à voir pourquoi je pratique des loisirs et franchement, je m'en fous pas mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Pour la satisfaction que je ressens pendant que j'essaie de relever des défis intéressants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Parce qu'il est très important pour moi d'occuper mes temps libres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Parce que je n'aime pas avoir l'air de quelqu'un qui ne fait rien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Pour le plaisir d'en savoir plus sur les sujets qui m'attirent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Parce que c'est l'un des moyens que j'ai choisi pour m'améliorer sur le plan personnel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Pour la sensation de liberté que je vis pendant que je fais l'activité. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Je ne sais pas trop; je ne crois pas que les loisirs soient des activités qui me conviennent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Pour le plaisir que je ressens lorsque je me surpasse | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| dans des activités intéressantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Parce que, dans la vie, il faut absolument faire des loisirs pour être heureux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Parce que ça me permet parfois d'être apprécié-e des autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Parce que cela me permet d'approfondir mes connaissances sur des sujets qui m'intéressent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Parce que c'est le moyen que j'ai choisi pour acquérir des habiletés dans d'autres domaines importants pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Parce que mes activités de loisir me permettent de "tripper" énormément. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Je ne le sais pas vraiment; j'ai l'impression qu'il n'y a aucun loisir où je puisse faire quelque chose de bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Pour le plaisir de me surpasser pendant que je fais des activités qui représentent des défis pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Parce qu'il faut absolument que je me sente occupé-e. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Pour montrer aux autres que je suis une personne dynamique. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Parce que cela me permet d'explorer une foule de domaines intéressants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Parce que faire des loisirs est un des moyens qui me permet de développer d'autres aspects de ma personne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Pour le simple plaisir de me sentir "relaxé-e" profondément. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Honnêtement je ne le sais pas; j'ai l'impression de perdre mon temps en pratiquant des loisirs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Pour la satisfaction que je retire à essayer de maîtriser des activités complexes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Parce qu'il me faut absolument ma période de loisir pour être de bonne humeur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

TABLEAU 1. Exemples d'items de l'échelle de motivation

| État motivationnel | Type de régulation | Exemples d'items |
|--------------------|--|--|
| Amotivation | Aucun | J'apprends à jouer du piano ... |
| | | ... mais je ne sais pourquoi je fais cela |
| | | ... mais je crois que je perds mon temps |
| Extrinsèque | Externe | ... mais je ne suis pas intéressé à pratiquer |
| | | ... parce que mes parents me forcent à le faire |
| | Introjectée | ... parce qu'on me félicite quand je joue |
| | | ... parce que je me sens fier de pouvoir jouer |
| | | ... parce que j'aurais honte si j'abandonnais l'étude du piano |
| Identifiée | ... parce que cette activité m'aide à l'école | |
| | ... parce que cette activité m'aide à atteindre mes objectifs personnels | |
| Intrinsèque | Intégrée | ... parce que la musique est importante dans ma vie |
| | | ... parce que je veux devenir musicien |
| | Non intégrée | ... parce que j'adore jouer du piano |
| | | ... parce que j'aime le son du piano |
| | | ... parce que j'aime apprendre de nouvelles pièces au piano |

QUESTIONNAIRE DE ROLAND-MORRIS

NOM, Prénom : _____

Date : _____

Une liste de phrases vous est proposée sur la page suivante.

Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Lisez ces phrases une par une avec attention en ayant bien à l'esprit l'état dans lequel vous êtes *aujourd'hui* à cause de votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte *aujourd'hui*, cochez-là.

Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même *aujourd'hui*.

1. Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos
2. Je change souvent de position pour soulager mon dos
3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos
4. À cause de mon dos, je n'effectue aucune des tâches que j'ai l'habitude de faire à la maison.
5. À cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers.
6. À cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer.
7. À cause de mon dos, je suis obligé (e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil
8. À cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place.
9. À cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude
10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos
11. À cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller
12. À cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise
13. À j'ai mal au dos la plupart du temps.
14. À cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit
15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos
16. À cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collant)
17. Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos
18. Je dors moins à cause de mon mal de dos
19. À cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller
20. À cause de mon dos, je reste assis (e) la plus grande partie de la journée.
21. À cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison
22. À cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens
23. À cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude.
24. À cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps.

SCORE /24 /100

BILAN DU QUÉBEC - LOMBALGIE

Ce questionnaire porte sur la façon dont votre douleur au niveau du dos affecte votre vie de tous les jours. Les personnes souffrant de maux de dos trouvent difficile d'entreprendre certaines activités quotidiennes. Nous aimerions savoir si vous éprouvez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous en raison de votre douleur du dos. Veuillez encercler le chiffre de l'échelle de 0 à 5 qui correspond le mieux à chacune des activités (sans exception). Éprouvez-vous de la difficulté aujourd'hui à accomplir les activités suivantes en raison de votre douleur du dos ?

| | Aucune Difficulté 0 | Très peu Difficile 1 | Un peu Difficile 2 | Difficile 3 | Très Difficile 4 | Incapable 5 |
|---|---------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| 1.sortir du lit | | | | | | |
| 2.dormir toute la nuit | | | | | | |
| 3.vous retourner dans le lit | | | | | | |
| 4.vous promener en voiture | | | | | | |
| 5.rester debout durant 20 à 30 minutes | | | | | | |
| 6.rester assis sur une chaise pendant plusieurs heures | | | | | | |
| 7.monter un seul étage à pied | | | | | | |
| 8.faire plusieurs coins de rue à pied (300 - 400 m) | | | | | | |
| 9.marcher plusieurs kilomètres | | | | | | |
| 10.atteindre des objets sur des tablettes assez élevées | | | | | | |
| 11.lancer une balle | | | | | | |
| 12.courir un coin de rue (environ 100 mètres) | | | | | | |
| 13.sortir les aliments du réfrigérateur | | | | | | |
| 14.faire votre lit | | | | | | |
| 15.mettre vos bas | | | | | | |
| 16.vous pencher pour nettoyer la baignoire | | | | | | |
| 17.déplacer une chaise | | | | | | |
| 18.tirer ou pousser des portes lourdes | | | | | | |
| 19.transporter deux sacs d'épicerie | | | | | | |
| 20.soulever et transporter une grosse valise | | | | | | |

Valeurs numériques : Evaluation de l'influence de la douleur sur les activités quotidiennes. 6 niveaux de réponse par question, score de 0 à 5. Le pourcentage d'incapacités est obtenu en sommant les scores des 20 questions.

TOTAL : _____

Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wood-Dauphinee S, Lamping D. The Quebec back pain disability scale
Spine 1995 ;20 :341-352

Annexe n°6 : Questionnaire créé dans le cadre du MIRMK

| |
|----------------------|
| Questionnaire |
|----------------------|

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise un questionnaire auprès de patients souffrant de douleurs lombaires. Il permettra de comprendre les motivations qui poussent à consulter un kinésithérapeute. Il permettra aussi d'évaluer votre situation actuelle, la perception que vous avez de vos douleurs et les répercussions que cela peut avoir sur votre quotidien.

Ce questionnaire ne présente en aucun cas un jugement de valeur et il est anonyme.

| | |
|---|--|
| Date de naissance : | Date du jour : |
| Sexe : | Date du premier épisode de douleurs lombaires : |
| Situation familiale : | Date du début de prise en charge pour l'épisode de douleurs lombaires actuel : |
| Profession : | Loisirs : |
| Arrêt de travail lié à la lombalgie ? OUI / NON si OUI, durée de l'arrêt : | |
| <u>Parcours de soin :</u> Kinésithérapie antérieure : (si oui, préciser combien de séances) Participation antérieure à un programme d'auto-rééducation : | |
| Antécédents médicaux/chirurgicaux : | |
| Prise de médicaments : | |

Indiquez dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles vous vous rendez en séances de kinésithérapie :

1 = ne correspond pas du tout, 2 = correspond très peu, 3 = correspond un peu, 4 = correspond moyennement, 5 = correspond assez, 6 = correspond fortement, 7 = correspond très fortement

| | | |
|-----|---|---------------|
| 1. | Pour ne plus avoir aucune douleur | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. | Parce que je pense que cela va me faire du bien | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. | Pour me reprendre en main | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. | Pour adopter de nouvelles habitudes dans la vie quotidienne | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. | Pour apprendre de nouveaux exercices | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. | Pour me remettre en forme et améliorer mon état de santé | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. | Parce que j'y suis contraint(e) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. | Parce que sans séance de kinésithérapie, je ne vais pas aller mieux | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. | Pour la satisfaction d'observer une amélioration de mon état | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. | Parce que l'on m'a dit que c'était bien pour moi | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. | Parce que je souhaite reprendre le sport et mes activités | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. | Parce qu'il est très important que je reprenne le travail | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. | Parce que je n'aime pas que l'on pense que je ne fais rien | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. | Parce que mon entourage m'a dit que cela était efficace | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. | Parce que mon médecin m'a prescrit des séances | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16. | Parce que je crois que cela va m'apporter quelque chose de positif | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. | Parce que je me sens prêt(e) à aller mieux | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. | Parce que je pense que sans effort, ce ne sera pas possible d'aller mieux | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 19. | Parce que je veux être mieux considéré(e) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20. | Parce que c'est mon dernier espoir, j'ai déjà essayé plusieurs autres thérapies | 1 2 3 4 5 6 7 |

Cochez avec une croix à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue :

Activités quotidiennes :

1. *La douleur et son intensité* : dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout Parfois Tout le temps

2. *Les gestes de la vie quotidienne* : dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de la vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout (pas de douleur) Moyennement Je ne peux pas sortir du lit

3. *La possibilité de soulever quelque chose* : dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout (comme avant) Moyennement Je ne peux rien soulever

4. *La marche* : dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

0% / _____ / 100%
Je marche comme avant Presque comme avant Presque plus Plus du tout

5. *La position assise* : dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout (pas d'aggravation de douleur) Moyennement Je ne peux pas rester assis(e)

6. *La position debout* : dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout (je reste debout comme avant) Moyennement Je ne peux pas rester debout

7. *Le sommeil* : dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout (je dors comme avant) Moyennement Je ne peux pas dormir du tout

Activités professionnelles et de loisirs :

8. *Activité sociale* : dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danse, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc...) ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout (ma vie sociale est comme avant) Moyennement Je n'ai plus aucune activité sociale

9. *Les déplacements en voiture* : dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout (je me déplace comme avant) Moyennement Je ne peux pas me déplacer en voiture

10. *Les activités professionnelles* : dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

0% / _____ / 100%
Pas du tout (elle ne me gêne pas) Moyennement Je ne peux pas travailler

Anxiété/dépression :

11. *L'anxiété/le moral* : dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

0% / _____ / 100%
Je fais face entièrement (pas de changement) Moyennement Je ne fais pas face

12. *La maîtrise de soi* : dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

0% / _____ / 100%
Je les contrôle entièrement Moyennement Je ne les contrôle pas du tout

13. *La dépression* : dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

0% / _____ / 100%
Je ne suis pas déprimé(e) Je suis complètement déprimé(e)

Sociabilité :

14. *Les relations avec les autres* : dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

0% / _____ / 100%
Pas de changement Changement radical

15. *Le soutien dans la vie de tous les jours* : dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc...) ?

0% / _____ / 100%
Aucun soutien nécessaire Soutien permanent

16. *Les réactions défavorables des proches* : dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement ou de la colère à votre égard ?

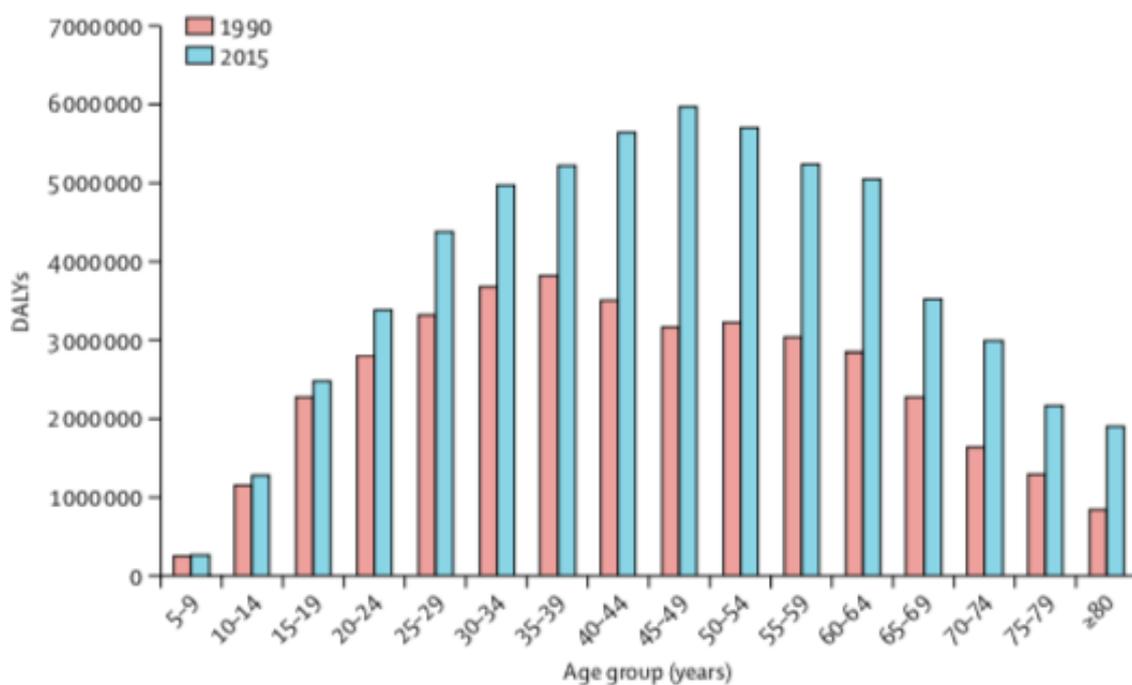
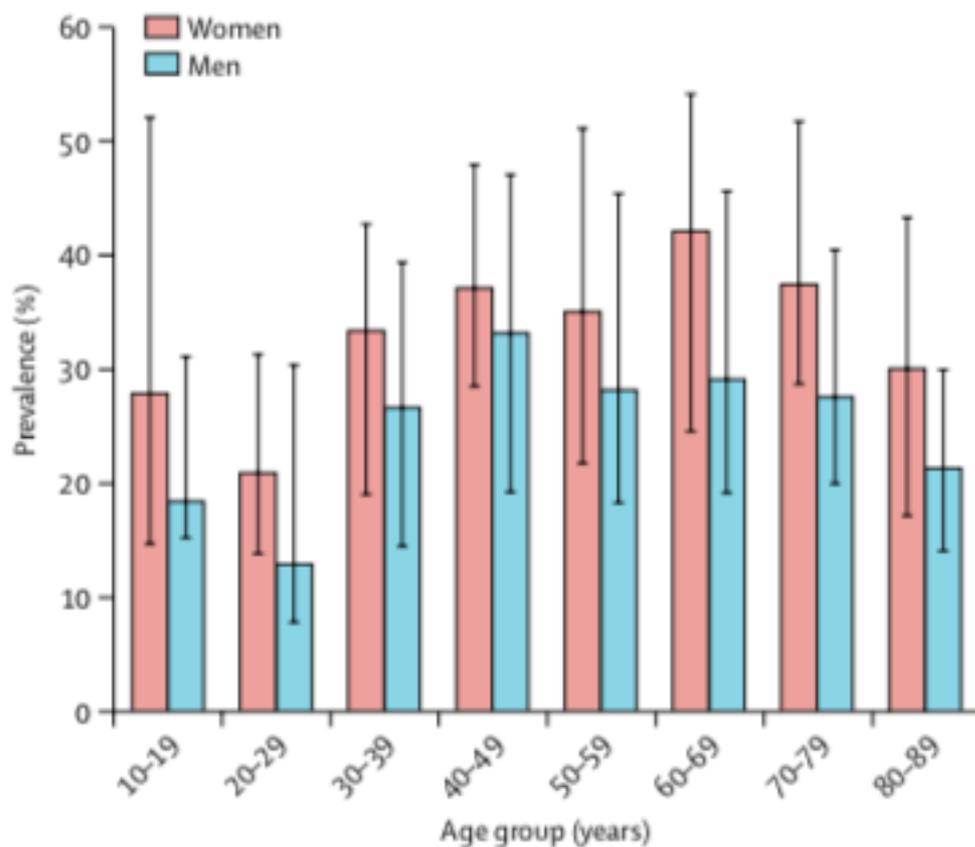
0% / _____ / 100%
Pas du tout Parfois Tout le temps

- Avez-vous constaté une amélioration depuis le début de votre prise en charge ? *Entourez la réponse correspondante* : Oui, tout à fait / Oui, un peu / Cela dépend des jours / Non, très peu / Non, pas du tout
- Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ?

Merci d'avoir pris un peu de temps pour répondre à ce questionnaire !

Manon ARNOULD, étudiante en 4^{ème} année à l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie à Rennes

Annexe n°7 : Données épidémiologiques des patients lombalgiques chroniques, Hartvigsen et al., 2018



Nom : ARNOULD

Prénom : Manon

Titre : La motivation en kinésithérapie chez les patients lombalgiques chroniques

Abstract : A person out of two is affected by low back pain during their life, it is a major public health issue. The place of physiotherapy in managing low back pain, as well as the importance of a biopsychosocial approach, have been the center of many researches. The question of motivation, vector of human action, can then be asked. A survey has been spread to patients, as to observe and analyze the links between the functional repercussions of low back pain and patient motivation, which do seem to be connected. The main unfavorable factor is the duration of the lumbar pain episode. Tools are available for the physiotherapist in order to support this patient motivation.

Résumé : La lombalgie touche près d'une personne sur deux au cours de sa vie et représente un enjeu de santé publique majeur. La place de la kinésithérapie dans la prise en charge de cette pathologie ainsi que l'importance d'une approche biopsychosociale ont fait l'objet de multiples études. La question de la motivation, vecteur de l'action humaine, se pose alors. Un questionnaire auprès des patients a pu être diffusé, permettant d'observer et d'analyser la relation entre les répercussions fonctionnelles de la lombalgie et la motivation, qui semblent effectivement être liées. Le principal facteur défavorable est la durée de l'atteinte lombaire. Des outils peuvent être mis à disposition du kinésithérapeute dans le but de soutenir la motivation.

KEYWORDS : Chronic low back pain, Motivation, Biopsychosocial approach, Autonomy

MOTS-CLES : Lombalgie chronique, Motivation, Approche biopsychosociale, Autonomie

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE :

12 rue Jean-Louis Bertrand, 35000 RENNES

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN MASSO-KINESITHERAPIE –
4^{ème} année d'étude