



Master of Science conjoint HES-SO - UNIL
en Sciences de la santé
Orientation physiothérapie

**« Regards croisés du physiothérapeute et du patient atteint d'une lombalgie chronique
non spécifique autour de la communication verbale concernant la douleur »**

Maud Pfaifer

Sous la direction de
(physiothérapeute PhD, professeur HES associé) Claude Pichonnaz
HES-SO (HESAV)

Sous la co-direction de
(anthropologue PhD, professeure HES associée) Rose-Anna Foley
HES-SO (HESAV)

[Experte : Mme Claudia Veron]

Lausanne, HES-SO Master (2023)



Remerciements

Je souhaite avant tout remercier mon directeur de travail de master, M. Claude Pichonnaz, pour sa proposition de sujet, pour le temps qu'il a consacré à me guider, à me soutenir et à m'apporter les outils méthodologiques indispensables à la conduite de ce travail de master. Je remercie également Mme Rose-Anna Foley, ma co-directrice, pour ses précieux conseils et sa vision issue, entre autres, des sciences sociales. Je les remercie tous les deux pour leur soutien et leur bienveillance tout au long de mon parcours.

Je remercie l'ensemble du corps professoral. Leur enseignement de qualité a nourri mes réflexions et m'a procuré une profonde satisfaction intellectuelle.

Je remercie les équipes du CHUV et du centre de rééducation de la SUVA, qui m'ont permis de rencontrer les différents participants. Je tiens aussi à remercier tous les participants pour leurs témoignages.

Enfin, je remercie mes enfants Romane et Antoine de m'avoir soutenue dans ce projet, et Camille-Louise, ma petite dernière, de s'être battue avec force pour vivre.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
RÉSUMÉ	7
ABSTRACT	8
1 INTRODUCTION	1
1.1 Contexte général	1
1.2 Prise en charge de la lombalgie chronique non spécifique.....	2
1.3 Le poids des croyances relatives à la douleur	3
1.4 L'enjeu de la communication verbale.....	5
1.4.1 <i>Importance de la communication verbale dans le contexte d'une approche biopsychosociale</i>	5
1.4.2 <i>La perception du langage des professionnels par les patients</i>	6
1.4.3 <i>Les connaissances des professionnels sur le langage : difficultés, besoins en formation et objectifs de communication</i>	7
2 BUT DE L'ÉTUDE ET QUESTION DE RECHERCHE	8
3 MÉTHODOLOGIE	9
3.1 Design de l'étude	9
3.2 Processus de recherche.....	10
3.2.1 <i>Échantillon et sélection des participants</i>	10
3.2.2 <i>Présentation des outils d'évaluation</i>	12
3.2.3 <i>Collecte des données</i>	12
3.2.4 <i>Analyse des données</i>	13
3.2.5 <i>Critères de qualité de la démarche</i>	14
3.3 Considérations éthiques	15
4 RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	16
4.1 Caractéristiques de l'échantillon des participants	16
4.2 Analyse d'occurrence thématique des données recueillies	18
4.3 Analyse des déclarations.....	19
4.3.1 <i>Thème 1 : le langage dans un objectif thérapeutique</i>	19
4.3.1.1 Comprendre et faire comprendre la douleur	19
4.3.1.2 L'importance des mots	20
4.3.1.3 Le poids des mots du point de vue des physiothérapeutes.....	21
4.3.1.4 Besoin de personnalisation par les patients	22
4.3.1.5 Langage et représentations du patient	23
4.3.2 <i>Thème 2 : le langage comme objectif relationnel et émotionnel</i>	24
4.3.2.1 La relation entre patient et thérapeute	25
4.3.2.2 La transmission de messages entre patient et physiothérapeute	25
4.3.2.3 Le rôle central de l'écoute	26
4.3.2.4 Les émotions	27
4.3.2.5 La recherche de soutien par les patients.....	28
5 DISCUSSION	29
5.1 Du point de vue des patients	30
5.1.1 <i>Besoin d'être écouté, compris, et de comprendre</i>	30

5.1.2	<i>La relation thérapeutique</i>	30
5.1.3	<i>Les émotions</i>	31
5.1.4	<i>Les représentations</i>	32
5.2	Du point de vue des physiothérapeutes	33
5.2.1	<i>L'écoute, la compréhension du patient et les explications</i>	33
5.2.2	<i>Relation thérapeutique</i>	33
5.2.3	<i>L'importance des mots</i>	34
5.2.4	<i>La gestion des émotions des patients</i>	34
5.2.5	<i>Les croyances des physiothérapeutes</i>	34
5.3	Regards croisés entre le patient et le physiothérapeute	36
5.4	Implications de l'étude	38
6	LIMITES ET FORCES DE CETTE ÉTUDE	39
7	CONCLUSION	39
	BIBLIOGRAPHIE	40
	ANNEXES	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques des participants patients

Tableau 2 : caractéristiques des participants physiothérapeutes

Tableau 3 : fréquence des sous-thèmes

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Back-PAQ : *Back Pain Attitude Questionnaire*, questionnaire sur l'attitude à l'égard des maux de dos

CHUV : centre hospitalier universitaire vaudois

CRR-SUVA : clinique romande de réadaptation-SUVA (caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)

FG : *Focus Group*

HAS : Haute autorité de santé

HESAV : Haute école de santé vaudoise

JBI : *Joanna Briggs Institute*

LBP : *Low Back Pain*, douleur dans le bas du dos

NCPHS: *The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*

ODI : *Oswestry Disability Index*

TCC : techniques cognitivo-comportementales

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : Tableau de prises en charge non médicamenteuses indiquées ou possibles en cas de lombalgie commune. Différentes prises en charge peuvent être associées.
(Recommandations HAS)

ANNEXE II : Guides d'entretiens

ANNEXE III : Questionnaire socio-démographique « physiothérapeute », formulaire d'information et de consentement éclairé

ANNEXE IV : Questionnaire socio-démographique « patient », formulaire d'information et de consentement éclairé

ANNEXE V : Grille JBI

ANNEXE VI : Validation par la commission d'éthique du canton de Vaud CER-VD le 5 janvier 2022

RÉSUMÉ

Introduction :

La lombalgie chronique non spécifique est la première cause d'invalidité dans le monde. Les recommandations orientent les patients vers des prises en charge qui les rassurent, les éduquent et les instruisent sur l'auto-prise en charge. La nécessité d'intégrer ces notions peut représenter un défi pour les physiothérapeutes. Même si des difficultés de communication entre patients et thérapeutes sont reconnues dans la littérature, peu d'études confrontent les deux points de vue : ce que les thérapeutes pensent faire et ce que les patients entendent.

Objectif :

L'objectif principal de l'étude était de confronter la perception de la communication verbale en ce qui concerne la douleur du point de vue des patients avec celui des physiothérapeutes sur leur manière de communiquer.

Méthode :

Nous avons procédé à une étude qualitative à visée compréhensive basée sur le discours du patient et du physiothérapeute au sein de *focus groups*. Deux *focus groups* de sept patients et deux *focus groups* de huit physiothérapeutes ont été menés dans deux centres de rééducation. Une méthode d'analyse thématique est utilisée.

Résultats :

La vision des patients de la lombalgie reste assez biomécanique, mais leurs attentes d'écoute, de réassurance et de soutien dans la thérapie sont biopsychosociales. Ils forment des réflexions centrées sur le vécu et le ressenti. Le langage des physiothérapeutes est basé sur leur expérience et les données scientifiques. Les physiothérapeutes veulent mettre en place une relation adaptée pour atteindre un objectif thérapeutique sous-jacent, et les patients souhaitent se sentir soutenus en tant que personnes, et être aidés dans la gestion de leurs émotions.

Conclusion :

Les intentions des physiothérapeutes concordent avec les attentes des patients en termes de langage. Le soutien thérapeutique est valorisé par les patients, mais un décalage persiste parfois entre eux et leur thérapeute, qui peut alors se sentir démunis.

Mots clés : langage, lombalgie chronique non spécifique, douleur chronique, relation patient-thérapeute, communication thérapeutique, croyances, représentations, émotions patients.

ABSTRACT

Introduction:

Chronic non-specific low back pain is the leading cause of disability worldwide. Recommendations direct patients towards management that reassures, educates and instructs them on self-management. The need to integrate these concepts can be a challenge for physiotherapists. Although communication difficulties between patients and therapists are recognized in the literature, few studies confront the two perspectives: what therapists think they are doing and what patients hear.

Objective:

The main objective of the study was to confront the perception of verbal communication with regard to pain from the patients' point of view with that of the physiotherapists on how they communicate.

Method:

We conducted a qualitative study with a comprehensive aim based on the discourse of the patient and the physiotherapist in focus groups. Two focus groups of seven patients and two focus groups of eight physiotherapists were conducted in two rehabilitation centers. A thematic analysis method is used.

Results:

The patients' view of low back pain remains fairly biomechanical, but their expectations of listening, reassurance and support in therapy are biopsychosocial. They formulate reflections focused on their experiences and feelings. The language of physiotherapists is based on their experience and scientific data. Physiotherapists want to establish a suitable relationship to achieve an underlying therapeutic goal, and patients want to feel supported as individuals, and to be helped in managing their emotions.

Conclusion:

Physiotherapists' intentions are consistent with patients' expectations of language. Therapeutic support is valued by patients, but a gap sometimes persists between them and their therapist, who may then feel powerless.

Key words: *language, non-specific chronic low back pain, chronic pain, patient-therapist relationship, therapeutic communication, beliefs, representations, patient emotion*

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte général

La lombalgie chronique se caractérise par une douleur localisée « sous la marge costale et au-dessus des plis fessiers inférieurs » qui persiste pendant trois mois au moins et qui n'est pas attribuable à une pathologie spécifique (Airaksinen et al., 2006). Selon la littérature, la prévalence de la lombalgie au cours de la vie serait de plus de 80% dans le monde occidental, et celle de la lombalgie chronique serait d'environ 23 % (Airaksinen et al., 2006 ; Balagué et al., 2012 ; Maher et al., 2017).

La lombalgie chronique est généralement classée comme spécifique ou non spécifique. La lombalgie non spécifique est définie comme une lombalgie non attribuable à une pathologie spécifique reconnaissable, comme une infection, une tumeur, de l'ostéoporose...(Airaksinen et al., 2006 ; Balagué et al., 2012). Il s'agit de la principale cause d'invalidité dans le monde (Hartvigsen et al., 2018 ; Vos et al., 2020).

La plupart des recommandations repose sur l'hypothèse que les symptômes disparaissent spontanément, et que le retour au travail équivaut à la guérison (van Tulder et al., 2006). Cependant, lorsque la douleur est spécifiquement évaluée, il semble que les patients retournent fréquemment au travail malgré des douleurs résiduelles. Bien que la récupération fonctionnelle se produise chez environ un tiers des patients après trois mois, 71% des patients éprouvent encore des douleurs après un an (Itz et al., 2013).

La lombalgie, ou *Low Back Pain* (LBP), non spécifique n'est pas uniquement causée par des troubles structurels, anatomiques ou biomécaniques au niveau lombaire. L'ensemble des recherches effectuées au cours des dernières décennies a permis de démontrer que la lombalgie est un trouble complexe, qui peut être influencé par un large éventail d'autres facteurs. Ceux-ci incluent l'ensemble des facteurs psychiques (par exemple les pensées catastrophiques, la baisse de motivation), psychologiques (comme la dépression ou l'anxiété), sociaux (comme la faible satisfaction au travail, le stress relationnel...) et physiques (la peur du mouvement), ainsi que la sédentarité. Ces facteurs sont considérés comme des catalyseurs de chronicité, contribuant à un rétablissement plus lent, voire à un handicap pour certaines personnes (Synnott et al., 2015).

La douleur et la gestion des activités constituent des éléments majeurs dans la rééducation. Par conséquent, la communication autour de ces aspects est également centrale. La littérature montre que cette communication s'avère complexe, voire difficile de part et d'autre. Cependant, les points de vue des deux parties prenantes n'ont jamais été croisés dans la perspective de mieux comprendre comment est vécue une même situation. Ainsi, il serait

intéressant de les interroger afin de pouvoir appréhender et gérer les interactions entre patients et thérapeutes lors de la rééducation.

1.2 Prise en charge de la lombalgie chronique non spécifique

La douleur de la lombalgie chronique non spécifique se présente de manière continue, ou sous forme de poussées récurrentes qui peuvent entraîner des détresses et handicaps chez les personnes atteintes (Airaksinen et al., 2006). En réponse à cela, des approches multidisciplinaires de réadaptation pour les personnes atteintes de lombalgie ont vu le jour. Les lignes directrices et les interventions comportementales qui en résultent sont fondées sur le partenariat, le soin centré sur la personne et la sensibilisation à la dimension biopsychosociale de la lombalgie chronique (Kaba & Sooriakumaran, 2007 ; MacNeela et al., 2013 ; Wong et al., 2017).

En effet, selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS France) (« Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune », 2019), la lombalgie à risque de chronicité se rencontre chez les patients qui présentent un risque élevé d'absence de résolution de la lombalgie (présence de drapeaux jaunes). La recherche précoce de ces facteurs de risque psychosociaux est recommandée afin d'évaluer le risque de persistance de la douleur ou de l'incapacité et d'établir une prise en charge adaptée au risque. Certains éléments (peurs et croyances, contextes psychologique et social) doivent donc être identifiés précocement. Selon la HAS, les drapeaux jaunes qu'il convient de considérer sont les suivants : les problèmes émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le stress ; les attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, ou comme un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active ; des comportements douloureux mal appropriés, en particulier l'évitement lié à la peur ; des problèmes liés au travail ou à l'indemnisation (rente invalidité).

Selon la HAS, une prise en charge globale implique l'association de plusieurs modalités (dimensions physique, psychologique et socioprofessionnelle) en fonction du stade de prise en charge (annexe I).

Cependant, la plupart des physiothérapeutes a reçu une formation biomédicale, au moins lors de la formation initiale. La gestion des facteurs physiques, qui comprennent les modèles de mouvements en rapport avec la protection des tensions musculaires, a été placée au centre de la formation en physiothérapie pendant de nombreuses décennies, au même titre qu'une forme de thérapie axée sur la thérapie manuelle, l'anatomie et la physiopathologie, entre autres (Synnott et al., 2015). Ainsi, la nécessité d'intégrer la prise en compte des aspects cognitifs et psychologiques et les facteurs sociaux dans la gestion de la lombalgie peut

constituer un plus grand défi pour ces physiothérapeutes (Synnott et al., 2015). Cela est censé être moins vrai pour les jeunes physiothérapeutes, pour qui la notion de gestion biopsychosociale dans le cadre de la lombalgie a été progressivement intégrée dans la formation de base en Suisse (Christe, Nzamba et al., 2021).

Les facteurs psychologiques et sociaux peuvent constituer des obstacles à la récupération et augmenter le risque que les lombalgies se perpétuent et qu'un handicap s'installe. Ces facteurs incitent les professionnels à être attentifs aux réponses émotionnelles, cognitives et comportementales à la douleur dès la survenue d'un problème de dos. Si les facteurs psychosociaux jouent un rôle et qu'il est important de les investiguer, il est fondamental de souligner que cela n'implique en aucun cas le déni des aspects somatiques et la réalité de l'expérience douloureuse.

L'ensemble de ces éléments font aussi de la rencontre entre patient et thérapeute la pierre angulaire de la prise en charge, qui offre le lieu d'une discussion et d'une négociation des attentes et des possibilités de chacun. Elle doit ainsi permettre la prise de décisions partagées, qui tiennent compte à la fois du savoir scientifique et des représentations des patients (Cedraschi, 2011). Parmi les professionnels de santé, les physiothérapeutes sont de ceux qui passent beaucoup de temps avec les patients lombalgiques. Ils jouent alors un rôle majeur pour fournir des informations sur la lombalgie, mais aussi pour percevoir les représentations des patients quant à leur douleur et leur pathologie. Nous retrouvons dans la littérature l'idée que les physiothérapeutes sont conscients de cette interaction, mais ne se sentent pas toujours suffisamment formés pour y faire face (Macphail, 2018).

1.3 Le poids des croyances relatives à la douleur

D'après l'étude de Daykin et Richardson (2004), les croyances sont des configurations cognitives culturellement partagées ou formées personnellement. En sciences sociales, la notion de croyance sert à désigner l'adhésion à des idées, des opinions et des valeurs sans qu'une démonstration rationnelle, empirique ou théorique n'ait conduit à l'élaboration et l'adoption des croyances en question (Pudal, s. d.). Les représentations sociales introduisent, quant à elles, l'idée que toute signification donnée aux choses est construite socialement dans un contexte donné (Apostolidis et al., 2002).

Il est également intéressant d'examiner les croyances en matière de douleur, des physiothérapeutes, lors de la rencontre thérapeutique. En effet, leurs croyances relatives à la douleur pourraient potentiellement influencer leur approche thérapeutique, comme le choix de la stratégie de traitement ou les conseils donnés aux patients (Christe, Nzamba et al., 2021). Il convient de noter que les processus émotionnels colorent la perception de la douleur, mais peuvent également inhiber ou faciliter la douleur en engageant des mécanismes physiologiques. L'appréciation de celle-ci est donc influencée par nos représentations

spécifiques et notre degré de conviction en ces croyances, mais aussi par l'attribution de sa signification émotionnelle. Ces deux facteurs sont importants en tant que cibles thérapeutiques possibles ou en tant qu'obstacles potentiels au rétablissement.

Il convient de noter que l'impact émotionnel de la douleur peut aller de légèrement angoissant à écrasant. Le patient type se situe quelque part entre ces deux extrêmes, et il faut comprendre qu'un certain degré de détresse est approprié lorsqu'il est confronté à une douleur persistante ou à des limitations associées à la douleur. Un plus grand niveau d'impact émotionnel est un prédicteur de chronicité et doit être considéré comme un drapeau jaune. Chez les patients qui ont développé une douleur chronique et des limitations significatives associées à la douleur, un changement d'identité personnelle est souvent constaté, associé à une perte d'estime de soi et une démoralisation (Main & George, 2011).

Les facteurs psychosociaux sont importants dans le développement de la douleur et du handicap au niveau du bas du dos (Darlow et al., 2013 ; Hartvigsen et al., 2018). Alors qu'une approche essentiellement biomédicale est pertinente pour la détection des causes spécifiques traitables de la lombalgie, l'intégration des facteurs psychosociaux est primordiale dans le traitement des lombalgies non spécifiques (Hartvigsen et al., 2018). En effet, ces facteurs psychologiques entrelacés influencent et augmentent le risque d'un handicap dans la lombalgie non spécifique (Linton & Shaw, 2011). Par exemple, une perception menaçante de la douleur peut conduire à un comportement d'évitement et à un handicap (Christe, Pizzolato et al., 2021).

Les stratégies d'adaptation passives, les représentations quant à l'évitement du mouvement par peur de la douleur ou de la blessure et les faibles attentes de rétablissement sont indépendamment associées à un mauvais résultat (Darlow et al., 2013). Les représentations des patients doivent être mieux comprises pour améliorer la prise en charge des douleurs lombaires. Les personnes souffrant de lombalgie reçoivent des informations, mais ils se sentent souvent responsables de leurs maux de dos, et l'origine de ces représentations n'est pas toujours claire (Darlow et al., 2013).

Les représentations délétères chez les patients atteints de lombalgie sont diverses. Par exemple, une vision particulièrement biomédicale de la lombalgie, qui suggère que la douleur est attribuable à des lésions tissulaires dans le dos (Darlow, 2016), est associée à davantage d'incapacité et à des niveaux plus élevés de peur liée à la douleur.

Cependant, les croyances et attitudes délétères sont également présentes dans la population générale. Lorsque les personnes sont confrontées à un épisode de lombalgie, ces représentations peuvent influencer leurs attitudes à l'égard de la lombalgie, entraînant des comportements inefficaces, tels que des stratégies d'adaptation passives, l'évitement des mouvements et le fait de rester à l'écart du travail (Christe, Pizzolato et al., 2021 ; Darlow, 2016). Ces comportements inutiles peuvent également empêcher les gens d'effectuer des

exercices, qui se sont révélés être l'un des meilleurs traitements disponibles à ce jour pour la lombalgie persistante et la prévention des récurrences. En effet, d'après l'étude de Christe, Pizzolato et al. (2021), la plupart des participants ont conscience du fait que rester actif est important dans le cadre de lombalgie. Par conséquent, il semble que ce message, qui a souvent été promu, a atteint son objectif. Néanmoins, des croyances délétères sur le besoin de protection et la vulnérabilité du dos peuvent encore entraver un comportement positif à l'égard de l'activité physique en cas de lombalgie non spécifique. Considérées ensemble, ces croyances contradictoires peuvent générer des conflits cognitifs sur le comportement approprié dans la lombalgie non spécifique, en particulier lorsqu'elles sont renforcées par des professionnels de la santé, par exemple lorsqu'ils conseillent aux patients de rester actifs, mais de faire attention lorsqu'ils bougent.

Par ailleurs, dans la littérature, nous pouvons souvent lire que les croyances des professionnels de la santé sont particulièrement importantes à prendre en compte, car il a été démontré qu'elles influencent les représentations des patients et contribuent aux difficultés de mise en œuvre des lignes directrices sur la lombalgie (Darlow et al., 2012 ; Gardner et al., 2017). Ainsi, les croyances sur la douleur influencent le comportement lié à la santé d'une personne, que cette personne soit le professionnel de la santé qui conseille et éduque le patient dans la gestion de sa douleur, ou le patient qui gère la douleur en fonction de celle-ci et de ses représentations propres (Daykin & Richardson, 2004).

Le rôle des croyances, des préférences et des attentes des professionnels de la santé sont susceptibles de faire partie intégrante du processus de soins de santé, influant sur le succès ou l'échec du traitement. Les caractéristiques des professionnels de la santé, telles que leur statut de professionnels, leur style thérapeutique, les termes qu'ils utilisent avec les patients et leurs croyances portant sur le problème influencent leurs choix de méthodes d'évaluation, d'explication aux patients et d'approches thérapeutiques. Certains professionnels de la santé adoptent une approche plus biomédicale que d'autres, caractérisée par le conseil aux patients de restreindre leurs activités, d'être vigilants par rapport à leur dos et le fait de croire à une cause structurelle du mal de dos. Le milieu de pratique, l'expérience personnelle de la douleur musculo-squelettique, l'âge et l'influence des collègues peuvent expliquer les différences de croyances et d'attitudes des professionnels de la santé (Main & George, 2011).

1.4 L'enjeu de la communication verbale

1.4.1 Importance de la communication verbale dans le contexte d'une approche biopsychosociale

Selon Munday et al. (2019), la langue est fondamentale pour l'expérience humaine. Des études récentes reconnaissent et approfondissent le rôle que joue le langage dans la

construction et la perception des émotions (Lindquist et al., 2015), mais elles sont peu à traiter du langage de la douleur. Dans leur étude, Munday et al. (2019) cherchent à clarifier l'usage spécifique du langage utilisé par les personnes souffrant de douleur chronique, afin de comprendre l'expérience de la douleur et comment elle est façonnée et véhiculée par le langage. L'extériorisation de la douleur par le langage peut représenter une manière d'objectiver la douleur et de la transformer en quelque chose qui peut être traité et expulsé du corps. Cette séparation linguistique de la douleur peut, d'une part, engendrer de l'espoir, permettre de faire face et promouvoir une image de soi plus positive. Cependant, d'autre part, elle peut nuire à l'acceptation de leur état par les patients, à leur adaptation et à leur rééducation potentielle. En effet, la représentation de la douleur entraîne, chez certains, des pensées catastrophiques (Munday et al., 2019). Le langage joue un rôle dans l'émotion, car il soutient la connaissance conceptuelle utilisée pour donner un sens aux sensations du corps et du monde dans un contexte donné (Lindquist et al., 2015).

Selon l'étude de Gardner et al. (2017), une bonne relation entre le thérapeute et le patient produit un effet positif sur les résultats des patients. Les lignes directrices s'inscrivant dans une approche biopsychosociale recommandent aux physiothérapeutes de considérer le patient et ses attentes afin de faciliter la relation entre le thérapeute et le patient. Cela peut parfois générer un conflit interne pour le physiothérapeute, entre ce que les directives cliniques recommandent et ce que veut le patient, si ces dernières sont en décalage avec ses attentes.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les décisions de traitement peuvent être influencées lorsque les physiothérapeutes modifient leurs croyances et leurs attitudes, ce qui peut réduire ce sentiment de conflit. L'amélioration des compétences de communication du physiothérapeute peut aider à réduire les sentiments de conflit en encourageant une approche plus cohérente envers les patients atteints de lombalgie chronique non spécifique (Jeffrey & Foster, 2012). Le langage permet de mettre des mots sur les points de vue différents du physiothérapeute et de son patient.

1.4.2 La perception du langage des professionnels par les patients

La lombalgie chronique est complexe, dynamique et multidimensionnelle. Elle est étayée par des expériences de douleur pénible et persistante, de perte d'estime de soi, de stigmatisation, de dépression, de vieillissement prématuré et de peur de l'avenir (Snelgrove & Lioffi, 2013). La perception de stigmatisation des personnes souffrant de maux de dos chroniques peut entraver la relation entre le patient et le thérapeute, ce qui compromet en partie l'effet positif de l'intervention (Gardner et al., 2017). En effet, la stigmatisation ressentie par les personnes souffrant de douleurs chroniques constitue une expérience pénible et risque d'exacerber le retrait social, de saper les tentatives de gestion de la douleur et d'épuiser l'estime de soi (Williams, 2016).

Selon Williams (2016), de nombreuses études démontrent la stigmatisation dans la pratique, mais rares sont celles qui investiguent les croyances et les comportements du personnel de santé. Cependant, selon l'étude de Snelgrove et Lioffi (2013), les patients lombalgiques décrivent une bonne consultation comme un partenariat qui permet de développer un sentiment de sécurité et d'appartenance, de promouvoir des sentiments de compréhension et de reconnaissance mutuelles, d'incorporer des soins individualisés, des explications claires et du réconfort, et de discuter des problèmes psychosociaux et des options futures. En revanche, une absence de diagnostic et de réponse continue au traitement engendre le sentiment de ne pas être cru, qui conduit à une stigmatisation et à un sentiment de détresse. Les participants déclarent alors se sentir considérés comme des coupables, accusés d'imaginer leurs symptômes. Ils ont l'impression que la lombalgie est considérée comme une maladie psychologique, car elle ne s'accompagne pas d'une symptomatologie physique visible susceptible d'expliquer la douleur (Bailey et al., 2015). Les participants tentent alors de prouver que leur douleur est réelle en adoptant des comportements exagérés dans le handicap afin de se conformer aux attentes médicales. Au sein de la revue systématique de Snelgrove et Lioffi (2013), plusieurs articles décrivent des expériences de patients qui sont caractérisées par un sentiment de ne pas progresser, de ne pas être pris au sérieux et de dépersonnalisation menaçant la dignité.

1.4.3 Les connaissances des professionnels sur le langage : difficultés, besoins en formation et objectifs de communication

Les physiothérapeutes font part de difficultés à communiquer avec les personnes atteintes de lombalgie chronique non spécifique. En conséquence, ils ont parfois des réticences à discuter de la vie personnelle des patients dans le contexte de leur douleur. De plus, ils décrivent des difficultés de communication lorsque leurs conseils entrent en conflit avec les croyances d'une personne en matière de douleur (Wellman et al., 2020). Selon la revue systématique de Synnott et al. (2015), les physiothérapeutes peuvent stigmatiser les patients, ou se sentir mal préparés à traiter les personnes souffrant de lombalgie et de facteurs psychosociaux qui influencent le rétablissement.

Certains physiothérapeutes stigmatisent les patients qui souffrent de lombalgie en les présentant comme exigeants, recherchant l'attention et peu motivés lorsqu'ils présentent des comportements suggérant ces facteurs. D'autres remettent en question la pertinence du dépistage de ces facteurs parce qu'ils sont perçus comme s'étendant au-delà de leur champ de pratique ; nombre d'entre eux se sentent sous-compétents pour les traiter. Les physiothérapeutes pensent que ni leur formation initiale, ni la formation de perfectionnement professionnel actuellement disponible ne leur a permis de développer les compétences et la confiance nécessaires pour aborder et traiter avec succès les présentations de douleur

multidimensionnelle observées dans la lombalgie. À bien des égards, cela semble refléter la nature biomédicale de leur formation et l'absence de formation explicite concernant la communication, qui pourrait se traduire par l'utilisation de jeux de rôle pendant la formation pour améliorer les compétences des professionnels de santé en matière de communication. Cependant, il convient de nuancer cela car, dans certaines formations, et notamment en Suisse romande, un module de communication fait partie intégrante de la formation de base.

En conclusion, nous observons dans la littérature que la manière dont les physiothérapeutes et les patients évoquent la douleur dans le cadre de la lombalgie chronique est peu documentée. À ce jour, les recherches sur les attitudes et les croyances en matière de lombalgie chronique ont, pour la plupart, prêté attention au patient ou au clinicien isolément l'un de l'autre. En considérant l'importance d'une approche centrée sur le patient, dans laquelle le patient et le thérapeute travaillent en collaboration et les croyances et les attitudes des deux sont abordées, il serait utile de mener des études qui investiguent l'interaction entre le langage des physiothérapeutes et celui des patients. Une amélioration de cette interaction pourrait permettre de faciliter l'autogestion et la satisfaction du patient, et d'améliorer les résultats (Gardner et al., 2017). Dans la littérature, nous observons que des difficultés de communication sont reconnues de part et d'autre, mais qu'elles diffèrent, et qu'aucune étude ne confronte ce que les thérapeutes expriment et ce que les patients entendent.

Notre étude s'intéressera plus particulièrement à la communication verbale en ce qui concerne la douleur, de manière à mettre en perspective le langage et la représentation de la douleur des points de vue du patient et du thérapeute.

2 BUT DE L'ÉTUDE ET QUESTION DE RECHERCHE

À travers une étude qualitative à visée compréhensive, nous souhaitons explorer et mieux comprendre le processus d'interaction qui a lieu entre le patient et le physiothérapeute lors de la communication verbale à propos de la douleur. L'objectif principal de l'étude a été de confronter la perception de la communication verbale sur la douleur du point de vue des patients et le point de vue des physiothérapeutes sur leurs intentions de communication. Ainsi, notre question de recherche est la suivante : « Quelle vision les physiothérapeutes ont-ils de leur approche de communication verbale au sujet de la douleur avec les patients atteints de lombalgie chronique non spécifique ? Comment cette approche est-elle perçue par les patients ? »

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Design de l'étude

Pour appréhender la communication verbale portant sur la douleur dans le cadre de la lombalgie commune tant du point de vue patient que du point de vue physiothérapeutique, nous avons utilisé une démarche qualitative descriptive interprétative, basée sur le discours du patient et du physiothérapeute. La décision de faire appel au matériel discursif et aux approches qualitatives vise à mieux comprendre les processus mis à l'œuvre dans la dynamique notamment interactionnelle de la thématique abordée.

L'enjeu de cette étude est d'apprécier la communication verbale sur la douleur et sa perception dans le cadre de la lombalgie non spécifique. L'étude de ce langage nous permettra de mettre en valeur la perception que les patients ont du langage utilisé et de la manière dont ils souhaiteraient que les physiothérapeutes leur parlent de la douleur en fonction de cette perception. Du côté des physiothérapeutes, cela nous permettra de recueillir des informations sur leur conception de la douleur et l'intention des messages qu'ils transmettent aux patients, mais également de recevoir leurs impressions quant à la réception du message par le patient. Grâce à l'étude en regard croisé, qui s'intéresse à la fois au point de vue des physiothérapeutes et des patients, nous pourrons relever les points de convergence et de divergence entre les intentions exprimées par les physiothérapeutes et les perceptions des patients.

La recherche qualitative implique de réaliser une enquête de terrain pour récolter des données, qui permettent de mettre en avant l'interprétation et la compréhension des pratiques et des expériences plutôt que la mesure de variables quantitatives. La recherche descriptive interprétative se base sur la prise en compte de la subjectivité humaine (Corbière & Larivière, 2014).

L'opérationnalisation (basée sur la littérature et l'expérience) de la question de recherche et des concepts oriente le choix des thèmes à aborder. Une grille d'entretien est ensuite élaborée sur la base de thèmes à investiguer (annexe II). En vue de la condensation des données, le processus d'analyse s'amorce par une lecture et relecture de la transcription des données et par l'écoute de l'enregistrement des entrevues, afin de s'imprégner des données et de développer une vision globale concernant le point de vue des participants. La présentation des données consiste à utiliser diverses stratégies pour mettre en évidence les relations entre les thèmes, dans l'optique de dépasser la description, pour offrir une compréhension plus approfondie et plus interprétative du phénomène. Finalement, l'interprétation des résultats puis l'élaboration des conclusions émergent de l'analyse des données recueillies lors des groupes de discussion (Corbière & Larivière, 2014).

3.2 Processus de recherche

3.2.1 *Échantillon et sélection des participants*

La recherche qualitative vise à décrire l'expérience du phénomène à partir de l'expérience vécue. Le groupe de discussion favorise l'expression et l'émergence de différents points de vue, afin que les participants puissent parler de leur propre expérience du phénomène. Le principe essentiel tient au fait que le chercheur utilise explicitement l'interaction entre les participants, à la fois comme moyen de collecte de données et comme point de focalisation dans l'analyse. Le but des chercheurs est de parvenir à une compréhension riche et approfondie de l'expérience et des croyances des participants sur le thème d'intérêt (Corbière & Larivière, 2014).

La méthode consiste plus précisément à interroger des petits groupes de personnes (de quatre à six participants environ) répondant à des critères d'homogénéité par rapport à leur expérience du sujet de discussion, afin de susciter un échange ouvert (groupes patients et groupes physiothérapeutes). Comme pour toute méthode de recherche, l'objectif principal de l'entretien collectif est la production de connaissances. Toutefois, sa particularité est de puiser collectivement dans les vécus des participants. En effet, selon leurs profils respectifs, les personnes présentes possèdent des savoirs spécifiques acquis à travers leur propre expérience de la réalité étudiée. Dans le cadre de cette étude, ces savoirs personnels porteront sur la relation de soins (Kivits et al., 2016).

Pour faciliter l'expression de la réflexivité dans l'entretien collectif, nous prendrons appui sur une vignette, qui correspond à la description d'une situation concrète, ce qui aide à susciter le souvenir des participants. Ce dispositif appelle chaque participant à expliquer comment il a vécu des expériences apparentées (Kivits et al., 2016). Pour que l'entretien demeure centré sur le sujet, dans la mesure du possible, un guide d'entretien définissant les thèmes de l'étude est préparé en amont. Ensuite, la discussion est menée à partir de ce guide. Par la suite, la synthèse et l'analyse du contenu sont réalisées afin de relever les messages clés émis par les participants.

Pour ce travail, les participants seront sélectionnés selon des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion pour les participants patients, sont des hommes et femmes de plus de 18 ans diagnostiqués de « lombalgie non spécifique ». Les participants patients sont issus de l'environnement professionnel des collaborateurs (CHUV, CRR-SUVA et réseaux professionnels des investigateurs).

Les critères d'inclusion pour les participants physiothérapeutes sont des hommes et femmes travaillant comme physiothérapeutes (CHUV, CRR-SUVA et parmi les réseaux professionnels des investigateurs) avec des patients atteints de lombalgie non spécifique.

Les critères d'exclusion pour l'ensemble des participants sont le niveau C1 (utilisateurs expérimentés) minimum de langue française non acquis, la présence de troubles cognitifs associés pour les patients, l'absence de consentement écrit, le refus de l'enregistrement des focus group, et enfin des participants patients présentant une atteinte psychiatrique interférant avec la participation à un entretien. Les états dépressifs ou anxieux légers à modérés ne sont pas concernés.

Les participants ont été recrutés par prise de contact avec les physiothérapeutes-chefs des centres connus pour traiter couramment des patients atteints de lombalgies chroniques (Département de l'appareil locomoteur-CHUV, Clinique romande de réadaptation de la SUVA). Nous les avons sollicités pour diffuser l'information à leur équipe concernant l'engagement d'un maximum de six physiothérapeutes avec des caractéristiques différentes en matière d'âge, de sexe, d'années d'expérience et de formation afin d'atteindre un échantillon diversifié de quatre à six physiothérapeutes par *focus group*.

Ces mêmes centres ont été sollicités pour le recrutement des patients (quatre à six personnes dans deux *focus groups*, selon les critères d'inclusion et d'exclusion précédemment évoqués). Nous leur avons demandé de solliciter, au sein de leur établissement, des personnes avec une lombalgie chronique qui ont des caractéristiques différentes en matière d'âge, de sexe, de durée de la maladie et de degré de handicap, afin de recruter un échantillon selon la méthode de l'échantillonnage raisonné.

Pour les participants physiothérapeutes, un formulaire d'information et un questionnaire sociodémographique « physiothérapeute » ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé ont été distribués (annexe III). Pour les participants patients, un formulaire d'information, un questionnaire sociodémographique « patients » et un formulaire de consentement éclairé ont été distribués (annexe IV). Il est précisé que les questionnaires ne sont à remplir et nous retourner que si la personne accepte de signer le formulaire de consentement, en ajoutant que, si l'échantillon devait être plus important que le nombre de personnes requis pour l'étude, ces données seront détruites.

Les questionnaires sociodémographiques sont composés de la manière suivante pour les patients : le questionnaire nous informe de leur âge, sexe, IMC, situation familiale, métier, pourcentage d'activité, durée de la lombalgie et activités physiques, mais aussi de leurs croyances grâce au *Back Pain Attitude Questionnaire* (Back-PAQ), et de l'incapacité fonctionnelle du patient lombalgique à travers l'*Oswestry Disability Index (ODI)*. Les explications du Back-PAQ et de l'ODI sont présentés dans la partie 3.2.2 suivante. Pour les physiothérapeutes, le questionnaire nous informe de leur âge, sexe, niveau de langue, formation *post-grade* suivies. Nous apprenons également s'ils ont déjà vécu personnellement des douleurs lombaires aiguës ou chroniques, et leurs croyances à travers le *Back Pain Attitude Questionnaire*.

De plus, un rendez-vous était proposé pour le *focus group*. L'enregistrement des *focus groups* est précisé au sein du formulaire de consentement. Nous avons récupéré le formulaire de consentement avant les *focus groups*.

Avant le début de chaque *focus group*, les objectifs et grandes lignes de l'étude sont rappelés, ainsi que les règles de fonctionnement du groupe (gestion, respect, confidentialité, enregistrement, droit de quitter le groupe). Les *focus groups* durent entre 60 et 90 minutes chacun.

3.2.2 Présentation des outils d'évaluation

Le Back-PAQ a été développé par Darlow et al. (2014). Il a été élaboré suite à des entretiens avec des patients atteints de lombalgie, menés afin de mieux comprendre les représentations associées aux principaux facteurs de risque de chronicisation, comme la kinésiophobie ou le catastrophisme (Darlow et al., 2015 ; Darlow et al., 2014). Il peut être utilisé pour des personnes atteintes de lombalgie, des professionnels de santé ou pour la population générale (Nolan et al., 2019 ; Pierobon et al., 2020). Il a été traduit en plusieurs langues, dont le français (Bruyère et al., 2012). Il comprend 34 questions. Le score minimum est de 34 et le score maximum est de 170. Un score bas indique de bonnes croyances et un score élevé révèle des fausses croyances. Par ailleurs, une modification du score de 15 points est nécessaire pour parler d'une évolution cliniquement significative (Demoulin et al., 2017).

L'*Oswestry Disability Index*, quant à lui, a été développé dans les années 1980 par le Dr Jérémy Fairbank, pour évaluer l'incapacité fonctionnelle du patient lombalgique (Fairbank et al., 1980). Il s'agit de l'une des échelles de mesure les plus répandues dans le monde anglo-saxon. Une traduction française valide et fiable est utilisée, selon les travaux de Vogler et al. (2008). L'interprétation du score du questionnaire d'ODI est disponible en annexe IV, avec le questionnaire.

3.2.3 Collecte des données

La collecte des données a été effectuée lors des *focus groups*. Les entretiens collectifs ont été enregistrés sur un dictaphone. Les enregistrements ont été transcrits mot à mot et anonymisés : tous les éléments permettant de retracer l'identité des personnes ont été effacés. Nous avons attribué un code à chaque participant au début du *focus group*, de manière qu'aucun lien ne puisse être fait entre les données récoltées et les participants. Une fois les transcriptions terminées, une copie des enregistrements a été stockée sur un serveur sécurisé de l'HESAV, dont nous étions la seule à avoir l'accès, et les enregistrements ont été détruits pour garantir l'anonymat.

Les *focus groups* se sont appuyés sur un guide d'entretien, qui a permis d'aborder plusieurs thèmes de la communication sur la douleur dans le cadre de la lombalgie commune.

Cependant, les participants ont été encouragés à parler librement de tous les aspects qu'ils souhaitaient explorer à propos du sujet.

Le guide d'entretien détaillé, présenté en annexe II, porte sur les thèmes suivants :

Conception de la communication et du langage : ce thème concerne les échanges sur la douleur, et la manière dont les participants parlent de la douleur, à travers le choix des mots ou la façon d'aborder et d'expliquer la douleur.

Importance du langage : pour les patients, cela concerne l'importance donnée à la signification des mots. Pour les physiothérapeutes, nous nous sommes intéressés à la manière dont ils mettent des mots sur la douleur.

Méthode de communication : pour les patients, cela concerne le genre de langage attendu et les informations. Pour les physiothérapeutes, nous avons interrogé les « approches de langage » utilisées pour communiquer et leur but.

Adaptation du physiothérapeute : pour les patients : nous leur avons posé des questions sur les impressions ressenties lorsqu'un physiothérapeute parle de manière adaptée ou inadaptée de la douleur. Aux physiothérapeutes, nous avons demandé comment ils adaptaient leur langage en fonction du profil de la personne, en ce qui concerne la précision du choix des mots.

L'expérience : pour les patients : nous leur avons demandé de décrire une situation lors de laquelle ils ont eu l'impression que le langage du physiothérapeute a eu un impact positif ou négatif sur la représentation de leur douleur. Pour les physiothérapeutes : ils ont dû décrire une situation durant laquelle ils ont eu l'impression que leur langage a eu un impact positif ou négatif sur la douleur du patient (mots utilisés, attitude, expressions linguistiques, etc.).

Compréhension par les patients (pour les groupes de physiothérapeutes) : nous les avons interrogés sur les difficultés rencontrées et les facteurs favorisant la réceptivité du patient.

Compréhension du message des physio (pour les groupes de patients) : nous nous sommes intéressés à la compréhension du langage du physiothérapeute et aux difficultés à se faire comprendre.

Au cours de l'entretien, le guide d'entretien est resté une base : les participants se sont sentis libres de parler. Certains points ont été relancés dans le but d'approfondir les idées des participants.

3.2.4 Analyse des données

Pour l'analyse des données, le processus proposé par Miles et Huberman (2003) et Miles et al. (2014) a été utilisé. Il s'agit d'un processus d'analyse thématique qui comporte essentiellement trois flux concourants d'activités :

1) la condensation des données ;

- 2) la présentation des données, qui implique, entre autres, la mise en relation des thèmes ;
- 3) l'élaboration de conclusions et la vérification de celles-ci.

Le premier cycle de la condensation des données (Miles et al., 2014) consiste à examiner ces dernières pour repérer les extraits significatifs et dégager les thèmes (appelés codes) qui sont abordés. Pour le codage des données, le logiciel MAXQDA est utilisé. Le deuxième cycle de la phase de condensation (Miles et al., 2014) implique que le chercheur cerne les liens entre les thèmes, construisant progressivement un arbre thématique en regroupant les thèmes sous des thèmes plus généraux, à caractère explicatif ou de niveau conceptuel plus élevé. À l'aide du logiciel MAXQDA, une fréquence des thèmes est extraite des écrits des *focus groups*. Les fréquences exposées en pourcentage servent uniquement d'indicateur de ce qui a été au centre des entretiens ; elles n'ont pas de valeur quantitative.

La présentation des données consiste à utiliser diverses stratégies pour mettre en évidence les relations entre les thèmes, dans l'optique d'aller au-delà de la description, pour permettre une compréhension plus approfondie et plus interprétative du phénomène. Elle est progressive et gagne à être amorcée de façon concomitante aux activités de condensation des données (Miles & Huberman, 2003).

Enfin, nous avons procédé à l'élaboration de conclusions et à la vérification de ces dernières. En effet, elles doivent faire l'objet de vérifications au fur et à mesure, des premières impressions après la rédaction d'une fiche de synthèse aux conclusions tirées à un stade plus avancé du processus d'analyse. Le retour constant aux données brutes permet d'assurer une concordance entre les données et les conclusions (Corbière & Larivière, 2014). Dans le but d'affiner le travail d'analyse, les données issues des *focus groups* sont croisées avec les données issues de la littérature. Ce principe de triangulation renvoie à un croisement des sources et des indices permettant de considérer que le nœud de sens est valide (Kivits et al., 2016).

3.2.5 Critères de qualité de la démarche

Les critères de qualité des résultats sont assurés par le respect strict des étapes tout au long de la recherche par le chercheur, en fonction des méthodes déterminées en amont. En nous référant aux critères de la grille JBI pour la recherche qualitative (annexe V), nous observons une congruence entre la méthodologie de recherche et les objectifs de recherche et les méthodes pour collecter les données. En effet, il s'agit d'observer et d'analyser le langage utilisé pour parler de la douleur entre le physiothérapeute et son patient dans le cadre de la lombalgie chronique non spécifique. Pour cela, les données sont recueillies au moyen d'entretiens phénoménologiques, qui recherchent le sens de l'expérience à travers les yeux de sujets qui rendent compte de cette expérience.

La chercheuse, qui est elle-même physiothérapeute, peut mieux cerner le discours des différents participants, car elle est confrontée à ce genre de situations. Elle a dû informer les participants de sa profession, et stipuler qu'il n'a pas de lien avec les centres dans lesquels les entretiens sont effectués. Elle a dû rester le plus neutre possible au cours des entretiens, car la posture de praticienne peut influencer sur la manière de poser les questions en fonction de son vécu professionnel. Cette posture peut également amener une retenue des participants dans leur manière de répondre, par crainte d'être jugé. En retour, la chercheuse veille à faire preuve de beaucoup de bienveillance, en appuyant sur le fait que le but de cette étude n'est pas un jugement mais une démarche positive dans la compréhension des faits. La difficulté de la position de praticien-chercheur est de « comprendre autrement tout en restant à l'intérieur ». Pour cela, le chercheur se donne la possibilité d'une remise en question et d'une rétrospective sur soi et sa profession (De Lavergne, 2007).

Un double codage des données, qui aurait permis davantage de neutralité, n'a pas pu être mis en place. Consciente de cela, nous veillons à baser les résultats sur le discours des participants retranscrit mot à mot, sans aucune interprétation. La temporalité du projet de recherche ainsi que la méthode utilisée ne permettent pas de prétendre parvenir à la saturation des données. En conséquence, nous restons humbles dans l'analyse des données : il s'agit d'un point de vue, mais pas d'une généralisation à l'ensemble de la population.

3.3 Considérations éthiques

L'éthique en recherche repose sur trois grands principes issus du rapport Belmont du ministère américain de la Santé datant de 1979 : il s'agit de l'autonomie, de la bienfaisance et de la justice (NCPHS, 1979). La présente étude respecte ces principes.

En effet, être interrogé sur son vécu en tant que patient et devoir s'exprimer sur son passé thérapeutique peut amener le participant à se poser certaines questions, et éventuellement à prendre du recul sur les événements qu'il a vécu. Il pourrait ressentir des émotions négatives ou vivre un moment déstabilisant. En prévention, les règles du focus group sont rappelées. Cependant, une discussion avec le participant est possible, et ce dernier peut être orienté vers une personne compétente par rapport à son besoin (psychologue traitant, urgences psychiatriques du CHUV).

Les participants restent libres de donner leur consentement pour la participation au projet. Après avoir reçu l'ensemble des informations et bénéficié d'un temps de réflexion, s'ils sont d'accord, ils donnent une heure de leur temps pour participer au *focus group*, additionné au temps utile au déplacement et au remplissage des questionnaires (15 minutes en moyenne). Les risques liés à la participation à cette étude sont limités, car le participant reste maître de ses propos et libre de quitter l'étude à tout moment sans donner de raison.

De manière générale, cette étude peut apporter une meilleure compréhension du langage utilisé par les physiothérapeutes et de la perception de ce langage par les patients, ce qui contribue à apporter un changement dans l'approche de la prise en charge de la lombalgie commune. Ce projet a été validé par la commission d'éthique du canton de Vaud CER-VD le 5 janvier 2022 (annexe VI). L'ensemble des données demeure stocké, le temps de l'étude, sur un compte sécurisé de la plateforme informatique HESAV. Seule la chercheuse et ses directeurs de travail de master y ont accès. Le codage des participants est sécurisé sur une clé dans un coffre auquel seule la chercheuse a accès. La clé sera détruite à la fin du travail.

4 RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

4.1 Caractéristiques de l'échantillon des participants

Tableau 1 : caractéristiques des participants patients

Codes	Âge (années)	Genre (M/F)	Niveau d'éducation	IMC	Durée (en années) des douleurs	Travail	Taux d'activité (en %)	Score back-PAQ	Score ODI (en %)
CRR-SUVAP3	59	M	AP	31,46	20	Mécanicien	0	125	52
CRR-SUVAP2	52	F	AP	23,03	28	ASSC	0	103	46
CRR-SUVAP1	53	M	AP	25,95	5,75	Menuisier	50 Reconversion	106	34
CRR-SUVAP4	48	M	HE	23,63	0,83	Ambulancier	20 Reconversion	128	24
CHUVP2	47	F	AP	28,04	4	Assureur	100	85	18
CHUVP3	48	F	HE	26,62	20	Éducatrice sociale	70	70	34
CHUVP1	64	M	HE	30,47	39	Journaliste	100	82	20
MOYENNE	53			27,02	16,75		34	99,8	32,6
MEDIANE	52			27,33	20		70	103	34
ÉCART-TYPE	6,38			3,09	14,02			22	13

HE : haute-école

AP : apprentissage

M : masculin

F : féminin.

La répartition homme-femme est équitable, avec un échantillon de quatre hommes et trois femmes. La distribution autour des caractéristiques d'âge, de poids et de formation est homogène. Le temps de travail est hétérogène, mais influencé par différents facteurs : les choix personnels, la contrainte physique liée au travail en lui-même et le climat au travail.

La moyenne du score d'OID est de 33 %, et la médiane est de 34 %, ce qui correspond à un handicap modéré. Le score Back-PAQ obtenu est en moyenne de 100 : nous pouvons alors considérer que les croyances sont modérées.

Tableau 2 : caractéristiques des participants physiothérapeutes

Codes	Âge (années)	Genre (M/F)	Années d'expérience en 2022	Formations post-grade	Années d'expérience en lombalgie chronique	Problèmes de dos	Aigu ou chronique	Score back-PAQ
CRR-SUVAPH1	29	F	6	CAS thérapie manuelle, <i>dry needling</i> , prise en charge de patients brûlés	5	OUI	A	79
CRR-SUVAPH2	42	M	/	La douleur du mécanisme aux traitements	17	OUI	/	71
CRR-SUVAPH3	49	F	28	Maitland, approche multidimensionnelle de la lombalgie chronique, DLM	20	OUI	A et C	69
CHUVPH1	53	F	27	Chaines musculaires, thérapie manuelle, DLM, sophrologie, postiaux, Bobath	25	OUI	C	75
CHUVPH2	26	M	2	Thérapie manuelle	1	OUI	A	81
CHUVPH3	35	M	7	CAS en réadaptation du sportif, formation sur la douleur chronique	6	OUI	A et C	57
CHUVPH4	27	M	1		0,5	OUI	A	58
CHUVPH5	32	M	7	Crochetage myofascial	7	NON		71
MOYENNE	36,63		11,14		11,57	87,5% OUI		70,12
MÉDIANE	35		7		7			71
ÉCART-TYPE	10,27		11,42					8,81

A : aigu C : chronique HE : haute-école AP : apprentissage M : masculin F : féminin.

La répartition genrée est de cinq hommes et trois femmes. Au niveau des âges et des années d'expérience, la distribution est homogène : l'échantillon va du jeune physiothérapeute au thérapeute plus expérimenté. Selon leurs réponses, les physiothérapeutes ont pratiquement tous vécu un épisode de lombalgie, qu'ils décrivent comme « aigu ou

chronique » selon la durée de la douleur (plus ou moins de trois mois). Le score Back-PAQ est en moyenne de 70, ce qui indique des croyances plutôt favorables.

4.2 Analyse d'occurrence thématique des données recueillies

Le codage des écrits des *focus groups* a été inspiré des grandes thématiques du guide d'entretien. À l'issue de ce codage et après plusieurs écoutes et lectures des discours, deux grands thèmes principaux se dégagent : le langage comme objectif thérapeutique et le langage comme objectif relationnel et émotionnel. Chacun des autres thèmes du guide s'associe toujours à ces deux grands thèmes. Ainsi, les autres thèmes sont classés dans le tableau suivant en sous-thèmes nourriciers de ces deux grands thèmes. Ils permettent d'apporter des explications et d'affiner les deux thèmes principaux.

Le tableau 3 expose les sous-thèmes et leur fréquence d'apparition dans chacun des groupes pris séparément. La fréquence exposée en pourcentage sert uniquement d'indicateur de ce qui a été au centre des entretiens ; elle n'a pas de valeur quantitative.

Tableau 3 : Fréquence d'apparition des sous-thèmes

Sous-thèmes	Groupes patients	Groupes physiothérapeutes
Écoute	12 %	7,5 %
Relations patients-thérapeutes	15,6 %	7,4 %
Messages transmis (explications de la douleur, de la lombalgie, du soin)	19,1 %	14,9 %
Expériences	10,2 %	9,5 %
Conséquences du discours	3,6 %	12,4 %
Adaptabilité	2,2 %	3,7 %
Importance des mots	5,3 %	9,9 %

Ce tableau met en évidence les priorités de chacun en fonction des groupes. En effet, pour les participants physiothérapeutes, « l'écoute » est moins abordée au cours de leur récit que pour les participants patients. Il en est de même pour la « relation patient-thérapeute » et « les messages transmis », et les « conséquences du discours » ou « l'importance des mots » sont bien plus présentes chez les participants physiothérapeutes que pour les participants patients.

Pour des sujets semblables abordés par le guide d'entretien, des divergences entre les parties apparaissent au niveau des priorités de chacun dans le discours. Dans la partie suivante, le point de vue de chacun est détaillé en fonction des thèmes et sous thèmes, articulé autour d'extraits de récits.

4.3 Analyse des déclarations

Les résultats sont présentés en deux parties, selon les deux grands thèmes principaux. Les sous-thèmes évoquent les points de vue de chacun des participants dans chacun des grands thèmes. Dans un souci de regard croisé, le point de vue des patients est exposé en alternance avec celui des physiothérapeutes.

4.3.1 Thème 1 : le langage dans un objectif thérapeutique

4.3.1.1 Comprendre et faire comprendre la douleur

Les patients expriment, d'une part, le besoin d'être écouté et compris, et, d'autre part, la nécessité de comprendre ce qui leur arrive et pourquoi ils souffrent, afin d'atteindre leurs objectifs thérapeutiques. Le patient CHUVP1 (64 ans, M) rapporte la chose suivante : *« Il y a quelques grands principes, de ce qu'est la douleur, la gestion de la douleur, comment l'appréhender, comment limiter son activité quand on a mal, etc. Je pense que dans un cabinet de physio, ou même un physio d'hôpital, on pourrait l'expliquer un minimum. Les gens ont besoin de comprendre, je pense, ce qu'il se passe dans leur corps et comment on peut changer ces choses. »*

Le patient CRR-SUVAP1 (53 ans, M) abonde dans ce sens : *« C'était utile qu'il m'explique qu'il m'avait bien compris et qu'il le fasse. Mais on se rend vite compte s'il va au bon endroit, s'il fait ce qu'il faut, c'est évident pour moi... »* Cette compréhension de la douleur, de la pathologie et des soins pratiqués, certains participants l'ont découvert à l'école du dos. Pour eux, elle était insuffisante en dehors du contexte de l'école du dos. Le patient CHUVP1 (64 ans, M) raconte : *« Moi j'ai un peu l'impression que le traitement traditionnel physio, il est un peu mécanisé, et on n'a pas le temps, ni l'un ni l'autre, d'aller au fond des choses. Et puis si on prend l'école du dos, c'est une somme de connaissances qui s'appliquent sur vous, et aussi, on vous donne la parole avec les psys, avec les ergothérapeutes, etc... nous, en tout cas, dans le groupe qu'on était, on a passé beaucoup de temps à parler de la douleur que de la douleur... qu'est-ce que c'est la douleur, pourquoi la douleur, comment la douleur, etc... puis au bout du compte, quand on commence à comprendre, ça change complètement la perspective ... C'est aussi l'école du dos qui me fait penser à ça, que c'est la première fois qu'on a des échanges bilatéraux on va dire... »*

Certains participants s'expriment sur ce besoin de compréhension de la thérapie, qu'ils n'ont jamais reçu en dehors de l'école du dos : *« Le physio ou le soignant expliquaient rarement ce qu'ils font... »* Dans ce sens, le patient CHUVP1 (64 ans, M) a fait la remarque suivante à propos des soins qu'il a vécus avant son séjour à l'école du dos : *« Il y a un manque complet d'informations, sur la façon dont on est traité en tant que patient, sur la durée du traitement, sur la validité ou pas, etc. »* Cependant, les physiothérapeutes répondent au besoin de

compréhension évoqué par les patients : « *Je pense que le patient va plus adhérer à la thérapie s'il comprend pourquoi on fait les choses. Si on explique le pourquoi des exercices, il se dira que c'est important pour lui.* » (CRR-SUVAPH1, 29 ans, F)

Dans le sous-thème « messages transmis par le thérapeute », une physiothérapeute (CRR-SUVAPH3 49 ans, F) explique que « *si le patient ne voit pas un intérêt là-dedans, et qu'on n'arrive pas à lui faire comprendre l'importance de cet aspect thérapeutique, et bien c'est sûr que ce sera plus difficile de le motiver dans son parcours thérapeutique, et dans l'amélioration de son problème* ». Le physiothérapeute CHUVP2 (26 ans, M) évoque qu'il rencontre parfois une certaine difficulté et un besoin de devoir se mettre au niveau du patient : « *Moi je trouve effectivement, entre ce qui est dit par le professionnel de la santé et ce que le patient comprend, il y a un petit peu, pas forcément toujours des explications très claires, et le patient, des fois, interprète ou complète un peu en disant ce que lui a compris, même si ce n'est pas toujours très juste... Et puis du coup on se retrouve avec des explications qui sont à demi-mots entre ce qu'il a compris de ce que le médecin lui a dit ou le professionnel de la santé et puis ce que lui pensait, et puis du coup c'est problématique... l'interprétation due au manque d'information, joue un rôle.* »

Ainsi, il existe un décalage entre le besoin de compréhension évoqué par les patients et la réponse des physiothérapeutes. En effet, bien que les physiothérapeutes aient conscience de ce besoin et agissent en fonction de ce dernier, les patients considèrent que leurs attentes concernant ce besoin ne sont pas toujours satisfaites.

4.3.1.2 L'importance des mots

Dans le sous-thème de « l'importance des mots », certains patients évoquent avoir des difficultés à comprendre le langage des physiothérapeutes, qui peuvent expliquer le décalage ressenti : « *Un jargon médical qui ne nous est pas forcément familier, où il y a des termes qui sont utilisés et dont on n'a pas forcément connaissance ... et il est vrai qu'il y a la moitié des gens qui n'osent même pas demander...* » (CHUVP3, 48 ans, F) De même, le patient CHUVP2 (47 ans, F) trouve que les médecins et physiothérapeutes devraient « *se donner un peu plus la peine de parler le langage de l'être humain et non pas le jargon médical* » pour favoriser la compréhension entre le patient et le thérapeute.

Le point de vue des physiothérapeutes diffère sur ce point, car ils ont conscience de ce manque de compréhension, mais le justifient autrement. Le physiothérapeute CHUVP3 (35 ans, M) évoque les contextes socioculturels des patients, ainsi que leur niveau cognitif : « *Si je suis honnête, je pense que j'ai des meilleurs résultats avec les patients qui cognitivement sont plus réactifs, auront une meilleure compréhension, qu'avec des patients peut-être moins éduqués ou d'une langue étrangère, car dans les traitements que je donne, il y a toujours de l'éducation thérapeutique, il y a beaucoup de compréhension, etc...* »

Le physiothérapeute CRR-SUVAPH3 (49 ans, F) rejoint cette réflexion en appuyant sur les problèmes linguistiques que les thérapeutes peuvent rencontrer : « *Il y en a qui ne parlent pas notre langue, et donc c'est encore plus compliqué d'aborder des sujets comme la douleur, expliquer à ces personnes qui veulent avoir des réponses mais pour qui la compréhension n'est pas aisée. C'est une difficulté en plus pour nous... de bien expliquer, bien trouver les mots, sans réduire trop le sens de ce que l'on veut dire* »

De même, le physiothérapeute CHUVPH2 (26 ans, M) relève l'importance des compétences de communication pour parvenir à se faire comprendre du patient : « *Mais après je pense que c'est aussi dépendant du style du physio, moi je travaille beaucoup par la communication, donc forcément, quand la communication est plus difficile, j'ai moins d'outils... il faut que je m'adapte, etc.* »

De manière encore plus précise, en ce qui concerne l'importance des mots, les points de vue divergent quant à l'importance du vocabulaire utilisé. D'un côté, par exemple, un patient (CRR-SUVAP1, 53 ans, M) cherche à comprendre, peu importe le mot utilisé : « *Qu'il emploie n'importe quels mots ... ça n'a pas d'importance pour moi, je sais de quoi il parle et je sais ce qui ne va pas.* » D'un autre, le physiothérapeute attache de l'importance aux mots employés et aux conséquences dues à l'interprétation par le patient. Cette citation de CHUVPH3 (35 ans, M) est représentative de l'avis partagé des physiothérapeutes : « *C'est toujours à double tranchant selon les termes que l'on associe. Nous, on le comprend d'une manière, mais ce que lui interprète à ce mot, ce n'est pas forcément la même chose. L'exemple de la lésion et de la douleur, peut être que pour lui si on emploie le mot "lésion" c'est plus grave encore. Il peut voir quelque chose de cassé, d'irréversible.* »

De même, le physiothérapeute CRR-SUVAPH3 (35 ans, M) évoque le décalage possible dans la compréhension de la douleur au niveau de la vision biomécanique, qui s'oppose à celle, biopsychosociale, du patient : « *Personne qui n'a pas connaissance de la douleur, quand on parle des douleurs chroniques, dit : "oui mais ce n'est pas dans la tête, j'ai vraiment quelque chose qui fait mal". Du coup il y a une certaine méfiance qui s'installe rapidement... C'est effectivement bien de parler plutôt d'une douleur qui persiste, plutôt que quelque chose de chronique.* »

4.1.3.3 Le poids des mots du point de vue des physiothérapeutes

Les physiothérapeutes attachent un peu plus d'importance à la valeur des mots, aux notions positives et négatives de ce qu'ils sont en train d'expliquer, ou à être les plus rassurants possible grâce aux mots qu'ils utilisent : cela explique pourquoi le sous-thème « conséquence du discours » est plus fréquent dans les écrits des *focus groups* physiothérapeutes. Ainsi, les physiothérapeutes se rejoignent quant à l'utilisation de certains mots. Le physiothérapeute CRR-SUVAPH1 (29 ans, F) explique la raison de cette précaution : « *Je pense qu'il y a*

certaines mots que je ne dirai pas, par exemple "c'est grave ou pas grave" ou "c'est dangereux ou pas dangereux"... Ce sont des mots un peu plus forts... » Le physiothérapeute CHUVPH4 (27 ans, M) prend les mêmes précautions : *« Je n'utiliserai jamais le mot "ce n'est pas grave". Mais oui : "je vous entends bien, et je comprends que c'est stressant." Cela fait quand même six mois, elle est déjà dans la chronicité... Ça c'est aussi un gros problème, si on vient dire à un chronique que ce n'est pas grave il ne va pas comprendre, alors pourquoi on l'a arrêté six mois... »*

Le physiothérapeute CHUVPH2 (26 ans, M) considère qu'il est préférable *« de ne pas utiliser une forme de négation. Pour que le cerveau ne capte pas forcément cette négation-là. Par exemple au lieu de "ça ne va pas faire mal", où on a la douleur, on a le mot mal j'utiliserai plutôt "ce n'est pas très agréable" ».*

Le genre d'expériences relatées par les physiothérapeutes laisse penser que, même si les patients affirment que les mots utilisés n'avaient pas une importance particulière, les physiothérapeutes remarquent un effet « nocebo » lorsque les mots sont mal choisis : *« Je pense que beaucoup de professionnels de la santé ont un effet "nocebo" très important sur les patients... (acquiescé par les autres). Avec une IRM qui va montrer quelque chose, avec un discours catastrophisant, etc. Avec "il va falloir faire très attention" ... je pense que beaucoup de professionnels de la santé ont un discours négatif, qui va mener à une chronicité des lombalgies. »* (CHUVPH1, 53 ans, F)

Les physiothérapeutes se rejoignent avec le témoignage de CRR-SUVAPH3 (49 ans, F), pour décrire l'importance du langage dans leur discours, dans le but de renforcer l'auto-efficacité des soins par le patient : *« Avoir un discours rassurant dans ce type de situation, de savoir quelle est la connaissance de la douleur de la part du patient. Qu'est-ce que ça lui amène au niveau des émotions ... On voit qu'elle est effectivement anxieuse, qu'elle a peur de bouger, qu'il y a une sorte de kinésiophobie derrière... [...] de savoir identifier un peu ça... de pouvoir l'amener dans un parcours thérapeutique, à lui montrer qu'elle a encore des capacités, et souvent beaucoup de capacités. Souvent les patients, ils s'autolimitent ou ils se sous-estiment ... et puis qu'après un épisode douloureux, il est possible qu'il y ait encore des douleurs résiduelles mais qu'il faut les prendre et les accompagner dans ce sens. »*

4.1.3.4 Besoin de personnalisation par les patients

Au cours de leur récit, les patients évoquent leur besoin « de personnalisation du soin » : *« Et puis ça aide, la communication entre le physio et le patient d'une part, et puis on se comprend mieux... Et au fil du temps on se connaît de mieux en mieux, il arrive à adapter son travail sur nos douleurs, sur nos demandes aussi certainement... Il arrive à nous conseiller aussi. »* (CRR-SUVA P1, 53 ans, M) Dans une approche visant à considérer les patients comme partenaires et acteurs de leurs soins, ils ont besoin d'être au centre de la thérapie et

de reconnaissance de leurs douleurs. À propos du sous-thème « l'adaptabilité des soins », le patient CHUVP2 (47 ans, F) évoque ce phénomène de personnalisation : « *Mais comme je dis on est tous des individus différents, on n'a pas les mêmes parcours et les thérapeutes doivent s'adapter à la personne et à sa pathologie.* »

Cette personnalisation du parcours de soin est décrite dans plusieurs citations de patients : « *Il adapte à chaque fois son traitement... Il y a le traitement général, quand tout va bien et qu'il n'y a pas trop trop de douleurs, et puis quand c'est vraiment particulier il adapte pour essayer de me soulager mais il adapte, oui, il me connaît, et il connaît les points sensibles et les points récurrents...* » (CRR-SUVA P1, 53 ans, M)

L'adaptabilité du soin se traduit aussi par le langage, qu'il s'agisse de la communication entre les thérapeutes ou de la communication entre patient et thérapeute. Les patients et physiothérapeutes s'accordent sur ce point. Le patient CHUVP2 (47 ans, F) considère que ce sont « *les médecins qui doivent plus communiquer avec les thérapeutes* ». Cependant, les physiothérapeutes rejoignent le physiothérapeute CRR-SUVA PH (29 ans, F) qui évoque un besoin d'informations par les patients sur leurs douleurs et leur parcours thérapeutiques pour adapter ses soins : « *Je pense qu'on va demander quel type de douleur ? ... On va investiguer la douleur... Si c'est quelque chose qui reste supportable et de basse intensité, et bien on va le rassurer et lui dire : "c'est normal, on travaille la zone..." Si c'est une douleur qui est plus intense et qui est vraiment désagréable, là on va adapter l'exercice et faire différemment.* »

4.1.3.5 Langage et représentations du patient

Les physiothérapeutes expriment, dans leur récit, l'impact de certains discours sur les représentations des patients. La citation du physiothérapeute CRR-SUVAPH1 (29 ans, F) illustre cette idée : « *On a eu des patients pour qui les premiers mots qu'ils ont entendus, que ce soit aux urgences, des médecins ou de certains physios, ça les marque et puis ils nous disent : "Oui mais mon médecin il m'a dit de ne surtout pas faire ça..." Et puis cela les marque... Il y a des mots qui sont pas mal ancrés... Du coup, nous on est là, bon, cela fait deux ans qu'ils pensent cela, donc ça va être dur de modifier leur avis en fait... Je pense que si dès le départ on a un langage qui est plus rassurant... sans faire peur à l'entrée [...] je pense que ça les marque moins. En tout cas, j'avais en tête un patient, qui avait une kinésiophobie, parce que lui d'entrée on lui a dit qu'il avait failli mourir, que son dos serait très faible, qu'il a eu des fractures et que du coup lui dans sa tête il s'est dit qu'il ne devait plus bouger, etc... C'était tellement ancré en lui, qu'après c'était dur de changer ses croyances...* »

Le physiothérapeute CHUVP2 (26 ans, M) évoque d'autres causes qui peuvent influencer sur les représentations des patients, comme les différences socioculturelles : « *Oui, surtout que parfois il y a des croyances, car il y a une méconnaissance, une différence sociale et culturelle aussi...* » D'un autre côté, le physiothérapeute CHUVP5 (32 ans, M) explique que certaines

des représentations des patients peuvent être modifiées par l'explication des mécanismes de la douleur : « *L'expérience positive par les exercices peut déclencher une mise en confiance de la patiente ou du patient. Par contre, je suis d'accord aussi avec mes collègues sur le fait que certains éléments sont quand même essentiels, surtout qu'une grande partie des douleurs sont basées sur des mauvaises croyances. Si on n'explique pas initialement les mécanismes de la douleur avant l'expérimentation positive, je ne suis pas sûr que cela fonctionne au même niveau que l'expérimentation positive...* »

Le physiothérapeute CRR-SUVAPH 1 (29 ans, F) utilise le langage pour expliquer, rassurer et lutter contre certaines représentations inutiles pour l'évolution du patient : « *Je pense aussi [à l'impact du] diagnostic que les médecins emploient. Si par exemple, on leur dit juste : "Là vous avez une hernie discale..." Ben ça va peut-être leur faire penser à des cas qui ont eu des hernies discales ou ils vont dire que c'est forcément grave... Alors que si on aborde la chose un peu différemment, et puis qu'on explique qu'il y a des hernies discales qui ne sont pas symptomatiques, et puis... la manière dont on amène le diagnostic aussi fait que les gens vont penser que c'est grave ou un peu moins grave.* »

Au cours de leur récit, les patients relatent clairement leurs différentes représentations de la douleur, de la pathologie et des soins. Le patient CHUVP1 (64 ans, M) exprime, par exemple, sa représentation de la douleur : « *Cette espèce d'escalade de moins on bouge, plus on a mal ! Donc moi j'ai cru pendant longtemps que ça pouvait bouger, le bassin n'était pas droit, qu'il y avait une mauvaise bascule...* » Le patient CHUVP3 (48 ans, F) confirme l'existence de cette représentation : « *De se dire, je peux faire un truc, mais mon dos ne va pas se casser, ou je ne vais pas forcément avoir plus mal car je fais telle ou telle chose. Et ça je trouve que dans la pensée, c'est très important.* »

Les physiothérapeutes se rejoignent pour expliquer comment, à travers le langage, ils agissent sur les représentations du patient afin qu'elles deviennent un atout dans leurs objectifs thérapeutiques : « *On explique que quand on bouge un peu plus il va y avoir une certaine douleur qui sera présente mais ce n'est pas forcément négatif. Son corps a besoin de s'adapter et de trouver ses stratégies et on explique qu'au début une douleur peut apparaître, mais c'est une douleur qui est normale. On va alors plutôt rassurer le patient.* » (CRR-SUVAPH2, 42 ans, M)

4.1.4 Thème 2 : le langage comme objectif relationnel et émotionnel

Au cours des *focus groups*, les patients expriment à la fois leurs besoins (d'être écouté, d'établir une bonne relation avec leur thérapeute, de se sentir en confiance) et leurs émotions (la peur, la colère, l'abandon, etc.). Pour répondre à ces besoins et émotions, le langage prend une place importante.

4.1.4.1 La relation entre patient et thérapeute

Le sous-thème de la « relation entre patient et thérapeute » prend son importance dans cette seconde partie. Les patients se sont accordés pour exprimer l'importance incontournable de cette relation, à l'image du témoignage du patient CRR-SUVAP1 (53 ans, M) : *« Je ne pourrais pas aller voir un physio si je n'ai pas confiance en lui, s'il ne comprend pas ce que je dis... s'il ne comprends pas ce que j'ai, si je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas.... Et en plus il ne faut pas oublier qu'il nous touche... si on a quelqu'un qu'on ne peut pas piffrer et ça arrive, c'est compliqué... »* Le patient CRR-SUVAP2 (52 ans, F) a confirmé ces propos : *« Alors moi je suis aussi tout à fait d'accord avec lui, et je pense que la relation elle fait, bon il y a aussi les exercices, mais les 90 % c'est la relation. »* Enfin, le patient CHUVP2 (47 ans, F) explique qu'une bonne relation favorise la collaboration au traitement : *« Le fait de comprendre ses douleurs, et de suivre les traitements main dans la main avec le physio, finalement on va progresser, et on peut arriver jusqu'à ne plus avoir de douleur. »*

4.1.4.2 La transmission de messages entre patient et physiothérapeute

Le « message transmis » accompagne le sous-thème de « la relation patient-thérapeute ». En effet, les physiothérapeutes et les patients se sont accordés pour dire qu'il existe une interdépendance entre la qualité de la collaboration du patient et la relation. Le patient CRR-SUVAP1 (53 ans, M) l'exprime de la manière suivante : *« C'est un ensemble de toute manière... Comme on a dit jusque maintenant si c'est un physio avec qui ça passe bien, qui nous explique bien, etc... qui sait comment nous traiter, qui nous donne des conseils, ça va suivre de toute façon. Donc c'est clair pour moi, et si je ne comprends pas, il va m'expliquer jusqu'à ce que je comprenne. Et la confiance étant là je fais ce qu'il pense être le mieux pour moi. Voilà... et c'est clair et je l'applique bien sûr. »*

Le patient CRR-SUVAP4 (48 ans, M) ajoute que *« la relation, elle fait beaucoup dans la douleur »*. Le physiothérapeute CRR-SUVAPH1 (29 ans, F) explique à son tour ce phénomène : *« C'est aussi la relation thérapeutique, comme on disait avant, qui a un impact sur l'évolution du patient... Ben justement avec une possibilité de bien communiquer on arrive parfois, si le patient comprend au moins ce qu'on veut faire avec lui, et pourquoi on le fait ... S'il y a cette relation thérapeutique positive, et bien c'est plus facile. Donc la communication c'est quelque chose d'extrêmement important en général, mais encore plus dans la douleur chronique. »*

Ainsi, les physiothérapeutes ont conscience du fait que si la relation est bonne, le patient est plus à l'écoute. Dans cette mesure, le langage leur offre la possibilité de mieux expliquer, mais aussi de rassurer : *« Moi je pense surtout la relation qui est liée au langage... Si on a une communication trop directe, trop agressive avec la personne, la relation ne sera probablement pas de confiance totale... et du coup on aura moins d'effet par rapport aux*

thérapies que l'on fait... On voit très bien les patients qu'on suit depuis longtemps, ..., si on a des relations un peu plus détendues, de confiance... Et bien souvent ils sont plus satisfaits des résultats de la thérapie, plutôt qu'avec des gens qu'on ne sent pas et avec qui on n'arrive pas à avoir ce type de relation... » (CRR-SUVAPH3, 49 ans, F)

4.1.4.3 Le rôle central de l'écoute

Les patients racontent que, parfois, selon leur niveau de douleur, ils ne sont pas toujours à l'écoute : *« Mais c'est vrai que parfois la douleur nous rend moins disponibles. »* (CRR-SUVAP4, 48 ans, M). Cependant, certains patients rapportent également que c'est parfois le thérapeute qui n'est pas à l'écoute : *« En fait, j'ai l'impression qu'ils nous écoutent, mais qu'ils ne nous entendent pas. La nuance est claire, tu peux écouter, mais si tu n'entends pas ce que j'ai à te dire, ben on n'y arrivera pas. »* (CHUVP2, 47 ans, F). Le patient CHUVP1 (64 ans, M) apporte quelques précisions à propos de l'écoute : *« C'est cette vieille notion, un peu protestante, de celui qui sait et puis celui qui ne sait pas. Et puis c'est vrai, que j'ai le privilège d'être assez âgé, et quand je vois des jeunes médecins assistants, comme ils vous traitent ou comme ils vous parlent, c'est hallucinant ! Hallucinant ! Ça ne me choque même plus, mais on a juste envie de lui fiché deux claques, c'est juste méprisant ! Et là, je pense que le monde médical a monstre à faire... Et moi je veux bien qu'ils soient stressés, et puis qu'ils n'aient pas le temps mais c'est une vraie question ! »*

Le point de vue des physiothérapeutes diffère à ce niveau, car ces derniers affirment être à l'écoute : *« J'essaierai d'avoir un discours premièrement rassurant, aussi de normaliser un petit peu en disant que ce n'est pas un événement exceptionnel. Tout en étant à l'écoute de ses plaintes et ses douleurs... de dédramatiser un petit peu ses douleurs, la situation. D'éviter une sorte de catastrophisme. »* (CHUVP2, 26 ans, M)

Pour le physiothérapeute CRR-SUVAPH3 (49 ans, F), l'écoute est importante, en particulier en début de traitement, car elle engage l'attitude du patient dans la suite des soins : *« Personnellement je pense que le patient consulte pour également être écouté... Si on vient et que l'on attaque directement avec des exercices car c'est dans notre idée et que dans la lombalgie chronique il faut faire du renforcement ..., ça ne va pas le faire... Je pense qu'il faut faire vraiment part d'une bonne écoute active... que les patients se sentent écoutés, qu'on puisse éventuellement lui apporter des explications, ou que lui-même sorte des explications ou des propositions, des pistes d'améliorations, et voilà... dans notre métier, l'empathie fait partie. »*

Ce décalage peut être atténué par la compréhension des « messages transmis » du patient au thérapeute et inversement. Le physiothérapeute CRR-SUVAPH1 (29 ans, F) souligne également l'intérêt de comprendre ce que le patient a compris de sa consultation médicale, pour éventuellement reprendre des éléments d'explications. Cette physiothérapeute explique

qu'elle joue un rôle de traducteur de l'information médicale : « *Moi j'aime bien demander, car souvent ils ont la visite médicale, et je demande au patient : "Ils vous ont dit quoi les médecins ?" Et nous on est allé au colloque, donc on sait plus ou moins ce qui a été dit... mais je leur pose la question pour voir ce qu'ils ont compris en fait, des médecins ou des différents examens qu'ils ont faits... Et des fois, il est intéressant de voir qu'ils n'ont pas forcément compris juste. Et puis après, cela me permet de retransmettre au colloque qu'il faut reprendre certains aspects du diagnostic car ça n'a pas été compris. »*

4.1.4.4 Les émotions

Les patients interrogés ont expliqué avoir ressenti une émotion de peur. Le patient CHUVP3 (48 ans, F) a décrit une peur, plutôt dans le sens de la protection (peur de la manière dont il va être touché) : « *Au début j'étais très anxieuse, que je devais savoir absolument tout ce que l'on me faisait... sinon je faisais des grosses crises d'angoisse et tout... »* Le patient CHUVP1 (64 ans, M) décrit plutôt une peur correspondant au fait de ne pas être compris par quelqu'un qui n'a jamais ressenti cette douleur : « *La personne qui n'a jamais ressenti la petite décharge électrique en bas à droite ou en bas à gauche, on peut lui expliquer tout ce qu'on veut, c'est difficile à comprendre. Et la crainte que ça revienne justement... »*

Les physiothérapeutes ont conscience de la présence d'une émotion de peur chez les patients, mais l'expliquent par la connaissance du diagnostic et ses conséquences, « *parce que c'est soulageant d'avoir eu un diagnostic à leur problème, mais aussi angoissant »* (CHUVP1, 53 ans, F). Les professionnels de santé ressentent que cette émotion de peur impacte la qualité d'écoute du patient et son engagement dans le soin. Le physiothérapeute CHUVP2 (26 ans, M) décrit ce phénomène de la manière suivante : « *Il sera inquiet, il risque d'être fermé »*.

En conséquence, le physiothérapeute CHUVP3 (35 ans, M) raconte comment il diminue cette peur chez le patient : « *[Il faut] limiter tout ce qui est mots qui viendraient angoisser, stresser la patiente, comme "grave, importante" ... qui pourraient lui faire penser que du coup, ce qu'elle a, c'est potentiellement plus grave que ce qu'elle pensait, ou ça confirme ce qu'elle pensait. Un peu comme a dit mon collègue, la rassurer, dédramatiser la situation »*.

L'ensemble des physiothérapeutes a rejoint le physiothérapeute CHUVP3 (35 ans, M) à ce propos. Le physiothérapeute CRR-SUVAPH3 (49 ans, F) a également souligné les conséquences d'un discours maladroit : « *On voit qu'on a utilisé le mauvais mot dans le visage du patient, et donc là après c'est un petit bout de chemin pour rattraper ce qu'on vient de dire. »*

Les patients décrivent également ressentir de la colère face à la douleur : « *Et puis, je pense qu'il n'y a pas beaucoup de filtres dans nos communications, quelques soient les termes*

utilisés. *Il y a des jours, on arrive on a envie de tout casser tellement on a mal* » (CRR-SUVAP4, 48 ans, M).

En conséquence, le physiothérapeute CHUVPH3 (35 ans, M) évoque la nécessité de reconnaître la douleur du patient : *« C'est aussi reconnaître que l'on comprend la situation, de nous, mettre les mots sur la douleur, sur son ressenti, les difficultés qu'elle peut rencontrer. »* Il évoque aussi la nécessité de calmer la peur par le langage, *« de faire comprendre que justement douleur n'est pas forcément associée à lésion et inversement. Une fois que le mécanisme de la douleur est mieux compris, ce n'est pas un mot qui fait peur »*. Dans ce sens, le physiothérapeute CRR-SUVAPH3 (49 ans, F) confirme que le fait de mieux cerner l'émotion du patient permet de mieux comprendre ses craintes et d'expliquer le parcours thérapeutique : *« [Cela permet] de savoir quelle est la connaissance de la douleur de la part du patient. Qu'est-ce que ça lui amène au niveau des émotions... On voit qu'elle est effectivement anxieuse, qu'elle a peur de bouger, qu'il y a une sorte de kinésiophobie derrière... de savoir identifier un peu ça... de pouvoir l'amener dans un parcours thérapeutique, à lui montrer qu'elle a encore des capacités. »*

4.1.4.5 La recherche de soutien par les patients

Les patients se sentent perdus : *« Je voulais qu'on s'occupe de moi car je ne savais plus comment faire... »* (CRR-SUVAP2, 52 ans, F). Le patient CRR-SUVA P2 (52 ans, F) raconte le réconfort qu'il a trouvé lors des séances de physiothérapie : *« Et donc, pour moi, ça a été vraiment très très important quand j'ai vu mon physio car ça a été le soutien, on parle de la douleur mais on parle aussi plein d'autres choses... À chaque fois il me demande comment ça a été, les choses que j'ai pu faire... Enfin oui, c'est un soutien plus plus plus... »*

En effet, le physiothérapeute est un thérapeute qui passe beaucoup de temps avec le patient, principalement en centre. Le physiothérapeute CRR-SUVAPH1 (29 ans, F) raconte les bénéfices : *« Puis on a de la chance aussi avec les patients internes, c'est qu'on les voit beaucoup en thérapie, plusieurs fois par jour, et du coup on connaît plus rapidement les patients, ou peut-être ils se livrent plus facilement car ils sont là tout le temps.... Il y a des éléments qui ressortent car on les voit plus, on les connaît mieux, etc..., on a vraiment le temps de parler de leur douleur, de leur vision de leur douleur. »*

En décrivant le temps passé avec le physiothérapeute, le patient CRR-SUVAP4 (48 ans, M) explique les avantages de cette relation : *« Cette personne est vraiment un fil rouge dans ma vie, elle a vu toute mon évolution... Avec mes douleurs en dents de scie... et tous mes états d'âme... Il n'y a personne qui ne me connaît mieux que ma physio... »* Enfin, le patient CRR-SUVAP2 (52 ans, F) explique qu'il a pu exprimer ses émotions et que, grâce à la relation thérapeutique, le physiothérapeute a pu gérer la situation : *« D'ailleurs quand je sors de mon physio, alors si j'arrive avec le moral tout en bas, ça peut-être à cause de la douleur mais ça*

peut être dû à tout autre chose, et ben je ressors toujours avec le sourire... Et là je me dis, il est fort, il a gagné, car au fond ça fait partie du truc. »

5 DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude a été d'explorer et de mieux comprendre le processus d'interaction qui a lieu entre le patient et le physiothérapeute en matière de communication verbale sur la douleur. Deux éléments sont essentiels dans cet objectif : la communication et le processus d'interaction. La communication correspond à l' « action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse » (Larousse, s. d.). Cela signifie que la communication est un processus interactif, qui nécessite l'engagement de deux personnes, ce qui confirme le deuxième élément essentiel de l'objectif, « le processus d'interaction entre le patient et le physiothérapeute ». Formé par le rapprochement des termes « inter » et « action », l'interaction, dans son étymologie même, suggère l'idée d'une action mutuelle, en réciprocité, de plusieurs éléments. Dans le champ des relations humaines, l'interaction intervient comme une contraction de l'expression « interaction sociale », définie comme une « relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre » (Marc & Picard, 2016). Ainsi, la notion de relation prend son importance, car elle émerge des deux éléments de l'objectif.

Pour explorer ce phénomène, nous avons confronté la perception de la communication verbale sur la douleur point de vue des patients avec le point de vue des physiothérapeutes. La population étudiée nous a permis d'obtenir un point de vue, mais qu'il n'est pas possible de généraliser sur l'ensemble de la population. En effet, les profils des personnes interrogées sont diversifiés en matière de genre, de niveau d'éducation ou de durée des douleurs pour les patients, et en matière de genre, d'années d'expérience et de formations post-grades pour les physiothérapeutes, mais cet échantillon est trop faible en nombre (sept patients et huit physiothérapeutes) pour que les résultats puissent être généralisés. D'autre part, les populations étudiées proviennent de centres de rééducation, qui pratiquent l'éducation thérapeutique et où les thérapeutes disposent de plus de temps de soins avec les patients que ceux qui pratiquent en cabinet privé. La majorité des patients suit, au moment de l'étude, la thérapie au sein de ces centres ; seuls deux d'entre eux l'ont terminée. Ce contexte transparaît dans certains résultats. En effet, les résultats du questionnaire Oswestry rempli par les patients montrent que ces derniers présentent généralement un handicap modéré à sévère, que deux d'entre eux ont un handicap léger et qu'aucun ne présente de handicap majeur. Ensuite, en ce qui concerne les représentations associées aux principaux facteurs de risque de

chronicisation, le Back-PAQ révèle des représentations plutôt adaptées, avec un score moyen de 100 pour les patients, et des croyances favorables pour les physiothérapeutes, avec un score moyen de 70. Ainsi, les points de vue des patients et des physiothérapeutes de l'étude sont influencés par ce contexte.

5.1 Du point de vue des patients

5.1.1 Besoin d'être écouté, compris, et de comprendre

Les patients expriment le besoin d'être écouté et compris. Ils évoquent ces besoins afin de raconter leur douleur et l'impact de cette dernière sur leur pathologie, mais aussi leur vie. Ils ont besoin de percevoir que le physiothérapeute a entendu leur récit et compris leur histoire. En effet, les patients pensent que, s'ils sont entendus et compris, le traitement sera personnalisé. Ce besoin de compréhension de leur pathologie et de leurs douleurs apparaît dans l'étude de Snelgrove et Lioffi (2013) : les patients lombalgiques décrivent une bonne consultation comme un partenariat permettant de prodiguer des soins individualisés, de donner des explications claires et réconfortantes, et de discuter des problèmes psychosociaux.

Durant le présent travail, les patients ont également exprimé la nécessité de comprendre les mécanismes de leurs douleurs, ainsi que le processus thérapeutique. Certains décrivent d'ailleurs la manière dont ils ont été éclairés par l'éducation thérapeutique enseignée à l'école du dos. Le fait de comprendre permet aux patients de dédramatiser la situation et, éventuellement, d'envisager une solution. Pour parvenir à ce résultat, les patients ont évoqué la nécessité que le thérapeute se mette à leur niveau pour les aider à comprendre correctement. Ils ont raconté leur difficulté à comprendre le « jargon médical », mentionné à deux reprises, ou les divergences de discours entre les différents thérapeutes rencontrés.

5.1.2 La relation thérapeutique

Les patients ont exprimé le besoin d'une bonne relation thérapeutique pour pouvoir livrer leurs douleurs et se confier sur le contexte de leur lombalgie commune. Ils ont ajouté que, si la relation avec le thérapeute est bonne, ils se sentent plus en confiance et s'ouvrent plus facilement. De même, ils sont plus à l'écoute de leur thérapeute, ce qui facilite l'interaction entre les deux parties. Les patients souhaitent que la relation thérapeutique constitue une interaction pouvant être décrite comme une alliance thérapeutique.

Le concept d'une bonne alliance thérapeutique, qui améliore l'engagement dans les soins, est également présent dans la littérature : « Les patients subissant une physiothérapie pour une lombalgie chronique avec une alliance thérapeutique forte ont montré une augmentation allant jusqu'à quatre points sur une échelle de 0 à 10 de l'effet global perçu par rapport à ceux avec une alliance thérapeutique faible. » (Ferreira et al., 2013)

Les patients ont souligné que si cette relation est forte, ils saisissent si le thérapeute a bien compris leur discours ou non. La confiance envers le thérapeute s'en trouve renforcée, ainsi que l'adhésion au traitement. Dans l'étude de Pozhar et al. (2019), la confiance envers le thérapeute est un facteur motivationnel qui facilite l'engagement des patients à poursuivre le traitement.

5.1.3 Les émotions

Le besoin d'être écouté décrit dans l'axe du « langage comme objectif relationnel, émotionnel » implique la présence de la notion d'émotions. Effectivement, cette dernière vient colorer la communication entre le physiothérapeute et son patient, qui décrit des émotions de peur et de colère face à leur douleur, voire d'abandon. Les émotions ressenties par le patient influent sur son comportement et sa compréhension. En effet, les patients ont exprimé que, lorsqu'ils se sentent angoissés de ne pas connaître l'évolution de leur douleur, qu'ils craignent d'avoir encore plus mal ou qu'ils sont simplement en colère car ils ne gèrent plus la douleur, ils ne sont plus à l'écoute de leur thérapeute et ne saisissent plus les explications ou informations sur leur pathologie. Selon Main et George (2011), l'impact émotionnel de la douleur peut aller de légèrement angoissant à écrasant. Le patient type se situe quelque part entre ces deux extrêmes, et il faut comprendre qu'un certain degré de détresse est approprié lorsqu'une personne est confrontée à une douleur persistante ou à des limitations associées à la douleur. Un plus grand niveau d'impact émotionnel est un prédicteur de chronicité (Nguyen et al., 2009).

Chez les patients qui ont développé une douleur chronique et des limitations significatives associées à la douleur, un changement d'identité personnelle, associé à une perte d'estime de soi et à une démoralisation est souvent constaté (Main & George, 2011), comme nous l'avons vu précédemment. Ainsi, les émotions exprimées par les patients pouvaient provenir du manque de compréhension de leur douleur ou de leur pathologie. En effet, ils ont expliqué que, lors de l'éducation thérapeutique, ils ont mieux compris le sens de la thérapie, ce qu'ils ont décrit comme salvateur et rassurant.

La littérature nous apprend que l'extériorisation des émotions de la douleur à travers le langage peut représenter une manière d'objectiver la douleur et de la transformer en quelque chose qui peut être traité et expulsé du corps. Cette séparation linguistique peut engendrer de l'espoir et permettre de faire face à la douleur (Munday et al., 2019). Dans la présente étude, certains patients ont raconté la manière dont ils expriment verbalement leurs émotions au physiothérapeute, lorsqu'ils sont anxieux par exemple. Le fait de pouvoir mettre des mots sur une émotion les aide à échanger concrètement avec le physiothérapeute à propos d'une notion plus subjective. Le fait de pouvoir nommer l'émotion observée permet aussi au patient de réaliser que le soignant prend en compte son état émotionnel lors de sa prise en charge.

Les patients sont en attente de soutien de la part de leur physiothérapeute, tant au niveau émotionnel que thérapeutique. Ils ont décrit qu'il est important pour eux d'être reconnus dans leur pathologie et leur douleur. Il s'agit d'une manière pour eux de valider leur pathologie et qu'elle ne soit pas classée comme étant psychologique.

5.1.4 Les représentations

Les patients préfèrent le terme « représentation » à celui de « croyance », car le premier prend en compte l'impact biopsychosocial. En effet, en sciences sociales, les représentations introduisent l'idée que toute signification donnée aux choses est construite socialement, dans un contexte donné (Apostolidis et al., 2002).

Les patients ont exprimé diverses représentations de la douleur ou des conséquences de leur lombalgie. Par exemple, pour certains, le fait de bouger engendrait la peur de casser leur dos. Cela indique que les représentations inappropriées des patients peuvent induire des mauvaises compréhensions. Les représentations anxiogènes sont souvent considérées comme des facteurs importants de détresse psychologique, de peur liée à la douleur et de comportements inutiles (Crombez et al., 2012 ; Darlow, 2016 ; Eccleston & Crombez, 2007). En raison de leurs conséquences négatives et de leur incohérence avec les preuves actuelles, les représentations inadéquates sur la lombalgie doivent être ciblées. Il s'agit d'une priorité majeure pour réduire l'impact sur la lombalgie (Buchbinder et al., 2018 ; Darlow, 2016 ; Hartvigsen et al., 2018). Les patients ont, par ailleurs, évoqué des représentations plus appropriées, comme le fait d'avoir pris conscience, au cours de la thérapie, de l'importance du mouvement dans l'amélioration des douleurs de la lombalgie. Cette prise de conscience est liée, entre autres, aux explications dont ils ont bénéficié. Christe, Pizzolato et al. (2021) ont utilisé le Back-PAQ dans leur étude pour identifier les attitudes et les représentations concernant la lombalgie dans la population générale de Suisse romande. Leur population a obtenu un score moyen de 113,2, avec un écart type de 10,6. Les résultats de la présente étude concernant le Back-PAQ indiquent un score moyen de 100, avec un écart type de 21, ce qui correspond à une population de participants avec moins de représentations inappropriées. Cependant, il ne faut pas omettre que ces résultats sont donnés à titre indicatif et que notre population a vécu une rééducation intensive en centre, et à l'école du dos pour certains. Cette comparaison est toutefois intéressante, car une étude à plus grande échelle serait nécessaire pour déterminer si l'éducation thérapeutique dans ces centres de rééducations apporte du bénéfice en matière de représentations.

5.2 Du point de vue des physiothérapeutes

5.2.1 *L'écoute, la compréhension du patient et les explications*

Du point de vue des physiothérapeutes, la notion du besoin de compréhension par les patients et d'écoute apparaît dans un but thérapeutique, relationnel ou émotionnel.

Les physiothérapeutes décrivent la nécessité de mettre en place une écoute active du patient pour mieux cerner son contexte biopsychosocial du patient et ses représentations de sa pathologie. Ils ont décrit leur manière de traiter et d'apporter des explications en fonction de ces éléments. Dans leur étude, Dean et al. (2005) ont recueilli des témoignages de physiothérapeutes qui cherchent à comprendre le contexte des patients et leur expérience de la lombalgie pour s'enquérir des opinions des patients et de leurs objectifs, afin de les aider à être actifs dans le traitement.

5.2.2 *Relation thérapeutique*

Comme les patients, les physiothérapeutes expriment l'importance d'une bonne relation thérapeutique. En effet, ils considèrent que le patient est plus à l'écoute et adhère mieux au traitement si la relation entre eux est bonne. Du point de vue des physiothérapeutes, la relation thérapeutique est particulièrement liée à la notion de patient-partenaire. Le partenariat de soins se définit comme une « relation de coopération/collaboration entre le patient et les intervenants de la santé qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages. Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient » (Deschênes et al., 2014). Ce partenariat entre le patient et le thérapeute, tissé dans le but d'accomplir les objectifs fixés, se définit, dans la littérature, comme une alliance thérapeutique (Bioy & Bachelart, 2010).

Dans la revue systématique de Pinto et al. (2012), trois facteurs verbaux ont montré de grandes associations positives avec l'alliance thérapeutique : le fait de discuter des options et de demander l'opinion du patient, d'encourager les questions et de répondre clairement, et d'expliquer ce que le patient doit savoir. La nécessité d'accorder une attention à la communication est accélérée par l'émergence de perspectives centrées sur le patient (Gifford, 2013). Lorsque Stenmar et Nordholm (1994) ont enquêté sur les perceptions des physiothérapeutes en ce qui concerne les facteurs les plus importants pour un traitement réussi, ils ont constaté que la majorité d'entre eux percevait la relation entre le patient et le thérapeute et les ressources des patients comme étant plus importantes pour le succès du traitement que le traitement lui-même. Selon Pinto et al. (2012), les facteurs de communication associés à l'alliance thérapeutique pourraient être considérés comme des facteurs qui partagent des éléments communs avec le concept de « soins centrés sur le patient ». De

même, dans la présente étude, les physiothérapeutes ont évoqué la notion d'écoute active, utilisée pour apporter des explications au patient ou afin de le rassurer. À travers cette notion, ils ont induit la notion de partenariat et la nécessité de prendre en compte le point de vue du patient.

5.2.3 L'importance des mots

L'importance des mots est soulevée, dans les résultats de l'étude, par les physiothérapeutes, au sujet des objectifs thérapeutiques du langage. Ils ont décrit prêter attention à l'utilisation de mots à connotation positive, rassurante. Un physiothérapeute a expliqué comment, par exemple, le message « ça ne va pas faire mal » peut être formulé avec des mots positifs, devenant « ce ne sera pas très agréable », et peut alors avoir un impact positif sur la réhabilitation du patient. De la même manière, si le thérapeute utilise la formulation « c'est difficile » au lieu des termes « incapable de », le patient ne se considérera plus comme étant dans l'impossibilité de faire, mais comme faisant face à un obstacle à surmonter.

Selon l'étude de Roberts et Bucksey (2007), selon la situation et les mots utilisés, la communication verbale peut être utilisée pour le transfert d'informations ou d'instructions, ainsi que pour transmettre de l'empathie afin d'établir une relation. L'efficacité de tout message verbal transmis à une autre personne repose sur sa capacité à écouter, entendre et assimiler le message de manière appropriée.

5.2.4 La gestion des émotions des patients

Les physiothérapeutes interrogés s'accordent pour dire que la prise en charge des patients atteints de lombalgie chronique implique de considérer les différentes émotions des patients, telles que la peur, la colère et le désarroi. L'écoute du physiothérapeute est nécessaire pour comprendre l'état émotionnel du patient.

Les physiothérapeutes ont conscience de l'importance du discours et des mots utilisés, et les emploient dans le but de rassurer le patient afin de diminuer le stress et l'anxiété. Ils sont conscients que les différentes émotions peuvent provenir de certaines représentations que les patients ont de la douleur ou de la pathologie. En effet, comme l'évoquent Munday et al. (2019), la représentation de la douleur entraîne, chez certains d'entre eux, des pensées catastrophiques.

5.2.5 Les croyances des physiothérapeutes

Le terme « croyance » est conservé lorsqu'il s'agit du point de vue des physiothérapeutes, car, comme nous l'avons évoqué en amont, en sciences sociales, la notion de croyance sert

à désigner l'adhésion à des idées, des opinions et des valeurs sans qu'une démonstration rationnelle, empirique ou théorique n'ait conduit à l'élaboration et l'adoption des croyances en question (Pudal, s. d.). Le terme « représentation » est utilisé pour désigner le point de vue des patients car cela correspond à l'idée selon laquelle toute signification donnée aux choses est construite socialement dans un contexte donné (Apostolidis et al., 2002).

Nous avons noté que l'état émotionnel ainsi que la compréhension des patients dépendent de leurs représentations sur la maladie, mais cela est également vrai pour les croyances des physiothérapeutes. Il est intéressant d'examiner les croyances des physiothérapeutes en matière de douleur lors de la rencontre thérapeutique. En effet, leurs croyances en matière de douleur pourraient potentiellement influencer leur approche thérapeutique, à travers le choix de la stratégie de traitement ou les conseils donnés aux patients (Christe, Nzamba et al., 2021). Au cours de la présente étude, les physiothérapeutes ont expliqué leurs croyances, comme le fait que le mouvement soit nécessaire au traitement de la lombalgie chronique. Ces croyances sont basées sur les dernières recherches scientifiques en matière de rééducation de la lombalgie. En effet, il y a plusieurs décennies, le mot d'ordre était de limiter les mouvements en cas de lombalgie.

Les physiothérapeutes ont décrit la manière dont les patients évoquent leurs représentations en fonction de leurs connaissances, de leur vécu ou de leurs relations. Par exemple, les physiothérapeutes ont raconté que certains patients craignaient de bouger car ils risquaient d'être paralysés à cause d'une hernie discale. Ainsi, il existe un décalage entre l'évolution scientifique de la physiothérapie, et l'évolution des connaissances au sein de la population en générale. Les physiothérapeutes ont souligné ce décalage et ont décrit l'importance de l'éducation thérapeutique pour y faire face. Les physiothérapeutes interrogés exercent une activité en centre de rééducation pour la lombalgie, ce qui exerce une influence. Selon les études de Roitenberg (2018) et Widerström et al. (2019), l'environnement de travail, le domaine d'expertise et le contact avec les patients lombalgiques semblent également influencer les conceptions de la lombalgie et les décisions cliniques, suggérant que les physiothérapeutes qui prennent en charge plus régulièrement des patients lombalgiques ont des croyances légèrement plus utiles. Au test du Back-PAQ, les physiothérapeutes de l'étude ont obtenu, en moyenne, un score de 70, avec un écart-type de neuf. À titre de comparaison, dans l'étude de Christe, Nzamba et al. (2021), qui a questionné 288 physiothérapeutes de Suisse romande en exercice, le score Back-PAQ moyen était de 82,7 avec un écart-type de 17,2. Ceci peut s'expliquer par le fait que les physiothérapeutes de l'étude disposent de temps pour expliquer les bonnes pratiques à leurs patients, et leurs connaissances en matière de recommandations sont mise à jour plus régulièrement au sein des centres spécialisés.

5.3 Regards croisés entre le patient et le physiothérapeute

Il existe un décalage entre le point de vue des physiothérapeutes et celui des patients, car, même si les physiothérapeutes ont conscience du besoin d'écoute et de compréhension présents chez les patients, ces besoins demeurent particulièrement prégnants dans le discours des patients. Ce décalage peut s'expliquer grâce à trois axes : la compréhension du langage, les croyances et les représentations, et la compréhension des émotions.

5.3.1 La compréhension du langage

Les patients se sont plaints de ne pas toujours comprendre le jargon médical, et n'osent pas toujours demander des explications, en particulier si la relation de confiance n'est pas établie. Les physiothérapeutes ont rapporté que le patient n'a pas toujours les capacités linguistiques ou cognitives nécessaires pour comprendre. Ce phénomène se retrouve dans la littérature, par le concept de littératie en santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la littératie en santé se définit comme « les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé » (Sørensen et al., 2015). Dans le cas particulier des malades chroniques, un faible niveau de littératie en santé nuit à une pleine maîtrise des compétences qui permettent l'autogestion de la maladie et le suivi des traitements (Heijmans et al., 2015). Des recommandations sont émises pour que le niveau de littératie en santé des patients atteints de maladie chronique soit pris en compte dans les interventions visant à développer leur autogestion (Kickbusch et al., 2013). Par exemple, la mise en place de mesures universelles de développement de la littératie en santé pourrait être organisée à travers la prise en compte de la diversité des niveaux de littératie en santé au sein de la population. Cela permettrait de renforcer l'accessibilité de l'ensemble des informations sur la santé destinées au grand public.

Si ce problème de compréhension du langage, de la pathologie et de la douleur vécu par les patients est bien connu des physiothérapeutes, des *obstacles* demeurent. L'éducation thérapeutique, telle qu'elle est prodiguée à l'école du dos et exprimée par les patients, reste un outil important pour lutter contre ce problème d'incompréhension.

5.3.2 Les croyances et représentations

Les croyances des professionnels de la santé sont particulièrement importantes à prendre en compte, car elles influencent les représentations des patients et contribuent aux difficultés de mise en œuvre des lignes directrices sur la lombalgie (Darlow et al., 2012 ; Gardner et al., 2017). Les physiothérapeutes ont rapporté l'intérêt de travailler au sein de centres de rééducation, qui leur donnent accès à l'interdisciplinarité et à des formations actualisées scientifiquement. L'interdisciplinarité leur permet de mieux gérer la diversité de la pathologie,

notamment au niveau psychosocial. Les patients ont évoqué que leurs représentations dépendaient parfois de ce qu'ils avaient vu ou entendu, comme un parent couché plusieurs jours à cause d'une lombalgie. Les deux groupes se sont accordés pour dire que la prise en charge en centre a beaucoup amélioré le point de vue des patients.

Les patients ont également expliqué que les recommandations des professionnels de santé n'étaient pas toujours les mêmes, ce qui rend difficile la compréhension de ces recommandations. Christe, Nzamba et al. (2021) expliquent cela, dans leur étude, par le maintien de certaines croyances concurrentes, qui peut entraîner une incertitude quant à la formulation des conseils aux patients, par exemple : « Le mouvement est important, mais évitez également de vous pencher lorsque vous soulevez ou portez des poids. »

D'autre part, les représentations des patients peuvent induire de mauvaises compréhensions, et les croyances des physiothérapeutes peuvent stigmatiser le patient. Synnott et al. (2015) écrivent que les physiothérapeutes peuvent stigmatiser ou se sentir mal préparés à traiter les personnes souffrant de lombalgie et de facteurs psychosociaux qui influencent le rétablissement. Les physiothérapeutes ne se sont pas beaucoup exprimés sur la stigmatisation, mais ont évoqué le fait que, parfois, la non-motivation du patient représente un frein à leurs choix thérapeutiques. Ils ont aussi évoqué le fait qu'ils n'ont pas toujours reçu de formations appropriées pour communiquer à propos de l'ensemble des facteurs psychosociaux émis par les patients.

La vision des patients de la lombalgie en elle-même demeure relativement biomécanique, mais leurs attentes d'écoute, de réassurance et de soutien dans la thérapie sont biopsychosociales. Les patients ont des réflexions centrées sur le vécu et le ressenti. Même si l'importance de la relation est reconnue par les physiothérapeutes, leur langage est basé sur leur expérience et les données scientifiques. Les physiothérapeutes veulent mettre en place une bonne relation pour atteindre un objectif thérapeutique sous-jacent, et les patients souhaitent se sentir soutenus en tant que personnes, et aidés dans la gestion de leurs émotions.

5.3.3 Compréhension des émotions

Les patients ont souligné comment le besoin d'être écoutés et rassurés, de comprendre, de décortiquer la douleur et la pathologie leur a permis de donner du sens au processus en prenant le contrôle de leur lombalgie. Cette prise de contrôle a permis de diminuer leurs angoisses et leurs émotions. Les physiothérapeutes ont expliqué comment, à travers les mots et le discours, ils essaient de rassurer le patient. Ils ont exprimé le besoin de comprendre ce dernier, sa douleur et ses représentations pour pouvoir, à leur tour, apporter les explications nécessaires, soutenir le patient et favoriser son adhésion au traitement. La notion de patient-partenaire émerge ainsi.

La relation patient-soignant est placée au centre de la thérapie ; elle tient compte de l'expertise scientifique du soignant et celle, profane, du patient. Selon Mead et Bower (2000), l'approche de soins centrée sur le patient implique essentiellement les dimensions suivantes : une perspective biopsychosociale comprenant l'expérience individuelle de la maladie, le partage du pouvoir et de la responsabilité, le développement d'une relation basée sur le soin, la sensibilité et l'empathie, et l'attention aux signaux émotionnels.

Les sciences psychologiques apportent quelques explications. Rogers (2016) est à l'origine du mouvement de la « thérapie centrée sur la personne », et de ce qu'il a nommé « l'écoute active ». Pour Rogers (2016), « les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'un individu sont celles qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie ».

Les physiothérapeutes ont évoqué l'empathie dont ils doivent faire preuve lors de la relation avec le patient. Selon Rogers (2016), l'empathie, ou la compréhension empathique, consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique revient à percevoir le monde subjectif d'autrui à la place de cette personne, sans toutefois perdre de vue le fait qu'il s'agit d'une situation analogue. Toutefois, les physiothérapeutes ont expliqué que, même s'ils sont conscients de l'importance de la prise en compte des émotions du patient, et de l'empathie nécessaire à la relation, ils se sentent parfois démunis.

5.4 Implications de l'étude

Il apparaît, dans l'étude, qu'il existe un ensemble de besoins de la part des patients, que les physiothérapeutes semblent percevoir et prendre en compte. Cependant, ces besoins sont toujours exprimés. Les décalages au niveau des représentations des patients et des croyances des physiothérapeutes, l'impact émotionnel des patients ou encore la compréhension de chacun posent la question de la communication thérapeutique et de la formation des professionnels. Les physiothérapeutes sont sensibilisés, au cours de leur cursus, à la prise en considération des facteurs biopsychosociaux dans le cadre de la lombalgie chronique. L'éducation thérapeutique, présente dans les centres de rééducation, apporte une aide précieuse aux patients. Certains hôpitaux suisses proposent des formations informatives sur la communication thérapeutique. Cependant, l'étude montre encore l'existence d'un décalage. Il semble que la collaboration entre le patient et le thérapeute pourrait encore être améliorée par des patients impliqués dans la formation professionnelle, car un patient est le plus à même de comprendre un patient. L'étude de Wiesner Conti et al. (2022) met en avant les retours positifs de ce genre d'enseignements à Genève. Des séminaires de communication thérapeutiques dans le cadre de la douleur chronique organisés avec l'aide de patients partenaires permettraient ainsi d'améliorer la communication thérapeutique sur le terrain.

6 LIMITES ET FORCES DE CETTE ÉTUDE

Cette étude comporte toutefois quelques limites. Tout d'abord, la population est réduite, car les participants proviennent tous de centre de rééducation et ne sont pas très nombreux. En tenant compte de ces éléments, l'étude donne une vision probablement réaliste, mais pas exhaustive. Au centre de rééducation de la SUVA, le groupe de patients était soigné par le groupe de physiothérapeutes. Les patients ont été informés de cette étude par la responsable physiothérapeute, ce qui a pu induire une certaine retenue dans le discours des patients. Pour remédier à ce biais, nous avons insisté, au début de *focus group* avec les patients, sur l'anonymisation des récits. Ensuite, l'étude présente une certaine limite dans son analyse, car celle-ci n'a pu être doublée. Cependant, l'analyse est plus compréhensive qu'interprétative. Enfin, la position de praticienne-chercheuse constitue une limite, mais aussi une force de l'étude. En effet, il s'agit d'une limite, car il est difficile de « comprendre autrement tout en restant à l'intérieur » et de se donner la possibilité d'une remise en question, d'une rétrospective sur soi et sa profession, mais aussi d'une force, car l'expérience permet de développer une certaine sensibilité qui favorise l'écoute des récits.

7 CONCLUSION

Au cours de l'étude nous avons observé la demande des patients en termes d'écoute, de soutien, mais aussi de comprendre pour mieux se prendre en charge. Les physiothérapeutes sont conscients de ces besoins, et tentent d'y répondre. La communication est au centre de cette relation soignant-soigné, car elle permet un échange d'informations entre le patient et le physiothérapeute. Par ce regard croisé, nous avons pu observer des obstacles à cette communication, par exemple, le jargon médical, le niveau de littératie en santé des patients, le manque d'empathie de certains physiothérapeutes ... Le physiothérapeute se sent démuni parfois, la relation soignant-soigné évoluant vers un modèle « partenarial » dans lequel le patient est au centre. Plusieurs facteurs liés au patient vont influencer la communication, comme son vécu, son origine socioculturelle, sa personnalité, son état psychique... sur le terrain des séminaires de mise en pratique avec des patients formateurs prendrait tout son sens.

Afin de compléter le point de vue des patients et le point de vue des physiothérapeutes, Il pourrait être intéressant de croiser le regard des physiothérapeutes travaillant en cabinet privé, avec des patients qui n'ont pas reçu de soins en centre de rééducation. Il serait également intéressant de réaliser une étude pour évaluer le niveau actuel de littératie en santé de la population dans le cadre de la lombalgie chronique, étant donné l'évolution des recherches internet en matière de santé par la population.

BIBLIOGRAPHIE

- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., Mannion, A. F., Reis, S., Staal, J. B., Ursin, H., & Zanolli, G. (2006). European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15, S192-S300. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>
- Apostolidis, T., Duveen, G., & Kalampalikis, N. (2002). Représentations et croyances. *Psychologie & Société*, (5), pp. 7-11. <https://shs.hal.science/halshs-00516850>
- Bailly, F., Foltz, V., Rozenberg, S., Fautrel, B., & Gossec, L. (2015). Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : une étude qualitative. *Revue du Rhumatisme*, 82(6), 396-401. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2015.08.005>
- Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F., & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 379(9814), 482-491. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60610-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60610-7)
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494317>
- Bruyère, O., Demoulin, M., Brereton, C., Humblet, F., Flynn, D., Hill, J. C., Maquet, D., Van Beveren, J., Reginster, J.-Y., Crielaard, J.-M., & Demoulin, C. (2012). Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Archives of Public Health*, 70(12). <https://doi.org/10.1186/0778-7367-70-12>
- Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., & Croft, P. (2018). Low back pain: a call for action. *The Lancet*, 391(10137), 2384-2388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
- Cedraschi, C. (2011). Quels facteurs psychologiques faut-il identifier dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies ? Qu'en est-il de l'anxiété et de la dépression ? Quelles peurs et quelles représentations constituent-elles des écueils ? *Revue du Rhumatisme*, 78, S70-S74. [https://doi.org/10.1016/s1169-8330\(11\)70014-x](https://doi.org/10.1016/s1169-8330(11)70014-x)
- Christe, G., Nzamba, J., Desarzens, L., Leuba, A., Darlow, B., & Pichonnaz, C. (2021). Physiotherapists' attitudes and beliefs about low back pain influence their clinical

- decisions and advice. *Musculoskeletal Science and Practice*, 53, 102382.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102382>
- Christe, G., Pizzolato, V., Meyer, M., Nzamba, J., & Pichonnaz, C. (2021). Unhelpful beliefs and attitudes about low back pain in the general population: A cross-sectional survey. *Musculoskeletal Science and Practice*, 52, 102342.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2021.102342>
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical Journal of Pain*, 28(6), 475-483. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182385392>
- Darlow, B. (2016). Beliefs about back pain: The confluence of client, clinician and community. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 20, 53-61.
<https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2016.01.005>
- Darlow, B., Dean, S., Perry, M., Mathieson, F., Baxter, G. D., & Dowell, A. (2015). Easy to Harm, Hard to Heal. *Spine*, 40(11), 842-850.
<https://doi.org/10.1097/brs.0000000000000901>
- Darlow, B., Dowell, A., Baxter, G. D., Mathieson, F., Perry, M., & Dean, S. (2013). The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *The Annals of Family Medicine*, 11(6), 527-534. <https://doi.org/10.1370/afm.1518>
- Darlow, B., Fullen, B. M., Dean, S., Hurley, D. A., Baxter, G. D., & Dowell, A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *European Journal of Pain*, 16(1), 3-17.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>
- Darlow, B., Perry, M., Mathieson, F., Stanley, J., Melloh, M., Marsh, R., Baxter, G. D., & Dowell, A. (2014). The development and exploratory analysis of the Back Pain Attitudes Questionnaire (Back-PAQ). *BMJ Open*, 4(5), e005251.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005251>

- Daykin, A. R., & Richardson, B. (2004). Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. *Spine*, 29(7), 783-795. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000115135.19082.97>
- Dean, S. G., Smith, J. A., Payne, S., & Weinman, J. (2005). Managing time: An interpretative phenomenological analysis of patients' and physiotherapists' perceptions of adherence to therapeutic exercise for low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 27(11), 625-636. <https://doi.org/10.1080/0963820500030449>
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches Qualitatives, Hors-série*, 3, 28-43.
- Demoulin, C., Halleux, V., Darlow, B., Martin, E., Roussel, N., Humblet, F., Bornheim, S., Flynn, D., Salamun, I., Renders, P., Kaux, J.-F., Bruyère, O. (2017). Traduction en langue française de la version longue du « Back Pain Attitudes Questionnaire » et étude de ses qualités psychométriques. *Mains Libres*, (4), pp. 19-27.
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, É., Mercier, A.-M., Roberge, C., & St-Onge, M. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Université de Montréal. https://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233-236. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.014>
- Fairbank, J. C., Couper, J., Davies, J. B., & O'Brien, J. P. (1980). The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*, 66(8), 271-273.
- Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical Therapy*, 93(4), 470-478. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120137>
- Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, M., & Goodall, S. (2017). Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of Physiotherapy*, 63(3), 132-143. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.05.017>

Gifford, L. (2013). *Topical Issues in Pain 5*. AuthorHouse.

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., & Underwood, M. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, *391*(10137), 2356-2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, *98*(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>

Itz, C. J., Geurts, J. W., van Kleef, M., & Nelemans, P. (2013). Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *European Journal of Pain*, *17*(1), 5-15. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x>

Jeffrey, J. E., & Foster, N. E. (2012). A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain. *Physical Therapy*, *92*(2), 266-278. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100416>

Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, *5*(1), 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.01.005>

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Littératie en santé : les faits solides. Consulté le 25/11/2023 sur https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.

Larousse. (s. d.). Communication. Dans *Le Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 20/11/2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Lindquist, K. A., MacCormack, J. K., & Shablack, H. (2015). The role of language in emotion: predictions from psychological constructionism. *Frontiers in Psychology*, *6*, 444. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00444>

- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy, 91*(5), 700-711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>
- MacNeela, P., Doyle, C., O’Gorman, D., Ruane, N., & McGuire, B. E. (2013). Experiences of chronic low back pain: a meta-ethnography of qualitative research. *Health Psychology Review, 9*(1), 63-82. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840951>
- Macphail, K. (2018). Physiotherapy management of chronic low back pain patients with yellow flags: A systematic review. *Journal of Musculoskeletal Disorders and Treatment, 4*(4), 1-11. <https://doi.org/10.23937/2572-3243.1510060>
- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *The Lancet, 389*(10070), 736-747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
- Main, C. J., & George, S. Z. (2011). Psychologically informed practice for management of low back pain: future directions in practice and research. *Physical Therapy, 91*(5), 820-824. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110060>
- Marc, E., & Picard, D. (2016). Interaction. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Lévy (dirs.), *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 191-198). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2016.01.0191>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (M. Hlady Rispal, Trad., 2^e éd.). De Boeck.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook* (3^e éd.). Sage Publications.
- Munday, I., Kneebone, I., & Newton-John, T. (2019). The language of chronic pain. *Disability and Rehabilitation, 43*(3), 354-361. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1624842>
- Nguyen, C., Poiraudreau, S., Revel, M., & Papeard, A. (2009). Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme, 76*(6), 537-542. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2009.03.003>

- Nolan, D., O'Sullivan, K., Stephenson, J., O'Sullivan, P., & Lucock, M. (2019). How do manual handling advisors and physiotherapists construct their back beliefs, and do safe lifting posture beliefs influence them? *Musculoskeletal Science and Practice*, 39, 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.11.009>
- Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Lin, C.-W. C., Chenot, J.-F., van Tulder, M., & Koes, B. W. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal*, 27(11), 2791-2803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>
- Pierobon, A., Policastro, P. O., Soliño, S., Andreu, M., Novoa, G., Raguzzi, I., Villalba, F., & Darlow, B. (2020). Beliefs and attitudes about low back pain in Argentina: A cross-sectional survey using social media. *Musculoskeletal Science and Practice*, 49, 102183. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102183>
- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(2), 77-87. [https://doi.org/10.1016/s1836-9553\(12\)70087-5](https://doi.org/10.1016/s1836-9553(12)70087-5)
- Pozhar, A., Willemin, D., & Foley, R.-A. (2019). L'influence de la relation thérapeutique sur l'observance des patients lombalgiques chroniques non spécifiques. *Mains libres*, (2), pp. 29-37.
- Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. (2019, 4 avril). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
- Pudal, R. (s. d.). Croyances. Dans *Encyclopædia Universalis en ligne*. Consulté le 20/11/2023 sur <https://www.universalis.fr/encyclopedie/croyances/>
- Roberts, L., & Bucksey, S. J. (2007). Communicating with patients: What happens in practice? *Physical Therapy*, 87(5), 586-594. <https://doi.org/10.2522/ptj.20060077>
- Rogers, C. (2016). *Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. ESF.

- Roitenberg, N. (2018). Physiotherapists' attitudes toward low back pain treatment: Do work setting and clinical experience with low back patients matter? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(2), 224-229. <https://doi.org/10.1111/jep.13038>
- Snelgrove, S., & Lioffi, C. (2013). Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illness*, 9(4), 283-301. <https://doi.org/10.1177/1742395313476901>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Stenmar, L., & Nordholm, L. A. (1994). Swedish physical therapists' beliefs on what makes therapy work. *Physical Therapy*, 74(11), 1034-1039. <https://doi.org/10.1093/ptj/74.11.1034>
- Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., & O'Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. United States Department of Health, Education, and Welfare. http://videocast.nih.gov/pdf/ohrp_belmont_report.pdf
- van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., del Real, M. T. G., Hutchinson, A., Koes, B., Laerum, E., & Malmivaara, A. (2006). European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 15, S169-S191. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1071-2>
- Vogler, D., Paillex, R., Norberg, M., de Goumoëns, P., & Cabri, J. (2008). Validation transculturelle de l'Oswestry disability index en français. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 51(5), 379-385. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2008.03.006>

- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, *396*(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9)
- Wellman, J., Murray, L., Hebron, C., & Vuoskoski, P. (2020). Pain education in the context of non-specific low back pain: the lived experience of the physiotherapist. An interpretive phenomenological analysis. *Musculoskeletal Care*, *18*(3), 271-300. <https://doi.org/10.1002/msc.1460>
- Widerström, B., Rasmussen-Barr, E., & Boström, C. (2019). Aspects influencing clinical reasoning and decision-making when matching treatment to patients with low back pain in primary healthcare. *Musculoskeletal Science and Practice*, *41*, 6-14. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.02.003>
- Wiesner Conti, J., Monachon, E., Paignon, A., Kalumiya, K., & Lucien, B. (2022). Patients partenaires : retour d'expérience sur l'enseignement du partenariat à Genève. *Santé Publique*, *34*, 45-49. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-1-page-45.htm>
- Williams, A. C. de C. (2016). Defeating the stigma of chronic pain. *Pain*, *157*(8), 1581-1582. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000530>
- Wong, J. J., Côté, P., Sutton, D. A., Randhawa, K., Yu, H., Varatharajan, S., Goldgrub, R., Nordin, M., Gross, D. P., Shearer, H. M., Carroll, L. J., Stern, P. J., Ameis, A., Southerst, D., Mior, S., Stupar, M., Varatharajan, T., & Taylor-Vaisey, A. (2017). Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMa) Collaboration. *European Journal of Pain*, *21*(2), 201-216. <https://doi.org/10.1002/ejp.931>

ANNEXES

ANNEXE I

Prises en charge non médicamenteuses indiquées ou possibles en cas de lombalgie commune. Différentes prises en charge peuvent être associées. (Recommandations HAS)

	Modalités	Niveau d'évidence	Conditions
Première Intention	Autogestion et reprise des activités quotidiennes (y compris la reprise précoce de l'activité professionnelle si possible)	Indiquées (grade B)	
	Activités physiques adaptées et activités sportives	Indiquées (grade B)	Activité progressive et fractionnée selon la préférence du patient.
	Kinésithérapie	Indiquée (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
Deuxième Intention	Éducation à la neurophysiologie de la douleur (a)	Indiquée (AE)	Chez les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité.
	Techniques manuelles (manipulations, mobilisations)	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés.
	Intervention psychologique type TCC (techniques cognitivo-comportementales)	Possibles (grade B)	Uniquement dans le cadre d'une combinaison multimodale de traitements incluant un programme d'exercices supervisés ; par un professionnel ou une équipe formée aux TCC de la douleur.
Troisième Intension	Programme de réadaptation pluridisciplinaire physique, psychologique, sociale et professionnelle	Possible (grade B)	Chez les patients présentant une lombalgie ou une douleur radiculaire persistante, en présence de facteurs de risque psychosociaux faisant obstacle à leur rétablissement, ou en cas d'échec d'une prise en charge active recommandée. À moduler en fonction de la situation médicale, psychosociale et professionnelle du patient.

Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/fm_lombalgie_v2_2.pdf

Grade des recommandations :

- grade A : preuve scientifique établie
- grade B : présomption scientifique
- grade C : faible niveau de preuve
- grade AE : accord d'experts

Pour les patients présentant une lombalgie chronique ou à risque de chronicité, la prise en charge en physiothérapie selon les recommandations de la HAS sont :

- La réalisation d'exercices thérapeutiques adaptés à la situation clinique, enseignée par un physiothérapeute, puis poursuivie à domicile, est recommandée (grade B).
- Le physiothérapeute 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 biopsychosociale (AE). Selon les recommandations également de Oliveira et al.(2018).
- La réalisation de la physiothérapie 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).

ANNEXE II : GUIDES ENTRETIENS

Guide entretien pour le *focus group* avec des physiothérapeutes

Contextualisation :

Je vous remercie d'avoir accepté de discuter un moment avec moi. Avant tout, j'aimerais m'assurer que vous avez bien compris les objectifs de mon étude dans le cadre de mon travail de Master et vous dire que votre participation est volontaire. Les données récoltées sont confidentielles, nous sommes tenus au secret professionnel, rien de ce qui se dira ne sortira d'entre nous sans que cela ait été au préalable codé. Le but de mon travail est de mieux comprendre l'importance du langage que vous utilisez pour parler de la douleur avec vos patients lombalgiques chroniques. Ce qui compte pour moi, c'est votre expérience, votre point de vue, donc n'hésitez pas à parler librement.

Vignette : « Une femme de 28 ans souffre de son premier épisode de douleur lombaire depuis qu'elle a soulevé une boîte de 10kg il y a 6 mois environ. Elle dit qu'elle ne se sent pas capable de faire son travail de gérante à la cafétéria de l'hôpital et n'a pas retravaillé depuis ces douleurs. Elle est anxieuse de retourner au travail, elle se sent limitée dans ses mouvements à cause de la douleur (a peur de bouger). Les exigences de son travail sont variables, mais souvent avec des tâches physiques. Elle travaille à plein temps et est autonome à la maison. En termes d'activité, elle dit qu'elle ne peut pas rester assise très longtemps et marcher 200m avant que les douleurs ne la limitent. Elle a des difficultés à dormir la nuit, et son dos est raide pendant environ 10 minutes au matin. Il n'y a pas eu de traumatisme ou de maladies sérieuses. La douleur est limitée au bas du dos sans irradiation. A l'examen physique, il y a une limitation douloureuse de la flexion du tronc et des douleurs à la palpation dans la région paraspinale gauche. L'examen neurologique est normal, et sa douleur n'empire pas lors du SLR (ou Lasègue). Le diagnostic est une lombalgie non-spécifique. »

Conception de la communication et du langage :

Le cas évoqué dans cette vignette, est une situation assez courante parmi vos patients. En imaginant que vous allez démarrer la prise en charge de cette personne, est ce que vous vous préparez à avoir une certaine approche de la communication (manière de parler de la douleur que ce soit par le choix des mots, ou la façon d'aborder/ d'expliquer la douleur) ou à employer certains mots et/ou certaines questions types concernant la douleur ? cela peut être pour poser des questions sur la douleur ou à l'inverse pour l'expliquer.

Relance : est ce qu'il y a des choses auxquelles vous êtes particulièrement attentifs (que vous évitez ou au contraire que vous faites systématiquement) dans votre manière de communiquer sur la douleur ? (Des mots ou des comparatifs choisis ou évités de manière systématique)

Quel message cherchez-vous à faire passer ?

Importance du langage :

En quoi pensez-vous que « la manière de mettre des mots sur la douleur » a de l'importance pour cette patiente ou pas ?

Qu'est-ce que cela change pour la patiente ?

Qu'est-ce qui est le plus important pour vous dans le langage sur la douleur (le choix des mots, les expressions types...)?

Relance : manière de parler ? signification de certains mots ? mais aussi de manière plus globale, attitudes, idées que l'on véhicule ? avez-vous des exemples concrets ?

La chronicisation de la douleur est un phénomène important dans le monde des lombalgies.

Pour vous le langage a-t-il de l'importance sur l'évolution des douleurs, ou est-ce secondaire ? et sous quelle forme ? peut-elle influencer les risques de chronicisation ?

Pensez-vous que le langage puisse avoir une influence placebo ou nocebo sur les symptômes de votre patient ? par exemple ?

Relance : avez-vous des exemples concrets ? des mots que vous vous interdisez ou évitez d'utiliser, ou au contraire que vous employez régulièrement ?

Méthode de communication :

Quelles « approches de langage » pour communiquer et dans quel but ? les approches dans le sens l'écoute, ce qu'on en fait, et comment c'est retranscrit ou pas.

Relance : Approche peuvent être p.ex. se centrer sur le patient, écoute active, explorer les représentations...

Et les objectifs peuvent être de soutenir, stimuler, motiver, faire prendre conscience, calmer, dédramatiser...

Contribuer à un changement de perception ou d'attitude ?

Relance : plus précisément sur la motivation du patient à bouger, à se motiver pour prendre en charge ?

Exemple également : Bien que la physio qu'elle a vu précédemment l'a encouragée à se mettre en mouvement et faire du sport, la patiente ne voit pas quand et comment elle pourrait faire plus.

Autre exemple : si on reprend la vignette, quelle serait votre réaction si la patiente est sédentaire, si elle a ou pas envie de reprendre ses activités à cause de la douleur, quels

genres d'activités, si elle a été marquée par l'imagerie, si elle est irritable au traitement ou à l'activité ?

Est-ce que l'utilisation de certains mots, est consciente de votre part, pour un impact sur la représentation de la douleur de votre patient ?

Relance : par exemple si j'utilise :

- Le mot lésion plutôt que douleur. Cela peut entraîner une meilleure acceptation, moins peur de bouger, ou à l'inverse plus anxiogène...
- Associer le mot « douleur » au mot « protection » : pour modifier notre comportement et protéger notre dos. (Tout en sachant que certaines fois, ce système de protection peut devenir trop sensible, et perpétuer des messages de protection (douleur), alors que le corps n'a plus besoin de cette protection.
- Associer le mot « dos » à « fragilité, protection, vulnérabilité... », ne serait-ce pas sur le long terme le rendre moins tolérant, et cela pourrait participer au maintien des douleurs. Le dos n'est pas fragile, c'est une structure très solide ! Il a besoin de charge et de contraintes, comme toutes les autres régions du corps (Belavy et al., 2017)
- Association « mal de dos » et « faux mouvement ». Existe-t-il réellement une bonne ou une mauvaise façon de porter ? Est-ce qu'exprimer une « plus ou moins bonne adaptabilité au mouvement », ne supprimerait pas la notion de mouvement, démontrée comme nécessaire dans la littérature ?

Adaptation du physiothérapeute :

Si on considère la précision du choix des mots, comment adaptez-vous votre langage en fonction du profil de la personne ? avez-vous des exemples ?

Relance : En fonction de sa profession, ou si le patient a perdu son emploi, s'il est à l'AI ? En fonction de sa situation personnelle (problèmes familiaux, divorce, enfants à charge...) ? En fonction de sa capacité à s'exprimer ? de son âge ? son profil psychologique vous guide peut-être (s'il est anxieux, déprimé, bipolaire etc.), son rapport à l'activité et à la douleur (force, évite, degré de focalisation)

Comment adaptez-vous votre langage en fonction des représentations que la patiente a de la douleur et de l'activité ?

Relance : Adaptez-vous votre attitude ? le choix de vos mots ? comment ? ressentez-vous le besoin de lui demander au préalable sa représentation de la douleur ? comment procédez-vous ?

Au cours d'une séance de soins avec votre patient, selon son attitude, de quelle manière modifiez-vous votre langage sur la douleur ? pouvez-vous me donner des situations concrètes ?

Relance : serait-il important pour vous, voir nécessaire, de choisir des mots réconfortants en amont pour pouvoir aborder le problème de la lombalgie par la suite ?

Est-ce que certains profils psychologiques particuliers de vos patients, influeraient le choix des mots utilisés ? comment ? y a-t-il, à votre avis des « figures typiques de douloureux chroniques » qui nécessitent qu'on aborde certaines choses de manière différente ou adaptée ?

Votre expérience

Dans votre expérience de physiothérapeute, pouvez-vous me raconter une situation pour laquelle vous avez eu l'impression que votre langage a eu un impact positif ou négatif sur leur douleur ? (Mots utilisés, attitude, expressions linguistiques...)

Relance : Y a-t-il des manières de parler, que par expérience vous évitez d'utiliser, ou au contraire que vous utilisez davantage ?

Lors de vos formations spécifiques sur la lombalgie chronique, est ce que cette notion de communication sur la douleur a été abordée ? si oui, expliquez de quelle manière ?

Relance : qu'est-ce que le fait d'avoir de l'expérience a changé, ou pas, dans votre manière d'aborder la douleur avec vos patients ? (Par exemple entre maintenant et lors de vos formations)

Pensez-vous que les croyances des physiothérapeutes influencent la manière dont ils parlent de la douleur à leur patient ? quelles croyances ? en quoi ?

Relance : par exemple des croyances/représentations sur la lombalgie non-spécifique, sur la douleur en général, sur les patients douloureux chroniques

En tant que personne, peut être avez-vous eu personnellement une expérience de la douleur ? En quoi cette expérience a changé quelque chose dans votre manière de communiquer avec le patient ?

Au cours d'une séance de soins, demandez-vous souvent à vos patients s'ils ont mal quand ils font les exercices, et comment réagissez-vous si l'exercice provoque des douleurs ?

Relance : les physios peuvent être très « peureux », et éviter beaucoup d'exercices car ils font mal, ou dire à leur patient : si ça fait mal on arrête. Il devient alors difficile que les patients reprennent leurs activités chez eux.

Compréhension par les patients

Avez-vous l'impression parfois d'avoir du mal à faire comprendre votre point de vue au patient ? quelles sont les difficultés que vous rencontrez ? et les facteurs qui favorisent la réceptivité du patient ?

Relance : les attitudes de votre patient en fonction de sa situation peuvent complexifier la situation. Par exemple, les douleurs l'empêchent de travailler ; Ce qui peut induire de

grosses difficultés financières, une dépression, et donc il risque d'être plutôt agressif, désespéré, fermé à l'écoute... ou encore impatient, il attendra un « miracle » ... comment adaptez-vous votre discours dans ce genre de situation ?

Qu'est ce qui peut conduire à des impasses de la part du patient ? et comment réagissez-vous ? (Énervement, passivité, désengagement... ?)

A l'inverse, pouvez-vous qualifier certains patients de « bons patients » car ils présentent des caractéristiques plus propices à l'écoute ? A votre avis qu'est ce qui peut justifier ces caractéristiques (meilleur accompagnement du patient, au niveau famille, professionnel...)

Selon votre expérience, trouvez-vous que le patient est en général à votre écoute ? Est-il réceptif à votre langage sur sa douleur ? pouvez-vous citer une situation concrète, et expliquer selon vous pourquoi, le patient est réceptif ou non à votre langage ?

Conclusion :

Y a-t-il d'autres aspects de la communication verbale que vous voudriez aborder ?

Avez-vous été interpellé chez vos collègues, par des approches similaires ou différentes de la vôtre ? par exemple des collègues qui utilisent l'hypnose, où le choix des mots est important, ou à l'inverse des physios très orientés rééducation sportive (no pain, no gain).

Guide entretien pour le *focus group* avec des patients

Contextualisation :

Je vous remercie d'avoir accepté de discuter un moment avec moi. Avant tout, j'aimerais me certifier que vous avez bien compris les objectifs de notre étude, vous dire que votre participation est volontaire. Les données récoltées sont confidentielles, nous sommes tenus au secret professionnel, rien de ce qui se dira ne sortira d'entre nous sans que cela ait été au préalable codé. Le but est simplement de comprendre l'importance du langage sur la douleur de la lombalgie chronique entre vous et votre physio. Ce qui compte pour moi, c'est votre expérience, votre point de vue, donc n'hésitez pas à parler librement.

Imaginons une situation : « Une femme de 28 ans souffre de son premier épisode de douleur lombaire depuis qu'elle a soulevé une boîte de 10kg il y a 6 mois environ. Elle dit qu'elle ne se sent pas capable de faire son travail de gérante à la cafétéria de l'hôpital et n'a pas retravaillé depuis ces douleurs. Elle est anxieuse de retourner au travail, elle se sent limitée dans ses mouvements à cause de la douleur (a peur de bouger). Les exigences de son travail sont variables, mais souvent avec des tâches physiques. Elle travaille à plein temps et est autonome à la maison. En termes d'activité, elle dit qu'elle ne peut pas rester assise très longtemps et marcher 200m avant que les douleurs ne la limitent. Elle a des difficultés à dormir la nuit, et son dos est raide pendant environ 10 minutes au matin. Il n'y a pas eu de traumatisme ou de maladie sérieuse. La douleur est limitée au bas du dos. Elle arrive chez son physio, qui lui demande lors de la première séance comment elle se sent, quel est son problème, puis entreprend un bilan. Il poursuit par une série de traitements. A divers moments, ils parlent de la douleur de Sylvie et de son évolution. ? il lui demande si elle présente des lésions, ou des douleurs ?

Conception de la communication et du langage par les physios:

Est-ce que cette situation vous rappelle votre situation et échanges avec des physios ?

Est-ce que le physio échange avec vous sur vos douleurs ? si non, qu'est-ce que cela changerait pour vous, au niveau de votre état d'esprit quant à votre lombalgie ?

Qu'entendez-vous par « bonne » communication ? quelle forme de langage ? avez-vous des exemples ?

Relance : manière de parler ? signification de certains mots ? mais aussi de manière plus globale, attitude ?

Importance du langage :

Si on prend en compte la justesse d'un mot, quelle importance donnez-vous à la signification des mots dans votre situation de personne qui a mal au dos ? Pensez-vous que les physios ont conscience de ça ?

Relance : Est-ce que certains mots utilisés par le physiothérapeute vous rassurent ou pas ? lesquels ? avez-vous des exemples de ces mots qui vous ont marqué dans le langage du physiothérapeute ?

Est-ce que certains termes employés par le physio vous aident plus que d'autres dans la gestion de votre mal de dos ou pas ? lesquels ? Est-ce que certains termes sont à éviter ?

Relance : par quelles caractéristiques du langage, la communication du physiothérapeute peut avoir un effet positif ou négatif sur votre soutien, sur un changement de perception de votre douleur ?

Méthode de communication des physios :

En fonction de votre douleur (d'où ça vient, comment ça apparaît, à quel moment, comment ça part ?) quel genre de langage attendez-vous ? et quelles informations ?

Relance : des mots réconfortants, qui vous encouragent à bouger, à vous prendre en charge dans vos soins ? par exemple s'il utilise le mot lésion plutôt que douleur, comment le ressentez-vous, cela vous paraît plus grave, ou moins grave ?

Y a-t-il des manières de communiquer des thérapeutes qui vous font perdre ou gagner confiance en lui ? attitudes, mots utilisés. ? pouvez-vous raconter une expérience ? ou est-ce plutôt au niveau des gestes que cela se joue ?

Présentez-vous le besoin d'expliquer au préalable comment est votre douleur, dans le but qu'il adapte son langage ? avez-vous un exemple de situation ?

Pensez-vous que le langage puisse avoir une influence sur l'évolution de vos douleurs ? Si par exemple, les mots utilisés par le physiothérapeute vous font peur sur votre état de santé, soit parce qu'ils sont trop durs, soit parce que dits dans le « jargon médical », ils ne sont pas clairs... du coup cela induit une peur du mouvement de peur d'aggraver les choses...

Ou à l'inverse, son discours se veut très rassurant, avec des mots qui vous apaisent et qui vous permettent d'éclaircir votre situation de santé, ainsi vous êtes plus confiants en l'avenir, et dans votre corps, et vous avez la sensation que certaines tensions musculaires dues à votre stress diminuent. Avez-vous vécu une expérience dans ce sens que vous pourriez partager avec nous ?

Adaptation du physio :

Quelle impression cela vous a-t-il fait lorsqu'un physio vous a parlé de manière adaptée ou inadaptée de la douleur ? vous êtes-vous sentis compris ou pas ?

En fonction de votre perception de la douleur au cours d'une séance, de quelle manière avez-vous l'impression que le physio adapte son langage ?

Votre expérience :

Vous avez maintenant une certaine expérience des séances de physiothérapie. Pouvez-vous me raconter une situation pendant ou lors de laquelle vous avez eu l'impression que le langage du physiothérapeute a eu un impact positif ou négatif sur la représentation de votre douleur ? (Mots utilisés, attitude, expressions linguistiques...) ou selon vous, cela ne joue pas un rôle déterminant ? et pourquoi ?

Relance : qu'est ce qui fait que votre physiothérapeute communique adéquatement ou pas selon vous ? quels éléments sont importants ?

Pouvez-vous décrire des bonnes ou mauvaises expériences avec des physiothérapeutes ?

Votre physiothérapeute est plus ou moins expérimenté, selon ses années de pratique. Selon vous, est ce que son langage est différent en fonction de cela ? pouvez-vous me citer des exemples.

Relance : langage plus adapté, délicatesse, empathie dans le langage.

Est-ce que vous avez eu des expériences où vous avez pensé que les physios comprennent, ou ne comprennent pas votre douleur ? Par exemple, si votre physio a une expérience personnelle de la douleur, pensez-vous qu'il comprendra mieux la vôtre ?

Pensez-vous que ses mots seront plus adaptés à votre douleur ? que son langage thérapeutique sera plus adapté ? pouvez-vous nous citer des expressions ou mots utilisés ?

Relance : Avez-vous vécu une situation comme celle-ci ? par exemple, votre physio vous raconte son histoire, par rapport à son vécu de lombalgique chronique, ce qui crée un lien entre vous. Vous vous sentez mieux compris, et vous avez l'impression qu'il trouve les mots justes... pouvez-vous nous partager cette relation, si tel est votre cas ?

Votre compréhension du message des physios :

Trouvez-vous que les mots utilisés par votre physio pour parler de votre douleur ou de la lombalgie chronique sont clairs ? Compréhensibles ?

Avez-vous du mal à faire comprendre votre point de vue au physio ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

Par exemple, il était incompréhensible dans son jargon médical... il allait beaucoup trop vite en informations par rapport à vous qui étiez déjà concentré sur la gestion de votre douleur.

Vous aviez trop mal, ou trop de soucis pour être à l'écoute ?

Est-ce que vous êtes d'accord avec les messages que les physios essaient de vous transmettre ? Correspondent-ils bien à votre problème ?

Avez-vous souvent été sensible à la manière de communiquer de votre physio ? vous sentiez-vous prêt ou pas à prendre en compte ce que vous disait le physio ? Pourquoi ? A l'inverse, trouvez-vous toujours que le physiothérapeute est à l'écoute de vos mots concernant votre douleur ? utilisez-vous des mots différents pour faire réagir le physiothérapeute, pour qu'il tienne plus compte de votre point de vue ? quel genre de mots ?

Conclusion

Y a-t-il d'autres aspects concernant la manière d'échanger avec votre physio sur la douleur que vous souhaiteriez aborder ?

Y a-t-il un message que vous souhaiteriez leur faire passer à ce sujet ?

ANNEXE III

Questionnaire socio-démographique « physiothérapeute », formulaire d'informations et de consentement éclairé.

Questionnaire physiothérapeute

CODE:

ANNEE DE NAISSANCE :

SEXE :

Quel est votre niveau en français selon le cadre européen de référence pour les langues ? :

- Niveau A1
- Niveau A2
- Niveau B1
- Niveau B2
- Niveau C1
- Niveau C2

Quelle est la date d'obtention de votre diplôme ? _____

Quelles sont les formations post-graduées que vous avez faites en rapport avec les pathologies du dos ?

Autres formations : _____

Depuis combien de temps traitez-vous de manière spécifique des patients atteints de lombalgie chronique ?

Avez-vous déjà présenté vous-même des problèmes de dos ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle catégorie ?

- Chronique
- Aigue

Merci de répondre à toutes les questions

Indiquez vos réponses comme ceci



Back Pain Attitudes Questionnaire
(Questionnaire sur les attitudes liées au mal de dos)

CES QUESTIONS CONCERNENT VOTRE PROPRE DOS

Veillez évaluer chaque affirmation :

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je ne suis pas certain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
1	Votre dos est l'une des parties les plus solides de votre corps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Votre dos est bien conçu pour l'utilisation que vous en faites dans la vie de tous les jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Se pencher est bon pour votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Etre assis est mauvais pour votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Soulever quelque chose sans plier les genoux n'est pas bon pour votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Vous pouvez facilement vous blesser le dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES QUESTIONS CONCERNENT LA FAÇON DONT VOUS PRENEZ SOIN DE VOTRE DOS

Veillez évaluer chaque affirmation :

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
7	Des muscles forts sont importants pour soutenir votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Une bonne posture est importante pour protéger votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Si vous utilisez votre dos de manière excessive, il va s'user	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Si une activité ou un mouvement provoque une douleur au dos, vous devriez l'éviter à l'avenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Vous pourriez vous blesser le dos si vous n'êtes pas prudent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Vous pouvez vous blesser le dos et ne vous en rendre compte que plus tard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES QUESTIONS CONCERNENT LE MAL DE DOS EN GENERAL

Veillez évaluer chaque affirmation :

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
13	Avoir mal au dos signifie que vous vous êtes blessé le dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Un tiraillement au niveau de votre dos peut être le premier signe d'une blessure grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Les pensées et les sentiments peuvent influencer l'intensité du mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Le stress dans votre vie (financier, professionnel, relationnel) peut aggraver votre mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

→ Suite à la page suivante, question 17

CES QUESTIONS CONCERNENT LE MAL DE DOS EN GENERAL

Veillez évaluer chaque affirmation:

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
17	Lorsque vous avez mal au dos, vous pouvez faire des choses qui augmentent votre douleur sans que cela n'abîme votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Il est difficile d'apprécier la vie quand on a mal au dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Avoir mal au dos est pire qu'avoir mal aux bras ou aux jambes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Il est difficile de comprendre ce qu'est avoir mal au dos si cela ne vous est jamais arrivé personnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES QUESTIONS CONCERNENT CE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE SI VOUS AVEZ MAL AU DOS

Veillez évaluer chaque affirmation:

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
21	Si vous avez mal au dos, vous devriez vous ménager jusqu'à ce que la douleur disparaisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Si vous ne tenez pas compte d'une douleur au dos, vous pourriez abîmer votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Lorsque vous avez mal au dos, il est important de consulter un professionnel de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Pour traiter efficacement un mal de dos, vous devez savoir exactement ce qui ne va pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Si vous avez mal au dos, vous devriez éviter les activités physiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Quand vous avez mal au dos, les bénéfices liés aux activités physiques intenses ne valent pas les risques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Si vous avez mal au dos, vous devriez essayer de rester actif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES QUESTIONS CONCERNENT LA GUÉRISON D'UN MAL DE DOS

Veillez évaluer chaque affirmation:

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
28	La plupart des maux de dos se calment rapidement, du moins suffisamment pour reprendre des activités normales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Vous inquiéter pour votre dos peut retarder la guérison d'un mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Vous concentrer sur autre chose que votre dos vous aide à guérir d'un mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Vous attendre à une diminution de votre mal de dos vous aide à guérir de votre mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Une fois que vous avez eu mal au dos, vous aurez toujours une faiblesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Il est très probable qu'un épisode de douleur au dos ne se résolve pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Une fois que vous avez mal au dos, vous ne pouvez pas y faire grand-chose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Demande de participation à un projet de recherche médical :

« Regard croisé du-de la physiothérapeute et du-de la patient-e atteint-e d'une lombalgie chronique non spécifique autour de la communication verbale concernant la douleur »

Madame, Monsieur

Nous vous proposons de participer à notre projet de recherche.

Votre participation est entièrement libre. Toutes les données collectées dans le cadre de ce projet sont soumises à des règles strictes en matière de protection des données.

Le projet de recherche est mené par Mme Maud PFAIFER co-investigatrice, supervisé par M. Claude PICHONNAZ, PhD, Professeur HES associé, responsable du projet. Nous vous en communiquerons les résultats si vous le souhaitez.

Lors d'un entretien, nous vous présenterons les éléments essentiels et répondrons à vos questions. Pour vous proposer d'ores et déjà un aperçu du projet, voici les points clés à retenir. Vous trouverez à la suite des informations complémentaires plus détaillées.

Pourquoi menons-nous ce projet de recherche ?

En présence de lombalgie chronique non spécifique (douleur du bas du dos durant plus de trois mois), les physiothérapeutes procèdent à des séances de soins dans le but de diminuer les douleurs, d'améliorer la capacité à réaliser des activités et d'améliorer la qualité de vie du-de la patient-e.

Notre projet de recherche vise à croiser la perception de la communication verbale sur la douleur du point de vue des patient-e-s, avec le point de vue des physiothérapeutes sur leur manière de communiquer. Ce projet permettra la mise en lumière de la communication verbale sur la douleur des physiothérapeutes, ainsi que la perception de leur langage par les patient-e-s.

Que dois-je faire si j'accepte de participer ? – Que se passe-t-il pour moi en cas de participation ?

Forme de la participation : réponses à des questionnaires sur les douleurs de dos et entretien collectif de 4-6 personnes, dits focus group

Déroulement pour les participant.e.s : Si vous acceptez de participer à ce projet, vous remplirez des questionnaires (environ 15 minutes), et vous participerez à un focus group d'une heure trente environ avec d'autres personnes qui ont également des douleurs de plus de 3 mois dans le bas du dos.

Quels sont les bénéfices et les risques liés à la participation au projet ?

Bénéfices

- La participation à ce projet ne vous apportera aucun bénéfice direct. Cependant, les échanges durant les entretiens peuvent contribuer à votre réflexion à propos de la communication verbale sur la douleur dans le cadre de vos douleurs de dos.
- Par votre participation, vous contribuez à une meilleure compréhension de l'interaction entre les physiothérapeutes et les patient.e.s, ce qui peut être bénéfiques pour les futur.e-s patient.e-s.

Risques et contraintes

- Il n'y a pas de risque particulier liés à la participation à cette étude.
- Les discussions concernant la douleur peuvent avoir une certaine charge émotionnelle pour certaines personnes.
- Les participant.e-s aux focus group sont tenus à la confidentialité. Vos déclarations seront anonymisées avant analyse et il ne sera pas possible d'identifier les participants dans la présentation des résultats de l'étude.

En apposant votre signature à la fin du document, vous certifiez en avoir compris le contenu et consentir librement à prendre part au projet.

Information détaillée

1. Objectif du projet et sélection des participant.e-s

Dans cette feuille d'information, notre projet de recherche est aussi simplement désigné par le terme *projet*. Si vous acceptez d'y prendre part, vous êtes *un participant/une participante au projet*.

Ce projet doit nous permettre de croiser la perception de la communication verbale sur la douleur du point de vue des patient.e-s, avec le point de vue des physiothérapeutes sur leur manière de communiquer. Ceci se fera par la mise en lumière de la communication verbale sur la douleur des physiothérapeutes, ainsi que la perception de ce langage par les patient.e-s.

Nous vous sollicitons car la participation est ouverte à des personnes qui soignent en tant que physiothérapeutes des patient·e·s atteint·e·s de lombalgie chronique non spécifique. La lombalgie chronique se caractérise par une douleur localisée « sous la marge costale et au-dessus des plis fessiers inférieurs », persistant pendant trois mois au moins et non attribuable à une pathologie spécifique (par exemple: infection, tumeur, ostéoporose, fracture, déformation structurelle, trouble inflammatoire, syndrome radiculaire ou syndrome de la queue de cheval).

2. Informations générales sur le projet

Notre étude s'intéressera plus particulièrement à la communication verbale sur la douleur, de manière à faire un parallèle entre le langage et la représentation de la douleur du point de vue du·de la patient·e et du thérapeute.

Si vous participez, vous apporterez votre point de vue, selon votre position de pphysiothérapeut·e, ce qui apportera des éléments clés à l'étude.

Les *focus group* auront lieu sur une période d'un mois. Les participant·e·s ne seront sollicité·e·s qu'une seule fois pour une durée d'une heure et demi.

Il s'agit d'une étude qui inclura de 8 à 12 participant·e·s « physiothérapeutes » au total.

Ce projet est réalisé dans le respect des prescriptions de la législation suisse. Nous suivons en outre l'ensemble des directives reconnues au niveau international. La commission d'éthique compétente a examiné et autorisé ce projet.

3. Déroulement du projet

Après accord des participant·e·s, 2 *focus group* « « physiothérapeutes traitant des patient·e·s atteint·e·s de lombalgie chronique non spécifique » seront organisés.

Les *focus group* se dérouleront dans une salle de réunion au sein d'un des lieux de travail des investigateurs (CHUV, HESAV, CRR-SUVA, HOPITAL DE STE CROIX).

Chacun des *Focus group* durera environ une heure et demie et sera enregistré. Les enregistrements seront retranscrits et codés de manière à conserver l'anonymat des participant·e·s, conservés le temps de l'étude et détruits ensuite.

Il se peut que nous devions vous exclure du projet avant le terme prévu. Cette situation peut se produire si, pour des raisons pratiques (par exemple les horaires), votre participation au focus group est impossible.

Nous recherchons à inclure des personnes avec des profils diversifiés dans les groupes afin que les divers points de vue existants soient représentés. Il est possible que votre présence ne soit finalement pas nécessaire si des personnes ayant un profil proche du vôtre (en termes d'âge, sexe, durée des douleurs, activité professionnelle par exemple) ont déjà été

incluses dans l'étude. En effet, ceci s'explique par la méthode d'échantillonnage qui est celle de « l'échantillonnage raisonné ». Cette méthode consiste à recruter des personnes avec une diversité de profils afin de refléter la diversité des points de vue.

Si le profil des 1^{ère} personnes engagées est très homogène (p.ex. 4 hommes d'âge proche travaillant de longue date dans le même service), le recrutement se poursuivra jusqu'à avoir des profils variés, selon les critères énoncés pour les patients et les physiothérapeutes.

Si un volontaire devait finalement ne pas devoir prendre part à l'étude, ses données seraient détruites.

4. Bénéfices

La participation à ce projet ne vous apportera aucun bénéfice direct. Cependant, les échanges durant les entretiens peuvent contribuer à votre réflexion à propos de la communication verbale sur la douleur dans le cadre de vos douleurs de dos.

Par votre participation, vous contribuez à une meilleure compréhension de l'interaction entre les physiothérapeutes et les patient·e·s, ce qui peut être bénéfiques pour les futur·e·s patient·e·s.

5. Caractère facultatif de la participation et obligations

Votre participation est entièrement libre. Si vous choisissez de ne pas participer ou si vous choisissez de participer et revenez sur votre décision pendant le déroulement du projet, vous n'aurez pas à vous justifier. Cette décision n'aura pas de répercussions défavorables sur la suite de votre prise en charge médicale.

Si vous choisissez de participer à ce projet de recherche, vous serez tenus de suivre les instructions et de remplir les exigences prévues par le protocole de recherche.

6. Risques et contraintes

En participant au projet, vous ne serez exposés à aucun risque. Votre seule contrainte sera d'être disponible une heure pour votre participation au focus group et de remplir un questionnaire au préalable. Chacun des *Focus group* durera environ une heure et sera enregistré. Les enregistrements seront retranscrits et codés de manière à conserver l'anonymat des participant·e·s, conservés le temps de l'étude et détruits ensuite.

7. Résultats

Le projet permet d'obtenir des représentations des points de vue des patients.e.s et des physiothérapeutes et de les comparer.

La co-investigatrice Maud Pfaifer peut vous faire parvenir, à l'issue du projet, une synthèse des résultats globaux.

8. Confidentialité des données et des échantillons

8.1. Traitement et codage des données

Dans le cadre de ce projet de recherche, des données relatives à votre personne et à votre santé sont recueillies et traitées, en partie de manière informatisée. Ces informations sont codées. Le codage est attribué par la co investigatrice Maud Pfaifer au moment du remplissage des questionnaires. Le codage signifie que toutes les données permettant de vous identifier (nom, date de naissance, etc.) sont remplacées par un code (année de naissance suivi d'un numéro). Il n'est pas possible de relier les données à votre personne sans le code, qui reste en permanence chez la co-investigatrice.

Seule Maud PFAIFER peut consulter vos données sous une forme non codée, et ce, exclusivement afin de pouvoir accomplir des tâches nécessaires au déroulement du projet. Elle est tenue au secret professionnel.

8.2. Protection des données et des échantillons

Toutes les directives relatives à la protection des données sont rigoureusement respectées. Après le travail, seules les retranscriptions anonymisées, soit plus de lien entre la retranscription et les noms, pourront être mises à la disposition à d'autres chercheur e s. Les enregistrements seront, quant à eux détruits après le travail. Les noms et codes également.

8.3. Droit de consultation dans le cadre d'inspections

Le projet peut faire l'objet d'inspections. Celles-ci peuvent être effectuées par la commission d'éthique compétente ou par le promoteur qui a initié le projet. La co-investigatrice Maud Pfaifer doit alors communiquer vos données pour les besoins de ces inspections. Toutes les personnes impliquées sont tenues au plus strict secret professionnel.

8.4. Confidentialité

Les participant e s s'engagent à garder la confidentialité sur ce qui est échangé pendant le focus group. Cependant les auteurs de ce projet ne peuvent garantir le maintien de cette confidentialité par les autres participants.

9. Retrait du projet

Vous pouvez à tout moment vous retirer du projet si vous le souhaitez. Cependant, les données médicales recueillies jusque-là pourront encore être analysés sous forme codée. Après l'analyse, nous rendrons vos données anonymes. Nous effacerons définitivement le code les reliant à vous, si bien que plus personne ne pourra savoir après cela que ces données sont les vôtres. Ce procédé vise avant tout à assurer la protection de données.

10. Rémunération

Vous ne percevrez aucune rémunération pour votre participation à ce projet de recherche. Votre participation n'aura aucune conséquence financière pour vous ou votre assurance maladie.

11. Responsabilité

HESAV a initié le projet de recherche et est chargée de sa réalisation est responsable des dommages que vous pourriez subir en relation avec le projet. Les conditions et la procédure sont fixées par la loi. Si vous subissiez un dommage du fait de votre participation au projet, il vous faudrait vous adresser à Claude Pichonnaz, responsable du projet.

12. Financement

Aucun financement.

13. Interlocuteur(s)

Vous pouvez à tout moment poser des questions au sujet du projet. En cas d'incertitudes pendant ou après le projet, vous pouvez vous adresser à :

Pfaifer Maud co-investigatrice : 076 494 54 51 maudfred.pfaifer@hes.so.ch

Prof. Pichonnaz Claude, investigateur principal: Av. de Beaumont 21, 1011, Lausanne, 021 316 81 26, claud.pichonnaz@hesav.ch

Déclaration de consentement

Déclaration de consentement écrite pour la participation à un projet de recherche

Veillez lire attentivement ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions. Votre consentement écrit est nécessaire pour participer au projet.

Numéro BASEC du projet de recherche (après soumission à la commission d'éthique compétente) :	
Titre (scientifique et usuel) :	“ Regard croisé du-de la physiothérapeute et du-de la patient-e atteint-e d'une lombalgie chronique non spécifique autour de la communication verbale concernant la douleur,,
Institution responsable (responsable du projet et adresse complète) :	Haute Ecole de Sante Vaud (HESAV). Prof. Pichonnaz Claude Av. de Beaumont 21, 1011, Lausanne
Lieu de réalisation :	CHUV, HESAV, Hôpital de Ste-Croix
Responsable du projet sur le site : Nom et prénom en caractères d'imprimerie :	Prof. Pichonnaz Claude
Participante / Participant : Nom et prénom en caractères d'imprimerie : Date de naissance :	

- Je déclare avoir été informé-e, par la co-investigatrice soussignée Mme Maud PFAIFER, ou l'investigateur principal soussigné M. PICHONNAZ Claude, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet de recherche ainsi que des avantages et des inconvénients possibles et des risques éventuels.
- Je prends part à ce projet de façon volontaire et j'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.

- J'ai reçu les réponses aux questions que j'ai posées en relation avec la participation à ce projet. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.
- J'accepte que les spécialistes compétent·e·s de la direction de ce projet et de la commission d'éthique compétente puissent consulter mes données non codées afin de procéder à des contrôles et des inspections, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.
- Je sais que mes données personnelles, mes données de santé peuvent être transmis à des fins de recherche dans le cadre de ce projet et uniquement sous une forme codée. Le promoteur assure une protection des données conforme aux normes et exigences suisses.
- Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer au projet, sans que cette décision n'ait de répercussions défavorables sur la suite de ma prise en charge. Les données et les échantillons recueillis jusqu'au retrait seront cependant analysés dans le cadre du projet.

Lieu, date	Signature de la participante / du participant
------------	---

Attestation de la co-investigatrice / de l'investigateur principal : Par la présente, j'atteste avoir expliqué à la participante / au participant la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet conformément au droit suisse en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement de la participante / du participant à prendre part au projet, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	PFAIFER Maud co-investigatrice Signature : PICHONNAZ Claude investigateur principal : Signature :
------------	--

ANNEXE IV

Questionnaire socio-démographique « patient », formulaire d'informations et de consentement éclairé.

Questionnaires patients

Code : _____

ANNEE DE NAISSANCE :

SEXE :

TAILLE :

POIDS :

Quelle est votre situation maritale et familiale (enfants vivants au domicile) :

Quel est votre niveau de formation le plus élevé atteint ?

- École primaire
- École secondaire
- Apprentissage
- École supérieure
- Haute école

Quel est votre niveau de compréhension orale du Français ?

- Courant
- Moyen
- Faible

Depuis combien de temps, en mois ou années, présentez-vous des douleurs de dos ?

_____ ans

_____ mois

Quelle est votre profession ?

Travaillez-vous actuellement ?

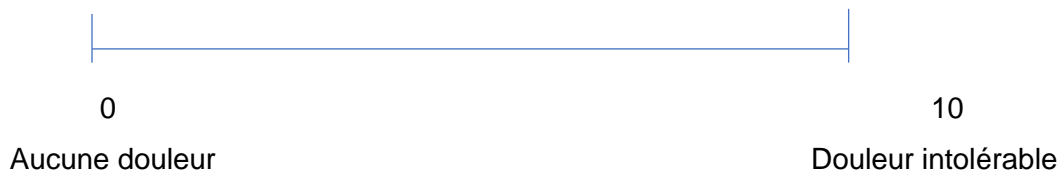
- Oui, Taux de pourcentage : _____
- Non, la cause de l'arrêt est-elle due à vos problèmes de dos ?
 - oui
 - non

Quelles sont vos activités de loisir actuelles ?

Y a-t-il des activités de loisir que vous avez dû arrêter à cause de vos problèmes de dos ?

- Oui, la ou lesquelles : _____
- Non

Où placeriez-vous, à l'aide d'une croix sur l'échelle ci-dessous, votre niveau de douleur moyen sur les trois derniers jours :



Merci de répondre à toutes les questions

Indiquez vos réponses comme ceci



Back Pain Attitudes Questionnaire
(Questionnaire sur les attitudes liées au mal de dos)

CES QUESTIONS CONCERNENT VOTRE PROPRE DOS

Veillez évaluer chaque affirmation :

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je ne suis pas certain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
1	Votre dos est l'une des parties les plus solides de votre corps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Votre dos est bien conçu pour l'utilisation que vous en faites dans la vie de tous les jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Se pencher est bon pour votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Etre assis est mauvais pour votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Soulever quelque chose sans plier les genoux n'est pas bon pour votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Vous pouvez facilement vous blesser le dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES QUESTIONS CONCERNENT LA FAÇON DONT VOUS PRENEZ SOIN DE VOTRE DOS

Veillez évaluer chaque affirmation :

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
7	Des muscles forts sont importants pour soutenir votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Une bonne posture est importante pour protéger votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Si vous utilisez votre dos de manière excessive, il va s'user	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Si une activité ou un mouvement provoque une douleur au dos, vous devriez l'éviter à l'avenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Vous pourriez vous blesser le dos si vous n'êtes pas prudent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Vous pouvez vous blesser le dos et ne vous en rendre compte que plus tard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES QUESTIONS CONCERNENT LE MAL DE DOS EN GENERAL

Veillez évaluer chaque affirmation :

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
13	Avoir mal au dos signifie que vous vous êtes blessé le dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Un tiraillement au niveau de votre dos peut être le premier signe d'une blessure grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Les pensées et les sentiments peuvent influencer l'intensité du mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Le stress dans votre vie (financier, professionnel, relationnel) peut aggraver votre mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

→ Suite à la page suivante, question 17

CES QUESTIONS CONCERNENT LE MAL DE DOS EN GENERAL

Veillez évaluer chaque affirmation:

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
17	Lorsque vous avez mal au dos, vous pouvez faire des choses qui augmentent votre douleur sans que cela n'abîme votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Il est difficile d'apprécier la vie quand on a mal au dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Avoir mal au dos est pire qu'avoir mal aux bras ou aux jambes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Il est difficile de comprendre ce qu'est avoir mal au dos si cela ne vous est jamais arrivé personnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES QUESTIONS CONCERNENT CE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE SI VOUS AVEZ MAL AU DOS

Veillez évaluer chaque affirmation:

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
21	Si vous avez mal au dos, vous devriez vous ménager jusqu'à ce que la douleur disparaisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Si vous ne tenez pas compte d'une douleur au dos, vous pourriez abîmer votre dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Lorsque vous avez mal au dos, il est important de consulter un professionnel de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Pour traiter efficacement un mal de dos, vous devez savoir exactement ce qui ne va pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Si vous avez mal au dos, vous devriez éviter les activités physiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Quand vous avez mal au dos, les bénéfices liés aux activités physiques intenses ne valent pas les risques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Si vous avez mal au dos, vous devriez essayer de rester actif(ve)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CES QUESTIONS CONCERNENT LA GUÉRISON D'UN MAL DE DOS

Veillez évaluer chaque affirmation:

		C'est faux	C'est peut-être faux	Je suis incertain	C'est peut-être vrai	C'est vrai
28	La plupart des maux de dos se calment rapidement, du moins suffisamment pour reprendre des activités normales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Vous inquiéter pour votre dos peut retarder la guérison d'un mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Vous concentrer sur autre chose que votre dos vous aide à guérir d'un mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Vous attendre à une diminution de votre mal de dos vous aide à guérir de votre mal de dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Une fois que vous avez eu mal au dos, vous aurez toujours une faiblesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Il est très probable qu'un épisode de douleur au dos ne se résolve pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Une fois que vous avez mal au dos, vous ne pouvez pas y faire grand-chose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire état de santé OSWESTRY

Veillez compléter le questionnaire ci-dessous. Il a été élaboré dans le but de récolter des informations sur l'effet que vos problèmes de dos (ou de jambes) ont sur votre vie quotidienne. Nous vous prions de donner une seule réponse par section, en cochant uniquement la case qui se rapproche le plus de la situation que vous vivez aujourd'hui.

1. Intensité de la douleur

- 0 Je ne ressens aucune douleur en ce moment
- 1 La douleur est très faible en ce moment
- 2 La douleur est modérée en ce moment
- 3 La douleur est assez sévère en ce moment
- 4 La douleur est très sévère en ce moment
- 5 La douleur est insupportable en ce moment

2. Toilette/Habillement

- 0 Je m'habille /je prends soin de moi seul(e), douleur inchangée
- 1 Je suis autonome pour me laver et m'habiller, mais cela est douloureux
- 2 Ces activités provoquent des douleurs, je fais attention, je vais doucement
- 3 J'ai besoin d'aide mais je fais l'essentiel tout(e) seul(e)
- 4 J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart des activités
- 5 Je ne m'habille pas, me lave avec difficulté, et reste allongé(e)

3. Soulever des objets

- 0 Je peux soulever des objets lourds sans provoquer des douleurs
- 1 Je peux soulever des objets lourds, mais cela crée des douleurs
- 2 La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, à moins qu'ils ne soient correctement placés (ex sur une table)
- 3 La douleur m'empêche de soulever des objets lourds, mais je peux soulever des objets légers à moyennement légers s'ils sont positionnés correctement
- 4 Je ne peux soulever que des objets très légers
- 5 Je ne peux rien soulever ni porter

4. Marche

- 0 Je marche tout à fait normalement, quelle que soit la distance
- 1 La douleur m'empêche de marcher plus de 1,5 km
- 2 La douleur m'empêche de marcher plus de 800 mètres
- 3 La douleur m'empêche de marcher plus de 100 mètres
- 4 Je dois toujours utiliser une canne ou des béquilles
- 5 Je reste au lit la plupart du temps

5. Position assise

- 0 Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le souhaite, peu importe la chaise
- 1 Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le souhaite, sur ma chaise préférée
- 2 La douleur m'empêche de rester assis(e) plus d'une heure
- 3 La douleur m'empêche de rester assis(e) plus de 30 minutes
- 4 La douleur m'empêche de rester assis(e) plus de dix minutes
- 5 La douleur m'empêche de m'asseoir

6. Position debout

- 0 Je peux rester debout aussi longtemps que je le souhaite
- 1 Je peux rester debout très longtemps, mais cela augmente ma douleur
- 2 La douleur m'empêche de rester debout plus d'une heure
- 3 La douleur m'empêche de rester debout plus d'1/2 heure
- 4 La douleur m'empêche de rester debout plus de dix minutes
- 5 La douleur m'empêche de rester debout

7. Sommeil

- 0 La douleur ne m'empêche pas de dormir
- 1 La douleur interfère avec mon sommeil occasionnellement
- 2 A cause de la douleur, je dors moins de 6 heures
- 3 A cause de la douleur, je dors moins de 4 heures
- 4 A cause de la douleur, je dors moins de 2 heures
- 5 La douleur m'empêche complètement de dormir

8. Vie sexuelle

- 0 Ma vie sexuelle est normale et ne provoque pas de douleurs
- 1 Ma vie sexuelle est normale mais provoque des douleurs
- 2 Ma vie sexuelle est quasi normale mais très douloureuse
- 3 Ma vie sexuelle est très restreinte à cause de la douleur
- 4 Ma vie sexuelle est quasi inexistante à cause de la douleur
- 5 La douleur me supprime toute vie sexuelle

9. Vie sociale

- 0 Ma vie sociale est normale et n'occasionne pas de douleur
- 1 Ma vie sociale est normale mais occasionne des douleurs
- 2 La douleur ne limite que mes activités physiques (sport, danse, ...)
- 3 La douleur limite ma vie sociale, je sors moins souvent
- 4 La douleur me confine à domicile
- 5 Je n'ai aucune vie sociale à cause de la douleur

10.Voyages / Déplacements

- 0 Je peux voyager où je le désire sans occasionner de douleur
- 1 Je peux voyager où je le désire mais cela provoque des douleurs
- 2 La douleur est présente mais j'arrive à me déplacer pendant 2 heures
- 3 La douleur ne me permet pas de me déplacer plus d'une heure
- 4 La douleur ne me permet pas de me déplacer plus d'1/2 heure
- 5 La douleur m'empêche de me déplacer, sauf pour aller à mes traitements médicaux

Interprétation du score du questionnaire OWESTRY :

- Score entre 0 et 20% : handicap minime ; le patient peut pratiquer la plupart de ses activités quotidiennes, souvent sans traitement médicamenteux ; il peut bénéficier de conseils sur le positionnement et le port de charge.
- Score entre 21 et 40% : handicap modéré ; le patient est gêné pour s'asseoir, porter des charges, se lever ; la vie sociale et les voyages sont plus difficiles, et il peut être en arrêt maladie.
- Score entre 41 et 60% : handicap sévère ; toutes les activités sont affectées chez ces patients qui nécessitent des investigations approfondies.
- Score entre 61 et 80% : handicap majeur ; ces patients doivent être adressés à un spécialiste.
- Score entre 81 et 100% : patient alité, ou majorant ses symptômes.

Demande de participation à un projet de recherche médical :

« Regard croisé du-de la physiothérapeute et du-de la patient-e atteint-e d'une lombalgie chronique non spécifique autour de la communication verbale concernant la douleur »

Madame, Monsieur

Nous vous proposons de participer à notre projet de recherche.

Votre participation est entièrement libre. Toutes les données collectées dans le cadre de ce projet sont soumises à des règles strictes en matière de protection des données.

Le projet de recherche est mené par Mme Maud PFAIFER co-investigatrice, supervisé par M. Claude PICHONNAZ, PhD, Professeur HES associé, responsable du projet. Nous vous en communiquerons les résultats si vous le souhaitez.

Lors d'un entretien, nous vous présenterons les éléments essentiels et répondrons à vos questions. Pour vous proposer d'ores et déjà un aperçu du projet, voici les points clés à retenir. Vous trouverez à la suite des informations complémentaires plus détaillées.

Pourquoi menons-nous ce projet de recherche ?

En présence de lombalgie chronique non spécifique (douleur du bas du dos durant plus de trois mois), les physiothérapeutes procèdent à des séances de soins dans le but de diminuer les douleurs, d'améliorer la capacité à réaliser des activités et d'améliorer la qualité de vie du patient.e.

Notre projet de recherche vise à croiser la perception de la communication verbale sur la douleur du point de vue des patient.e-s, avec le point de vue des physiothérapeutes sur leur manière de communiquer. Ce projet permettra la mise en lumière de la communication verbale sur la douleur des physiothérapeutes, ainsi que la perception de leur langage par les patient.e-s.

Que dois-je faire si j'accepte de participer ? – Que se passe-t-il pour moi en cas de participation ?

Forme de la participation : réponses à des questionnaires sur les douleurs de dos et entretien collectif de 4-6 personnes, dits focus group

Déroulement pour les participant.e.s : Si vous acceptez de participer à ce projet, vous remplirez des questionnaires (environ 15 minutes), et vous participerez à un focus group d'une heure trente environ avec d'autres personnes qui ont également des douleurs de plus de 3 mois dans le bas du dos.

Quels sont les bénéfices et les risques liés à la participation au projet ?

Bénéfices

- La participation à ce projet ne vous apportera aucun bénéfice direct. Cependant, les échanges durant les entretiens peuvent contribuer à votre réflexion à propos de la communication verbale sur la douleur dans le cadre de vos douleurs de dos.
- Par votre participation, vous contribuez à une meilleure compréhension de l'interaction entre les physiothérapeutes et les patient.e-s, ce qui peut être bénéfiques pour les futur.e-s patient.e-s.

Risques et contraintes

- Il n'y a pas de risque particulier liés à la participation à cette étude.

- Les discussions concernant la douleur peuvent avoir une certaine charge émotionnelle pour certaines personnes.
- Les participant·e·s aux focus group sont tenus à la confidentialité. Vos déclarations seront anonymisées avant analyse et il ne sera pas possible d'identifier les participants dans la présentation des résultats de l'étude.

En apposant votre signature à la fin du document, vous certifiez en avoir compris le contenu et consentir librement à prendre part au projet.

Information détaillée

1. Objectif du projet et sélection des participant·e·s

Dans cette feuille d'information, notre projet de recherche est aussi simplement désigné par le terme *projet*. Si vous acceptez d'y prendre part, vous êtes *un participant/une participante au projet*.

Ce projet doit nous permettre de croiser la perception de la communication verbale sur la douleur du point de vue des patient·e·s, avec le point de vue des physiothérapeutes sur leur manière de communiquer. Ceci se fera par la mise en lumière de la communication verbale sur la douleur des physiothérapeutes, ainsi que la perception de ce langage par les patient·e·s.

Nous vous sollicitons car la participation est ouverte à des patient·e·s qui sont atteints de lombalgie chronique non spécifique (douleur du bas du dos de plus de trois mois).

La lombalgie chronique se caractérise par une douleur localisée « sous la marge costale et au-dessus des plis fessiers inférieurs », persistant pendant trois mois au moins et non attribuable à une pathologie spécifique (par exemple: infection, tumeur, ostéoporose, fracture, déformation structurelle, trouble inflammatoire, syndrome radiculaire ou syndrome de la queue de cheval).

2. Informations générales sur le projet

Notre étude s'intéressera plus particulièrement à la communication verbale sur la douleur, de manière à faire un parallèle entre le langage et la représentation de la douleur du point de vue du·de la patient·e et du thérapeute.

Si vous participez, vous apporterez votre point de vue, selon votre position de patient·e, ce qui apportera des éléments clés à l'étude.

Les *focus group* auront lieu sur une période d'un mois. Les participant.e.s ne seront sollicité.e.s qu'une seule fois pour une durée d'une heure et demi.

Il s'agit d'une étude qui inclura de 8 à 12 participant.e.s « patients » au total, qui seront recruté.e.s sur le canton de Vaud.

Ce projet est réalisé dans le respect des prescriptions de la législation suisse. Nous suivons en outre l'ensemble des directives reconnues au niveau international. La commission d'éthique compétente a examiné et autorisé ce projet.

3. Déroulement du projet

Après accord des participant.e.s, 2 *focus group* « patient.e.s atteint.e-s de lombalgie chronique non spécifique » seront organisés.

Les *focus group* se dérouleront dans une salle de réunion au sein d'un des lieux de travail des investigateurs (CHUV, HESAV, HOPITAL DE STE CROIX).

Chacun des *Focus group* durera environ une heure et demie et sera enregistré. Les enregistrements seront retranscrits et codés de manière à conserver l'anonymat des participant.e.s, conservés le temps de l'étude et détruits ensuite.

Il se peut que nous devions vous exclure du projet avant le terme prévu. Cette situation peut se produire si, pour des raisons pratiques (par exemple les horaires), votre participation au focus group est impossible.

Nous recherchons à inclure des personnes avec des profils diversifiés dans les groupes afin que les divers points de vue existants soient représentés. Il est possible que votre présence ne soit finalement pas nécessaire si des personnes ayant un profil proche du vôtre (en termes d'âge, sexe, durée des douleurs, activité professionnelle par exemple) ont déjà été incluses dans l'étude. En effet, ceci s'explique par la méthode d'échantillonnage qui est celle de « l'échantillonnage raisonné ». Cette méthode consiste à recruter des personnes avec une diversité de profils afin de refléter la diversité des points de vue.

Si le profil des 1^{ère} personnes engagées est très homogène (p.ex. 4 hommes d'âge proche travaillant de longue date dans le même service), le recrutement se poursuivra jusqu'à avoir des profils variés, selon les critères énoncés pour les patients et les physiothérapeutes.

Si un volontaire devait finalement ne pas devoir prendre part à l'étude, ses données seraient détruites.

4. Bénéfices

La participation à ce projet ne vous apportera aucun bénéfice direct. Cependant, les échanges durant les entretiens peuvent contribuer à votre réflexion à propos de la communication verbale sur la douleur dans le cadre de vos douleurs de dos.

Par votre participation, vous contribuez à une meilleure compréhension de l'interaction entre les physiothérapeutes et les patient·e·s, ce qui peut être bénéfiques pour les futur·e·s patient·e·s.

5. Caractère facultatif de la participation et obligations

Votre participation est entièrement libre. Si vous choisissez de ne pas participer ou si vous choisissez de participer et revenez sur votre décision pendant le déroulement du projet, vous n'aurez pas à vous justifier. Cette décision n'aura pas de répercussions défavorables sur la suite de votre prise en charge médicale.

Si vous choisissez de participer à ce projet de recherche, vous serez tenus de suivre les instructions et de remplir les exigences prévues par le protocole de recherche.

6. Risques et contraintes

En participant au projet, vous ne serez exposés à aucun risque. Votre seule contrainte sera d'être disponible une heure pour votre participation au focus group et de remplir un questionnaire au préalable. Chacun des *Focus group* durera environ une heure et sera enregistré. Les enregistrements seront retranscrits et codés de manière à conserver l'anonymat des participant·e·s, conservés le temps de l'étude et détruits ensuite.

7. Résultats

Le projet permet d'obtenir des représentations des points de vue des patients.e.s et des physiothérapeutes et de les comparer.

La co-investigatrice Maud Pfaifer peut vous faire parvenir, à l'issue du projet, une synthèse des résultats globaux.

8. Confidentialité des données et des échantillons

8.1 Traitement et codage des données

Dans le cadre de ce projet de recherche, des données relatives à votre personne et à votre santé sont recueillies et traitées, en partie de manière informatisée. Ces informations sont

codées. Le codage est attribué par la co investigatrice Maud Pfaifer au moment du remplissage des questionnaires. Le codage signifie que toutes les données permettant de vous identifier (nom, date de naissance, etc.) sont remplacées par un code (année de naissance suivi d'un numéro). Il n'est pas possible de relier les données à votre personne sans le code, qui reste en permanence chez la co-investigatrice.

Seule Maud PFAIFER peut consulter vos données sous une forme non codée, et ce, exclusivement afin de pouvoir accomplir des tâches nécessaires au déroulement du projet. Elle est tenue au secret professionnel.

8.2 Protection des données et des échantillons

Toutes les directives relatives à la protection des données sont rigoureusement respectées. Après le travail, seules les retranscriptions anonymisées, soit plus de lien entre la retranscription et les noms, pourront être mises à la disposition à d'autres chercheurs. Les enregistrements seront, quant à eux détruits après le travail. Les noms et codes également.

8.3 Droit de consultation dans le cadre d'inspection

Le projet peut faire l'objet d'inspections. Celles-ci peuvent être effectuées par la commission d'éthique compétente ou par le promoteur qui a initié le projet. La co-investigatrice Maud Pfaifer doit alors communiquer vos données pour les besoins de ces inspections. Toutes les personnes impliquées sont tenues au plus strict secret professionnel.

8.4 Confidentialité

Les participants s'engagent à garder la confidentialité sur ce qui est échangé pendant le focus group. Cependant les auteurs de ce projet ne peuvent garantir le maintien de cette confidentialité par les autres participants.

9. Retrait du projet

Vous pouvez à tout moment vous retirer du projet si vous le souhaitez. Cependant, les données médicales recueillies jusque-là pourront encore être analysés sous forme codée. Après l'analyse, nous rendrons vos données anonymes. Nous effacerons définitivement le code les reliant à vous, si bien que plus personne ne pourra savoir après cela que ces données sont les vôtres. Ce procédé vise avant tout à assurer la protection de données.

10. Rémunération

Vous ne percevrez aucune rémunération pour votre participation à ce projet de recherche. Votre participation n'aura aucune conséquence financière pour vous ou votre assurance maladie.

11. Responsabilité

HESAV a initié le projet de recherche et est chargée de sa réalisation est responsable des dommages que vous pourriez subir en relation avec le projet. Les conditions et la procédure sont fixées par la loi. Si vous subissiez un dommage du fait de votre participation au projet, il vous faudrait vous adresser à Claude Pichonnaz, responsable du projet.

12. Financement

Aucun financement.

13. Interlocuteur(s)

Vous pouvez à tout moment poser des questions au sujet du projet. En cas d'incertitudes pendant ou après le projet, vous pouvez vous adresser à :

Pfaifer Maud co-investigatrice : 076 494 54 51 maudfred.pfaifer@hes.so.ch

Prof. Pichonnaz Claude, investigateur principal: Av. de Beaumont 21, 1011, Lausanne, 021 316 81 26, claud.pichonnaz@hesav.ch

Déclaration de consentement

Déclaration de consentement écrite pour la participation à un projet de recherche

Veillez lire attentivement ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions. Votre consentement écrit est nécessaire pour participer au projet.

Numéro BASEC du projet de recherche (après soumission à la commission d'éthique compétente) :	
Titre (scientifique et usuel) :	“ Regard croisé du-de la physiothérapeute et du-de la patient-e atteint-e d'une lombalgie chronique non spécifique autour de la communication verbale concernant la douleur,,
Institution responsable (responsable du projet et adresse complète) :	Haute Ecole de Sante Vaud (HESAV). Prof. Pichonnaz Claude Av. de Beaumont 21, 1011, Lausanne
Lieu de réalisation :	CHUV, HESAV, Hôpital de Ste-Croix
Responsable du projet sur le site : Nom et prénom en caractères d'imprimerie :	Prof. Pichonnaz Claude
Participante / Participant : Nom et prénom en caractères d'imprimerie : Date de naissance :	

- Je déclare avoir été informé-e, par la co-investigatrice soussignée Mme Maud PFAIFER, ou l'investigateur principal soussigné M. PICHONNAZ Claude, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet de recherche ainsi que des avantages et des inconvénients possibles et des risques éventuels.

- Je prends part à ce projet de façon volontaire et j'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai reçu les réponses aux questions que j'ai posées en relation avec la participation à ce projet. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.
- J'accepte que les spécialistes compétent·e·s de la direction de ce projet et de la commission d'éthique compétente puissent consulter mes données non codées afin de procéder à des contrôles et des inspections, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.
- Je sais que mes données personnelles, mes données de santé peuvent être transmis à des fins de recherche dans le cadre de ce projet et uniquement sous une forme codée. Le promoteur assure une protection des données conforme aux normes et exigences suisses.
- Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer au projet, sans que cette décision n'ait de répercussions défavorables sur la suite de ma prise en charge. Les données et les échantillons recueillis jusqu'au retrait seront cependant analysés dans le cadre du projet.

Lieu, date	Signature de la participante / du participant
------------	---

Attestation de la co-investigatrice / de l'investigateur principal : Par la présente, j'atteste avoir expliqué à la participante / au participant la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet conformément au droit suisse en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement de la participante / du participant à prendre part au projet, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	PFAIFER Maud co-investigatrice Signature : PICHONNAZ Claude investigateur principal : Signature :
------------	--

ANNEXE V
Grille JBI: Checklist for Qualitativ Research

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

No Unclear Not applicable

1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?
8. Are participants, and their voices, adequately represented?
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info Comments (Including reason for exclusion)

ANNEXE VI

Validation par la commission d'éthique du canton de Vaud CER-VD le 05/01/2022



COMMISSION CANTONALE
D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
SUR L'ÊTRE HUMAIN

CER-VD

Av. de Chailly 23
1012 Lausanne

Pr HES associé Claude PICHONNAZ
Haute école de Santé Vaud
Avenue Beaumont 21
1011 Lausanne

Lausanne, le 05/01/2022
Réf. JB/jp/cc

Décision de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD)

Project-ID	2021-02152
Titre du projet	Regard croisé du physiothérapeute et du patient avec une lombalgie chronique non spécifique sur la communication verbale autour de la douleur.
Travail de master/de thèse de	Pfaifer, Maud
Direction du projet	Claude Pichonnaz
Promoteur	Haute école de Santé Vaud - Claude Pichonnaz
Centres	Claude Pichonnaz, HESAV and CHUV, Lausanne

Décision

- Autorisation accordée
- Autorisation avec charges
- En l'état, l'autorisation ne peut pas être accordée
- Autorisation non accordée
- Non entrée en matière

Remarques:

Protocole

1. Section 3.3: le tableau n'est pas lisible.
2. Section 7.2: le format .pdf est modifiable, veuillez faire des copies papier signées et datées à intervalle régulier.
3. Veuillez supprimer les versions obsolètes des documents sur BASEC.

Classification

- Projet de recherche au sens de l'ORH Catégorie : A
 - recherche sur des personnes
 - réutilisation du matériel biologique ou des données personnelles liées à la santé
 - sur des personnes décédées
 - sur des embryons et des fœtus
 - avec rayonnements ionisants

P:\CER\PROTOCOLES 2022\Décisions\2021-02152_Prot_pos_220105.docx

Procédure de décision

Procédure ordinaire Procédure simplifiée Procédure présidentielle

La Commission certifie se conformer aux principes ICH GCP.

Taxes et émoluments

Déjà facturé.

Voies de recours

La présente décision peut faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal, Cour de droit administratif et public. L'acte de recours doit être déposé auprès du Tribunal cantonal dans les **30 jours** suivant la communication de la décision attaquée ; il doit être signé et indiquer les conclusions et motifs du recours. La décision attaquée est jointe au recours. Le cas échéant, ce dernier est accompagné de la procuration du mandataire.

Signature

p.o. Arthur Zuercher, secrétaire général
Dr. Jacques Bidiville
Vice-président *ad interim*

Annexes: -Obligations du requérant
-Signification des décisions possibles
-Liste des documents soumis les 27.10.2021, 28.12.2021