

Regards croisés du physiothérapeute et du patient atteint d'une lombalgie chronique non spécifique autour de la communication verbale concernant la douleur : une étude qualitative

Verbal communication about pain: a qualitative study comparing the perceptions of communication of physiotherapists and patients with chronic non-specific low back pain

(Abstract on page 108)

Verbale Kommunikation über Schmerzen: eine qualitative Studie zum Vergleich der Wahrnehmungen der Kommunikation von Physiotherapeuten und Patienten mit chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen

(Zusammenfassung auf Seite 108)

Maud Pfaifer¹, (MScSa, PT), Rose-Anna Foley², (PhD), Claude Pichonnaz^{2,3} (PhD, PT)

Mains Libres 2024; 2: 99-109 | DOI: 10.55498/MAINSLIBRES.2024.12.2.99

MOTS-CLÉS langage / lombalgie chronique non spécifique / douleur chronique / relation patient-thérapeute / communication thérapeutique / croyances / émotions

RÉSUMÉ

Contexte : L'éducation du patient et la communication sont cruciales dans la prise en charge de la lombalgie chronique non spécifique (LCNS). Interagir avec les patients de manière optimale reste un défi pour les physiothérapeutes et la littérature mentionne des difficultés concernant la communication relative à la douleur. Une étude croisant les perceptions des thérapeutes et des patients permettrait d'identifier les points de convergence et de divergence à ce sujet.

Objectif : Le but de l'étude est de confronter la perception des patients concernant la communication verbale relative à la douleur avec celle des physiothérapeutes.

Méthode : Étude qualitative à visée compréhensive basée sur deux focus groups incluant 7 patients et deux focus groups incluant 8 physiothérapeutes.

Résultats : Les patients perçoivent la LCNS comme un problème à la fois biomécanique et biopsychosocial, nécessitant à la fois écoute et soutien. Ils souhaitent se sentir soutenus émotionnellement et apprécient le soutien reçu, tout en identifiant des situations de jugement et de communication inadaptée. Les physiothérapeutes, pour leur part, utilisent un langage fondé sur l'expérience et les données scientifiques, s'efforçant d'établir une relation thérapeutique adaptée pour atteindre les objectifs de traitement.

Conclusion : Les patients attendent de l'écoute, du soutien et de la compréhension de leur douleur dans leur prise en charge. Les physiothérapeutes reconnaissent ces besoins et favorisent la communication pour échanger des informations. Cependant, des obstacles existent tels que le jargon médical, de littératie en santé des patients, et le manque d'empathie de certains thérapeutes. Les physiothérapeutes se sentent parfois démunis pour établir une relation de partenariat.

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

Cette étude a été approuvée le 5 janvier 2022 par la CER-VD (Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD)), Protocole 2021-02152.

Les auteur-es n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Cet article est basé sur les résultats d'un Travail de Master réalisé dans le cadre du Master of Science en Sciences de la santé, conjoint de la HES-SO (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale) et de l'Université de Lausanne (UNIL), orientation en physiothérapie, à HES-SO Master.

Article reçu le 21 février 2024, accepté le 29 avril 2024.

¹ Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique – Hôpital de Nyon 1260.

² HESAV Haute Ecole de Santé Vaud, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 1011 Lausanne.

³ Service d'orthopédie et de traumatologie, Département de l'appareil locomoteur, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne.

CONTEXTE

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⁽¹⁾.

La lombalgie chronique non spécifique est souvent rencontrée en physiothérapie, en raison de sa fréquence et de son impact fonctionnel⁽¹⁻⁴⁾. Outre les aspects structurels, anatomiques ou biomécaniques, la lombalgie est influencée par les facteurs cognitifs (comme les croyances catastrophistes, la baisse de motivation), psychologiques (dépression ou anxiété), sociaux (faible satisfaction au travail, stress relationnel) et comportementaux (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⁽⁵⁾.

Ainsi, un risque de chronicisation élevé existe en présence de facteurs de risque d'ordre psycho-social appelés « drapeaux jaunes » : problèmes émotionnels, attitudes et représentations inappropriées, comportements douloureux mal appropriés, en particulier l'évitement lié à la peur⁽⁶⁾.

En réponse à cela, des approches multidisciplinaires de réadaptation ont émergé. 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⁽⁷⁻⁹⁾. Dans ce contexte d'interaction, tant le point de vue du physiothérapeute que celui du patient peuvent exercer une influence considérable sur le déroulement et le ressenti du processus de réadaptation.

Les éléments influençant la perception des physiothérapeutes

L'approche biomécanique, basée sur la pratique clinique, l'anatomie et la physiopathologie a longtemps été prédominante⁽⁵⁾. Ainsi, la nécessité d'intégrer les aspects cognitifs, psychologiques et les facteurs sociaux dans la gestion de la lombalgie chronique constitue davantage un défi pour les physiothérapeutes formés initialement à cette approche que pour ceux qui l'ont été plus récemment^(5,10).

Actuellement, le rapport entre patient et thérapeute est vu comme une occasion de discuter des attentes et des possibilités de chacun pour parvenir à des prises de décisions partagées, combinant savoir scientifique et représentations du patient⁽¹¹⁾. Les physiothérapeutes, en raison de leur interaction prolongée avec les patients, jouent un rôle crucial dans l'éducation, l'information et la prise en compte des perceptions du patient concernant sa douleur et sa pathologie. Ils sont conscients de l'importance de cette interaction, mais ne se sentent pas toujours suffisamment formés pour y faire face^(5,12). Il est important de rappeler que les croyances des physiothérapeutes relatives à la douleur influencent leur stratégie de traitement ou de conseil⁽¹⁰⁾.

Il convient de noter que les processus émotionnels modulent la perception de la douleur via des mécanismes physiologiques, pouvant l'inhiber ou l'exacerber. Ces éléments sont considérés comme des cibles thérapeutiques ou des obstacles au rétablissement.

Les éléments influençant la perception des patients

Une douleur persistante peut engendrer des degrés de détresse variables allant de légèrement angoissant à écrasant⁽¹³⁾. Un impact émotionnel élevé est un prédicteur de chronicité et doit être considéré comme un drapeau jaune. Les patients souffrant de douleurs chroniques invalidantes présentent souvent un changement d'identité personnelle, accompagné d'une perte d'estime de soi et de démoralisation⁽¹³⁾.

En sciences sociales, la notion de croyance fait référence à l'adhésion à des idées, à des opinions et à des valeurs sans qu'une démonstration rationnelle, empirique ou théorique n'ait conduit à leur adoption⁽¹⁴⁾. Les représentations sociales, elles, suggèrent que toute signification donnée aux choses est socialement construite dans un contexte donné⁽¹⁵⁾.

Chez les patients atteints de lombalgie, les représentations biomédicales de la douleur (attribuant la douleur à des lésions tissulaires dans le dos) sont associées à une plus grande incapacité et à des niveaux élevés de peur liée à la douleur⁽¹⁶⁾. Les croyances relatives à la douleur représentent la conceptualisation que les patients ont de la douleur et la signification qu'ils lui attribuent⁽¹⁷⁾.

Bien que la plupart des participants comprennent l'importance de rester actifs en cas de lombalgie, des représentations délétères sur la nécessité de protéger le dos et sa vulnérabilité peuvent coexister et entraver une attitude positive envers l'activité physique⁽¹⁸⁾. Ces croyances contradictoires génèrent des conflits cognitifs sur le comportement à adopter, notamment lorsqu'elles sont renforcées par des professionnels de la santé conseillant aux patients de rester actifs tout en faisant attention⁽¹⁸⁾.

La communication verbale en rééducation

L'intégration des facteurs psycho-sociaux est primordiale dans le traitement des lombalgies chroniques non spécifiques, étant donné leur impact sur la douleur et le handicap^(4,19). Elle implique de nombreux échanges verbaux, tels que la discussion sur la pathologie et ses représentations, les émotions et le vécu de la douleur.

La littérature souligne que le langage est un élément fondamental de l'émotion qui est constitutif à la fois des expériences et des perceptions de l'émotion⁽²⁰⁾. Munday et al.⁽²¹⁾ ont mis en évidence que 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 peut engendrer de l'espoir et permettre de faire face à la douleur⁽²²⁾.

Bien que des difficultés de communication spécifiques soient relevées tant par les patients⁽²¹⁾ que par les thérapeutes⁽²³⁾, aucune recherche n'a confronté, à notre connaissance, dans la même étude ce que les thérapeutes expriment et ce que les patients entendent afin de mettre en perspective leurs points de vue respectifs.

Objectif

Cette étude qualitative à visée compréhensive a exploré le processus d'interaction qui se produit entre le patient et le physiothérapeute concernant la communication verbale

à propos de la douleur. L'objectif principal consistait à confronter le point de vue des patients à celui des physiothérapeutes sur la communication concernant la douleur. Cette étude visait à identifier les points de convergence et de divergence entre les patients et les physiothérapeutes et, ainsi, de mieux cibler les points d'amélioration de la communication à considérer en clinique et en formation.

MÉTHODES

La conception de l'étude

Cette étude qualitative descriptive interprétative est basée sur le discours de patients et de physiothérapeutes. La collecte des données a été effectuée lors de focus groups de participants ayant une expérience de la lombalgie chronique en tant que patients ou thérapeutes. Du côté des physiothérapeutes, des données ont été recueillies sur leur représentation de la douleur chronique et leurs intentions lorsqu'ils parlent de douleur aux patients. Parallèlement des données ont été récoltées concernant les représentations que les patients se font de la douleur chronique et leur perception des messages émis par les physiothérapeutes à ce sujet.

Considérations éthiques

Le projet d'étude a été validé par la commission d'éthique du canton de Vaud CER-VD le 5 janvier 2022. Un formulaire d'information et un formulaire de consentement spécifiques à signer avant l'inclusion ont été distribués à chaque participant.

Processus de recrutement

Les participants ont été recrutés selon les critères du tableau 1 par contact direct avec les physiothérapeutes-chefs de deux centres spécialisés dans le traitement des lombalgies chroniques (le Département de l'appareil locomoteur du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) de Lausanne et la Clinique romande de réadaptation de la Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) de Sion). Ces chefs ont informé leur équipe de l'étude, recruté, sur une base volontaire, les physiothérapeutes nécessaires, et réservé des plages horaires pour les focus groups. Les équipes ont ensuite informé les patients éligibles et identifié les volontaires pour l'investigatrice, qui, elle, a organisé la logistique des sessions.

Une méthode d'échantillonnage raisonné a été utilisée afin de constituer un échantillon diversifié en matière de sexe, d'âge, d'années d'expérience et de formations pour les participants physiothérapeutes, et un échantillon diversifié en matière d'âge, de sexe, de durée de la maladie et de degré de handicap, pour les participants patients.

Le nombre de participants a été limité par la durée nécessaire pour la retranscription et à l'analyse de chacun des entretiens. Toutefois, la saturation des données a été atteinte avec une émergence de thèmes généraux.

Récolte des données

Questionnaires

Les patients ont complété un questionnaire sociodémographique spécifique, le *Back Pain Attitude Questionnaire* (Back-PAQ) sur les croyances concernant la lombalgie et le questionnaire d'incapacité fonctionnelle *Oswestry Disability Index* (ODI). Les physiothérapeutes ont complété un questionnaire sur leurs douleurs lombaires, un questionnaire sociodémographique et le Back-PAQ.

Le Back-PAQ, validé en français⁽²⁴⁻²⁷⁾, comprend 34 items sur les représentations liées aux facteurs de risque de chronicisation. Le Back-PAQ a démontré sa validité et sa fiabilité.

L'*Oswestry Disability Index*, est un questionnaire validé en français et sensible au changement de l'incapacité fonctionnelle du patient lombalgique^(28,29).

Focus group

La collecte des données a été effectuée lors des *focus groups* (durée moyenne d'une heure) qui se sont appuyés sur un guide d'entretien semi-directif spécifique à chaque groupe (Tableau 2), centrés sur la communication relative à la douleur dans le cadre de la lombalgie chronique. Les entretiens ont été menés par la chercheuse et enregistrés.

Analyse des données

L'étude a été menée en suivant le processus d'analyse thématique proposé par Miles et Hubermann⁽³⁰⁾, qui comprend trois flux concourants d'activités :

- La condensation des données, qui consiste à examiner les données pour identifier les extraits significatifs et

Tableau 1

Critères de recrutement de l'étude

Critères Inclusion Patients	Critères Inclusion physiothérapeutes	Critères Exclusion pour tous
<ul style="list-style-type: none"> • Hommes, Femmes de plus de 18 ans diagnostiquées de « lombalgie chronique non spécifique » • Issus de l'environnement professionnel des collaborateurs CHUV, CRR-SUVA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeutes travaillant avec des patients atteints de « lombalgie non spécifique » • Hommes, Femmes, travaillant comme physiothérapeutes au CHUV, ou CRR-SUVA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence du niveau minimum requis de la langue française (C1) • Présence de troubles cognitifs, selon l'appréciation des recruteurs • Absence de consentement écrit. • Refus de l'enregistrement. • Patients atteints de troubles psychiatriques interférant avec la participation à un entretien. Les états dépressifs ou anxieux légers ne sont pas concernés.

Légende : CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois ; CRR-SUVA : Clinique Romande de Réadaptation- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

dégager les thèmes, appelés codes. Le logiciel MAXQDA est utilisé pour coder les données, et le chercheur établit des liens entre les thèmes, construisant ainsi un arbre thématique regroupant les thèmes sous des catégories plus générales.

- La présentation des données, qui implique la mise en relation des thèmes pour permettre une compréhension plus approfondie et interprétative du phénomène étudié.
- L'élaboration des conclusions et leur vérification, qui sont réalisées en croisant les données des focus groups avec celles de la littérature.

Critères de qualité de la démarche

La qualité de la démarche de recherche repose sur le respect rigoureux des étapes méthodologiques établies, conforme aux critères de la grille JBI (Joanna Briggs Institute) pour la recherche qualitative. La chercheuse, physiothérapeute elle-même, bénéficie d'une compréhension approfondie du discours des participants grâce à son expérience professionnelle. Elle a informé les participants de sa profession, a souligné sa neutralité et son indépendance vis-à-vis des centres d'étude. Sa bienveillance a favorisé un processus respectueux et ouvert, mettant l'accent sur la compréhension plutôt que le jugement dans cette étude qualitative.

Tableau 2

Grille d'entretien

Thèmes	Questions aux patients	Questions aux physiothérapeutes
<u>Conception de la communication et du langage :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que cette situation vous rappelle votre situation et vos échanges avec des physiothérapeutes ? • Est-ce que le physiothérapeute 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 ? 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 d'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.
<u>Importance du langage :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 physiothérapeutes ont conscience de ça ? • Est-ce que certains termes employés par le physiothérapeute vous aident plus que d'autres dans la gestion de votre mal de dos ou non ? lesquels ? • Est-ce que certains termes sont à éviter ? 	<ul style="list-style-type: none"> • En quoi pensez-vous que « la manière de mettre des mots sur la douleur » a de l'importance pour cette patiente ou non ? • 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...) ? • 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 ?
<u>Méthode de communication :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • En fonction de votre douleur (d'où elle vient, comment elle apparaît, à quel moment, comment elle part ?) quel genre de langage attendez-vous ? et quelles informations ? • 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 que le thérapeute adapte son langage ? Avez-vous un exemple de situation ? • Pensez-vous que le langage puisse exercer une influence sur l'évolution de vos douleurs ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles « approches de langage » pour communiquer et dans quel but ? Les approches sont ici envisagées dans le sens de l'écoute, de ce que l'on en fait et comment cela est retranscrit ou non. • 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 ?

<p><u>Adaptation du physiothérapeute :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle impression cela vous a-t-il fait lorsqu'un physiothérapeute vous a parlé de manière adaptée ou inadaptée de la douleur ? vous êtes-vous sentis compris ou non ? • En fonction de votre perception de la douleur au cours d'une séance, de quelle manière avez-vous l'impression que le physiothérapeute adapte son langage ? 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ? • Comment adaptez-vous votre langage en fonction des représentations que la patiente a de la douleur et de l'activité ? • 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 ?
<p><u>Votre expérience :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ? • 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. • Est-ce que vous avez eu des expériences où vous avez pensé que les physiothérapeutes comprennent, ou ne comprennent pas votre douleur ? Par exemple, si votre physiothérapeute 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 ? 	<ul style="list-style-type: none"> • 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...) • 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 ? • Pensez-vous que les croyances des physiothérapeutes influencent la manière dont ils parlent de la douleur à leur patient ? quelles croyances ? en quoi ? • 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 ?
<p><u>Votre compréhension :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trouvez-vous que les mots utilisés par votre physiothérapeute 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 physiothérapeute ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ? • Est-ce que vous êtes d'accord avec les messages que les physiothérapeutes essaient de vous transmettre ? Correspondent-ils bien à votre problème ? • Avez-vous souvent été sensible à la manière de communiquer de votre physiothérapeute ? 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 le faire réagir, pour qu'il tienne plus compte de votre point de vue ? Quel genre de mots ? 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ? • 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 ?
<p><u>Conclusion :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il d'autres aspects concernant la manière d'échanger avec votre physiothérapeute sur la douleur que vous souhaiteriez aborder ? • Y a-t-il un message que vous souhaiteriez lui faire passer à ce sujet ? 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 physiothérapeutes qui sont très orientés rééducation sportive (no pain, no gain).

RÉSULTATS

Données socio-démographiques

Caractéristiques des participants patients (tableau 3)

Tableau 3									
Caractéristiques de 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
MÉDIANE	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 ; ASSC : Assistant en soins et santé communautaire

Caractéristiques des participants physiothérapeutes (tableau 4)

Tableau 4								
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	Non communiqué	71
CRR-SUVAPH3	49	F	28	Maitland, approche multi-dimensionnelle de la lombalgie chronique, DLM	20	OUI	A et C	69
CHUVPH1	53	F	27	Chaînes 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

F : féminin. M : masculin A : aigu C : chronique.

Résultats des entretiens

Deux thèmes principaux se sont dégagés lors de l'analyse : « le langage dans un objectif thérapeutique » et « le langage dans un objectif relationnel et émotionnel ».

Thème 1 : le langage dans un objectif thérapeutique

Comprendre et faire comprendre la douleur

Les patients ont exprimé, d'une part le besoin d'être écoutés et compris, et d'autre part, la nécessité de comprendre ce qui leur arrive et pourquoi ils souffrent, afin d'atteindre leurs objectifs thérapeutiques : « 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... {...}. Les gens ont besoin de comprendre, je pense, ce qu'il se passe dans leur corps et comment on peut changer ces choses. » (CHUVP1, 64 ans, M)

Les physiothérapeutes cherchent à répondre au besoin de compréhension : « Je pense que le patient va plus adhérer à la thérapie s'il comprend pourquoi on fait les choses. » (CRR-SUVAPH1, 29 ans, F)

L'importance des mots

Certains patients ont évoqué rencontrer des difficultés à comprendre le langage des physiothérapeutes : « 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)

Les physiothérapeutes ont reconnu avoir conscience de ce manque de compréhension, mais l'ont attribué aux contextes socio-culturels des patients : « Il y en a qui ne parlent pas notre langue (le français), et donc c'est encore plus compliqué d'aborder des sujets comme la douleur » (CRR-SUVAPH3, 49 ans, F), ou à leur niveau cognitif : « Si je suis honnête, je pense que j'ai des meilleurs résultats avec les patients qui cognitivement sont plus réactifs » (CHUVP3, 35 ans, M).

Le poids des mots du point de vue des physiothérapeutes

Les physiothérapeutes attachent de l'importance à la valeur des mots, conscients de l'impact des notions positives ou négatives qu'ils véhiculent lors des échanges avec leurs patients : « Je n'utiliserai jamais le mot "ce n'est pas grave". Mais oui : "je vous entends bien, et je comprends que c'est stressant." » (CHUVP4, 27 ans, M).

Alors que des patients ont affirmé que les mots utilisés n'avaient pas une importance particulière, certains physiothérapeutes ont évoqué un effet « nocebo » lorsque les mots étaient 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. » (CHUVP1, 53 ans, F)

Besoin de personnalisation par les patients

Dans une approche visant à considérer les patients comme partenaires et acteurs de leurs soins, ceux-ci ont besoin d'être au centre de la thérapie : « Et au fil du temps on se

connaît de mieux en mieux, il arrive à adapter son travail sur nos douleurs. » CRR-SUVA P1 (53 ans, M)

Langage et représentations du patient

Les physiothérapeutes ont exprimé l'impact de certains discours sur les représentations des patients. « 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, {...} 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... ». (CRR-SUVAPH1, 29 ans, F)

Les physiothérapeutes ont expliqué comment ils utilisent le langage pour influencer les représentations des patients, les orientant vers 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. » (CRR-SUVAPH2, 42 ans, M)

Les patients ont clairement exprimé leurs représentations, et leur évolution grâce aux explications reçues : « 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. » (CHUVP3, 48 ans, F)

Thème 2 : le langage dans un objectif relationnel et émotionnel

La relation entre le patient et le thérapeute

Les patients ont expliqué qu'une bonne relation favorise la collaboration dans le 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. » (CHUVP2, 47 ans, F)

La transmission de messages entre patient et physiothérapeute

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 : « la relation, elle fait beaucoup dans la douleur » (CRR-SUVAP4, 48 ans, M), ou encore « C'est aussi la relation thérapeutique {...} qui a un impact sur l'évolution du patient... ». (CRR-SUVAPH1, 29 ans, F)

Le rôle central de l'écoute

Les patients ont exprimé que leur capacité à écouter peut varier en fonction de leur niveau de douleur : « Mais c'est vrai que parfois la douleur nous rend moins disponibles. » (CRR-SUVAP4, 48 ans, M). Cependant, certains patients ont rapporté que c'est parfois le professionnel de santé qui ne se montre pas à l'écoute : « En fait, j'ai l'impression qu'ils nous écoutent, mais qu'ils ne nous entendent pas. » (CHUVP2, 47 ans, F). Le patient CHUVP1 (64 ans, M) a expliqué : « 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 ! »

Les physiothérapeutes ont indiqué être à l'écoute : « 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... » (CRR-SUVAPH3, 49 ans, F)

Les émotions

Les patients ont expliqué avoir ressenti une émotion de peur face à la lombalgie : « Au début j'étais très anxieuse, que je devais savoir absolument tout ce que l'on me faisait... » (CHUVP3, 48 ans, F), ou face à l'incompréhension de 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... » CHUVP1 (64 ans, M).

Les physiothérapeutes ont conscience de la présence de cette émotion, mais ont relevé l'ambiguïté générée par la connaissance du diagnostic, « parce que c'est soulageant d'avoir eu un diagnostic à leur problème, mais aussi angoissant » (CHUVP1, 53 ans, F).

Ils ont décrit l'impact de cette émotion sur la qualité de l'écoute du patient et son engagement dans le soin : « Il sera inquiet, il risque d'être fermé ». (CHUVP2, 26 ans, M).

Les patients ont ressenti de la colère face à la douleur : « Et puis, je pense qu'il n'y a pas beaucoup de filtres dans nos communications, quels que 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).

Dans cet ordre idée, le physiothérapeute CHUVP3 (35 ans, M) a évoqué la nécessité de reconnaître la douleur : « 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 a évoqué la nécessité de calmer la peur par le langage, « de faire comprendre que justement douleur n'est pas forcément associée à lésion et inversement ».

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) et relèvent l'importance d'une relation durable avec le physiothérapeute : « 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... » (CRR-SUVAP4, 48 ans, M).

DISCUSSION

Portée générale des résultats

Cette étude examine l'interaction verbale entre les patients et les physiothérapeutes concernant la communication sur la douleur. L'échantillon, bien que diversifié en termes de genre, d'éducation, de durée des douleurs pour les patients, et en termes de genre, d'expérience et de formations post-grades

pour les physiothérapeutes, présente des limites quant à sa représentativité exhaustive. Les résultats reflètent les points de vue de physiothérapeutes expérimentés dans le domaine, et de patients éligibles à un programme de rééducation fonctionnelle du rachis, recrutés dans des centres spécialisés où l'éducation thérapeutique est couramment pratiquée et où les thérapeutes disposent d'un temps de contact élevé avec les patients.

Le croisement des regards entre les patients et les physiothérapeutes a permis de mettre en évidence un décalage entre leurs points de vue respectifs. Bien que les physiothérapeutes aient conscience du besoin d'écoute et de compréhension des patients, le discours des patients reflète que ces besoins demeurent partiellement satisfaits. Ce décalage se manifeste autour des trois axes développés ci-après : la compréhension du langage, les croyances et les représentations de la lombalgie chronique, et la compréhension des émotions.

La compréhension du langage

Les patients se sont plaints de ne pas toujours comprendre le jargon médical, et de ne pas toujours oser demander des explications, en particulier si une relation de confiance n'avait pas été établie. En contrepartie, les physiothérapeutes ont rapporté que le patient ne disposait pas toujours des capacités linguistiques ou cognitives nécessaires pour comprendre. Un écart entre la littératie en santé des patients et le langage médical peut limiter leur autogestion de la maladie et l'observance des traitements⁽³¹⁾. Les physiothérapeutes reconnaissent cette problématique et les obstacles à son amélioration. Des recommandations proposent de mieux prendre en compte le niveau de littératie en santé des patients dans les interventions visant à développer leur autogestion⁽³²⁾. Patients et thérapeutes s'accordent sur l'importance de l'éducation thérapeutique pour surmonter les incompréhensions liées au langage, à la pathologie et à la douleur.

Les croyances et représentations

Les croyances des physiothérapeutes influencent celles des patients et leur adhésion aux recommandations professionnelles⁽¹⁹⁾. Travailler dans des centres de rééducation, offrant interdisciplinarité et formations, a modifié les perceptions des physiothérapeutes sur la lombalgie. Les patients, quant à eux, ont évoqué l'importance de leur expérience et des savoirs profanes, comme l'expérience d'un parent resté couché plusieurs jours à cause d'une lombalgie. Les deux groupes reconnaissent que la prise en charge favorise une meilleure convergence de leurs représentations, soulignant ainsi l'importance de la collaboration thérapeutique.

Les patients ont expliqué que les contradictions entre professionnels de santé rendaient difficile la compréhension des recommandations. Christie et al. (2021) attribuent ce manque de cohérence à la coexistence de croyances concurrentes dans l'esprit des professionnels, qui peut les pousser à envoyer des messages contradictoires tels que : « Le mouvement est important, mais évitez de vous pencher lorsque vous soulevez ou portez des poids »⁽¹⁰⁾.

Les physiothérapeutes ont évoqué que la non-motivation du patient représente parfois un frein à leurs choix

thérapeutiques, et qu'ils n'ont pas toujours reçu de formations appropriées pour communiquer avec les patients à propos des facteurs psychosociaux⁽²²⁾. Or, ce sentiment d'impréparation peut être générateur de réactions de stigmatisation ou d'insécurité de la part des physiothérapeutes⁽⁵⁾.

Les patients vivent leur lombalgie chronique de manière à la fois biomécanique (en lien avec les aspects physiques de la douleur) et psychosociale (exprimant des besoins émotionnels et de soutien), communiquant avec un langage centré sur leur expérience et leurs besoins émotionnels. Leur expression de la douleur vise à faire comprendre leur vécu et à recevoir un soutien personnel plutôt qu'à informer le physiothérapeute dans le but de résoudre un problème biomécanique.

En revanche, les physiothérapeutes privilégient une approche de communication professionnelle, axée sur les données scientifiques, dans le but d'orienter la réadaptation dans le sens de leurs objectifs thérapeutiques. Leur interprétation de la douleur diffère donc de celle des patients, ce qui peut compliquer la relation thérapeutique. Les patients cherchent à se faire reconnaître dans leur douleur, tandis que les physiothérapeutes visent à optimiser l'efficacité du traitement. Ce décalage rend difficile l'établissement d'une relation constructive lorsque les plaintes des patients ne sont pas alignées avec la perspective du physiothérapeute sur la direction à donner au traitement.

La compréhension des émotions

Les patients expriment l'importance de la communication attentive et de la compréhension de leur douleur pour donner un sens à leur expérience de la lombalgie, rétablissant ainsi un sentiment de contrôle et réduisant l'anxiété. Les physiothérapeutes soulignent l'importance de l'adoption d'un discours rassurant, axé sur la compréhension des patients, favorisant ainsi l'adhésion au traitement et la collaboration active.

Les deux groupes de participants reconnaissent l'importance de la relation centrée sur le patient, intégrant une approche biopsychosociale, partageant le pouvoir et la responsabilité, développant une relation empathique et attentive, et tenant compte des signaux émotionnels. Cette approche promeut une thérapie plus holistique, où le patient est actif et impliqué dans son rétablissement⁽³³⁾.

Toutefois, les physiothérapeutes ont expliqué être conscients de l'importance des émotions du patient et de l'empathie nécessaire à la relation, mais se sentir démunis pour gérer ces aspects.

IMPLICATIONS DE L'ÉTUDE

Les physiothérapeutes reconnaissent les défis liés à la communication sur la douleur avec les patients, notamment les écarts entre leurs représentations respectives, la prise en compte des aspects émotionnels et les obstacles à la compréhension mutuelle. Cette étude propose une orientation de la formation future des physiothérapeutes sur les aspects complexes de la communication liée à la douleur. L'implication de patients-experts, bénéfique pour la communication dans le cadre de douleurs chroniques, pourrait être

prometteuse pour comprendre la perspective du patient⁽³⁴⁾. De plus, cette étude sensibilise les cliniciens aux écarts entre leurs intentions et la perception des patients, les aidant ainsi à optimiser leur communication. Elle souligne également l'importance de l'éducation thérapeutique, appréciée à la fois par les patients et les physiothérapeutes.

LIMITES ET FORCES DE CETTE ÉTUDE

Puisque les participants sont peu nombreux et proviennent tous de centres de rééducation spécialisés, l'étude donne une vision réaliste mais non exhaustive des points de vue. Bien que les physiothérapeutes et les patients n'aient pas forcément été en contact direct et que nous ayons insisté au début des *focus group* sur l'anonymisation des récits, la relative proximité entre les répondants a pu induire une retenue dans leur discours.

L'analyse des données n'a pas pu être doublée par manque de ressources, ce qui peut en limiter la fiabilité. Cependant, les résultats et interprétations ont été discutés régulièrement avec les co-auteurs (CP et RAF).

Enfin, la position de praticienne-chercheuse expérimentée dans le traitement de la lombalgie a pu interférer avec la distance nécessaire à la recherche, mais aussi favoriser la compréhension des récits et l'approfondissement de l'analyse vu sa sensibilisation au contexte.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence les attentes des patients atteints de lombalgie chronique en matière d'écoute et de soutien, ainsi que leur besoin de comprendre pour mieux se prendre en charge. Les physiothérapeutes expriment une conscience de ces besoins, et l'intention d'y répondre.

La communication concernant la douleur est au centre de la relation soignant-soigné, car elle permet un échange d'informations et un ajustement réciproque des acteurs. Par le regard croisé, nous avons mis en évidence des obstacles perçus à cette communication, en relation avec le jargon médical, le niveau de littératie en santé des patients et la difficulté pour les physiothérapeutes d'établir une communication adaptée à l'origine socioculturelle, à la personnalité et à l'état psychique de certains patients.

Dans les situations d'incompréhension, les physiothérapeutes se sentent démunis pour instaurer une approche centrée sur le patient, considérée comme nécessaire à l'alliance thérapeutique.

Dans de futures études, croiser le regard de physiothérapeutes pratiquant hors de centres de rééducation spécialisés, avec celui de patients qui n'ont pas reçu de soins dans ces centres serait intéressant, ainsi que d'évaluer le niveau de littératie en santé de la population atteinte de lombalgie chronique, vu son importance dans l'adaptation de la communication sur la douleur.

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

- Les intentions des physiothérapeutes et les attentes des patients concernant la douleur convergent. Malgré cette convergence des décalages subsisteraient entre les intentions des physiothérapeutes et les perceptions des patients concernant le langage sur la douleur.
- Les physiothérapeutes exprimeraient le besoin d'une formation adaptée, p.ex. impliquant des patients-experts.
- La prise de conscience des divergences de perception entre praticiens et patients pourraient contribuer à améliorer la communication et la relation thérapeutique.

Contact:

Maud Pfäifer
maud.pfaifer@gmail.com

ABSTRACT

Background: Education and communication are crucial in the biopsychosocial management of non-specific chronic low back pain. However, interacting with patients optimally remains a challenge for physiotherapists, and the literature highlights numerous difficulties concerning pain-related communication. A study that cross-referenced therapists' and patients' perceptions would make it possible to more precisely identify the similarities and differences in their experiences of communication about pain.

Objective: The study aimed to compare patients' perceptions of pain-related verbal communication with those of physiotherapists.

Method: A qualitative study with a comprehensive aim was conducted on two focus groups, including a total of seven patients and eight physiotherapists.

Results: Patients perceived chronic low back pain as both a biomechanical and biopsychosocial problem, seeking both a listening ear and support. Physiotherapists used language based on experience and scientific data, striving to establish a therapeutic relationship adapted to achieving treatment objectives. Patients expressed the need to feel emotionally supported, and appreciated the support received, but identified situations of judgment and inappropriate communication.

Conclusion: The study reveals patients' expectations in terms of listening, support, and understanding. Understanding these expectations can help therapists more effectively manage their care. Physiotherapists recognize patients' needs and encourage communication and the exchange of information. However, barriers exist, such as medical jargon, patients' health literacy levels, and a lack of empathy from some therapists. Physiotherapists may feel powerless to enter into a partnership relation with patients.

KEY WORDS:

language / non-specific chronic low back pain / chronic pain / patient-therapist relationship / therapeutic communication / beliefs / emotions

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Die Aspekte der Aufklärung und Kommunikation werden als entscheidend für die biopsychosoziale Behandlung von unspezifischen chronischen Kreuzschmerzen anerkannt. Die optimale Interaktion mit den Patienten bleibt jedoch eine Herausforderung für Physiotherapeuten, und die Literatur weist auf zahlreiche Schwierigkeiten bei der schmerzbezogenen Kommunikation hin. Eine Studie, die die Wahrnehmungen von Therapeuten und Patienten vereint, würde es ermöglichen, die Konvergenzen und Divergenzen in Bezug auf die Kommunikation über Schmerzen genauer zu identifizieren.

Ziel: Ziel der Studie ist es, die Wahrnehmung der Patienten in Bezug auf die verbale Kommunikation über Schmerzen mit der Wahrnehmung der Physiotherapeuten zu vergleichen.

Methode: Es handelt sich um eine qualitative Studie mit verstehender Zielsetzung, die auf zwei Fokusgruppen mit insgesamt sieben Patienten und zwei mit acht Physiotherapeuten basiert.

Ergebnisse: Im Vergleich nahmen die Patienten chronische Rückenschmerzen als ein sowohl biomechanisches als auch biopsychosoziales Problem wahr und wünschten sowohl Zuhören als auch Unterstützung. Physiotherapeuten verwendeten eine Sprache, die auf Erfahrung und wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht, und bemühten sich um den Aufbau einer angemessenen therapeutischen Beziehung, um die Behandlungsziele zu erreichen. Die Patienten äußerten das Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung und schätzten die erhaltene Hilfe, identifizierten aber auch Situationen, in denen sie beurteilt wurden und eine unangemessene Kommunikation stattfand.

Schlussfolgerungen: Die Studie zeigt die Erwartungen der Patienten an das Zuhören, an Unterstützung und an Verständnis für eine bessere Verwaltung ihrer Pflege. Physiotherapeuten erkennen diese Bedürfnisse und fördern die Kommunikation, um Informationen auszutauschen. Es bestehen jedoch Hindernisse wie den medizinischen Jargon, das Niveau der Gesundheitskenntnisse der Patienten und mangelndes Einfühlungsvermögen einiger Therapeuten. Physiotherapeuten können sich in einer partnerschaftlichen Beziehung mit dem Patienten hilflos fühlen.

SCHLÜSSELWÖRTER:

Sprache / nichtspezifische chronische Lumbalgie / chronischer Schmerz / Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten / therapeutische Kommunikation / Überzeugungen, Emotionen.

Références

1. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 2(Suppl 2):S192-300.
2. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012;379(9814):482-91.
3. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736-47.
4. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. 2018;391(10137):2356-67
5. Synnott A, O'Keefe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother*. 2015;61(2):68-76.
6. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [En ligne]. [cité le 16 février 2024]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
7. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*. 2007;5(1):57-65.
8. MacNeela P, Doyle C, O'Gorman DA, Ruane N, McGuire BE. Experiences of Chronic low back Pain: a Meta-ethnography of Qualitative research. *Health Psychology Review*. 2013;9(1):63-82.
9. Wong JJ, Côté P, Sutton D, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, et al. 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*. 2016;21(2):201-16.
10. Christe G, Nzamba J, Desarzens L, Leuba A, Darlow B, Pichonnaz C. Physiotherapists' attitudes and beliefs about low back pain influence their clinical decisions and advice. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2021 ; 53 : 102382.
11. Cedraschi C. 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*. 2011 ; 78 : S70-4.
12. Zarka D, Nicolas M, Alexis G, Jennifer F. The effect of preconditioning on the modalities of pain management. *Patient Education And Counseling* [Internet]. 1 févr 2023 ; 107 : 107568. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.11.010>
13. Main CJ, George SZ. Psychologically Informed Practice for Management of Low back pain: Future directions in practice and research. *Physical Therapy*. 2011;91(5):820-4.
14. Pudal, R. (s. d.). Croyances. *Encyclopædia Universalis*. [En ligne]. [cité le 16 février 2024]. Disponible : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/croyances/>
15. Apostolidis, T., Duveen, G., & Kalampalikis, N. (2002). Représentations et croyances. *Psychologie & Société*, (5), 7-11.
16. Darlow B. Beliefs about back pain: the confluence of client, clinician and community. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 2016;20:53-61.
17. Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain* [Internet]. 1 mars 1989 ; 36(3) : 351-8. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90095-x](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90095-x)
18. Christe G, Pizzolato V, Meyer M, Nzamba J, Pichonnaz C. Unhelpful Beliefs and attitudes about low back pain in the general population : a cross-sectional survey. *Musculoskeletal Science and Practice*. 2021;52:102342.
19. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. 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*. 2012;16(1):3-17.
20. Lindquist KA, MacCormack JK, Shablack H. The role of Language in Emotion: Predictions from Psychological Constructionism. *Frontiers in Psychology*. 2015;6 :444
21. Munday I, Kneebone I, Newton-John T. The language of chronic pain. *Disability and Rehabilitation*. 2019;43(3):354-61.
22. Klem NR, Ruscoe J, Ng L, Smith A, O'Sullivan P, De Oliveira BIR. Australian physiotherapists attitudes, perceptions, and behaviours towards psychosocial screening tools: a qualitative interpretive description study. *Disability And Rehabilitation* [Internet]. 15 mars 2024 ; 1-9. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2328315>
23. Wellman J, Murray L, Hebron C, Vuoskoski P. Pain Education in the Context of Non-Specific Low Back Pain: The Lived Experience of the Physiotherapist. An Interpretive Phenomenological Analysis. *Musculoskeletal Care*. 2020;18(3):271-300.
24. Darlow B, Perry MO, Mathieson F, Stanley J, Melloh M, Marsh R, et al. The Development and Exploratory Analysis of the Back Pain Attitudes Questionnaire (BACK-PAQ). *BMJ Open*. 2014;4(5):e005251.
25. Darlow B, Dean S, Perry MO, Mathieson F, Baxter GD, Dowell A. Easy to harm, hard to heal. *Spine*. 2015;40(11):842-50.
26. 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*.4:19-27.
27. Moran R, Rushworth WM, Mason J. Investigation of four self-report instruments (FABT, TSK-HC, Back-PAQ, HC-PAIRS) to measure healthcare practitioners' attitudes and beliefs toward low back pain : Reliability, convergent validity and survey of New Zealand osteopaths and manipulative physiotherapists. *Musculoskeletal Science And Practice* 2017;32:44-50.
28. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*. 1980;66(8):271-273
29. Denis I, Fortin L. Development of a French-Canadian Version of the Oswestry Disability Index. *Spine*. 2012;37(7):E439-44.
30. Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2014.
31. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, Van Der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative, and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(1):41-8.
32. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Littérature en santé: les faits solides. [En ligne]. [cité le 16 février 2024]. Disponible : https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9rature-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf
33. Mead N, Bower P. Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. 2000;51(7):1087-110.
34. Wiesner Conti J, Monachon E, Paignon A, Kalumiya K, Lucien B. Patients partenaires : retour d'expérience sur l'enseignement du partenariat à Genève. *Santé Publique*. 2022;34,45-49.