

Attitudes et croyances des soignants belges dans le domaine de la lombalgie

Amandine Poulain¹, Marijke Leysen^{2,3}, Nathalie Roussel², Anne Berquin⁴

Attitudes and beliefs of Belgian caregivers concerning low back pain

Background: Health care practitioners' attitudes and beliefs concerning low back pain (LBP) have been reported to influence their patients' prognosis. No specific information is available concerning Belgian caregivers.

Methods: Validated questionnaires were filled in by 98 participants, such as physiotherapists, occupational therapists, and nurses, prior to attending educational programs about LBP.

Results: Biomedical attitudes and beliefs are widely prevalent in Belgium, even among participants claiming to understand the guidelines, with median scores on the biomedical and psychosocial scales of the Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale and of the Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists of 31, 35, and 50, respectively.

Discussion: This study highlights the need of continuous education on biopsychosocial management of LBP patients.

KEY WORDS

Low back pain, prevention, yellow flags

Contexte : il est connu que les attitudes et croyances des soignants concernant la lombalgie influencent le pronostic de leurs patients. Cependant, aucune information n'est disponible concernant la situation en Belgique.

Méthodes : des questionnaires validés ont été remplis par 98 participants (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et infirmières) avant leur participation à une formation sur la lombalgie.

Résultats : les attitudes et croyances biomédicales restent très prévalentes en Belgique, même chez les participants affirmant connaître les guidelines (scores médians aux échelles biomédicale et psychosociale du *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists et au Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale* : 31, 35 et 50 respectivement).

Discussion : cette étude souligne le besoin d'éducation permanente concernant la gestion biopsychosociale de la lombalgie.

Que savons-nous à ce propos ?

De nombreux soignants dans le monde gardent des représentations et croyances biomédicales fortes concernant la lombalgie, ce qui favorise des recommandations inadéquates susceptibles d'influencer négativement l'évolution de leurs patients. Il n'existe pas d'étude analysant les représentations et croyances des soignants en Belgique.

Que nous apporte cet article ?

Cette étude confirme les observations réalisées dans d'autres pays occidentaux : la persistance, malgré un consensus international scientifiquement fondé, de représentations et croyances biomécaniques dont l'impact sur les patients est potentiellement sévère. Ceci souligne les besoins de formation.

What is already known about the topic?

Many caregivers around the world maintain strong biomedical representations and beliefs about LBP, which results in inappropriate recommendations that negatively affect their patients' evolution and progression. To date, there is no study available analyzing the representations and beliefs of Belgian caregivers.

What does this article bring up for us?

This study confirms the observations made in other Western countries, namely the persistence of biomechanical representations and beliefs with potential severe impact on patients, despite a scientifically-based international consensus achieved. This study outcome highlights further training needs.

INTRODUCTION

La première recommandation de bonne pratique « moderne » concernant la prise en charge de la lombalgie, élaborée par une Task Force québécoise, a été publiée en 1987 (1). Trente ans plus tard, le Centre Fédéral d'Expertise Belge (KCE) vient de publier une adaptation au contexte belge de recommandations élaborées en Grande-Bretagne (2). On peut s'étonner – ou se rassurer, selon le point de vue – de constater que les grandes lignes de ces dernières recommandations restent fort proches de celles de 1987 : importance de l'éducation, de la réassurance, promotion de l'activité, place limitée des examens paracliniques (dont l'imagerie) et des approches invasives. Malgré ce consensus largement partagé, fondé sur de nombreuses études cliniques, le recours aux examens paracliniques et aux procédures invasives continue à croître (3). Pire, les douleurs rachidiennes ont le triste privilège d'être restées, de 1990 à 2015, la première cause d'invalidité dans le monde (4).

COMMENT EXPLIQUER CETTE SITUATION ?

Il est connu que l'existence et la diffusion de recommandations de bonne pratique clinique ne suffisent pas à assurer leur mise en œuvre par les soignants (5). Dans le domaine de la lombalgie, un obstacle majeur est probablement le décalage – tant chez les patients que chez les soignants – entre d'une part la persistance de croyances biomécaniques fortes, largement renforcées par les médias, sur les causes et les mécanismes du mal de dos et d'autre part les représentations scientifiques actuelles, qui mettent l'accent sur une vision plus large, biopsychosociale, des lombalgies (6). Ainsi, les dernières recommandations du KCE et de NICE pour la lombalgie commune insistent sur l'autogestion des soins (éducation, activité physique, etc.), la reprise des activités et du travail dès que possible pour tous les patients lombalgiques. Pour ceux ayant un risque modéré de chronicisation, une prise en charge en thérapie physique (mobilisations/manipulations et exercices) est recommandée ; pour ceux à haut risque une prise en charge multidisciplinaire physique et psychique (cognitivo-comportementale) est recommandée également (2). Trois questions ont été soulevées suite à ces nouvelles guidelines (7) : les patients sont-ils prêts, les thérapeutes en sont-ils capables, et le système de soins de santé (l'état) va-t-il favoriser cela ? De nombreux experts, dont ceux qui ont participé aux travaux du KCE sur la lombalgie, soulignent l'importance d'une formation adéquate des professionnels, tant de première que de seconde ligne. La mise en place d'une telle démarche sera facilitée par une meilleure connaissance des représentations, croyances et attitudes actuelles. Il n'existe à notre connaissance pas d'étude spécifique au contexte belge.

Plusieurs questionnaires validés évaluent les représentations et croyances des professionnels de la santé (leurs « connaissances pratiques », l'idée qu'ils se font d'un problème de santé et des traitements à

proposer) dans le domaine de la lombalgie. Citons en particulier le *Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale* ou HC-PAIRS (8) et le *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists* ou PABS-PT (6). Le HC-PAIRS comprend 13 questions, dérivées du questionnaire PAIRS, qui évaluent les représentations et croyances de patients souffrant de douleurs chroniques. Dans la version initiale du questionnaire, quatre dimensions d'attitudes et croyances étaient distinguées. Les études ultérieures ont montré que ces dimensions se recoupaient largement et qu'il n'était pas pertinent de distinguer différents sous-scores (9). Aucun score de référence n'est donné, le score total est d'autant plus élevé que le soignant a des croyances biomécaniques fortes (lien douleur-incapacité, croyance que la douleur signale un danger de blessure, conseil d'évitement des activités quotidiennes, perçues comme dangereuses pour le dos). Le PABS-PT a quant à lui été élaboré en sélectionnant certains items de questionnaires validés évaluant des facteurs comme la kinésiophobie ou la catastrophisation chez les patients, en reformulant les phrases pour les appliquer au vécu de kinésithérapeutes. Il comprend 19 questions. Deux sous-scores sont calculés, correspondant respectivement à une orientation biomédicale et à une orientation comportementale ou biopsychosociale. En complément à ces questionnaires, une vignette clinique a été proposée pour évaluer plus pratiquement les réponses du soignant à une situation concrète, ses « attitudes » (10, 11). Après une courte vignette clinique, quatre questions sont posées, évaluant la manière dont le soignant perçoit la sévérité des symptômes, la probabilité de pathologie lésionnelle, ainsi que ses recommandations en termes d'activités physiques et professionnelles.

Ces questionnaires ont été utilisés dans divers systèmes de soins et ont montré, en général, la persistance de croyances biomécaniques fortes.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les représentations et croyances de soignants belges francophones concernant la lombalgie. Ce travail s'inscrit dans une étude plus large, réalisée également dans la partie néerlandophone du pays, dont l'analyse est en cours.

MÉTHODES

PARTICIPANTS

Les questionnaires ont été remplis par des participants à trois formations sur la lombalgie, données d'une part lors d'une formation continue de 2 jours dans une université francophone belge, d'autre part, lors de séminaires ponctuels d'une journée dans un centre de réadaptation et d'une heure dans un hôpital général. Les participants étaient des kinésithérapeutes, des infirmières, des ergothérapeutes et un orthopédiste. Les questionnaires ont été remplis avant la formation. La formation concernait divers aspects de la douleur, en particulier la lombalgie.

MESURES

Pour évaluer les représentations et croyances des soignants, deux échelles d'évaluation ont été utilisées : HC-PAIRS (*Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale*) et PABS-PT (*Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapist*). HC-PAIRS (8) comprend treize questions évaluant le lien entre douleur et handicap scorées de 1 à 7 (1 = totalement en désaccord et 7 = totalement en accord). Le score total se situe entre 0 et 90. Plus le résultat est élevé plus la croyance est forte d'une association entre douleur, lésion et handicap fonctionnel. PABS-PT (6, 9) comprend dix-neuf questions qui se divisent en deux scores : biomédical (PABS-PT BM, dix questions) et biopsychosocial (PABS-PT PS, 9 questions). Ces dernières sont scorées de 1 à 6 (1 = totalement en désaccord et 6 = totalement en accord). Le score biomédical se situe entre 0 et 50 et le score biopsychosocial entre 0 et 45.

Une vignette clinique (10, 11) a également été utilisée. Elle décrit la situation d'un homme de 37 ans, en incapacité de travail suite à une lombo-sciatalgie avec protrusion discale, survenue dans le décours d'un accident. Quatre questions à choix multiple évaluent la sévérité des symptômes et de la pathologie sous-jacente, ainsi que les recommandations au niveau de l'activité en général et de l'activité professionnelle en particulier, sur une échelle de 1 à 5. Les réponses 1 ou 2 sont considérées comme étant en accord avec les guidelines, la réponse 3 est neutre et les réponses 4 ou 5 sont en désaccord avec les guidelines.

Les participants ont également rempli un questionnaire concernant leurs données personnelles : âge, sexe, profession (spécialisation ou formation particulière), années d'expérience professionnelle et avec des patients lombalgiques, lieu d'activité et connaissance des guidelines.

ÉTHIQUE

Cette enquête a été approuvée par le Comité d'Éthique de l'Hôpital universitaire de Bruxelles - Vrije Universiteit Brussel. Les participants ont rempli un formulaire de consentement éclairé.

ANALYSE STATISTIQUE

Les résultats des questionnaires étant des données ordinales et non linéaires, des tests statistiques non paramétriques ont été utilisés.

RÉSULTATS

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Nonante-huit questionnaires ont été analysés au total. Le tableau 1 donne les caractéristiques démographiques des différents groupes de répondants.

Au niveau de l'âge on n'observe pas de distribution normale (moyenne 32 ans et médiane 27 ans), pas de différence entre les hommes et les femmes. L'âge est plus faible pour les kinésithérapeutes (médiane 26) et ergothérapeutes (médiane 31) par rapport aux infirmières (médiane 41) ainsi que pour les participants du cours de formation continue (médiane 25) par rapport aux séminaires ponctuels (médianes 35 et 38 pour l'hôpital général et l'hôpital de réadaptation respectivement).

Concernant l'expérience et la pratique professionnelle, 57% des participants ont moins de six ans d'expérience. Environ un tiers des participants travaillent essentiellement en hospitalier, un tiers en cabinet privé et le tiers restant combine les deux activités.

Tableau 1. Données démographiques

INSTITUTION		COURS FORMATION CONTINUE	HÔPITAL GÉNÉRAL	HÔPITAL DE RÉADAPTATION	TOUS
Nombre de sujets		50	32	16	98
% hommes		50	22	13	35
Age	Médiane	25*	34.5	37.5	27
	Min	22	20	26	20
	Max	58	58	58	58
Répartition par métiers	% kinésithérapeutes	100	62	32	77
	% infirmiers	0	19	69	17
	% ergothérapeutes	0	16	0	5
	% médecins	0	3	0	1
Connaissance des guidelines	% Oui	64*	13	0	37
Groupe		A	B		

* $p < 0.0001$ par rapport aux deux autres groupes (test de Wilcoxon et test de Xhi carré)

Les données du tableau 1 suggèrent que les participants peuvent être répartis en deux groupes. Le premier (« groupe A ») comprend les répondants inscrits à la formation continue, qui constituent un groupe homogène de kinésithérapeutes assez jeunes, des deux sexes, déclarant connaître les guidelines. Le second groupe (groupe « B ») comprend les répondants ayant participé à un séminaire unique sur la lombalgie organisé sur leur lieu de travail situé dans un hôpital (deux dernières colonnes

du tableau). Ce groupe est hétérogène, il comprend des soignants de divers métiers, plus âgés, dont la connaissance déclarée des guidelines est faible.

QUESTIONNAIRES PABS-PT ET HC-PAIRS

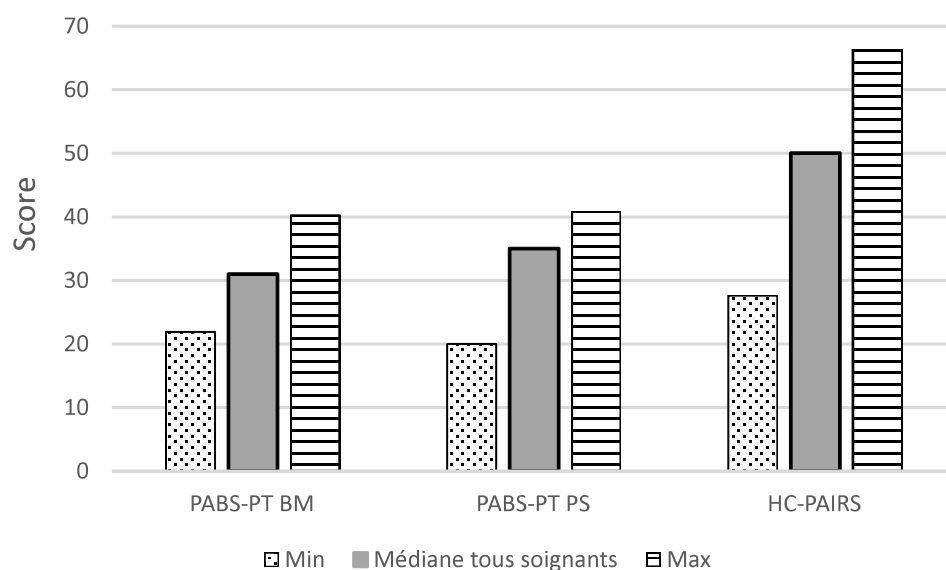
Le tableau 2 montre les scores aux questionnaires PABS-PT et HC-PAIRS, ainsi qu'une comparaison avec certaines données de la littérature. Dans la mesure où la plupart des

Tableau 2. Scores aux questionnaires PABS-PT et HC-PAIRS dans notre étude et dans la littérature.

			PABS-PT BM	PABS-PT PS	HC-PAIRS
Notre étude	Tous soignants	Moy	31.2	34.4	50.2
		Ecart type	7.25	4.94	10.01
		Med	31	35	50
	Groupe A	Moy	28.6	35.7	46.6
		Ecart type	6.01	4.29	8.96
		Med	29	36	46
	Groupe B	Moy	33.9	33.4	54
		Ecart type	7.52	5.41	9.77
		Med	32.5	33.5	52
Extrêmes observés dans la littérature		Min	21.9 ¹	20 ²	27.6 ¹
		Max	40.2 ²	40.9 ¹	66.4 ³

1. Kinésithérapeutes anglais travaillant dans un service spécialisé en pathologies musculosquelettiques, après une formation spécifique (13)
2. Kinésithérapeutes allemands (6)
3. Étudiants brésiliens en kinésithérapie (22)

Figure 1.



Scores médians aux questionnaires PABS-PT et HC-PAIRS dans notre étude et scores extrêmes relevés dans la littérature

scores n'ont pas une distribution normale, leurs valeurs moyennes et les écarts type ne sont donnés ici qu'à titre indicatif et les tests statistiques utilisés dans l'analyse des résultats sont des tests non paramétriques.

La figure 1 montre que les valeurs médianes obtenues pour l'ensemble des répondants à notre étude sont toutes situées entre les extrêmes relevés dans la littérature. La distribution des valeurs médianes aux différents scores pour les groupes A et B, est montrée figure 2. Le groupe A présente globalement une orientation plus psychosociale et moins biomédicale que le groupe B. Les différences sont statistiquement significatives (Wilcoxon $p=0.0013$ pour PABS-PT BM, 0.048 pour PABS-PT PS et 0.0005 pour HC-PAIRS), mais relativement petites en valeur absolue.

VIGNETTE CLINIQUE

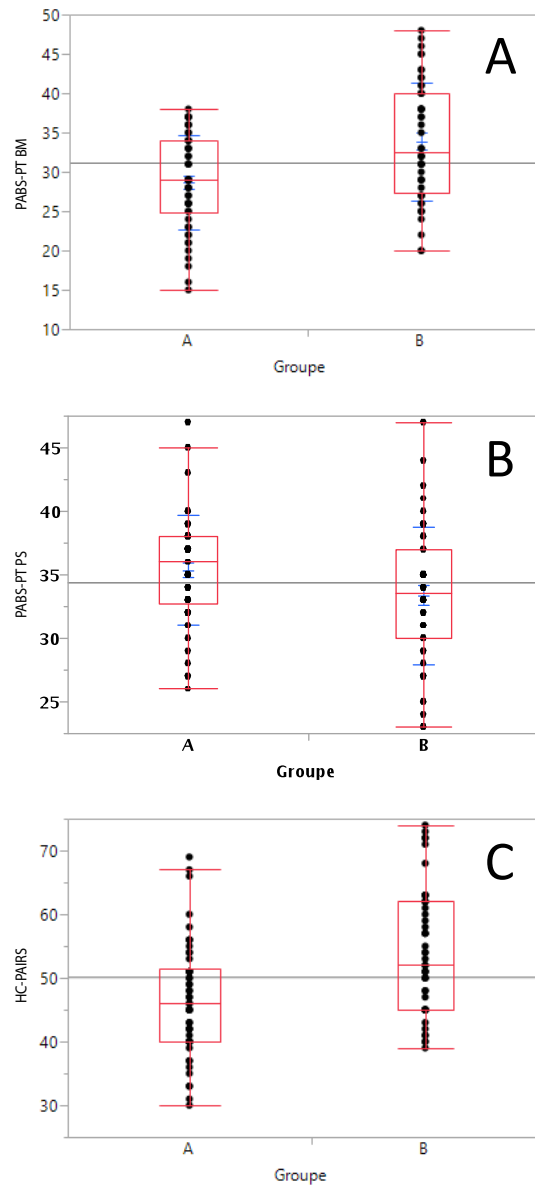
Les réponses à la vignette clinique sont données dans le tableau 3. Globalement, les réponses à la question 1, qui évalue la sévérité des symptômes, sont très rarement conformes à ce que préconisent les recommandations de bonne pratique. Les réponses aux trois autres questions (probabilité de pathologie lésionnelle, recommandations en termes d'activités physiques et professionnelles) sont plus partagées, mais le taux de réponses conformes au guidelines est habituellement inférieur à 50%, même auprès des participants du groupe A, dont la majorité déclare connaître les guidelines.

CORRÉLATIONS

On observe une tendance à l'augmentation des scores biomédicaux avec l'âge, statistiquement significative pour les deux scores PABS-PT, le score HC-PAIRS et les questions 2 et 3 de la vignette clinique.

Les comparaisons entre genres montrent des scores biomédicaux plus élevés chez les femmes que chez les hommes (significatif pour PABS-PT BM et HC-PAIRS) ainsi que chez les infirmiers et ergothérapeutes par rapport aux kinésithérapeutes (Tableau 4). Comme précédemment, les différences absolues restent faibles. Ces observations

Figure 2.



Distribution des scores médians aux questionnaires PABS-PT BM (A), PABS-PT PS (B) et HC-PAIRS (C) dans les deux groupes de notre étude

Tableau 3. Taux de réponses aux vignettes cliniques. C : réponse conforme aux guidelines, N : réponse neutre, NC : réponse non conforme.

Réponse	TOUS LES RÉPONDANTS			GROUPE A			GROUPE B		
	C	N	NC	C	N	NC	C	N	NC
Question 1	3	32	65	6	28	66	0	35	65
Question 2	32	45	23	42	46	12	29	44	35
Question 3	48	27	25	58	24	18	38	30	32
Question 4	42	23	35	47	27	27	38	19	44

Tableau 4. Scores médians en fonction du genre et du métier.

	PABS-PT BM		PABS-PT PS		HC-PAIRS	
	Médiane	p (Wilcoxon)	Médiane	p	Médiane	p
Femmes	27.5	0.001	35	n.s.	45	0.02
Hommes	33		35		51.5	
Kinésithérapeutes	29	<0.05*	35	n.s.	43	<0.005*
Infirmiers	38		33		59	
Ergothérapeutes	38		35		62	

* Kiné vs infirmiers et kiné vs ergo

doivent être nuancées par le fait que les femmes ont un âge médian plus élevé que les hommes et que les infirmières sont toutes des femmes. Notre échantillon est malheureusement trop petit pour permettre de distinguer entre un effet genre et un effet métier.

Les soignants déclarant connaître les guidelines ont des scores biomédicaux significativement plus bas et des scores psychosociaux plus élevés que ceux qui ne les connaissent pas, les différences absolues sont cependant petites (Tableau 5).

Les analyses de corrélations mutuelles entre les scores et sous-scores des questionnaires, ainsi qu'entre questionnaires et vignettes cliniques vont toutes dans le sens attendu, le détail de l'analyse n'est donc pas montré ici. Globalement, les scores et sous-scores mesurant une tendance biopsychosociale sont intercorrélés. Ils sont inversement corrélés avec les scores et sous-scores mesurant une tendance biomédicale.

Tableau 5. scores médians en fonction de la connaissance des guides de bonne pratique clinique.

	Connait les guidelines	Ne connaît pas les guidelines	p (Wilcoxon)
PABS-PT BM	29	33	0.0143
PABS-PT PS	37	34	0.0150
HC-PAIRS	45	51	0.0153

DISCUSSION

En résumé, cette étude auprès de soignants belges francophones participant à des formations concernant la lombalgie montre l'existence de deux groupes de répondants. Le groupe A est constitué uniquement de kinésithérapeutes relativement jeunes, participant à une formation continue de 2 jours. Le groupe B est plus

hétérogène et comprend des kinésithérapeutes, infirmiers et ergothérapeutes de deux hôpitaux, plus âgés, à prédominance féminine. Les kinésithérapeutes du groupe A, qui déclarent en majorité connaître les guidelines, ont des scores biomédicaux plus bas et des scores psychosociaux plus élevés que les membres du groupe B. Les différences, quoique statistiquement significatives, sont relativement faibles en valeur absolue. Les réponses aux vignettes cliniques sont globalement peu conformes aux recommandations de bonne pratique, dans les deux groupes. On observe une tendance à des scores biomédicaux plus élevés chez les femmes que chez les hommes, ainsi que chez les infirmiers et ergothérapeutes par rapport aux kinésithérapeutes, sans pouvoir préciser les contributions respectives du genre et du métier dans ces différences. Les scores aux questionnaires sont corrélés au fait de connaître (ou non) les guidelines, même si les réponses aux vignettes cliniques restent globalement assez éloignées des recommandations de bonne pratique clinique.

Les scores observés dans notre étude sont comparables avec ceux mentionnés dans la littérature. Par exemple, Bishop *et al.* (12) observent au PABS-PT un score biomédical à 31 et un score psychosocial à 33, pour une population composée de médecins généralistes et de kinésithérapeutes de première ligne. Dans une population variée de soignants de première et deuxième ligne, le score au HC-PAIRS était 52 (8).

Les auteurs des questionnaires utilisés ici ne fournissent pas de normes correspondant à une valeur « idéale » des scores, qui pourrait indiquer qu'un soignant a des attitudes et croyances adéquates concernant la lombalgie. Cependant, on peut prendre comme point de comparaison les scores obtenus par des soignants après une formation spécifique de type ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) (13) : 21.9 pour le PABS-PT BM, 40.9 pour le PABS-PT PS et 27.6 pour le HC-PAIRS. Par comparaison avec ces chiffres, les participants à notre étude montrent globalement des tendances biomédicales élevées aux deux questionnaires, même s'ils déclarent connaître les guidelines. Ceci est confirmé par les réponses aux vignettes cliniques.

Or, de nombreuses observations suggèrent que les représentations et croyances des soignants influencent le pronostic de leurs patients. Une étude qualitative réalisée chez des aborigènes australiens a montré l'apparition récente dans cette population de croyances biomédicales, associées à une augmentation du handicap, suite à l'influence des professionnels de la santé (14). Des entretiens semi-structurés chez des personnes souffrant de lombalgie montrent que les discours des soignants ont une influence importante et durable sur leurs représentations et croyances. De plus, ces discours sont habituellement de nature biomédicale (protéger le dos en adaptant certaines postures ou en renforçant certains muscles), laissant croire aux patients que leur dos est vulnérable. Les soignants ayant un discours plus positif sont souvent ambigus (rester actifs tout en protégeant son dos) (15). Des croyances de peur-évitement élevées chez les soignants favorisent des prescriptions de repos, de limitation du travail et une moindre adhérence du soignant aux guidelines (16, 17). Enfin, il existe une corrélation entre les croyances biomédicales des soignants, des recommandations inappropriées de repos prolongé ou d'évitement de certaines activités et une évolution moins favorable des patients (18). Ces observations soulignent l'importance d'une formation adéquate des soignants.

La littérature fournit peu d'information sur les corrélations entre les scores aux questionnaires et les informations démographiques concernant les répondants. Ostelo *et al.* (6) observent une augmentation des scores PABS-PT BM avec l'âge, comme dans notre étude, alors que d'autres auteurs ne relèvent pas de différence (19, 20). Une étude suggère que les femmes présentent des scores PABS-PT biomédicaux et psychosociaux plus élevés que les hommes (6), cependant aucune différence n'est observée par Houben *et al.* (19). Concernant le HC-PAIRS, aucune différence selon le genre n'est rapportée par Morris *et al.* (21). Notre étude observe une tendance vers des scores plus biomédicaux pour les femmes que pour les hommes. Cependant, cette observation doit être nuancée par l'hétérogénéité de notre échantillon et des facteurs confondants pourraient être le type d'activité professionnelle ou le métier des répondants. Le groupe B est constitué essentiellement de femmes, plus âgées, travaillant soit dans un centre de réadaptation soit dans un hôpital général, déclarant en grande majorité ne pas connaître les guides de bonne pratique clinique. Leur activité hospitalière pourrait influencer une approche plus biomédicale. En revanche, le groupe A comprend

des thérapeutes plus jeunes, ayant probablement reçu une formation plus *evidence-based* que leurs aînés, mieux formés au modèle biopsychosocial et possiblement plus souvent sous statut d'indépendant. À nouveau, notre échantillon est trop petit pour tester en détail les effets respectifs de ces différents facteurs. Remarquons cependant que les différences entre groupes sont relativement petites en valeur absolue.

Cette étude présente plusieurs limites. L'échantillon est relativement petit, ne permettant pas d'étude statistique multivariée détaillée. Un biais d'échantillonnage est très vraisemblable, les participants étant tous des personnes inscrites à un séminaire sur la lombalgie et donc *a priori* sensibles à cette problématique. Ils ne sont probablement pas représentatifs de la population des soignants en général. Un second biais possible est lié à la présence d'infirmiers dans l'échantillonnage, alors que dans notre pays, les infirmiers sont relativement peu impliqués dans la prise en charge de patients lombalgiques. Cependant, la majorité des infirmiers ayant répondu à la présente enquête travaillent dans des services de réadaptation, dans lesquels des patients lombalgiques sont fréquemment pris en charge. Il nous semble donc utile d'inclure ces infirmiers dans notre étude.

En conclusion, malgré ses limites, cette étude suggère que les représentations, croyances et attitudes des soignants impliqués dans la prise en charge de la lombalgie en Belgique sont encore fort marquées par un raisonnement biomédical, assez éloigné des conceptions contemporaines, biopsychosociales. Ceci souligne les besoins importants de formation. L'enjeu est important, puisque des études montrent qu'une attitude biomédicale est corrélée avec un mauvais respect des guidelines et une moins bonne évolution des patients. Par ailleurs, il serait intéressant de réaliser une étude beaucoup plus large auprès de soignants de première et deuxième ligne (MG et kinés en cabinet), orthopédistes, rhumatologues, médecins MPR et kinésithérapeutes d'hôpitaux généraux.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Il serait utile que chaque soignant s'interroge sur ses représentations et croyances concernant la lombalgie et qu'il observe ses attitudes face aux patients, avant de confronter ces observations avec une recommandation de bonne pratique récente comme celle du KCE.

RÉFÉRENCES

1. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M, *et al.* Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. *Spine*. 1987; 12(suppl): 1-55.
2. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, *et al.* Low back pain and radicular pain: assessment and management. Report number: KCE 287, May 2017.
3. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? *J Am Board Fam Med*. 2009; 22: 62-8.
4. GBD 2015, Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053): 1545-1602.

RÉFÉRENCES

5. Scott NA, Moga C, Harstall C. Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap. *Pain Res Manag.* 2010; 15: 392-400.
6. Ostelo RW, Stomp-van den Berg SG, Vlaeyen JW, Wolters PM, de Vet HC. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. *Man Ther.* 2003 Nov;8(4):214-22.
7. O'Sullivan K, O'Keeffe M2, O'Sullivan P. NICE low back pain guidelines: opportunities and obstacles to change practice. *Br J Sports Med.* 2017;51:1632-1633.
8. Rainville J, Bagnall D, Phalen L. Health care providers' attitudes and beliefs about functional impairments and chronic back pain. *Clin J Pain.* 1995; 11(4): 287-95.
9. Houben RM, Vlaeyen JW, Peters M, Ostelo RW, Wolters PM, Stomp-van den Berg SG. Health care providers' attitudes and beliefs towards common low back pain: factor structure and psychometric properties of the HC-PAIRS. *Clin J Pain.* 2004; 20(1):37-44.
10. Rainville J, Carlson N, Polatin P, Gatchel RJ, Indahl A. Exploration of physicians' recommendations for activities in chronic low back pain. *Spine* 2000; 25: 2210-20.
11. Domenech J, Sánchez-Zuriaga D, Segura-Ortí E, Espejo-Tort B, Lisón JF. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. *Pain.* 2011;152:2557-63.
12. Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain.* 2008 Mar;135(1-2):187-95.
13. Jacobs CM, Guildford BJ, Travers W, Davies M, McCracken LM. Brief psychologically informed physiotherapy training is associated with changes in physiotherapists' attitudes and beliefs towards working with people with chronic pain. *Br J Pain.* 2016 Feb;10(1):38-45.
14. Lin IB, O'Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open.* 2013; 3(4).
15. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Ann Fam Med.* 2013; 11: 527-34.
16. 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. *Eur J Pain.* 2012; 16: 3-17.
17. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, *et al.* General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain.* 2006; 124: 330-7.
18. Ostelo RW, Vlaeyen JW. Attitudes and beliefs of health care providers: extending the fear-avoidance model. *Pain.* 2008; 135(1-2): 3-4
19. Houben RM, Ostelo RW, Vlaeyen JW, Wolters PM, Peters M, Stomp-van den Berg SG. Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *Eur J Pain.* 2005; 9(2) :173-83.
20. Innes SI, Werth PD, Tuchin PJ, Graham PL. Attitudes and beliefs of Australian chiropractors' about managing back pain: a cross-sectional study. *Chiropr Man Therap.* 2015; 11: 23:17.
21. Morris H, Ryan C, Lauchlan D, Field M. Do medical student attitudes towards patients with chronic low back pain improve during training? a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2012; 12:10.
22. Ferreira PH, Ferreira ML, Latimer J, Maher CG, Refshauge K, Sakamoto A, *et al.* Attitudes and beliefs of Brazilian and Australian physiotherapy students towards chronic back pain: a cross-cultural comparison. *Physiother Res Int.* 2004; 9(1): 13-23.

AFFILIATIONS

1. Service de médecine physique et réadaptation, CHWapi, 9 Av. Delmee, 7500 Tournai.
2. Department of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences (REVAKI), Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Antwerp, Belgium
3. Pain in Motion (www.paininmotion.be)
4. Service de Médecine Physique et Réadaptation, Cliniques universitaires Saint-Luc, Av. Hippocrate 10/1650, 1200 Bruxelles

CORRESPONDANCE

Dr. AMANDINE POULAIN

CHwapi

Service de médecine physique et réadaptation

Av. Delmee 9

B-7500 Tournai

amandine.poulain@chwapi.be