

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine du travail

**Evaluer la perception,
l'acceptation et la faisabilité
d'un programme de
télééducation chez des
patients lombalgiques
chroniques**

AILLERIE Valentin

Né le 11 décembre 1998 à Angers (49)

Sous la direction de Mme la Professeure **PETIT Audrey**

Membres du jury

Monsieur le Professeur **ROQUELAURE Yves** | Président

Madame la Professeure **PETIT Audrey** | Directeur

Monsieur le Docteur **RONZI Yoann** | Membre

Soutenue publiquement le :
27 mai 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Valentin AILLERIE
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le 20/03/2025



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine

PETIT Audrey PICQUET Jean	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine Médecine
PODEVIN Guillaume PROCACCIO Vincent PRUNIER Delphine	CHIRURGIE INFANTILE GENETIQUE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine Médecine Médecine
PRUNIER Fabrice PY Thibaut RAMOND-ROQUIN Aline REYNIER Pascal	CARDIOLOGIE MEDECINE GENERALE MEDECINE GENERALE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine Médecine Médecine Médecine
RIOU Jérémie RINEAU Emmanuel RIQUIN Elise RODIEN Patrice ROQUELAURE Yves ROUGE-MAILLART Clotilde	BIOSTATISTIQUE ANESTHESIOLOGIE REANIMATION PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie SAULNIER Patrick SERAPHIN Denis SCHMIDT Aline TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE D'URGENCE BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES CHIMIE ORGANIQUE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION MEDECINE GENERALE	Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine Médecine
TRZEPIZUR Wojciech UGO Valérie URBAN Thierry VAN BOGAERT Patrick VENARA Aurélien VENIER-JULIENNE Marie- Claire	PNEUMOLOGIE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION PNEUMOLOGIE PEDIATRIE CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE PHARMACOTECHNIE	Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie
VERNY Christophe WILLOTEAUX Serge	NEUROLOGIE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam BAGLIN Isabelle	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE CHIMIE THERAPEUTIQUE	Médecine Pharmaci e
--------------------------------	--	---------------------------

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFJESSICA	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine

LEFEUVRE Caroline LEGEAY Samuel	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE PHARMACOCINETIQUE	Médecine Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck MABILLEAU Guillaume	BIOLOGIE CELLULAIRE HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole MIOT Charline MOUILLIE Jean-Marc NAIL BILLAUD Sandrine	PHYSIOLOGIE IMMUNOLOGIE PHILOSOPHIE IMMUNOLOGIE	Médecine Médecine Médecine Pharmacie
PAILHORIES Hélène PAPON Xavier PASCO-PAPON Anne PENCHAUD Anne-Laurence PIHET Marc PIRAUX Arthur	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ANATOMIE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE SOCIOLOGIE PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE OFFICINE	Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie
POIROUX Laurent RONY Louis	SCIENCES INFIRMIERES CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise SCHINKOWITZ Andréas	CHIRURGIE INFANTILE PHARMACOGNOSIE	Médecine Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence TEXIER-LEGENDRE Gaëlle VIAULT Guillaume	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE MEDECINE GENERALE CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie Pharmacie Médecine Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury, Pr ROQUELAURE, Dr RONZI et Pr PETIT de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Je remercie particulièrement Audrey PETIT pour m'avoir accompagné tout au long de ma thèse.

Merci au personnel qui encadre le programme Lombaction aux Capucins pour m'avoir apporté des précisions sur l'organisation du programme de rééducation.

Merci à Anne-Laurence PENCHAUD pour m'avoir aidé à construire mon guide d'entretien.

Merci à Maria GHALI et Pauline LEFEUVRE pour m'avoir fourni des conseils pour l'analyse de mes données.

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Population et recrutement
2. Le recueil des données
3. L'analyse qualitative des données
4. Considérations éthiques

RÉSULTATS

1. Les caractéristiques de l'échantillon et des entretiens
2. La vision initiale de la télééducation
 - 2.1. Connaissances générales
 - 2.2. Les *a priori* de la télééducation
 - 2.3. Informations reçues et comprises
3. Acceptation de la télééducation : facilitateurs et freins
 - 3.1. Facilitateurs
 - 3.2. Freins
4. Faisabilité et organisation pratico-pratique des séances
 - 4.1. Lieu et aménagement de l'espace
 - 4.2. Emploi du temps
 - 4.3. Matériel
 - 4.4. Connexion aux séances
 - 4.5. Contenu des séances
5. Vécu
 - 5.1. Un comparatif fait avec le présentiel
 - 5.1.1. Contenu des séances
 - 5.1.2. Relation avec les autres patients du groupe
 - 5.1.3. Relation avec le rééducateur (kinésithérapeute ou éducateur d'activité physique adaptée)
 - 5.1.4. Impact psychologique
 - 5.2. La place de la télééducation dans le programme
 - 5.3. Utilité des séances de télééducation réalisées dans le cadre du programme lombaction
 - 5.4. Intimité
 - 5.5. Fatigue
6. Des idées pour faire évoluer le programme
 - 6.1. Rythme et organisation des séances
 - 6.2. D'autres façons de proposer la télééducation
 - 6.3. Les intervenants proposés
 - 6.4. Questionnement sur le nombre de participants et la communication entre eux
 - 6.5. Le caractère facultatif ou obligatoire des séances
 - 6.6. Suggestions pour améliorer la faisabilité et l'attractivité des séances

7. Avis général sur la télééducation

- 7.1. Avantages
- 7.2. Inconvénients
- 7.3. Perspectives

8. Un questionnement sur la faisabilité des séances de télééducation pour le rééducateur du point de vue des patients

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Synthèse des résultats : perception, l'acceptation et la faisabilité
- 2. Une modalité encore méconnue mais prometteuse
- 3. Enjeux de faisabilité et d'acceptation
- 4. Une modalité adaptée à certains profils de patients ?
- 5. Différentes applications de la télééducation
- 6. Télééducation synchrone et asynchrone
- 7. L'acceptation et le vécu du point de vue des rééducateurs
- 8. Limites de l'étude
- 9. Points forts de l'étude
- 10. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. Annexe I : avis favorable du comité d'éthique
- 2. Annexe II : la lettre d'information
- 3. Annexe III : le guide d'entretien
- 4. Annexe IV : exemple d'une retranscription d'entretien

INTRODUCTION

La lombalgie chronique est une des principales causes d'incapacité avec un impact socio-économique important (1-3). En France, les lombalgies représentent 20 % des accidents du travail (AT) et 7 % des maladies professionnelles (MP). En moyenne, les arrêts de travail sont d'un an pour les MP et de deux mois pour les AT. Ainsi, le coût lié aux lombalgies pour la branche AT-MP de l'Assurance maladie s'élève à plus d'un milliard d'euros par an (1).

Dans le cadre de la prise en charge de la lombalgie chronique, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise une reprise des activités de la vie quotidienne et la pratique d'activités physiques adaptées. Pour les personnes présentant un risque de chronicité ou si les préconisations citées précédemment ne sont pas suffisantes, une kinésithérapie est indiquée (3,4). En cas d'incapacité sévère et/ou prolongée liée à la lombalgie et d'échec de la kinésithérapie, des programmes de réentraînement à l'effort en centre de réadaptation fonctionnelle peuvent être proposés.

Dans les Pays de la Loire, le dispositif Lombaction propose une prise en charge médico-socio-professionnelle à destination des patients lombalgiques en difficulté vis-à-vis du travail du fait de la lombalgie (5). Le volet rééducatif du dispositif peut être réalisé en centre de réadaptation fonctionnelle pour les cas les plus complexes, notamment ceux présentant un syndrome de déconditionnement à l'effort marqué (6).

Les difficultés d'accès aux soins, notamment au cours de la pandémie récente liée à la COVID-19, ont favorisé l'émergence de la télésanté afin de permettre d'assurer la continuité des soins (7). La télééducation (TR), déclinaison de la télésanté, consiste en une consultation à distance avec un thérapeute (8).

Dans ce contexte, le programme de réentraînement à l'effort du Centre des Capucins d'Angers a évolué. Initialement, organisé sur 5 journées d'hôpital de jour par semaine

pendant 5 semaines (kinésithérapie, ergothérapie, activité physique adaptée, éducation thérapeutique du patient), il se décline depuis septembre 2020, sur 5 demi-journées par semaine pendant 5 semaines (contenu similaire) avec, à partir de la 3^{ème} semaine, la possibilité de participer à des séances de télééducation (3h de kinésithérapie et 3h d'activité physique adaptée).

Une étude récente avait pour objectif de comparer l'évolution des paramètres physiques, psychologiques et socioprofessionnels des patients ayant bénéficié du programme à temps plein ou de celui à mi-temps associé à de la télééducation (9). Les résultats de cette étude ont montré que les deux types de programmes permettaient une amélioration significative de l'ensemble des paramètres physiques, psychologiques et socioprofessionnels à l'issue des 5 semaines de prise en charge. Une amélioration significativement plus marquée de certains paramètres physiques (endurance des muscles fléchisseurs et extenseurs du tronc) a été observée dans le programme à temps plein. En revanche, il n'y avait pas de différence significative concernant les paramètres psychosociaux entre les deux groupes.

D'autres études ont montré des résultats prometteurs concernant la télééducation comme alternative pertinente pour la prise en charge de la lombalgie chronique (10-15). Cependant, tout comme les autres dispositifs de télésanté, la télééducation présente des limites, notamment en termes de perception, d'acceptation et de faisabilité (16,17).

L'objectif de l'étude est d'évaluer la perception, l'acceptation et la faisabilité de la télééducation chez les patients lombalgiques chroniques inclus dans un programme de réentraînement à l'effort en centre de réadaptation fonctionnelle.

MÉTHODES

Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs menés auprès de patients lombalgiques chroniques volontaires

1. Population et recrutement

La population cible comprenait les patients ayant participé à une première étude (9) relative au programme de réentraînement à l'effort à mi-temps avec télééducation (N = 61). Cette population incluait à la fois les patients ayant accepté de participer aux séances de télééducation et ceux qui les avaient refusées, sans exclure les patients à qui ces séances n'avaient pas été proposées.

En effet, la télééducation ayant été introduite à partir de début 2021, les patients de l'échantillon ayant bénéficié du programme entre septembre 2020 et début 2021 pouvaient également être inclus.

Afin de garantir une diversité des profils analysés, les patients éligibles ont été classés selon des critères d'âge (18-34 ans, 35-49 ans, 50-60 ans), de sexe et d'année de participation au programme (2020-2021 ou 2022-2023). Les participants ont ensuite été sélectionnés aléatoirement à l'aide d'un outil informatique.

Au total, 15 patients ont été présélectionnés selon cette méthode. Une lettre d'information leur a été envoyée par voie postale, détaillant le contexte et les objectifs de la recherche (annexe n°II). Les patients ont été contactés par téléphone au moins deux semaines après l'envoi de cette lettre. Une relance téléphonique supplémentaire était réalisée une semaine après le premier appel en l'absence de réponse. L'investigateur répondait aux éventuelles questions des participants et recueillait leur non-opposition à participer à l'étude. Si un patient acceptait, un entretien téléphonique était programmé, et le consentement était de

nouveau recueilli en début d'entretien. Les entretiens téléphoniques ont été menés jusqu'à atteindre la suffisance des données.

Aucun suivi des patients après ces entretiens n'était prévu.

2. Le recueil des données

Un guide d'entretien a été constitué à partir de recherches bibliographiques et de l'énoncé d'hypothèses. Les dimensions explorées portaient notamment sur la perception et le vécu de la télééducation, les difficultés rencontrées ainsi que les différences ressenties entre la télééducation et les séances de rééducation en présentiel (*annexe n°III*).

Les entretiens se sont déroulés par téléphone et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, avec le consentement préalable des participants. Ils pouvaient choisir de ne pas répondre à certaines questions ou de demander l'arrêt de l'enregistrement à tout moment. Seule la personne ayant conduit les entretiens avait accès aux enregistrements audio, qui ont été anonymisés et détruits après transcription intégrale des verbatims (*Annexe N°IV : exemple d'une retranscription d'entretien*). Les patients ont également été pseudonymisés pour préserver leur anonymat.

3. L'analyse qualitative des données

L'analyse des données a été réalisée à partir de la transcription des entretiens, en s'appuyant sur une approche thématique. Chaque verbatim a été analysé afin d'identifier des thèmes et sous-thèmes émergents en lien avec les dimensions explorées. L'outil « Tableau blanc » a été utilisé pour organiser et structurer les données. Cette analyse a été menée de manière itérative, au fur et à mesure de la retranscription des entretiens.

4. Considérations éthiques

Au regard des lois nationales de protection des personnes, toutes les données ont été traitées de manière confidentielle et utilisées exclusivement dans un but scientifique. Une déclaration a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le Comité d'Éthique du CHU d'Angers a émis un avis favorable à la réalisation de cette recherche (N°2024-109) (Annexe n°I). Ce projet de recherche a été enregistré dans le registre CNIL du CHU d'Angers sous le n° ar24-0059v0.

RÉSULTATS

1. Les caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Dans un premier temps, 15 patients ont été contactés afin d'obtenir leur consentement et de connaître leur statut vis-à-vis de la télééducation (TRO = oui ; TRN = non ; TRNP = non proposée). Huit patients ont donné leur consentement pour cette étude, 2 ont refusé et 5 n'ont pas donné de réponse.

Dix autres patients ont été contactés. Parmi eux, 5 patients ont donné leur consentement pour cette étude, 4 n'ont pas donné réponse et 1 n'a pas donné suite au rendez-vous fixé avec son accord.

Tableau I : caractéristiques de l'échantillon

Indicatif	Sexe	Réalisation des séances	Âge	Année de réalisation du programme	Durée de l'entretien
P1	F	Oui	24	2021	26 min
P2	F	Oui	45	2023	52 min
P3	F	Oui	59	2023	46 min
P4	F	Oui	37	2021	36 min
P5	H	Non proposée	60	2020	19 min
P6	H	Non	18	2022	23 min
P7	H	Non	31	2022	24 min
P8	H	Non proposée	55	2020	27 min
P9	F	Oui	37	2022	26 min
P10	F	Oui	36	2021	37 min
P11	F	Oui	34	2022	67 min
P12	F	Oui	54	2022	52 min
P13	H	Non proposée	29	2020	34 min

Les entretiens ont été réalisés entre juillet et septembre 2024, soit 18 mois à 4 ans après la réalisation du programme de réentraînement à l'effort.

L'échantillon était composé de 8 femmes et 5 hommes, âgés de 18 à 60 ans. L'âge moyen était de 40 ans.

La durée moyenne d'un entretien était de 36 minutes.

Parmi les patients interrogés, 8 avaient réalisé la télééducation, 2 avaient refusé et 3 ne s'en étaient pas vu proposer.

2. La vision initiale de la télééducation

2.1. Connaissances générales

Les patients ont tout d'abord été interrogés sur ce qu'ils savaient de la télééducation avant qu'on ne leur en parle au cours du programme de réentraînement à l'effort.

Aucun des patients interrogés n'avait entendu parler du terme « télééducation », « *Je ne savais même pas que ça existait* » (P120).

Bien qu'ils ne connussent pas le terme, les patients ont tenté de le définir en se basant sur leur expérience et leur intuition « *je me doute que c'est un truc par vidéo* » (P100), « *comme le stage que j'ai fait mais en visio* » (P13NP). Certains patients faisaient le parallèle avec l'activité physique en ligne « *je faisais déjà du sport avec Internet, j'ai fait des séances de yoga, j'ai fait des séances de muscu sur Youtube ou sur les réseaux sociaux.* » (P20). Pour d'autres, la télééducation évoquait le télétravail « *Pour moi c'est un peu le même système que le télétravail* » (P8NP).

2.2. Les a priori de la télééducation

Les patients ont partagé leurs *a priori* concernant la télééducation, c'est-à-dire avant d'avoir reçu les informations détaillées.

Ils mettaient en avant les potentielles difficultés auxquelles ils risquaient d'être confrontés en commençant par les aspects techniques :

- La connexion : « *J'avais un peu peur justement de ça, que ce soit compliqué de se connecter et tout.* » (P2O)
- La mise en place de la séance : « *Il faut que la caméra vous... enfin tout ça, il y a toute une mise en place.* » (P5NP)
- Le matériel : « *le matériel je ne sais pas comment ça se passait si c'était un peu galère ou pas du tout, j'en ai aucune idée.* » (P7N), « *je ne me voyais pas franchement acheter ce qu'il fallait pour 3 ou 4 fois comme ça en sachant que je m'en servais certainement pas après donc voilà, c'est quand même un investissement sinon.* » (P9O).

Certains patients rapportaient une gêne liée à l'intimité de leur domicile « *c'est vrai qu'il y en a pas mal on se disait « Oh là là, c'est chez nous », enfin ça reste dans notre intimité aussi.* » (P110).

Certains patients pensaient que les exercices en télééducation seraient plus facilement source d'erreurs « *parce que j'aime bien être avec la personne et comme ça on peut me corriger correctement. [...] Alors qu'en télééducation, même s'il te dit « c'est pas bien comme ça, c'est plus comme ça », il n'y a pas non plus la position exacte qu'il faut faire, même si tu veux, ça ne sera pas parfait* » (P7N), « *J'ai toujours peur de mal faire les gestes et trop pousser mon effort.* » (P6N).

La télééducation en parallèle d'une rééducation en groupe dans un Centre spécialisé pouvait, selon certains patients, permettre de mettre de la distance avec les autres patients

et plus facilement se centrer sur soi « *Donc ça peut être aussi des sujets un peu sensibles et certains trucs pas forcément envie de partager. [...] après, c'est sur le papier* » (P13NP).

2.3. Informations reçues et comprises

Les rééducateurs, kinésithérapeute et professeur d'activité physique adaptée, présentaient ensuite aux patients le concept de la télééducation proposée dans le programme Lombaction.

Un planning était envoyé en amont du début du programme « *Quand vous avez un planning il y a des choses qui vous parlent et des choses qui ne vous parlent pas et on s'est toujours posé la question « en visio c'est quoi ? ». »* » (P30). Cependant, la plupart des patients interrogés rapportaient avoir eu connaissance de l'existence de séances de télééducation seulement le 1^{er} jour du programme « *De mémoire, moi en tout cas pour ma part, je l'ai su quand on y était. Alors il y en a qui avait l'air d'être au courant mais non je ne l'ai pas été en tout cas.* » (P110).

Lors des entretiens, les patients ont partagé leurs impressions sur les explications relatives à la télééducation. Celle-ci était perçue comme « *quelque chose de supplémentaire pour avoir un suivi, ça fait partie, si vous voulez, du cursus* » (P10), ou encore comme une composante « *qui rentrait dans le cadre des cinq semaines* » (P30). Toutefois, la perception de la possibilité de choix quant à la participation différait entre les patients. Certains estimaient que leur présence était fortement recommandée, voire imposée : « *On n'avait pas le choix, si c'est pour répondre à la question. C'était tout le monde l'après-midi, enfin, c'était recommandé qu'on soit là* » (P110). D'autres faisaient état d'une motivation liée au respect envers les professionnels impliqués dans le programme : « *Par respect pour son implication [le rééducateur] dans le programme, je suis partie du principe qu'il fallait les faire* » (P40), « *par politesse, je ne me voyais pas ne pas être là* » (P110).

Les patients ont également rapporté les informations communiquées sur les aspects pratiques. Les professionnels avaient expliqué les modalités d'accès aux séances en ligne « *On va vous envoyer un lien et puis vous pourrez donc à raison de deux après-midis par semaine* » (P30), « *On nous a juste dit qu'il fallait se connecter sur telle adresse, tel site, et que ça serait connecté* » (P6N).

Concernant le contenu des séances, les explications étaient succinctes mais jugées claires. Les patients mentionnaient : « *Ce sera la même chose qu'on fait en APA mais à la maison, pour que vous essayiez de refaire les exercices que vous pouvez faire de chez vous* » (P20), « *Il y avait possibilité d'avoir le kiné ou quelque chose comme ça, en visio. [...] Il nous montrerait des exercices, puis que nous on fasse pareil* » (P6N).

Concernant le matériel, le rééducateur s'adaptait à chacun « *juste avoir à porter de main pour qu'on puisse être prêt dès le début de la séance* » (P90).

Malgré certaines incertitudes initiales, les patients ont généralement jugé les explications satisfaisantes et rassurantes « *Il n'y avait pas d'inconnu, ni d'angoisse, ni de quoi que ce soit* » (P30), « *Je trouve que c'était bien expliqué quand même* » (P7N).

3. Acceptation de la télééducation : facilitateurs et freins

3.1. Facilitateurs

Les patients rapportaient diverses motivations pour participer aux séances de télééducation, notamment leur volonté d'améliorer leur état de santé « *je me dis que c'est pour ma santé derrière. Moi c'est ce que je voyais.* » (P90), « *j'avais vraiment cette volonté d'aller mieux, j'ai vraiment saisi toutes les opportunités qui étaient là* » (P10).

Certains étaient également motivés par un besoin de compléter leur parcours de rééducation « *Pour ma part, j'avais commencé le programme, je voulais faire les choses jusqu'au bout* » (P110).

Pour d'autres, il existait un enjeu professionnel « *Il fallait que ça m'apporte quelque chose pour que je puisse reprendre le travail le plus vite possible.* » (P20).

L'apport d'un contact social jouait aussi un rôle dans la motivation « *Je pense que c'est les exercices, d'être soutenu, d'avoir quelqu'un avec qui discuter.* » (P5NP).

De plus, le fait d'être encadré par le même professionnel qu'en présentiel rassurait les participants « *parce qu'on avait quand même la personne qui s'occupait des séances de rééducation.* » (P40).

Enfin, certains évoquaient une curiosité à découvrir cette méthode « *Et puis je me suis dit que bah ça ce serait l'expérience supplémentaire et que je me ferais mon avis* » (P10).

3.2. Freins

À l'inverse, plusieurs obstacles à l'acceptation de la télééducation ont été identifiés par les patients interrogés.

Parmi ces freins, les contraintes liées à l'environnement domestique étaient fréquentes. Le manque d'espace était mentionné « *je ne sais pas si ça aurait été vraiment adapté à mon appartement, il est un peu petit* » (P5NP), de même que l'insuffisance de matériel, comme une webcam, nécessaire pour participer « *je n'avais pas le matériel qu'il fallait* » (P6N).

La gestion de l'emploi du temps constituait également un obstacle. Certains patients avaient des responsabilités personnelles, comme la garde d'enfants « *et puis j'avais mes enfants aussi.* » (P6N). D'autres pointaient des contraintes temporelles liées aux déplacements « *Au niveau timing, c'était compliqué.* » (P7N).

Par ailleurs, certains patients ressentaient un manque d'adhésion à l'outil lui-même « *Je ne suis pas très très pour les trucs dans la vidéo* » (P5NP), « *Je n'aime pas du tout ce genre de contact* » (P8NP). Certains témoignages soulignaient un scepticisme « *je n'y crois pas trop à ce genre de choses, la télééducation* » (P6N).

Le besoin de se comparer aux autres était un autre frein, car la télééducation ne permettait pas de retrouver l'interaction de groupe perçue comme essentielle « *je trouve que le fait d'être en groupe ça permet de se rendre compte que son état est parfois moins pire que ce que l'on ne pense par rapport l'état à certains. [...] Le fait de se voir vraiment ça crée une cohésion et pas forcément pour la télééducation* » (P8NP).

Enfin, certains exprimaient leur manque de compétences en informatique « *et puis je n'y connais rien du tout en informatique* » (P6N).

4. Faisabilité et organisation pratico-pratique des séances

4.1. Lieu et aménagement de l'espace

La plupart des patients réalisaient les séances de télééducation à domicile. Les lieux variaient d'une pièce à l'autre comme « *la chambre d'amis* » (P10), le « *salon* » (P20), la « *salle à manger* » (P30), le « *bureau* » (P40), ou même la « *cuisine* » (P90).

Une difficulté fréquemment mentionnée était l'aménagement de l'espace « *je manquais quand même un peu d'espace. Donc il fallait que je m'incline d'une certaine manière pour faire certains exercices et je m'incline dans un autre endroit pour pouvoir faire d'autres exercices.* » (P10).

L'objectif était de trouver l'endroit le plus adapté « *c'est la pièce où j'ai le plus de place* » (P40).

L'orientation de la caméra était souvent un défi, nécessitant des ajustements en fonction des exercices « *le plus compliqué, c'était d'orienter les caméras pour voir moi et eux me voir [...]* *il fallait que je positionne mon téléphone ou mon iPad [...]* *pour que, par exemple, quand on fait des exercices au sol, qu'il puisse corriger les postures ou voir ce que nous on fait* » (P20). La webcam « *c'était sur le tabouret avec des livres.* » (P110). Le repositionnement de la caméra était nécessaire à chaque fois que les patients passaient d'une position allongée à debout et réciproquement « *Le seul petit point négatif, c'est vraiment trouver un endroit où mettre l'ordinateur. A chaque fois j'étais obligé de bouger l'ordinateur.* » (P40). Certains patients soulignaient également les limitations des petits écrans « *être sur un téléphone c'est aussi plus difficile de voir et d'être vue parce que l'écran est petit* » (P20). À l'inverse, d'autres bénéficiaient d'une plus grande flexibilité grâce à un espace plus vaste « *J'ai de la place chez moi donc j'avais vraiment un grand angle.* » (P100).

Cependant, certains patients choisissaient de réaliser les séances en dehors de leur domicile pour contourner des difficultés, comme le manque de connexion internet « *j'étais chez ma fille [...] parce que moi j'habitais un peu loin, [...] je n'avais pas de connexion* » (P120). Parfois, des solutions étaient proposées par d'autres participants, comme l'indique P100 « *la personne qui est venue chez moi c'est aussi parce que chez lui ça captait très très mal en fait.* ».

4.2. Emploi du temps

Les séances de télééducation étaient programmées l'après-midi entre 14h et 17h.

Lorsqu'un patient ne pouvait pas être disponible à l'heure prévue, cela ne posait généralement pas de problème, mais la séance n'était pas reportée « *on a eu le programme de bonne heure donc du coup on a pu s'organiser. Après si on n'avait pas pu être disponible bah on les faisait pas, elles n'étaient pas reportées.* » (P30).

Bien que le planning ait pu entraîner des difficultés organisationnelles, certains patients réussissaient à s'adapter « *au niveau des enfants, moi ça s'est plutôt bien goupillé. Après c'est plus sur les mercredis, [...] ben on a demandé aux grands-parents* » (P110).

4.3. Matériel

Les outils informatiques utilisés variaient. Certains patients utilisaient leur « *téléphone portable* » (P10), un « *iPad* » (P20), ou un « *ordinateur* » (P40). P100 expliquait avoir connecté sa webcam à sa télévision « *j'ai mis la webcam sur ma télé [...] enfin l'ordinateur sur ma télé avec l'écran sur la télé* ». Tous les patients interrogés avaient la « *caméra activée* » (P10) pendant les séances. Une patiente mentionnait avoir dû acheter une caméra car « *je n'en avais pas* » (P100).

Concernant le matériel de rééducation utilisé, tous les patients interrogés avaient un « *tapis de sol* » (P20). Certains possédaient des équipements supplémentaires tels que des « *élastiques* » (P20), un « *ballon* » (P40), « *des haltères* » (P120) mais cela restait facultatif « *c'était vraiment proposé avec du matériel qu'on pouvait trouver à domicile. Il n'y avait pas d'achat de matériel nécessaire* » (P40). Dans certains cas, les patients improvisaient avec ce qu'ils avaient chez eux « *à la maison, faut faire avec ce qu'on a.* » (P110), « *des bouteilles d'eau en guise d'haltères* » (P20).

4.4. Connexion aux séances

Les patients rapportaient que les consignes de connexion aux séances étaient simples à suivre « *on avait reçu un lien de connexion donc on avait une heure pour se connecter, pour que tout le monde ait le temps de se connecter avant le début de la séance.* » (P40), « *c'était plutôt simple, rapide* » (P10). La mise en place de la séance était fluide « *ils [les*

rééducateurs] arrivaient dans une pièce et hop ils mettaient leur caméra. Hop tout le monde est prêt on va y aller, on commence » (P30).

Cependant, les problèmes de connexion étaient l'un des obstacles les plus fréquemment signalés. Certains patients mentionnaient une mauvaise qualité de connexion « j'avais une mauvaise connexion » (P10), ou des interruptions fréquentes « les connexions n'étaient pas toujours au top à l'époque [...] des fois ça se mettait en pause, ça s'arrêtait. » (P120) Ces difficultés affectaient tant la communication audio que visuelle. D'un côté, des problèmes de son rendaient l'échange compliqué « ça grésillait à fond donc pas pratique du tout pour essayer de comprendre » (P10). De l'autre, l'absence d'image compliquait le suivi des exercices « Je n'avais plus l'image, je n'avais que le son, donc bah avec que le son quand on ne voit pas le prof ou le kiné nous montrer ce qu'il fallait faire, c'est compliqué. » (P120).

4.5. Contenu des séances

En ce qui concerne le contenu des séances, plusieurs patients ont estimé que les exercices étaient familiers « les exercices c'étaient des choses qu'on connaissait déjà. Il nous a pas fait des choses qu'on n'avait jamais vu » (P40) et « c'était sur le même tronc commun qu'on avait déjà en fait en rééducation. C'était la continuité finalement » (P10). Toutefois, d'autres patients ont souligné que la diversité et la manière dont les séances étaient organisées apportaient une certaine valeur ajoutée « Les séances étaient variées, diversifiées, [...] c'était bien fait, [...] c'est ludique » (P30).

5. Vécu

5.1. Un comparatif fait avec le présentiel

5.1.1. Contenu des séances

Cependant, les patients rapportaient, que la reproductibilité des exercices, en télééducation, était moins précise « *c'est vrai qu'en vidéo c'est quand même moins précis. [...] des fois dans la posture, je me disais « bah merde, est-ce que je suis bien, est-ce que je ne suis pas bien ? ».* [...] *Enfin voilà, c'est plus l'ajustement ou je pense qu'en visio c'était quand même plus compliqué d'avoir l'œil sur tout le monde.* » (P110).

En termes de diversité d'activités, les exercices proposés semblaient moins variés en comparaison avec ceux réalisés en présentiel « *ce n'est pas les mêmes jeux, [...], l'après-midi, c'était vraiment des étirements, des enchaînements aussi au sol, sur tapis, sur les chaises. Mais en tout cas c'était différent, c'était autrement mais différent* » (P110). De plus, certains types d'exercices en groupe, comme les binômes, n'étaient pas possibles en télééducation « *Des fois on était par groupe de 2 ou ... Et bon, bah ça on ne peut pas le faire en distanciel.* » (P120).

5.1.2. Relation avec les autres patients du groupe

Tous les patients ayant expérimenté la télééducation signalaient un changement dans la dynamique de groupe. Les séances étaient perçues comme plus individuelles « *on est plus en perso finalement, c'est plus individuel* » (P30). Ils expliquent cela car « *on ne se voit pas* » (P30), et « *parce qu'on n'était pas ensemble déjà. Et puis bah donc des fois on en entendait un, des fois l'autre, des fois pas* » (P120).

De plus, la communication entre patients était plus restreinte « *On se sent moins libre, on va dire, que si on est en salle, bon on peut parler plus avec une seule personne sans que tout le monde non plus entende. Que là, bah non, on ne peut pas. Donc après c'est une question de lien avec les autres aussi.* » (P90), moins fluide « *s'il y en a un qui a une question, on va pas*

forcément l'entendre » (P110) alors qu'en présentiel « ça allait parce que [...] on avait une position où on se mettait tous un peu en arrondi sur place donc c'était vraiment plus agréable » (P110).

Enfin, la cohésion d'équipe n'était pas la même. Le soutien que les patients s'apportaient lors des séances en présentiel était important et favorisait la cohésion d'équipe « *des fois il y a des exercices, p'tite baisse de moral, ben il y a les autres qui reboostent.* » (P40) ce qui n'est pas le cas en télééducation « *Il n'y a pas cette cohésion d'équipe qu'on a, qu'on crée quand on est sur place.* » (P110).

5.1.3. Relation avec le rééducateur (kinésithérapeute ou éducateur d'activité physique adaptée)

En télééducation, la relation avec le rééducateur était souvent perçue positivement. Pour certains patients, la relation avec le rééducateur était préservée « *on avait le lien qu'on avait créé en fait en visuel. [...] on retrouvait ce même lien chez nous* » (P110), « *je n'ai pas trouvé que c'était différent parce qu'ils nous appelaient par les prénoms* » (P30).

Les patients avaient un discours mettant en avant les qualités du rééducateur « *on avait des rééducateurs qui étaient vraiment au top* » (P10) que ça soit sur :

- La clarté des explications : « *ils étaient assez carrés. On savait ce qu'on allait faire. [...] Avant de commencer l'après-midi, on faisait un petit debrief. Là on va faire tant de mouvements, par exemple 5 fois un enchaînement de mouvements donc ils nous montraient.* » (P110),
- La disponibilité et l'écoute : « *il n'y a pas de problème, on peut interrompre la séance n'importe quand. On peut lui poser des questions.* », « *il y avait interaction avec le rééducateur qui pouvait corriger les postures, nous encourager, nous écouter* » (P20). Certains patients ajoutaient la notion d'investissement « *rééducateurs qui étaient [...] très investis, [...] dynamiques,*

[...] nous faisaient rire, [...] étaient motivants, [...] Ils se souciaient quand même de nous, un par un » (P10),

- *La maîtrise de l'outil : « on avait l'impression qu'ils maîtrisaient le programme. Ils arrivaient à regarder tout le monde, à reprendre tout le monde, à être à l'écoute de tout le monde. » (P110), « ils avaient l'œil [...] ils nous parlaient comme s'ils étaient à côté de nous » (P30),*
- *Le cadre : « Ça change tout dans la mesure où on est cadré. Et on fait correctement les mouvements et puis voilà, on a la tempo, on a la cadence, on a l'ambiance, on a..., voilà et puis les félicitations, donc c'est encourageant. » (P110).*

Cependant, certains patients soulignaient une certaine insécurité en télééducation par rapport au présentiel, où la présence physique du rééducateur permettait de se sentir davantage soutenu. P90 exprime qu'elle se sentait mieux guidée en présentiel *« il pouvait nous aider si on n'y arrivait pas on va dire. C'était un peu plus facile je trouvais pour moi, sur place, qu'en télééducation. »*. Elle se sentait plus en confiance, rassurée lorsque le rééducateur était à côté d'elle *« même si lui-même le faisait le mouvement mais bah moi perso je sais qu'il y avait certains trucs où je ne me sentais pas à l'aise de le faire en étant toute seule [...] de peur même de me ridiculiser en tombant ou quoi que ce soit. Alors que sur place, je le faisais tous les jours quasiment là-bas. [...] plus en sécurité parce qu'il était là au cas où, à côté de nous » (P90).*

P110 avait l'impression que le regard du rééducateur était constamment posé sur elle ce qui n'était pas confortable *« on voit le prof comme s'il nous regardait nous en fait. Donc c'est plus le regard qu'on pose sur vous sans qu'on se rende compte si c'est vraiment vous qu'on regarde ou si c'est quelqu'un d'autre. C'est plus l'attention qui pourrait mettre mal à l'aise. »*.

Enfin, certains patients trouvaient que la communication était plus simple lorsqu'ils étaient peu nombreux en séance de télééducation *« Après on n'était pas beaucoup parce qu'ils ne*

sont pas tous venus, et du coup ça laissait le temps en tout cas pour nous d'être vu correctement. [...] Et c'est vrai que de couper la parole c'est pas forcément pratique quand on est en visio. Souvent il fallait attendre son tour mais ça s'est goupillé » (P110) tout comme l'encadrement « Quand on était par exemple 3, c'était plus bon enfant mais du coup plus sport en fait parce que finalement on a le temps de nous regarder, on a le temps de nous reprendre en fait. » (P110).

5.1.4. Impact psychologique

Le présentiel permettait aux patients de sortir de chez eux et de se détacher d'un environnement lié à un vécu douloureux « *Et c'est aussi le fait de sortir de chez moi qui avait été mon cocon de douleur [...] il y avait aussi la question psychologique où j'avais été enfermée pendant un bon moment dans cet espace » (P10). Cette sortie créait une nouvelle dynamique favorisant la sociabilisation et de reprendre un nouveau rythme « le fait de sortir, d'aller dans un nouvel endroit avec des professionnels de santé, un milieu adapté [...] un espace qui est dédié à ça. [...] Ça permet de sociabiliser aussi, de voir du monde et devoir sortir, de reprendre un rythme en fait. Déjà de ressortir de chez soi, de prendre la voiture, de faire ce chemin. » (P10). La présence physique dans un environnement différent aidait à réduire l'isolement et à prévenir la rumination « Quand vous êtes enfermée, vous ruminez beaucoup plus. Alors tout ce qui peut vous obliger à sortir est toujours bon. » (P20)*

En revanche, la télééducation, en permettant de rester à domicile, offrait l'opportunité pour certains de s'isoler de manière bénéfique « *on avait l'impression d'être dans sa petite bulle chez soi » (P30). En effet, pour une patiente ne se sentant pas dans le même état d'esprit que les autres patients du groupe, la télééducation lui a permis de se concentrer plus facilement lors des séances « j'ai eu beaucoup de mal avec certains de mes coéquipiers de lombaction du programme. Donc j'étais bien chez moi avec le prof à faire ce que j'avais à faire. » (P20).*

Il est à noter que l'expérience de la télééducation variait en fonction des attentes des patients. Certains soulignaient qu'il n'y avait pas de différence lorsque l'engagement était fort, tandis que d'autres déploraient une moindre implication lorsqu'ils étaient seuls à domicile « *Pour moi, il n'y a pas de différence si on le fait pour soi et qu'on se donne à fond* » (P100). Cette patiente rajoutait « *Mais les autres n'étaient pas forcément au maximum. Ils abandonnent plus vite en fait. Le « Je n'y arrive pas », il vient plus vite que le « j'essaye parce que j'ai quelqu'un en face de moi* ». (P100). Un patient expliquait qu' « *on est quand même moins concentré à être chez soi. Sur place, on est encadré. On se sent un peu forcé de faire avec les autres, que quand on est chez nous, on peut s'arrêter quand on veut donc c'est trop facile je dirai.* » (P90). Une patiente suggérait que la disparité des milieux socioprofessionnels pourrait être à l'origine de cette divergence d'état d'esprit « *Après, on n'avait pas le même statut professionnel qui eux étaient salariés. Donc bon voilà ça faisait 5 ans, un peu plus de 5 ans qu'ils étaient en arrêt* » (P20).

5.2. La place de la télééducation dans le programme

Bien que les patients exprimassent majoritairement une préférence pour le présentiel, ils reconnaissaient l'intérêt complémentaire de la télééducation « *Je pense que le visio ne remplacera jamais un cours collectif ou un cours en présentiel. [...] Je ne pense pas que ce soit une solution, en tout cas ça peut être complémentaire, mais je ne pense pas que ça peut se substituer au présentiel* » (P100). Certains patients soulignaient que la télééducation permettait d'ajouter des séances supplémentaires, favorisant la motivation et l'entretien des progrès « *de savoir qu'il y avait ça en plus, c'était motivant à la maison. [...] Ça passe le temps quand même mine de rien. Il vaut mieux le passer à faire 1h de séance d'APA que de passer 1h à être dans son canapé.* » (P20).

Pour certains, cette approche permettait aussi de maintenir un lien social malgré la distance « *C'est quand même important d'avoir un peu des deux* » (P110). Même les patients initialement réfractaires pouvaient y entrevoir une utilité, notamment en termes de soutien psychologique « *Peut-être juste un soutien psychologique. [...] C'est aussi les encouragements, la progression tout ça c'est très très important. [...] cette présence qui permet de continuer et puis d'être guidé parce que c'est pas tout le temps toujours la merde* » (P5NP).

Cependant, quelques patients estimaient que les séances de télééducation devenaient superflues lorsque les recommandations des rééducateurs étaient respectées « *si chacun respecte ce qui est demandé, j'ai envie de dire que la séance de télééducation elle n'est pas forcément nécessaire.* » (P100). Toutefois, pour d'autres, l'accompagnement restait essentiel pour maintenir la motivation « *ça permet de garder de la motivation, [...] après on pouvait faire ça de nous-mêmes, mais toute seule, je ne trouve pas, moi, la motivation pour faire si je ne suis pas entourée de personnes.* » (P90). Certains patients préféreraient que les séances se déroulent exclusivement en présentiel, jugeant qu'elles y seraient plus adaptées et impactantes « *du fait que si on peut aller le matin sur place, pourquoi ne pas y être aussi l'après-midi ?* » (P90).

5.3. Utilité des séances de télééducation réalisées dans le cadre du programme lombaction

Les séances de télééducation ont joué un rôle clé dans l'adoption de nouvelles habitudes à domicile, facilitant ainsi la continuité de la rééducation en autonomie. Les patients rapportaient qu'elles les ont aidés à associer les exercices à leur environnement quotidien et à adapter ces pratiques dans leur espace personnel « *ça permettait [...] de commencer à prendre de nouvelles habitudes à la maison. [...] se familiariser vraiment avec*

l'environnement de chez nous. [...] ça m'a quand même donné des clés pour derrière continuer à la maison en fait, [...] de garder une bonne dynamique ensuite » (P10). La familiarité avec l'environnement domestique a également permis à certains patients de mieux intégrer les outils disponibles pour leur rééducation « *Le fait qu'on soit à la maison, ça permet de se retrouver dans un cadre du quotidien et de se dire après c'était peut-être plus facile aussi de refaire les exercices à la maison. [...] c'étaient des exercices qui étaient proposés à la maison avec du matériel de la maison » (P40).* Une patiente soulignait d'ailleurs qu'elle continuait à pratiquer les exercices appris en télééducation « *la preuve, les exercices que je fais chez moi c'est ce qu'on faisait en vidéo, pour vous dire. Donc bon, il y a quand même des restes. » (P110).*

Une patiente rapportait que la télééducation lui a permis d'évoluer dans l'acceptation des soins à domicile « *Je l'accepte maintenant. [...]. Au début je me suis dit « oh là là, il va falloir que je fasse des soins », c'est quelque chose qui m'a un peu fait peur, parce que je ne voulais vraiment pas ramener ça à la maison et en fait j'ai fait toutes les séances. » (P110).*

5.4. Intimité

La télééducation a parfois été perçue comme une intrusion dans l'intimité des patients à domicile comme l'indiquait P110 « *je voulais pas forcément que les soins rentrent dans mon intimité de ma maison parce que c'est déjà très présent, des fois trop présent suivant l'état. » (P110).* Cette réserve était particulièrement présente lors des premières séances « *il faut s'habituer quoi. Je ne dis pas que dès le premier jour j'étais hyper à l'aise de faire mes mouvements et surtout quand il n'y a personne à côté, qu'on est tout seul en face de quelqu'un en fait. » (P110).* Toutefois, les patients se sentaient globalement moins gênée car « *le prof voyait le domicile de chacun. [...] Nous on s'entendait mais on ne voyait pas le domicile des autres. Donc il n'y a pas d'intrusion de la vie privée. » (P40).* De plus, les

patients avaient le choix de ce qu'ils voulaient montrer de leur environnement « *on est dans un endroit bien précis donc après on peut l'aménager justement pour que ce soit neutre.* » (P120).

A l'inverse, la télééducation présentait l'avantage d'offrir une plus grande discrétion, notamment pour certains exercices « *je me suis retrouvée toute seule avec que des hommes. [...] Je n'étais pas forcément à l'aise d'être qu'avec des hommes [...] c'est vrai que des fois on avait des positions quand même sur les tapis, les machins. [...] Alors justement, peut-être qu'en télé on est moins complexé.* » (P120).

5.5. Fatigue

La télééducation a également eu un impact notable sur la fatigue de certains patients déjà en difficulté sur les séances en présentiel. La fatigue concernait aussi bien :

- Le plan physique avec un programme de rééducation vécu comme soutenu : « *c'était pas toujours facile parce que ça fait beaucoup matin et après-midi quand même. Le rythme, il était quand même assez soutenu.* » (P110),
- Que psychologique avec une présence supplémentaire de la pathologie dans leur quotidien : « *ça reste quelque chose, en tout cas pour moi, que je trouve qui était peut-être en trop. [...] c'est juste la fatigue psychologique où vous avez envie d'oublier un peu ce qui s'est passé le matin.* » (P110).

6. Des idées pour faire évoluer le programme

6.1. Rythme et organisation des séances

La durée d'une séance de télééducation, fixée à une heure, semblait être adaptée selon la majorité des patients interrogés « *pour la douleur, trop après c'est épuisant. Ouais donc pour*

moi ouais, 1h c'était juste ce qu'il fallait » (P10). Cela facilitait également l'intégration dans leur emploi du temps « *parce que c'est facile à placer dans un après- midi* » (P20).

Concernant le nombre de séances proposées, les avis divergeaient. Certains patients estimaient qu'il aurait fallu proposer plus de séances « *pour moi il n'y en avait pas assez* » (P20), en suggérant trois ou quatre séances hebdomadaires pour éviter de condenser leurs efforts « *le fait d'en avoir plus mais d'être moins rythmées m'aurait permis d'apprendre à me limiter dans ce que j'ai à faire* » (P20). Certains proposaient une télééducation quotidienne afin de maintenir un rythme « *Pour moi il aurait fallu que ce soit tous les jours* » (P90). A l'inverse, certains patients estimaient que la fréquence proposée était suffisante pour ne pas nuire à la motivation « *il faudrait peut-être pas plus parce que justement sinon la motivation elle est quand même diminuée* » (P100). Enfin, pour des patients fatigués par les séances en présentiel, la charge actuelle était jugée adaptée : « *C'était suffisant parce qu'après, moi je sais que j'ai vraiment été très fatiguée* » (P110).

A propos de l'horaire proposé, la majorité des patients interrogés préféraient débiter les séances en début d'après-midi en termes de motivation « *j'aurais préféré le début de l'après-midi, parce que j'aurais été plus motivée qu'en fin de journée* » (P90). Certains mentionnaient que cet horaire permettait également de conserver le corps échauffé après la matinée en présentiel « *je me dis s'il fallait attendre plus longtemps et faire en fin de journée, je ne suis pas sûre que ce serait mieux parce que le corps il serait trop froid.* » (P110). D'autres valorisaient le début d'après-midi pour des raisons d'organisation familiale « *En fin d'après-midi j'aurais eu les enfants, mon mari à la maison par exemple, ça aurait été casse-pied contrairement en début d'après-midi où j'étais toute seule dans la maison* » (P100). A l'inverse, un patient rapportait qu'un horaire plus tardif serait plus approprié pour

avoir le temps de rentrer chez soi « *Ça serait mieux si c'était plus espacé pour laisser plus de temps pour rentrer, de se poser un peu.* » (P7N). De plus, cela pouvait amener à faire certaines concessions car parfois « *je n'avais pas le temps de manger mais bon ça c'était pas grave* » (P90).

Les séances de télééducation débutaient à partir de la 3^{ème} semaine du programme. Ce choix était largement approuvé, les patients estimant qu'il était essentiel d'établir un lien en présentiel avant d'entamer les séances à distance « *Il faut quand même qu'on apprivoise comme ça un peu les gens, le contact. [...] Si on ne voit pas la personne, à moins d'être super motivé ... [...] je trouve que dans le relationnel c'est quand même plus sympa, quand on a pu échanger quelques mots, on a pu se faire une idée un peu des gens, ressentir... Et puis ils apprennent un petit peu à vous connaître sans pour autant vous connaître énormément. [...] Si vous partez directement en télé et bien on va faire le mouvement mais finalement ben on peut aller à la catastrophe parce que finalement ils connaissent pas du tout votre état. Et puis ils ne vous ont pas vu arriver, ils ne vous ont pas vu marcher.* » (P30). De plus, débiter à partir de la 3^{ème} semaine c'est aussi un moment où les patients se sentaient à l'aise avec les exercices et avaient pris le rythme du programme « *En fait, il y a un bon rythme à ce moment-là, parce qu'on a déjà bien intégré le programme, on a déjà fait une évolution en fait surtout sur nos douleurs de dos* » (P40).

Néanmoins, certains patients ne verraient pas d'inconvénient à démarrer les séances plus tôt, dès la première ou la deuxième semaine car ils étaient déjà dans le rythme du programme « *je pense qu'après la première semaine, ça aurait pu commencer tout de suite* » (P20). Enfin, pour la patiente qui était la seule femme de son groupe, elle rapportait un possible bénéfice à débiter les séances de télééducation plus tôt « *J'aurai peut-être pu faire des choses que je n'ai pas osées faire devant les hommes* » (P120).

6.2. D'autres façons de proposer la télééducation

Certains patients se sont sentis en difficulté sur le plan physique et psychologique après la fin du programme devant l'absence de suivi « *Il y a un problème dans le suivi, il est quasi-inexistant* » (P5NP). Pour certains, les progrès réalisés lors du programme étaient « *très très dur à maintenir sur le temps* » (P5NP). Devant ce constat, certains patients proposaient de se servir de l'outil de la télééducation pour proposer un suivi après la fin du programme « *je trouve aussi qu'il faudrait continuer après le programme* » (P20). Cette patiente proposait de poursuivre la télééducation pendant 2 à 3 semaines après la fin du programme de 5 semaines dans l'idée d'un accompagnement dégressif « *peut-être 2 la première semaine et puis après une séance par semaine pour pouvoir avoir un contact* » (P20).

A l'inverse, une patiente proposait d'encourager à l'autonomie en suspendant la télééducation avant la fin du programme « *Faudrait justement l'arrêter avant la fin du cursus [...], donner peut-être de l'autonomie en se disant voilà « chez vous même s'il n'y a pas de visio là sur la dernière semaine, vous êtes autonome mais vous devez faire vos étirements ».* Enfin que chacun soit entre guillemets adulte » (P110).

6.3. Les intervenants proposés

Les patients insistaient sur l'importance d'une continuité dans les intervenants « *le plus important c'est que le rééducateur reste le même [...], dans le même état d'esprit, le dynamisme... [...] Je pense que c'est vraiment le professionnel de santé, celui qui dirige la séance en fait qui fait le tout* » (P10).

L'ensemble des patients interrogés trouvaient que les intervenants proposés en télééducation, à savoir le kinésithérapeute et l'enseignant en activité physique adapté, étaient appropriés « *je trouve que kiné et activité adaptée, c'est 2 ateliers qui savent s'y prêter.* » (P13NP).

En revanche, l'ergothérapie, actuellement non inclus en télééducation, était perçue comme moins adaptée à la télééducation en raison des contraintes matérielles et d'espace. « *Alors pour le coup je vois pas ce qu'on aurait pu trop faire à la maison en ergo* » (P10). « *Je pense que l'ergothérapie ça aurait été un peu plus compliqué peut-être au niveau équipement et place.* » (P13NP). Cependant, une patiente évoquait un potentiel intérêt de l'ergothérapie à domicile via des visites virtuelles, notamment pour adapter les gestes du quotidien « *ça serait bien de pouvoir le faire, de voir chez chaque personne, ce qu'on peut faire, comment on peut adapter certaines choses par exemple* (P20). Malgré tout, cette discipline était jugée exigeante physiquement, et certains patients estimaient que l'ajouter en télééducation serait excessif « *physiquement, je trouve que ça faisait déjà pas mal. [...] Je pense que ça ferait un peu de trop si on en faisait en télééducation.* » (P7N).

La diététicienne, quant à elle, était perçue comme une intervenante dont le travail pouvait être efficacement adapté à la distance « *ça peut être intéressant parce que moi je la voyais en dehors des séances au CHU [aux Capucins] donc oui ça par contre ça pourrait être intéressant dans le sens où on se cale par rapport à son planning.* » (P40).

Enfin, certains patients mettaient en garde contre le risque de surcharge des séances à distance « *C'était assez riche comme ça* » (P110), « *peut-être trop en rajouter, ça serait trop* » (P7N).

6.4. Questionnement sur le nombre de participants et la communication entre eux

Les patients étaient amenés à comparer la réalisation des séances en télééducation en étant seuls avec le rééducateur ou en groupe.

Pour la majorité, être seul ne changerait pas l'expérience car les séances étaient perçues comme bien encadrées et personnalisées « *Je ne suis pas sûr que ça aurait changé quelque chose, en tout cas pour ma part* » (P10). De plus, la télééducation était ressentie comme un travail individuel « *Non, il n'y avait pas de changement puisque de toute façon on ne les voyait pas. [...] Donc finalement c'est perso quoi, c'est individuel.* » (P30).

D'autres patients appréciaient la dynamique de petits groupes, jugée plus agréable et propice à une communication fluide « *on n'était pas nombreux donc c'est vrai que c'était quand même assez bien* » (P40). Certains proposaient même d'organiser des groupes encore plus réduits ou de diversifier les créneaux, ce qui permettrait une meilleure interaction et accessibilité « *Peut-être qu'au lieu de mettre tout le monde sur le même temps de visio, justement ceux qui habitent loin pourraient venir peut-être un peu plus tard, [...] avoir peut-être 2 créneaux de proposer pour qu'il y ait moins de personnes connectées en même temps et que ce soit plus précis. [...] Et des fois je me dis, il y a des choses qu'on n'a pas forcément envie de discuter devant tout le monde non plus. [...], peut-être un moment à une ou deux personnes [...] à voir ce qui nous entoure, pour voir de façon plus précise.* » (P110). Une patiente ajoutait qu'être seul avec le rééducateur permettrait d'avoir des séances plus adaptées à la condition physique de chacun « *C'est plus facile d'adapter quand on est tout seul avec le professionnel [...] plus individualisé* » (P20).

Pour d'autres patients le fait d'être en groupe, même en télééducation, apportait de la motivation « *Je pense que je préférerais en groupe, ceux avec qui j'étais. Parce que ça se passait bien et du coup bah même si on ne se voyait pas on pouvait se parler* » (P7N). La comparaison avec les autres était également perçue comme stimulante « *Ça nous dit de quoi on est capable par rapport à l'autre aussi* » (P120).

Concernant la possibilité de se voir via webcam, les avis étaient partagés. Certains appréciaient l'absence de visuel, qui leur permettait de se concentrer « *Le fait qu'on ne se voit pas entre patients, [...], ça permet vraiment de se focaliser juste sur soi* » (P13NP). D'autres, au contraire, estimaient que se voir pourrait renforcer la motivation et la convivialité « *Je pense que ça peut peut-être motiver [...] car moi j'ai toujours fait plus ou moins du sport collectif* » (P40). Enfin, plusieurs patients suggéraient de laisser à chacun la liberté de choisir de rendre leur webcam visible ou non « *on peut à un moment donné, si on n'a pas envie, [...] couper l'image ou même dire « bon voilà je vous laisse 2-3 minutes, je reviens ». »* » (P120).

6.5. Le caractère facultatif ou obligatoire des séances

Certains patients interrogés estimaient que les séances de télééducation devraient être obligatoires. Cette opinion reposait sur l'idée que ces séances font partie intégrante du programme global de rééducation « *ça fait partie du programme* » (P40). Leur inclusion reflète une opportunité précieuse. En conséquence, selon eux, participer à l'ensemble des étapes du programme était un devoir pour maximiser ses bénéfices « *il faudrait les rendre, je dirai, obligatoires en complément du programme quand même, parce que ça reste un programme que tout le monde n'a pas la possibilité de faire* (P40).

En outre, le caractère obligatoire était perçu comme un levier pour créer une dynamique de groupe « *Il faudrait que ça soit imposé. [...] ça permet de créer une dynamique de groupe aussi* » (P100). D'autres patients insistaient sur l'aspect responsabilisant de cette obligation, évoquant que la participation régulière est essentielle pour bénéficier des effets attendus « *si on nous propose c'est que derrière il y a un aspect bénéfique qui est important. [...] on se doit d'être là.* » (P110).

D'autres patients, à l'inverse, insistaient sur la nécessité de maintenir le caractère facultatif des séances de télééducation. Imposer les séances pourrait entraîner une surcharge physique et psychologique pour certains participants, notamment ceux déjà éprouvés par la rééducation en présentiel « *si on n'a pas le choix, on les fait. Si ça fait partie du programme mais est-ce que je n'aurais pas abandonné du coup ?* » (P120).

Des obstacles pratiques étaient également mentionnés. L'accès à une connexion Internet fiable et la disponibilité d'un espace adapté à domicile étaient cités comme des freins potentiels « *c'est délicat de rendre ces séances obligatoires pour les gens qui n'ont pas la connexion ou l'espace chez eux* » (P120). En outre, le caractère intrusif que peut avoir une télééducation imposée était évoqué « *comme c'est sur son espace personnel, je trouve que c'est bien de aussi pouvoir dire oui ou non à ce type de chose-là* » (P13NP).

6.6. Suggestions pour améliorer la faisabilité et l'attractivité des séances

Plusieurs patients ont exprimé le besoin d'une meilleure anticipation logistique avant le début du programme. Fournir des informations claires en amont sur les horaires, les besoins en matériel ou les exigences techniques pourrait éviter certains refus « *Peut-être qu'anticiper ça pourrait être intéressant et donner la nature de l'objet en amont* » (P30), « *dès le départ, bien précisé qu'il y a de la télééducation, [...] qu'il faut un ordinateur ou du matériel* » (P40). Un autre patient regrettait de ne pas avoir été informé plus tôt « *On ne m'en a pas parlé avant que j'arrive là-bas sinon je pense que je me serais organisé* » (P6N).

Concernant les obstacles matériels, plusieurs patients proposaient des solutions concrètes, telles que le prêt de matériel « *Voir si les personnes qui font le programme ont ce qu'il faut [...] voir si éventuellement c'était possible un prêt de tablette pour ces séances-là, [...] des petits matériels [...], et qu'à la fin du programme que le matériel soit restitué* » (P40). Pour

ceux ne disposant pas d'un espace suffisant à domicile, des alternatives étaient suggérées, comme l'accès à une salle adaptée « *Ce qu'il faudrait, c'est qu'éventuellement [...] il y ait la possibilité par contre d'avoir une petite salle sur place qui soit adaptée* » (P100).

Enfin, certains patients pensaient que diversifier les contenus des séances pourrait les rendre plus attractives. Proposer des activités différentes de celles du présentiel, comme la méditation ou des cours plus dynamiques, pourrait attirer un plus grand nombre de participants « *pourquoi pas un cours de step ou des trucs en musique, ou vous voyez des trucs qui sont un peu plus dynamiques pour que peut-être ça soit plus attirant qu'une séance de renforcement musculaire.* » (P20).

7. Avis général sur la télééducation

Les patients ont partagé leurs opinions sur la télééducation, mettant en lumière à la fois ses avantages, ses inconvénients, et ses perspectives d'évolution.

7.1. Avantages

Le principal avantage cité était une meilleure accessibilité à la rééducation. La télééducation simplifiait l'organisation pour les patients rencontrant des difficultés à se déplacer, que ce soit à cause d'un handicap ou de contraintes professionnelles. Comme le soulignait un patient « *Si j'avais fait le programme 6 mois avant, peut-être que je n'aurais pas pu conduire.* » (P8NP). Un autre mettait en avant la flexibilité horaire « *faudrait pouvoir choisir les horaires, parce qu'après tout dépend comment c'est proposé et dans quel contexte c'est fait. Si c'est fait par des personnes qui sont au travail, est-ce qu'elles y auraient accès par exemple à la fin de la journée pour pouvoir faire leurs séances ?* » (P40).

La télééducation pourrait également permettre une prise en charge accrue de patients, à condition que le personnel soit suffisant et bien formé « *C'est bien, ça engorge moins aussi, après il faut le personnel* » (P120).

La télééducation représentait également un gain de temps « *ça nous prend que 1 h de notre temps et après on est libre* » (P100) et une réduction des coûts de déplacement. Ces aspects étaient bénéfiques notamment pour les patients vivant loin ou ayant des moyens financiers limités « *pas besoin de se déplacer pour ceux qui habitent loin ou qui n'ont pas trop de moyens* » (P7N), « *c'est économique* » (P30).

Sur le plan psychologique, la télééducation permettrait de réduire l'anxiété sociale pour certains patients « *c'est plus facile de s'y mettre parce qu'on est chez soi, on n'a pas le regard des autres [...] Peut-être qu'il y a des gens qui n'aiment pas qu'on les regarde, qui n'aiment pas faire les choses en groupe, qui sont plus timides* » (P20).

7.2. Inconvénients

Cependant, plusieurs limites à la télééducation ont été notifiées. Les difficultés techniques (connexion Internet, matériel inadéquat) étaient un obstacle fréquent « *Les problèmes liés au matériel, problèmes de connexion internet, ça peut toujours arriver. [...] Après même en soit, chacun doit être équipé mais on sait que les problèmes réseaux ça peut arriver même si on est bien équipé.* » (P13NP).

La télééducation questionne sur la qualité de supervision d'une séance « *on fait les mouvements mais à distance donc on ne voit pas forcément toujours ce que la personne fait donc est-ce qu'elle le fait correctement ou pas.* » (P40). De plus, les exercices sont jugés moins variés qu'en présentiel « *on fait moins de choses à la maison, là où en présentiel les exercices sont plus variés* » (P6N).

Un autre inconvénient cité était la motivation réduite à domicile, en raison de l'absence de contact humain « *tant qu'il n'y a pas la personne physiquement en face de moi qui me pousse dans mes retranchements. [...] Et puis chez moi, personnellement je me connais ...* » (P6N). Certains patients soulignaient aussi le risque d'isolement social « *On isole les gens de plus en plus avec ce genre de pratiques à distance.* » (P8NP).

7.3. Perspectives

La plupart des patients estimaient que la télééducation avait un avenir prometteur. Le contexte actuel, marqué par l'essor des pratiques à distance, favoriserait son acceptation « *ils [les gens] adhèrent plus facilement à l'heure d'aujourd'hui parce que le contexte a fait qu'il y a beaucoup de choses qu'on a fait en distanciel. Mais il y a des personnes, je pense, qui n'adhéreront pas.* » (P40)). « *Il faut vivre avec son temps et ça, ça en fait partie.* » (P120).

Certains patients mettaient en avant une hypothèse générationnelle concernant l'adhésion à l'outil « *Je suis une des vieilles générations entre guillemets qui aime bien le rapport humain.* » (P8NP). La jeune génération serait plus encline à se projeter sur ce type de soin car ils ont grandi avec l'informatique « *Je pense que dans les 10 ans qui vont suivre, les gens seront habitués [...] parce que même les entretiens de travail se font des fois maintenant en visio. Il y a plein de trucs qui sont en visio, les jeunes et les cours en visio donc je pense que eux ils seront habitués plus facilement.* » (P100).

D'autres pensaient que certains profils professionnels seraient plus susceptibles d'adhérer à la télééducation « *je pense que les gens de bureau vont plus être là-dessus par ce que c'est leur habitude d'être sur ces choses. Quelqu'un qui travaille dehors, qui est du bâtiment, on n'a pas forcément trop l'occasion d'aller sur le PC et des choses comme ça* » (P6N).

Certains voyaient en elle un outil pour promouvoir l'activité physique au-delà du soin « *c'est quelque chose qui peut être proposé plus largement. Je pense que ça permettrait aux gens de [...] commencer à faire du sport comme pour les gens qui n'en font pas du tout* » (P20).

La télééducation apporte le questionnement sur l'avenir de la relation soignant-patient. En effet, certains patients mettaient en garde sur une informatisation excessive notamment les soins à distance avec un risque de perte du contact humain qui serait préjudiciable « *Je trouve que quand on est qu'en visio, ça pourrait couper ce lien là que pourtant on a besoin. On ne va pas que pour rechercher du soin, on va aussi pour rechercher une confiance en nous* » (P110). La présence d'un écran interposé altérerait la construction d'un lien de confiance avec un risque de taire certaines informations « *quand on voit qu'il y a des médecins qui consultent comme ça, enfin c'est pas pareil. Je veux dire, qu'on peut leur dire n'importe quoi dans ces cas-là.* » (P90).

8. Un questionnement sur la faisabilité des séances de télééducation pour le rééducateur du point de vue des patients

Les patients interrogés, dans le cadre de leurs entretiens, ont soulevé des interrogations sur la faisabilité des séances de télééducation et le vécu des rééducateurs qui les animaient.

Certains patients se demandaient si les rééducateurs pouvaient être en difficulté pour encadrer les séances. En effet, le fait d'être face à de multiples écrans pouvait amener le rééducateur à être moins attentif à ce que fait chacun « *Et si pendant la télééducation le gars il a 10 écrans devant lui, ce n'est pas facile pour lui de voir les 10 écrans en même temps. Il peut faire une faute sur un gars* » (P8NP). « *Quand y a 6 petits écrans ouvert, bah c'est pas évident pour eux de voir tout le monde, avec les gestes précis* » (P110). Face à ces difficultés, certains patients estimaient qu'une taille de groupe réduite pourrait faciliter le

travail des rééducateurs « *C'est plus facile de voir sur une seule personne que quand on est en groupe où il faut savoir s'écouter, s'observer* » (P110).

Enfin, ils se questionnaient sur l'adéquation et la qualité du matériel utilisé par les rééducateurs. Ils s'interrogeaient notamment sur la clarté des images et la facilité pour le professionnel d'obtenir une vision précise des gestes effectués « *pour une question de matériel, je ne sais pas si l'image était nette, que la vision du professeur est claire on va dire.* » (P13NP).

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Synthèse des résultats : perception, l'acceptation et la faisabilité

Cette étude visait à évaluer la perception, l'acceptation et la faisabilité d'un programme de TR chez des patients souffrant de lombalgie chronique. Les résultats montrent que la TR reste une modalité de soin encore peu connue. Ce programme a permis aux patients de se familiariser avec cet outil et d'exprimer leur ressenti.

Dans un cadre de rééducation collective, la TR était perçue comme une approche davantage centrée sur l'individu. Les patients ont souligné l'importance d'un premier contact en présentiel avec le rééducateur, élément clé pour favoriser l'adhésion à cette pratique. Toutefois, certains participants manquaient de motivation pour réaliser des exercices à distance, en raison de l'absence d'interaction directe avec le rééducateur.

Considérée comme un complément au présentiel plutôt qu'une alternative, la TR soulève plusieurs défis techniques et organisationnels. Les patients ont également relevé une reproductibilité parfois imparfaite des exercices et une diversité perçue comme plus limitée.

2. Une modalité encore méconnue mais prometteuse

Les résultats de cette étude révèlent une méconnaissance de la TR chez les patients souffrant de lombalgie chronique. Cette situation peut s'expliquer par l'essor récent de cette modalité, largement accéléré par la pandémie de COVID-19, qui a imposé des restrictions aux soins en présentiel (18,19). Ainsi, la fermeture des services de santé a conduit à un recours accru à la télésanté, non par choix mais par nécessité. Avec le retour à un fonctionnement habituel des soins, il est essentiel d'évaluer si cette période a influencé

l'acceptation de la télésanté comme une alternative fiable aux prises en charge traditionnelles.

Cette étude a mis en avant plusieurs atouts de la TR qui sont également retrouvés dans la littérature. Elle offre aux patients une flexibilité accrue en termes d'horaires et de lieu de soins (20,21). D'un point de vue sociétal, elle améliore l'accessibilité aux soins, en particulier pour les personnes vivant éloignées des structures médicales (22-26). De plus, elle engendre des bénéfices économiques et un gain de temps en supprimant les contraintes de déplacement. Plusieurs études en ont démontré l'efficacité économique dans diverses pathologies et contextes de rééducation (27-30).

Enfin, de nombreuses recherches ont mis en évidence une efficacité comparable entre la TR et les soins en présentiel, renforçant ainsi sa légitimité (9,31,10,32).

3. Enjeux de faisabilité et d'acceptation

Malgré ses avantages, la TR suscite des réticences. L'une des principales craintes exprimées par les patients de cette étude est en accord avec la littérature et concerne une potentielle déshumanisation des soins, avec une altération de la relation thérapeutique due à la réduction du contact humain (33). Les difficultés techniques et matérielles ainsi que les limites dans la réalisation et la reproduction des exercices décrites dans cette étude sont également des obstacles majeurs cités dans plusieurs travaux de recherche (17,20,24,34).

D'autres limites ont été identifiées, notamment des exercices inadaptés et un manque de suivi, qui peuvent freiner l'adhésion des patients. Ces résultats font écho à la littérature, où certaines études soulignent que l'engagement des patients en TR peut être similaire à celui observé en rééducation en présentiel (35), tandis que d'autres pointent au contraire l'impact négatif d'un suivi à distance sur la motivation des patients (20). De plus, une perception

négative de la maladie ou encore un état psychologique fragile pourraient être des freins à l'adhésion à la TR (36).

D'un point de vue pratique, cette étude évoquait les difficultés de la part de certains patients à investir dans du matériel ce qui met en perspective que le coût de celui-ci constitue un enjeu majeur. Certaines études, où l'équipement était fourni dans le cadre de la recherche, soulignent que cette prise en charge représente un frein potentiel pour une généralisation du dispositif. Pour maximiser son adoption, plusieurs paramètres doivent être pris en compte : l'âge des patients, leur accès à la technologie, leurs préférences en matière d'outils numériques et leur formation préalable à l'utilisation de ces dispositifs (37).

Même si non évoquée dans cette étude, la sécurité des données médicales demeure un enjeu central, nécessitant des garanties solides pour protéger les informations des patients (38).

Plusieurs leviers peuvent être envisagés pour améliorer l'adhésion à la TR. Un aspect clé, souligné dans cette étude, est l'accompagnement thérapeutique, qui rejoint les recommandations de la littérature. En effet, un suivi régulier et interactif avec le thérapeute, favorisant un retour d'information et la responsabilisation du patient, est essentiel pour maintenir l'engagement (36,39-43). Par ailleurs, certains patients ont évoqué l'importance de diversifier les séances afin de maintenir leur motivation. Cette idée est largement soutenue par d'autres études, qui montrent que le caractère ludique des exercices est un facteur déterminant pour encourager l'adhésion à la TR (20,44-46), bien que son effet puisse s'atténuer avec le temps (47). D'autres éléments, tels qu'une interface intuitive, un support technique accessible, un environnement adapté à domicile et l'intégration de fonctionnalités interactives (suivi en temps réel, rappels, ajustement des exercices), peuvent également favoriser l'adhésion (20,36,47).

4. Une modalité adaptée à certains profils de patients ?

Cette étude met en évidence une participation majoritairement féminine à la TR. Ce constat pourrait refléter une plus grande disposition des femmes à partager leur expérience ou une meilleure représentation féminine dans ce type de soins. Toutefois, la littérature n'indique pas d'influence du genre sur l'acceptation de la télésanté (48-50). Cela peut s'expliquer par le fait que les systèmes technologiques deviennent de plus en plus universels et accessibles aux deux sexes. Concernant l'âge, les patients de cette étude ont émis l'hypothèse qu'un facteur générationnel pourrait influencer l'adhésion à la télééducation. Cependant, les résultats des études existantes à ce sujet sont plus contrastés : certaines ne relèvent pas d'impact (48), tandis que d'autres suggèrent que les jeunes sont plus enclins à adhérer à ces outils, notamment lorsqu'ils en maîtrisent les usages (36,37,49,51). L'acceptation de la TR semble également plus faible chez les populations rurales, souvent moins informées sur les dispositifs de télésanté (51-53). Ainsi, une des pistes pour favoriser l'acceptation de la télésanté et notamment de la TR serait de mettre en place des campagnes d'informations sur ce sujet.

La TR n'est probablement pas adaptée à tous les patients atteints de lombalgie chronique. Une étude suggère qu'elle serait plus efficace pour des patients souffrant de douleurs légères à modérées et présentant une bonne condition physique et psychologique. En revanche, les patients ayant des comorbidités importantes pourraient être plus réticents à son usage (54), en particulier si son intégration au programme de soins est perçue comme obligatoire. Cela rejoint les témoignages recueillis dans cette étude, où la fatigue physique et psychologique rendait la télééducation perçue comme un fardeau supplémentaire.

5. Différentes applications de la télééducation

La TR peut être utilisée de différentes manières selon les besoins des patients. Une étude sur l'arthrose du genou met en évidence la complémentarité des outils numériques (55) :

- Les appels téléphoniques et la visioconférence facilitent les consultations synchrones
- Les sites web et applications permettent de proposer des exercices et de suivre les progrès
- Les SMS peuvent servir à maintenir un lien avec le thérapeute.

Cela met en lumière le champ de possibilité pour adapter un programme de TR.

Bien que la TR soit principalement réalisée à domicile, une étude indique que certains patients préféreraient effectuer leurs séances en salle de sport (56), ce qui pourrait contourner les difficultés d'adaptation du domicile. Cela soulève toutefois des questions sur la prise en charge financière de ces séances.

En outre, la TR peut également être utilisée en amont du traitement, par exemple pour réaliser une évaluation initiale des patients (57).

Les patients de cette étude percevaient la TR comme un outil complémentaire ce qui rejoint de multiples recherches comme celle menée par Cranen et al. qui rapporte que la TR n'est pas vue comme un traitement autonome notamment par la peur d'une perte de motivation et des inquiétudes quant à la réduction des contacts en face à face avec d'autres patients et le thérapeute (21). En contrepartie, la TR peut servir pour le suivi après une prise en charge en présentiel afin de maintenir les effets bénéfiques à long terme (58) comme l'ont suggéré certains patients dans cette étude.

6. Télérééducation synchrone et asynchrone

Il est important de distinguer deux modalités de TR :

- La TR synchrone, utilisée dans cette étude, qui repose sur une interaction en temps réel entre le patient et le rééducateur
- La TR asynchrone, où l'interaction est différée, le patient réalisant ses exercices sans suivi immédiat

Dans la littérature, ces deux approches sont souvent étudiées séparément. Pourtant, leur efficacité relative mérite d'être comparée. Une étude menée aux États-Unis sur des patients souffrant de lombalgie chronique a révélé des résultats fonctionnels similaires entre la TR synchrone et une approche mixte, tandis que la TR asynchrone était associée à une efficacité moindre par rapport aux soins en présentiel (10). Pour d'autres pathologies, les résultats restent variables : certaines études rapportent une efficacité équivalente entre TR synchrone et asynchrone (59,60), tandis que d'autres soulignent une supériorité de la TR synchrone (61,62).

Associer les deux modalités pourrait s'avérer pertinent, chacune présentant ses propres avantages. La TR synchrone permet un meilleur suivi en temps réel et un retour d'information immédiat pour le patient, tandis que la TR asynchrone offre une plus grande flexibilité organisationnelle (10,59).

7. L'acceptation et le vécu du point de vue des rééducateurs

Cette étude s'est concentrée sur l'expérience des patients, mais la perception des rééducateurs est tout aussi essentielle à l'implémentation de la TR. Certaines études indiquent que les kinésithérapeutes préfèrent le contact direct avec leurs patients, craignant que la TR ne déshumanise leur métier, qui repose sur une approche manuelle et

relationnelle. Toutefois, ils reconnaissent également des avantages, notamment une meilleure accessibilité aux soins et une plus grande autonomie des patients. Former et sensibiliser les professionnels de santé à la TR pourrait faciliter son acceptation (63).

Enfin, la mise en place d'un programme de TR efficace nécessite des compétences spécifiques, tant techniques que psychologiques, pour assurer une prise en charge optimale des patients à distance (25). Il serait donc pertinent d'explorer le point de vue des rééducateurs sur l'acceptation et la faisabilité de la TR dans le cadre de la prise en charge de patients lombalgiques chroniques.

8. Limites de l'étude

Cette étude présente un biais de subjectivité lié à l'interprétation des données par un seul investigateur. Toutefois, la réalisation d'entretiens approfondis a permis de réduire ce biais en recueillant des réponses détaillées de la part des patients.

Le manque d'expérience de l'investigateur constitue une autre limite, bien que l'utilisation d'outils méthodologiques rigoureux ait permis de structurer les entretiens et d'assurer une certaine objectivité.

La temporalité des entretiens, réalisés entre 18 mois et 4 ans après la fin du programme de rééducation, expose l'étude à un biais de mémoire inévitable.

Enfin, un biais de sélection est identifié, car seuls les patients volontaires ont accepté de participer. Toutefois, la diversité des profils interrogés permet de nuancer cette limite et d'offrir une perspective plus large sur l'expérience des participants.

9. Points forts de l'étude

L'un des principaux atouts de cette étude réside dans la richesse des données recueillies, rendue possible par la diversité des profils des participants.

L'approche centrée sur les patients a permis d'adopter une démarche participative, favorisant l'authenticité et la profondeur des témoignages.

L'utilisation d'un guide d'entretien évolutif a facilité l'exploration des thèmes émergents tout au long des échanges, apportant ainsi une flexibilité précieuse à l'analyse.

10. Conclusion

Cette étude explore l'expérience de la télééducation chez des patients lombalgiques chroniques ayant bénéficié d'un programme de réentraînement à l'effort en Centre de réadaptation fonctionnelle. Elle met en évidence une méconnaissance persistante de cette modalité de soins, dont le développement a été accéléré par la pandémie de COVID-19. La télééducation pourrait constituer une solution pertinente pour améliorer l'accessibilité aux soins, un enjeu majeur de santé publique. Toutefois, son adoption repose sur une acceptabilité renforcée, nécessitant la conception de programmes adaptés aux attentes et aux besoins des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lombalgie. Statistique - Risques - INRS [Internet]. [cité 20 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
2. Lombalgie [Internet]. [cité 20 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
3. Jouanneau C. Rapport HAS 2019 sur la Lombalgie – Quelles recommandations ? - Blueback [Internet]. 2019 [cité 20 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.blueback.fr/has-2019-lombalgie-recommandations>
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 mars 2025]. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
5. CHU-ANGERS [Internet]. [cité 20 mars 2025]. CHU-ANGERS - Réseau Lombaction. Disponible sur: <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/les-reseaux-du-secteur-sanitaire-et-social/reseau-lombaction-55942.kjsp?RH=1437408942715>
6. Roche-Leboucher G, Petit-Lemanac’h A, Bontoux L, Dubus-Bausière V, Parot-Shinkel E, Fanello S, et al. Multidisciplinary intensive functional restoration versus outpatient active physiotherapy in chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 15 déc 2011;36(26):2235-42.
7. Bise CG, Cupler Z, Mathers S, Turner R, Sundaram M, Catelani MB, et al. Face-to-face telehealth interventions in the treatment of low back pain: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. févr 2023;50:101671.
8. Téléréadaptation et télérééducation, de quoi parle-t-on ? [Internet]. [cité 20 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.axomove.com/axoblog/telereadaptation-et-telereeducation-de-quoi-parle-t-on>
9. Thoron A, Ronzi Y, Roche-Leboucher G, Champagne R, Fadel M, Petit A. Évaluation d’un programme de réentraînement à l’effort à mi-temps et contenant de la télérééducation chez des patients lombalgiques chroniques. *Revue du Rhumatisme*. déc 2023;90:A106-7.
10. Werneke MW, Deutscher D, Hayes D, Grigsby D, Mioduski JE, Resnik LJ. Is Telerehabilitation a Viable Option for People With Low Back Pain? Associations Between Telerehabilitation and Outcomes During the COVID-19 Pandemic. *Phys Ther*. 5 mai 2022;102(5):pzac020.
11. Woznica DN, Milligan M, Krymis H, Peters KC, O’Connor MI, Grant RA. Telemedical Interdisciplinary Care Team Evaluation and Treatment of People With Low Back Pain: A Retrospective Observational Study. *Arch Rehabil Res Clin Transl*. sept 2023;5(3):100269.
12. Mehendale P, Iyenagar M, Bhatt GD, Kothary K. Telerehabilitation for a Non-specific Low Back Pain: A Case Report. *Cureus*. oct 2023;15(10):e47854.

13. Villatoro-Luque FJ, Rodríguez-Almagro D, Aibar-Almazán A, Fernández-Carnero S, Pecos-Martín D, Ibáñez-Vera AJ, et al. Telerehabilitation for the treatment in chronic low back pain: A randomized controlled trial. *J Telemed Telecare*. 30 août 2023;1357633X231195091.
14. Özden F, Sarı Z, Karaman ÖN, Aydoğmuş H. The effect of video exercise-based telerehabilitation on clinical outcomes, expectation, satisfaction, and motivation in patients with chronic low back pain. *Ir J Med Sci*. juin 2022;191(3):1229-39.
15. Chhabra HS, Sharma S, Verma S. Smartphone app in self-management of chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur Spine J*. nov 2018;27(11):2862-74.
16. Karaduman C, Ataş Balci L. The effects of in-person-supervised, tele-supervised, and unsupervised stabilization exercises on pain, functionality, and kinesiophobia in patients with chronic low back pain: a randomized, single-blind trial. *Physiother Theory Pract*. 30 sept 2023;1-11.
17. Lee Y, Jung KB. Effect of Physiotherapy to Correct Rounded Shoulder Posture in 30 Patients During the COVID-19 Pandemic in South Korea Using a Telerehabilitation Exercise Program to Improve Posture, Physical Function, and Reduced Pain, with Evaluation of Patient Satisfaction. *Med Sci Monit*. 27 déc 2022;28:e938926.
18. Licciardone JC. Demographic Characteristics Associated With Utilization of Noninvasive Treatments for Chronic Low Back Pain and Related Clinical Outcomes During the COVID-19 Pandemic in the United States. *J Am Board Fam Med*. févr 2021;34(Suppl):S77-84.
19. Rassu FS, McFadden M, Aaron RV, Wegener ST, Ephraim PL, Lane E, et al. The Relationship Between Neighborhood Deprivation and Perceived Changes for Pain-Related Experiences Among US Patients with Chronic Low Back Pain During the COVID-19 Pandemic. *Pain Med*. 26 nov 2021;22(11):2550-65.
20. Chen Y, Chen Y, Zheng K, Dodakian L, See J, Zhou R, et al. A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke telerehabilitation system. *Top Stroke Rehabil*. mars 2020;27(2):81-92.
21. Cranen K, Drossaert CHC, Brinkman ES, Braakman-Jansen ALM, Ijzerman MJ, Vollenbroek-Hutten MMR. An exploration of chronic pain patients' perceptions of home telerehabilitation services. *Health Expect*. déc 2012;15(4):339-50.
22. Schröder J, van Criekinghe T, Embrechts E, Celis X, Van Schuppen J, Truijen S, et al. Combining the benefits of tele-rehabilitation and virtual reality-based balance training: a systematic review on feasibility and effectiveness. *Disabil Rehabil Assist Technol*. janv 2019;14(1):2-11.
23. Marquis N, Larivée P, Saey D, Dubois MF, Tousignant M. In-Home Pulmonary Telerehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pre-experimental Study on Effectiveness, Satisfaction, and Adherence. *Telemed J E Health*. nov 2015;21(11):870-9.
24. Vardakis, Leslie ; Mikolajczak, Julia. L'intérêt de l'utilisation de la télémédecine et de la télééducation dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie. *Faculté des sciences de la motricité, Université catholique de Louvain, 2024. Prom. : Hidalgo, Benjamin*

25. Martínez de la Cal J, Fernández-Sánchez M, Matarán-Peñarrocha GA, Hurley DA, Castro-Sánchez AM, Lara-Palomo IC. Physical Therapists' Opinion of E-Health Treatment of Chronic Low Back Pain. *Int J Environ Res Public Health*. 16 févr 2021;18(4):1889.
26. Cardoso S. Freins et leviers à l'utilisation de la télé-réadaptation à travers l'expérimentation dans trois pays. 2021.
27. Fatoye F, Gebrye T, Fatoye C, Mbada CE, Olaoye MI, Odole AC, et al. The Clinical and Cost-Effectiveness of Telerehabilitation for People With Nonspecific Chronic Low Back Pain: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 24 juin 2020;8(6):e15375.
28. P. Molina-Garcia, M. Mora-Traverso, R. Prieto-Moreno, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of telerehabilitation for musculoskeletal disorders: A systematic review and meta-analysis. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 67 (2024), Article 101791.
29. Fusco F, Turchetti G. Telerehabilitation after total knee replacement in Italy: cost-effectiveness and cost-utility analysis of a mixed telerehabilitation-standard rehabilitation programme compared with usual care. *BMJ Open*. 2016 May 17;6(5):e009964.
30. DE Lima AP, Pereira DG, Nascimento IO, Martins TH, Oliveira AC, Nogueira TS, Britto RR. Cardiac telerehabilitation in a middle-income country: analysis of adherence, effectiveness and cost through a randomized clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2022 Aug;58(4):598-605.
31. Caby I, Olivier N, Janik F, Vanvelcenaher J, Pelayo P. A Controlled and Retrospective Study of 144 Chronic Low Back Pain Patients to Evaluate the Effectiveness of an Intensive Functional Restoration Program in France. *Healthcare (Basel)*. 27 avr 2016;4(2):23.
32. Lara-Palomo IC, Gil-Martínez E, Ramírez-García JD, Capel-Alcaraz AM, García-López H, Castro-Sánchez AM, et al. Efficacy of e-Health Interventions in Patients with Chronic Low-Back Pain: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Telemed J E Health*. déc 2022;28(12):1734-52.
33. Lorient A, Larceneux F, Guillard V, Bertocchio JP. Patients' Representations of Perceived Distance and Proximity to Telehealth in France: Qualitative Study. *J Med Internet Res*. 26 avr 2024;26:e45702.
34. Centre universitaire de santé McGill [Internet]. [cité 20 mars 2025]. La téléréhabilitation pour les patients souffrant de troubles respiratoires : une tendance qui se confirme. Disponible sur: <https://cusm.ca/nouvelles-et-histoires/articles/la-telerehabilitation-pour-les-patients-souffrant-de-troubles>
35. Spindler H, Leerskov K, Joensson K, Nielsen G, Andreasen JJ, Dinesen B. Conventional Rehabilitation Therapy Versus Telerehabilitation in Cardiac Patients: A Comparison of Motivation, Psychological Distress, and Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health*. févr 2019;16(3):512.
36. Palazzo C, Klinger E, Dorner V, Kadri A, Thierry O, Boumenir Y, et al. Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain: Patient expectations regarding new technologies. *Ann Phys Rehabil Med*. avr 2016;59(2):107-13.
37. NELSON MJ, CROSSLEY KM, BOURKE MG, RUSSELL TG. Telerehabilitation Feasibility in Total Joint Replacement. *Int J Telerehabil*. 20 nov 2017;9(2):31-8.

38. Rettinger L, Klupper C, Werner F, Putz P. Changing attitudes towards teletherapy in Austrian therapists during the COVID-19 pandemic. *J Telemed Telecare*. juin 2023;29(5):406-14.
39. Østerås H, Torstensen TA, Østerås B. High-dosage medical exercise therapy in patients with long-term subacromial shoulder pain: a randomized controlled trial. *Physiother Res Int*. déc 2010;15(4):232-42.
40. Jordan JL, Holden MA, Mason EE, Foster NE. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 janv 2010;2010(1):CD005956.
41. Saner J, Bergman EM, de Bie RA, Sieben JM. Low back pain patients' perspectives on long-term adherence to home-based exercise programmes in physiotherapy. *Musculoskelet Sci Pract*. déc 2018;38:77-82.
42. de Jonghe d'Ardoye M, Wénin C. Mise au point et amélioration d'un programme de télé-rééducation pour des patients cérébrolésés. *Faculté des sciences de la motricité, Université catholique de Louvain*, 2024.
43. Özden F, Güçlü B, Tümtürk İ, Doğrukök ÖN, İmerci A, Tuğay BU. The effect of visual feedback-based clinical monitoring application in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur Spine J*. 2024 Feb;33(2):505-516.
44. Seinsche J, de Bruin ED, Saibene E, Rizzo F, Carpinella I, Ferrarin M, et al. A Newly Developed Exergame-Based Telerehabilitation System for Older Adults: Usability and Technology Acceptance Study. *JMIR Hum Factors*. 7 déc 2023;10:e48845.
45. Garcia LM, Birckhead BJ, Krishnamurthy P, Sackman J, Mackey IG, Louis RG, et al. An 8-Week Self-Administered At-Home Behavioral Skills-Based Virtual Reality Program for Chronic Low Back Pain: Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial Conducted During COVID-19. *J Med Internet Res*. 22 févr 2021;23(2):e26292.
46. Blanc M, Roy AL, Fraudet B, Piette P, Le Toullec E, Nicolas B, et al. Evaluation of a Digitally Guided Self-Rehabilitation Device Coupled With Telerehabilitation Monitoring in Patients With Parkinson Disease (TELEP@RK): Open, Prospective Observational Study. *JMIR Serious Games*. 7 févr 2022;10(1):e24946.
47. Chen Y, Abel KT, Janecek JT, Chen Y, Zheng K, Cramer SC. Home-based technologies for stroke rehabilitation: A systematic review. *Int J Med Inform*. mars 2019;123:11-22.
48. Aranki J, Wright P, Pompa-Craven P, Lotfizadeh AD. Acceptance of Telehealth Therapy to Replace In-Person Therapy for Autism Treatment During COVID-19 Pandemic: An Assessment of Patient Variables. *Telemed J E Health*. 2022 Sep;28(9):1342-1349.
49. Diño, M. J. S., & de Guzman, A. B. (2014). Using Partial Least Squares (PLS) in Predicting Behavioral Intention for Telehealth Use among Filipino Elderly. *Educational Gerontology*, 41(1), 53–68.
50. VanDeWiele MD, Hastings AM, Evans MD, O'Connell MS, Flynn PM. Using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT) to predict the behavioral intent of teledentistry utilization amongst United States adults. *J Telemed Telecare*. 2025 Feb;31(2):286-296.

51. Perceptions, Preferences and Experiences of Telemedicine among Users of Information and Communication Technology in Saudi Arabia. (2019). *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 13(1).
52. Xu P, Hudnall M, Zhao S, Raja U, Parton J, Lewis D. Pandemic-Triggered Adoption of Telehealth in Underserved Communities: Descriptive Study of Pre- and Postshutdown Trends. *J Med Internet Res*. 15 juill 2022;24(7):e38602.
53. Grosbois JM, Heluain-Robiquet J, Machuron F, Terce G, Chenivresse C, Wallaert B, et al. Influence Of Socioeconomic Deprivation On Short- And Long-Term Outcomes Of Home-Based Pulmonary Rehabilitation In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2019;14:2441-9.
54. Nevedal DC, Wang C, Oberleitner L, Schwartz S, Williams AM. Effects of an Individually Tailored Web-Based Chronic Pain Management Program on Pain Severity, Psychological Health, and Functioning. *J Med Internet Res*. 25 sept 2013;15(9):e201.
55. Hinman RS, Lawford BJ, Nelligan RK, Bennell KL. Virtual Tools to Enable Management of Knee Osteoarthritis. *Curr Treatm Opt Rheumatol*. 11 mars 2023;1-21.
56. Cranen K, Groothuis-Oudshoorn CG, Vollenbroek-Hutten MM, IJzerman MJ. Toward Patient-Centered Telerehabilitation Design: Understanding Chronic Pain Patients' Preferences for Web-Based Exercise Telerehabilitation Using a Discrete Choice Experiment. *J Med Internet Res*. 20 janv 2017;19(1):e26.
57. Palacín-Marín F, Esteban-Moreno B, Olea N, Herrera-Viedma E, Arroyo-Morales M. Agreement between telerehabilitation and face-to-face clinical outcome assessments for low back pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)*. 15 mai 2013;38(11):947-52.
58. Peterson S. Telerehabilitation booster sessions and remote patient monitoring in the management of chronic low back pain: A case series. *Physiother Theory Pract*. 2018 May;34(5):393-402.
59. Thomas RJ, Petersen CE, Olson TP, Beatty AL, Ding R, Supervia M. Asynchronous and Synchronous Delivery Models for Home-Based Cardiac Rehabilitation: A SCIENTIFIC REVIEW. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 1 nov 2021;41(6):407-12.
60. Timurtaş E, Selçuk H, Uğur Canöz E, Inceer M, Batar S, Demirbüken İ, et al. Synchronous and asynchronous telerehabilitation methods produce similar benefits in individuals with non-specific neck pain. *Arch Orthop Trauma Surg*. févr 2024;144(2):559-66.
61. Tanhan A, Ozer AY, Timurtas E, Batirel A, Polat MG. Is asynchronous telerehabilitation equal to synchronous telerehabilitation in COVID-19 survivors with classes 4-6? *J Telemed Telecare*. 7 août 2023;1357633X231189761.
62. Costa RRG, Dorneles JR, Veloso JH, Gonçalves CW, Neto FR. Synchronous and asynchronous tele-exercise during the coronavirus disease 2019 pandemic: Comparisons of implementation and training load in individuals with spinal cord injury. *J Telemed Telecare*. mai 2023;29(4):308-17.
63. Nadine Guibert. Enquête nationale d'opinion sur les MK et le télésoin. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2021.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : caractéristiques de l'échantillon	6
---	---

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
INTRODUCTION	1
MÉTHODES	3
1. Population et recrutement.....	3
2. Le recueil des données	4
3. L'analyse qualitative des données	4
4. Considérations éthiques	5
RÉSULTATS	6
1. Les caractéristiques de l'échantillon et des entretiens	6
2. La vision initiale de la télééducation	7
2.1. Connaissances générales.....	7
2.2. Les <i>a priori</i> de la télééducation	8
2.3. Informations reçues et comprises	9
3. Acceptation de la télééducation : facilitateurs et freins	10
3.1. Facilitateurs	10
3.2. Freins.....	11
4. Faisabilité et organisation pratico-pratique des séances	12
4.1. Lieu et aménagement de l'espace	12
4.2. Emploi du temps	13
4.3. Matériel	14
4.4. Connexion aux séances	14
4.5. Contenu des séances	15
5. Vécu.....	16
5.1. Un comparatif fait avec le présentiel	16
5.1.1. Contenu des séances	16
5.1.2. Relation avec les autres patients du groupe.....	16
5.1.3. Relation avec le rééducateur (kinésithérapeute ou éducateur d'activité physique adaptée)	17
5.1.4. Impact psychologique	19
5.2. La place de la télééducation dans le programme	20
5.3. Utilité des séances de télééducation réalisées dans le cadre du programme lombaction	21
5.4. Intimité	22
5.5. Fatigue	23
6. Des idées pour faire évoluer le programme.....	23
6.1. Rythme et organisation des séances.....	23
6.2. D'autres façons de proposer la télééducation	26
6.3. Les intervenants proposés	26
6.4. Questionnement sur le nombre de participants et la communication entre eux	27
6.5. Le caractère facultatif ou obligatoire des séances	29
6.6. Suggestions pour améliorer la faisabilité et l'attractivité des séances.....	30
7. Avis général sur la télééducation.....	31

7.1.	Avantages	31
7.2.	Inconvénients.....	32
7.3.	Perspectives	33
8.	Un questionnement sur la faisabilité des séances de télééducation pour le rééducateur du point de vue des patients.....	34
DISCUSSION ET CONCLUSION		36
1.	Synthèse des résultats : perception, l'acceptation et la faisabilité	36
2.	Une modalité encore méconnue mais prometteuse	36
3.	Enjeux de faisabilité et d'acceptation	37
4.	Une modalité adaptée à certains profils de patients ?	39
5.	Différentes applications de la télééducation	40
6.	Télééducation synchrone et asynchrone	41
7.	L'acceptation et le vécu du point de vue des rééducateurs	41
8.	Limites de l'étude	42
9.	Points forts de l'étude	43
10.	Conclusion	43
BIBLIOGRAPHIE		44
LISTE DES TABLEAUX.....		49
TABLE DES MATIERES		50
ANNEXES		I
1.	Annexe I : avis favorable du comité d'éthique	I
2.	Annexe II : la lettre d'information	II
3.	Annexe III : le guide d'entretien	III
4.	Annexe IV : exemple d'une retranscription d'entretien.....	VII

ANNEXES

1. Annexe I : avis favorable du comité d'éthique



Comité d'Ethique
CHU d'Angers

COMITE D'ETHIQUE

comite-ethique@chu-angers.fr

Angers, Le 22 mai 2024

Présidente :
Aurore Armand

Valentin AILLERIE
Pr Audrey PETIT

Vice-Présidente :
Astrid Darsonval

Chers Collègues,

Membres du Comité d'Ethique

Recherche Local restreint :

Alexis D'Escatha
Carole Haubertin
Christelle Ledroit
Pascale May-Panloup
Frédéric Noublanche
Clotilde Rouge-Maillart

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 14/05/2024 votre étude « *Evaluer la perception, l'acceptation et la faisabilité d'un programme de télééducation chez des patients lombalgiques chroniques* », enregistrée sous le numéro **2024-108**.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Chers Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Membres du Comité d'Ethique :

Françoise Ballereau
Anne Barrio
Aude Baudouin-Caillaud
William Bellanger
Laurence Boivin
Mathilde Charpentier
Victor Couratier
Emmanuelle Courtillie
Jacques Delatouche
Charlotte Dupré
Pascale Dupuis
Michèle Favreau
Aurore Gaudin (Boudeau)
Catherine Guillamet
Hélène Joseph-Henri-Fargue
Marie Kempf
Annette Larode
Dorothee Laurent
Dewi Le Gal
Jérôme Maitre
Agnès Marot
Jean-Marc Mouillie
Mylène Piron
Pétronella Rachieru
Stéphanie Rouleau
Pascale Savin
Céline Schnebelen

Pour le comité d'éthique
Dr Astrid DARSONVAL
Vice-présidente du Comité d'éthique

2. Annexe II : la lettre d'information



SERVICE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE -SANTE AU TRAVAIL

Chef de service : Pr. Yves ROQUELAURE
Yvroquelaure@chu-angers.fr

Angers, le 2 mai 2024,

CENTRE DE RESSOURCES
MALADIES PROFESSIONNELLES
MAINTIEN EN EMPLOI

Fax : 02.41.35.34.48
PathologiesProfessionnelles@chu-angers.fr

Pr Y. ROQUELAURE
Chef de service
Yvroquelaure@chu-angers.fr
Tél : 02.41.35.34.85

Pr A. PETIT
PU-PH
AuPetit@chu-angers.fr
Tél : 02.41.35.49.81

Dr C. DANO
PH
CoDano@chu-angers.fr
Tél : 02.41.35.49.81

Dr P. RUCAY
Praticien attaché
PIRucay@chu-angers.fr
Tél : 02.41.35.49.81

S. ARRECKX
Secrétaire
svarreckx@chu-angers.fr
Tél : 02.41.35.34.85

S. LARDEUX
Secrétaire
Stephanie.Lardeux@chu-angers.fr
Tél : 02.41.35.35.57

R. TRIDER-DUBOS
Secrétaire
RoDubos@chu-angers.fr
Tél : 02.41.35.49.81

Réseau Lombaction
Pr A. PETIT
Dr R. CHAMPAGNE
P. ERNOUL - Psychologue
A.S. FANELLO - Psychologue

INSERM 1085 - Equipe Ester. Institut
Recherche en Santé Environnement,
Travail (IRSET)
Secrétariat :
Tél : 02.41.73.59.12
Fax : 02.41.73.89.08

Madame, Monsieur,

Vous avez récemment bénéficié d'un programme de réentraînement à l'effort au Centre de réadaptation Les Capucins à Angers pour la prise en charge de votre lombalgie. Au cours de ce programme, des séances de télééducation à domicile vous ont été proposées, en parallèle de la prise en charge au Centre.

Actuellement interne en médecine du travail au CHU d'Angers, je réalise mon travail de thèse de médecine sur la perception de la télééducation qui vous a été proposée.

Que vous ayez ou non réalisé les séances de télééducation, votre retour sur cet aspect de votre prise en charge est intéressant afin de faire évoluer le programme.

Aussi, si vous l'acceptez, je souhaiterais pouvoir m'entretenir avec vous afin de recueillir votre point de vue sur la télééducation. Cet échange se fera sous la forme d'un entretien téléphonique d'une durée de 30 minutes environ qui sera enregistré (sauf refus de votre part) avec strict respect de l'anonymat.

Sauf refus de votre part, à la suite du présent courrier, vous serez contacté.e par téléphone pour vous proposer un entretien téléphonique et si vous acceptez, convenir de la date et l'heure de celui-ci.

Votre participation à l'étude ainsi que les réponses que vous apporterez n'auront aucun impact sur votre prise en charge et votre suivi.

Vous remerciant par avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail de thèse et de votre disponibilité, recevez, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Valentin AILLERIE, interne

Travail réalisé sous la direction du Professeur Audrey PETIT

CHU Angers
4, rue Larrey 49933 ANGERS cedex 9
www.chu-angers.fr

POLE NVMS
Pr. C. VERNY - Chef de pôle
Page 1/1

3. Annexe III : le guide d'entretien

Introduction

Se présenter : nom, statut, travail de recherche

Pour contextualiser, le programme lombaction, depuis la survenue de la crise du COVID-19, a été modifié et de la télééducation a été intégrée au programme depuis 2020. Nous n'avons, à l'heure actuelle, pas de retour d'expérience de la part des patients concernant cette nouvelle modalité.

Je m'intéresse aussi bien aux personnes qui ont réalisé ces séances que ceux qui n'en ont pas réalisé. Je souhaite recueillir votre vécu ou alors discuter des raisons qui ont fait que vous n'avez pas choisi d'en bénéficier.

Le but est de discuter spécifiquement de la télééducation au sein du programme lombaction et ne pas parler des séances en présentiel que vous avez réalisées au centre des Capucins ni de faire le bilan de votre état de santé à distance de ce programme.

Mon intention n'est pas de vous juger mais d'écouter ce que vous avez à me transmettre. L'objectif de cette étude est de réfléchir à d'éventuelles pistes d'amélioration pour faire évoluer le programme Lombaction.

L'entretien va durer entre 30 minutes et 1h environ.

L'entretien sera enregistré avec un magnétophone seulement si vous êtes d'accord. Vous avez la possibilité de ne pas répondre à certaines questions, de suspendre l'enregistrement à tout moment si vous le souhaitez.

L'enregistrement sera anonymisé et les données enregistrées ne seront transmises à aucune autre personne y compris le personnel soignant qui vous a pris en charge.

Avez-vous suivi des séances de télééducation dans le cadre du programme lombaction ?

Si oui :

Le contexte

- Dans quel lieu avez-vous suivi les séances de télééducation ? (lieu adapté ?)
- Avec quel outil informatique les avez-vous suivies ?
- Avez-vous la caméra d'activée lors des séances ?
- Avez-vous besoin de matériel pour réaliser les exercices ? (ex : tapis de sol...) Si oui, en possédiez-vous / que vous manquait-il ?
- Etiez-vous seule ou avec d'autres patients pour suivre les séances de télééducation ?
- Était-ce votre première expérience de télééducation ?
 - Si non, dans quel contexte ? Qu'en avez-vous retenu ?

Les motivations

- A quel moment du programme lombaction avez-vous été informé.e de la possibilité de réaliser des séances de télééducation ?
- Comment cela vous a-t-il été présenté ? (qui, informations données, organisation)
- A quel moment avez-vous accepté de réaliser les séances ?
- Pouvez-vous me décrire les raisons qui vous ont amené à réaliser ces séances ?
 - *Type de questions : Est-ce que « ça » vous a fait aussi participer au fait que vous avez répondu positivement* ⇒ gratuit, l'absence de déplacement, effet de mode, nouveauté/curiosité, originalité, prêt à tout pour votre santé
- Combien de séances avez-vous suivi ?
 - Si n'a pas réalisé toutes les séances : pourquoi avez-vous décidé d'arrêter ?
 - Si oui : qu'est-ce qui vous a motivé à participer à toutes les séances ?

Le vécu

- Qu'avez-vous pensé de ces séances ? Comment les avez-vous vécues ?
- *Questionner le côté positif* : Qu'est-ce qui vous a plu ? ; Qu'avez-vous trouvé d'intéressant ? Est-ce que ça vous a apporté quelque chose ?
- *Questionner le côté négatif* : Qu'est-ce qui vous a déplu ? ; Qu'avez-vous trouvé de moins intéressant ?

- Vous êtes-vous ennuyé.e ?
 - Si oui : à quel moment, pourquoi ?

Comparaison entre séances de télééducation et séances en centre

- Avez-vous perçu des différences entre les séances de télééducation et les séances de rééducation en centre ?
- L'organisation d'une séance était-elle la même ?
- Les exercices étaient-ils similaires ?
- Avez-vous ressenti une différence dans l'encadrement des séances ?
- La relation avec le rééducateur était-elle différente ?
 - Que pensez-vous de sa disponibilité ?
 - Que pensez-vous de la communication ?
- La relation avec les autres patients était-elle différente ? (esprit de groupe)
- Que pensez-vous du fait de ne pas avoir besoin de vous déplacer pour réaliser les séances ?
- Votre investissement pendant les séances était-il le même entre la télééducation et les séances en centre ?

Les difficultés

- Avez-vous rencontré des difficultés lors des séances ?

Préparation de la séance

- Présentez-vous un handicap physique ou psychique vous mettant en difficulté pour ce format de rééducation ? (handicap visuel, auditif)
- Avez-vous rencontré des difficultés pour intégrer ces séances dans votre emploi du temps ?

Technique

- Votre connexion internet est-elle suffisante pour pouvoir suivre des séances de télééducation ?
- Vous sentiez-vous en difficulté sur le plan informatique ?
- Les explications pour vous connecter aux séances étaient-elles claires ?
- Avez-vous été confronté à une défaillance technique ?

Vécu, contenu

- Avez-vous rencontré des difficultés pour suivre les séances ? (compréhension, reproduction, enchaînement des exercices)
- Avez-vous été en difficulté sur le plan psychique ? (solitude, déprime)
- Est-ce que ça vous a gêné de devoir allumer votre webcam ? (intrusion chez vous, intimité)

Ouverture, boîte à idées

- Avez-vous des idées pour améliorer la télééducation dans le cadre du programme Lombaction afin de la rendre plus attractive ?
- Avez-vous trouvé que les séances de télééducation proposées étaient utiles ? Auriez-vous préféré autre chose ?
- Que pensez-vous de l'organisation des séances de télééducation ?
 - Que pensez-vous du nombre de séances proposées ?
 - Que pensez-vous de la durée des séances proposées ?
 - Que pensez-vous du rythme des séances proposées ?
- Auriez-vous souhaité avoir plus d'informations avant de réaliser séances ?
- Que pensez-vous d'intégrer d'autres professionnels à la télééducation ?
 - Si favorable : lesquels et qu'en attendez-vous ?
 - Si défavorable : pourquoi ?
- Si, à l'avenir, vous êtes de nouveau confronté.e à une situation où l'on vous propose des séances de télééducation, pensez-vous être amené.e à y participer ?
 - Si oui, quel serait pour vous un programme de télééducation idéal ?
 - Si non, pourquoi ?
- Question finale : si vous devez donner une note sur 20 aux séances de télééducation que vous avez réalisées, laquelle donneriez-vous ?

Conclusion

- Voulez-vous ajouter des éléments concernant la télééducation dont nous n'aurions pas parlé ?
- Je vous remercie pour ce temps d'échange et vous souhaite une bonne continuation.

• Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre les résultats de ce travail de recherche lorsqu'il sera finalisé (demander les coordonnées du patient).

Si non :

Le contexte

- Avez-vous déjà réalisé des séances de télééducation dans un autre contexte ?
 - Si oui, dans quel contexte ? Qu'en aviez-vous pensé ? (les points positifs, négatifs ...)
 - Si non, vous en a-t-on déjà proposées ?

Les motivations

- A quel moment du programme lombaction avez-vous été informé.e de la possibilité de réaliser des séances de télééducation ?
- Comment ça vous a été présenté ? (qui, informations données, organisation)
- Pensez-vous avoir reçu les informations nécessaires pour prendre cette décision ?
- A quel moment vous êtes-vous décidé.e à ne pas réaliser ces séances ?

Raisons du refus

- Pouvez-vous me décrire les raisons qui vous ont amené à ne pas réaliser ces séances ?
- Aviez-vous de l'appréhension vis-à-vis de la télééducation ?

Préparation de la séance, compatibilité

- Présentez-vous un handicap physique ou psychique rendant difficile voire incompatible ce format de rééducation ? (handicap visuel, auditif)
- Les séances de télééducation proposées étaient-elles compatibles avec votre emploi du temps ?
- Aviez-vous un lieu adapté pour réaliser des séances de télééducation ?
- Aviez-vous le matériel approprié chez vous pour la réalisation de séances de télééducation ?
 - Si non, que vous manquait-il ?

Technique

- Votre connexion internet est-elle suffisante pour pouvoir suivre des séances de télééducation ?
- Vous sentiez-vous en difficulté sur le plan informatique ?
- Aviez-vous peur d'une possible survenue d'une défaillance technique ?

Psychique

- Aviez-vous peur d'être en difficulté sur le plan psychique ? (solitude, déprime)

Format des séances

- Le contenu des séances proposées vous convenait-il ?
- Appréhendiez-vous être en difficulté pour suivre la séance ? (compréhension, reproduction des exercices)
- Est-ce que ça vous gênait de devoir allumer votre webcam ?

Comparaison entre séances de télééducation versus en centre

- Percevez-vous des différences entre les séances de télééducation et les séances de rééducation en centre ?
- Que pensez-vous du fait de ne pas avoir besoin de vous déplacer pour réaliser des séances de télééducation ?
- Votre investissement pendant les séances serait-il le même entre la télééducation et les séances en présentiel ?
- Pensez-vous que la relation avec le rééducateur serait différente ? (encadrement des séances, disponibilité, communication)
- Pensez-vous que l'esprit de groupe (avec les autres patients) serait impacté ?

Ouverture, boîte à idées

- Y avait-il des éléments dans la télééducation que vous trouviez intéressants dans ce qui vous a été proposé ? (gratuité, absence de déplacement, originalité...)
- Avez-vous des idées pour améliorer la télééducation dans le cadre du programme Lombaction afin de la rendre plus attractive ?
- Que pensez-vous de l'organisation des séances de télééducation ?
 - Que pensez-vous du nombre de séances proposées ?
 - Que pensez-vous de la durée des séances proposées ?

- Que pensez-vous du rythme des séances proposées ?
- Pensez-vous avoir besoin de plus d'informations avant de réaliser séances ?
- Que pensez-vous d'intégrer d'autres professionnels à la télééducation ?
 - Si favorable : lesquels et qu'en attendez-vous ?
 - Si défavorable : pourquoi ?
- Pensez-vous qu'il y a un effet de mode à réaliser des séances de télééducation ?
- Si, à l'avenir, vous êtes de nouveau confronté.e à une situation où l'on vous propose des séances de télééducation, pensez-vous être amené.e à y participer ?
 - Si oui, quel serait pour vous un programme de télééducation idéal ?
 - Si non, pourquoi ?

Conclusion

- Voulez-vous ajouter des éléments concernant la télééducation dont nous n'aurions pas parlé ?
- Je vous remercie pour ce temps d'échange et vous souhaite une bonne continuation.
- Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre les résultats de ce travail de recherche lorsqu'il sera finalisé (*demander les coordonnées du patient*).

4. Annexe IV : exemple d'une retranscription d'entretien

V : Bonjour [P]. C'est [V], l'interne que vous avez eu

P : Oui, oui, oui, j'avais noté

V : Donc oui, je reprécise juste, là c'est vraiment pour parler de l'aspect télééducation. Enfin, on parlera évidemment des séances en présentiel mais c'est pas le but principal du jour ni de faire le bilan de votre état de santé à distance.

P : Oui tout à fait, j'ai bien saisi l'idée.

V : Par rapport au fait que l'entretien soit enregistré, est-ce que ça vous dérange ou pas ?

P : Pas de soucis.

V : Ok. Je vais commencer par des questions on va dire plus générales pour voir dans quel contexte vous les avez réalisées. Vous en avez fait des séances de télééducation ?

P : Oui, oui

V : Donc vous étiez où quand vous les avez faites vos séances ?

P : Chez moi.

V : Vous étiez chez vous dans une pièce adaptée ?

P : C'est dans la chambre d'amis. Il n'y avait pas beaucoup d'espace mais oui j'avais laissé organiser un peu d'espace pour pouvoir le faire.

V ; Vous avez trouvé un peu d'espace. Vous aviez suivi ça avec un ordinateur ? Avec quoi ?

P : De mémoire, c'était avec mon téléphone portable

V : Et est-ce que vous deviez activer votre caméra ou pas pour les exercices ?

P : Alors moi je sais que je l'avais fait, mais je crois qu'il y en a qui l'avait pas fait. Donc je pense qu'ils étaient au choix

V : Mais vous en tout cas, vous l'aviez fait

P : Oui, tout à fait

V : Ok et ce qu'il avait besoin de matériel pour faire l'exercice, un tapis de sol ou des choses comme ça ?

P : Moi je sais que j'en avais pris un. Il semble que on avait utilisé des élastiques aussi.

V : D'accord. Ça, ce sont des choses que vous possédiez ou que les Capucins vous ont prêté ?

P : Nan nan, c'est moi qui avais.

V : D'accord. Et c'était des choses qui étaient indispensables pour faire les exercices ou pas forcément ?

P : Je pense pas. Je pense que sinon ils auraient adapté

V : D'accord, est-ce que vous étiez alors les séances, vous étiez seul dans la séance où il y avait d'autres patients. Vous étiez en direct avec un télé rééducateur enfin un kiné ou un APA

P : Oui, on était en en live avec un professionnel de santé et on était plusieurs à suivre la séance

V : OK. Et est-ce que c'était votre première fois, votre première expérience de télééducation ?

P : Oui

V : OK. Et donc là on vous a informé à un moment donné de la possibilité de réaliser ces séances, c'était à quel moment de la rééducation ? C'était au début ?

P : Nan je pense qu'on avait déjà bien avancé. Si mes souvenirs sont bons c'était au moins vers le milieu.

V : OK. Et comment vous a présenté ces séances ? Qu'est-ce qu'on vous a donné comme informations initialement ?

P : C'est quelque chose de supplémentaire en fait pour avoir un suivi aussi sur certains après-midi et après je vous avoue j'ai pas appris de souvenir que ça. Enfin la télééducation c'est pas ce qui m'a le plus marqué.

V : Ouais, comme vous m'en aviez parlé. Et ça c'est quand on vous en a parlé, vous avez accepté directement de réaliser ces séances ou vous avez réfléchi un peu avant ?

P : Nan nan, j'ai totalement accepté. Enfin, j'avais vraiment cette volonté si vous voulez d'aller mieux, j'ai vraiment saisi toutes les opportunités qui étaient là.

V : OK donc les raisons qui vous ont amené à faire la télééducation c'était le fait qu'on propose quelque chose dont vous voulez vous en saisir, c'est ça ? Enfin, vous saisissez un peu toutes les opportunités qui existaient ?

P : Oui, mais après, de mémoire... Il n'y a rien d'obligatoire mais ça faisait partie si vous voulez de cursus, c'est pas vraiment un choix qu'on avait en mode bah vous pouvez choisir une option supplémentaire. Ca faisait partie du programme en fait

V : OK, ils vous ont présenté ça comme faisant partie du programme et pas comme étant une option ?

P : Si mes souvenirs sont bons, c'est exact.

V : Ok, vous avez suivi combien de séances au total ?

P : De mémoire, je ne saurais pas franchement vous dire. 4 je dirai au minimum

V : Ouais, y en avait pas beaucoup selon vous, c'est ça ?

P : Par rapport au présentiel, non pas du tout

V : Alors je sais pas si ça a évolué ou pas, mais ce que j'avais comme information c'est qu'il y avait 3 h de kiné et 3 h d'activité physique adaptée. Je sais pas si ça pouvait à peu près correspondre à ça ?

P : Mais je pense que c'est ça

V : Et vous les avez toutes faites ?

P : Oui.

V : OK. Et du coup, qu'est-ce que vous en avez pensé de ces séances ?

P : Alors le point de vue positif, ça permettait dans mon espace à la maison de créer un espace en fait pour ça et pouvoir familiariser un peu les exercices à la maison. Ça permet aussi de commencer à prendre de nouvelles habitudes à la maison. Donc c'était le côté positif. Après Ben moi le côté négatif c'est que je préfère le présentiel. Donc ouais, je trouve ça beaucoup plus interactif et plus pratique. Et c'est aussi le fait de sortir de chez moi qui avait été mon cocon de douleur si vous voulez. Donc le fait de sortir, d'aller dans un nouvel endroit avec des professionnels de santé, un milieu adapté. Voilà

V : Ok, du coup à la fois vous dites que les séances en présentiel ça permettait de sortir de l'endroit des douleurs, enfin si je résume. Mais d'un autre côté, vous me disiez que c'était le fait de le faire chez vous, ça permettait aussi de créer un environnement pour instaurer quelque chose, de nouvelles habitudes.

P : Ouais, tout à fait.

V : Ok, donc c'est un peu complémentaire si je comprends bien. Ok, et donc le côté positif est ce qu'il y avait d'autres choses, des choses que vous avez trouvées intéressantes, qui vous a plu ?

P : Moi je dirais ça avec les moyens du bord. Le fait d'être à la maison, de pouvoir faire des petites choses. Enfin je me souviens, on avait dû faire des trucs avec des poids et du coup il nous avait dit bah prendre des

petites bouteilles d'eau ou des petits trucs donc ça me permettait ouais de se familiariser vraiment avec l'environnement de chez nous.

V : Ok. Et donc là les principales différences que vous... Enfin vous avez un peu commencé à aborder ça par rapport aux séances en présentiel. Vous disiez que c'était le fait de se déplacer, d'être mieux encadré au niveau des professionnels de de santé, est ce que vous avez vu d'autres différences ? Enfin si vous vous avez à comparer entre les 2, qu'est ce que vous pourrez en dire ? Par exemple, l'organisation d'une séance de télé rééducation, comment s'était organisé ? Il y avait un... vous vous connectiez. Il y avait ensuite un rééducateur, y avait un échauffement ? Est-ce que c'était la même structure ou pas qu'une séance ?

P : C'était plus ou moins la même chose qu'on faisait aux capucins.

V : Ok, et les exercices du coup ils étaient similaires ?

P : Ouais c'était sur le même tronc commun qu'on avait déjà en fait en rééducation. C'était la continuité finalement.

V : Ok. Est-ce que vous avez ressenti une différence dans l'encadrement des séances, notamment par rapport aux rééducateurs ?

P : Non, pas du tout. Enfin franchement, on avait des rééducateurs qui étaient vraiment au top. Autant télééducation que dans la vie réelle si vous voulez. Ils ont toujours bien expliqué les choses. Exprimer ce qui était possible quand on arrivait pas à un exercice, quel mouvement on pouvait faire à la place. Je l'ai trouvé en rééducation, en télééducation aussi.

V : Ok donc au final au niveau disponibilité, même si vous étiez en difficulté, le fait d'être à distance ça ne vous a pas tant handicapé que ça si je comprends bien.

P : Alors non après je vais pas vous mentir, j'avais une mauvaise connexion donc c'est là où aussi...

V : J'en reviendrai après. Mais oui c'est vrai qu'il peut avoir des soucis techniques je suppose, mais par exemple avec votre mauvaise connexion, ça vous a dérangé en quoi ?

P : Bah par moment où je voulais parler pour demander quelque chose ou quoi que ce soit ou que j'entendais en fait le professionnel de santé ça grésillait à fond donc pas pratique du tout pour essayer de comprendre.

V : Et ça venait plus de vous penser de votre connexion ou plus de la connexion aux capucins ?

P : Alors là attendez moi aucune idée je vous avoue.

V : Non mais c'est une question parce que je sais pas si c'est chez vous habituellement vous avez des problèmes de connexion ?

P : Bah pas spécialement. Après ça arrive aussi.

V : Et c'était ouais, ça arrivait souvent dans une séance et même ça pouvait arriver à chaque séance ?

P : Je dirai que c'est arrivé un petit peu à chaque séance, mais c'est pas non plus avec la même intensité. Ça ne m'empêchait pas de suivre ou quoi que ce soit. Mais c'est vrai que du coup c'était un peu chiant. Après en soit si j'avais vraiment des difficultés, j'en reparlais le lendemain, je demandais s'il y avait quelque chose de possible, etc, quant se voyait

V : Et est-ce que à part la connexion au niveau technique, enfin pour vous connecter c'était compliqué. Les explications qu'on vous donnait pour justement accéder à ces séances ?

P : Non, de mémoire, c'était plutôt simple. Enfin, plus facile à utiliser, rapide.

V : Vous utilisiez un logiciel de type zoom ou teams ?

P : Je sais plus du tout.

V : Pour intégrer ces séances dans votre emploi du temps c'était comment ? Enfin on vous avait prévenu suffisamment tôt pour pas que ce soit un problème ?

P : Oui oui, on nous avait prévenu dès le départ en fait avec le planning de comment ça allait se passer, les dates, etc.

V : OK oui donc avant les 5 semaines. Avant le début des 5 semaines de lombaction aux Capucins ?

P : Alors je sais pas, si c'était au début de la rééducation on nous a prévenu ou avant. Ca, je ne m'en rappelle pas.

V : Non parce que c'est vrai que ça peut amener éventuellement... Si on vous prévient pas assez tôt. Enfin si on vous dit que c'est que le matin et au final après on vous dit qu'il y a des choses l'après-midi. C'est aussi dans ce sens-là que je vous pose la question.

P : Oui mais tout à fait. Après en soit c'était pas évident pour tout le monde. Donc moi j'ai pas d'enfants ni quoi que ce soit donc c'est pas problématique mais je me souviens d'un des collègues de rééducation qui avait des enfants et c'était un peu compliqué pour lui du coup de gérer, et la rééducation en vidéo et en même temps ses enfants à côté qui n'arrêtaient pas de courir de crier tout ça donc. Ca nous a bien fait rire, mais... je pense que pour lui c'est pas hyper agréable, du coup il avait pas cette opportunité d'avoir cette espace pour lui

V : Et le fait de devoir allumer votre webcam ça ne vous a pas gêné ?

P : Je m'en fiche, je suis très à l'aise et puis j'étais vraiment dans la démarche de soin donc pas de soucis.

V : Ok. Et là vous me parliez, vous pensiez à un autre patient qui suivait avec vous la télééducation. Pour vous la relation avec les autres patients pendant la séance, ça se passait comment ?

P : Ca s'est toujours bien passé. On était un groupe de 4 nous. Et franchement, enfin très bon groupe avec une bonne dynamique. On se soutenait les uns les autres. On était compréhensif, à l'écoute tout ça, donc c'était plutôt chouette.

V : Ouais, c'est vrai que ça aide. Pendant les séances, vous êtes pas ennuyée, vous étiez pas perdue ?

P : Non, pas du tout, non, non. On avait vraiment des rééducateurs qui étaient à l'écoute, qui étaient enfin qui nous suivaient, qui étaient vraiment très investis.

V : Et ce que vous personnellement, votre investissement pendant les séances est ce que c'était similaire à si vous faisiez une séance sur place aux capucins directement.

P : Oui

V : Vous sentiez autant investi dans les 2 situations ?

P : Ouais totalement. Le seul truc c'est que vraiment en fait à la maison, vu que j'avais dû dégager un espace, je manquais quand même un peu d'espace. Donc il fallait que je m'incline d'une certaine manière pour faire certains exercices et je m'incline dans un autre endroit pour pouvoir faire d'autres exercices. Avoir cette espace c'était un peu compliqué.

V : Je peux comprendre

P : On n'a pas tous de grandes maisons et de grands espaces. Mais du coup ouais, c'était le seul truc peut être un peu compliqué, mais ça m'a quand même donné des clés pour derrière continuer à la maison en fait de pouvoir adapter à mon espace chez moi. Les exercices de manière assez complète parce que je pouvais refaire chez moi en fait

V : Et du coup le fait de ne pas avoir besoin de vous déplacer pendant les séances de télééducation, vous en pensez quoi ?

P : Moi, personnellement, c'est ce que je vous disais. Je préférais en fait sortir de chez moi. Donc après il y avait aussi la question psychologique où j'avais été enfermée pendant un bon moment dans cet espace. Mais, ouais, le côté de sortir, d'aller dans un espace en fait, qui est dédié à ça. Je trouve ça quand même plus sympa. Très motivant aussi. Et puis bah ça permet de sociabiliser aussi, de voir du monde et devoir sortir, de reprendre un rythme en fait. Et ça redonne aussi un dynamisme, tout simplement. Déjà de ressortir de chez soi, de prendre la voiture, de faire ce chemin. Il y a quand même quelque chose d'assez positif là-dedans. Je trouve que contrairement au fait de rester chez soi où il y a aussi des avantages, mais pas les mêmes.

V : OK, donc c'est vraiment quelque chose de complémentaire. C'est ça que vous me disiez ?

P : Pour moi c'est complémentaire mais ça peut pas... Je n'ai pas le mot mais ça peut pas remplacer, si vous voulez, le présentiel.

V : Je vois l'état d'esprit et de toute façon c'est pas le but parce que dans la prise en charge aux Capucins, c'est vraiment quelque chose, un centre où il y a vraiment besoin d'un encadrement surtout au début. Mais c'est vrai que la télééducation on ne sait du tout vraiment comment la perçoit les patients qui en ont réalisé comme vous. Et c'est pour ça que c'est aussi intéressant d'avoir votre point de vue.

V : Est-ce que vous vous avez des idées vous pour améliorer la télééducation dans le cadre du programme lombaction afin de la rendre plus attractive ? Enfin... comment on pourrait améliorer le programme ?

P : Sincèrement, de ce que j'ai pu en avoir en tête, enfin moi j'en étais satisfaite. Mais je vous dirais que c'était surtout grâce au professionnel en fait, et investis, dynamiques, qui nous faisaient rire, qui étaient motivant. Euh je pense que c'est vraiment le professionnel de santé, celui qui dirige la séance en fait qui fait le tout.

V : Ok, c'était le même que vous aviez en présentiel et à distance ?

P : Oui tout à fait, autant pour la kiné et pour le prof de sport adapté.

V : Donc vous au final il n'y aurait pas forcément besoin d'améliorer. Mais vraiment le plus important c'est que le rééducateur reste le même. Enfin je veux dire le même dans le même état d'esprit, le dynamisme...

P : Totalement

V : Et par rapport au... je parle de la télééducation en termes de nombre de séances proposées. Vous avez trouvé ça comment ? Tout en considérant que c'est complémentaire aux séances en présentiel.

P : Moi j'ai trouvé ça pas mal, surtout on va dire au début le fait de pas en avoir c'était pas mal parce que quand on reprend après être arrêtée pendant un moment, très sincèrement moi l'après-midi j'étais cassée en 2 donc j'étais bien contente de ne pas en avoir. Mais par contre après, c'est vrai que quand on avance dans les semaines, c'était appréciable aussi de pouvoir avoir un suivi l'après-midi, de pouvoir continuer en fait à bouger, à avoir des mouvements, etc. Donc je pense que non, la fréquence elle était plutôt bonne.

V : Ok

P : Au bon moment...

V : 1h, c'est des séances qui vous conviennent ?

P : Franchement je pense que oui. Et puis bah enfin quand on est dans une démarche, enfin pour la douleur, trop après c'est épuisant. Ouais donc pour moi ouais, 1h c'était juste ce qu'il fallait.

V : OK et est-ce que vous aviez des a priori concernant la télééducation, vous m'avez dit que vous en aviez jamais fait. Et quand on vous a présenté, qu'est-ce qui vous a surpris ? Y a-t-il des choses que vous n'attendiez pas dans la télééducation ?

P : Non franchement j'avais aucun préjugé ni aucun a priori. Enfin j'étais contente de me dire qu'il y allait avoir une continuité. Après je suis pas hyper fan du téléphone et de tout ce qui s'ensuit donc bon voilà, c'est un autre détail. Mais non, je l'ai saisi comme un plus. Et puis je me suis dit que Bah ça ce serait l'expérience supplémentaire et que je me ferais mon avis et j'ai apprécié donc voilà.

V : OK. Et est-ce que vous pensez qu'intégrer d'autres professionnels de santé aux séances de télééducation ? Est-ce que ce serait quelque chose de bien, enfin de pertinent ou pas ?

P : Ça dépend quel autre professionnel de santé, en fait, vous vous entendez par là ?

V : Ben justement, est-ce que vous pensez à certains professionnels en particulier ? Qui pourrait être intéressant, enfin pour vous en tout cas de votre ressenti ?

P : En fait de mon côté ça va toujours être la même chose. Je préfère le vrai visuel, avoir la personne en face de moi. Donc pour moi je vous dirais que juste cette continuité là c'est déjà bien assez suffisant.

V : Ok donc au final même au niveau ergothérapie, vous ne ressentiez pas forcément le besoin ? parce que vous aviez des séances d'ergothérapie je crois

P : Alors pour le coup je vois pas ce qu'on aurait pu trop faire à la maison en ergo et après y a beaucoup d'exercices qu'on faisait du coup de manière différente en soit. Enfin de passer par exemple un ballon d'un côté de bassin à l'autre côté quand on est assis, ça on le faisait aussi en sport en fait mais d'un point de vue abdominaux basiques. Dont je ne suis pas sûr que ce soit plus que nécessaire.

V : Ok, et là vous m'avez dit que ça avait permis de vous familiariser enfin, de créer une autre ambiance chez vous. Est-ce que c'est quelque chose que vous avez réussi à perpétuer, les exercices ? Grâce, enfin grâce entre guillemets, mais à la télééducation en plus des séances en présentiel.

P : Ca m'a permis de garder une bonne dynamique ensuite. Je suis restée à 3 séances de sport par semaine. Bon après j'ai une période où j'ai arrêté un petit peu mais encore aujourd'hui du coup je continue à la maison. Pas mal les pilâtes qu'on avait vu justement pour travailler les muscles profonds. Donc ça m'a permis Ouais de de de remettre ça en place en fait et de retrouver une dynamique à la maison pour faire certains exercices.

V : Ok. Et par exemple, là, imaginons que vous êtes de nouveau confrontée à une situation où on vous propose des séances de télééducation est-ce que vous pensez être amenée à en refaire ?

P : Si j'ai le choix entre le présentiel et la télééducation, ce sera le présentiel, soyons honnête. Après si j'ai pas le choix, oui potentiellement pour faire le tremplin du coup et continuer le travail oui, mais ce sera pas mon choix premier.

V : Ok. Et si c'est quelque chose en complément comme là ça vous est présenté, c'est quelque chose qui vous convient ?

P : Oui, totalement.

V : Ok. Est-ce que vous vous souhaitez ajouter des éléments concernant la télééducation dont on n'aurait pas parlé là aujourd'hui ?

P : Bah écoutez, je pense que j'ai déjà beaucoup parlé. Je vois rien de plus à ajouter pour le coup. Si je devais résumer vraiment, c'est que c'était une bonne expérience et que c'est vraiment quelque chose d'utile, mais pour moi, vraiment, ça reste complémentaire à la rééducation en présentiel.

V : C'est un bon résumé.

P : Ouais, c'est le meilleur résumé que je peux vous donner et mais non, c'est très intéressant. Et surtout en fait que les professionnels de santé restent aussi motivants, souriants, dynamiques qu'ils l'étaient. Franchement c'est un vrai plus.

V : D'accord, et est-ce que vous pensez que si les séances de télééducation vous étiez la seule à participer, est-ce que ça aurait changé quelque chose ou pas ?

P : Sincèrement, je pense pas forcément, parce que je me souviens même que des fois, il nous redisait des choses par rapport à nos postures ect, malgré qu'on est efficace. Il se souciait quand même de nous, un par un. L'avantage d'être en petit groupe. Donc je ne suis pas sûr que ça aurait changé quelque chose, en tout cas pour ma part.

V : Ok, non, ça, ça pouvait être aussi... enfin, est-ce que c'était motivant d'avoir d'autres personnes qui participent aux mêmes séances ou pas ? c'était aussi dans ce sens là.

P : Ben moi j'avais bien aimé le cadre avec d'autres personnes. Il y avait quelque chose de motivant justement, à être tous, on va dire, dans la même galère. Donc j'ai bien aimé le fait qu'on soit plusieurs.

V : Ok. Moi j'ai un peu près fait le tour. Enfin ce que vous avez partagé, c'était intéressant. C'est vrai que la question sur la connexion internet c'est quand même quelque chose qui peut être assez problématique, et malheureusement vous en avez été victime. Mais en tout cas c'est une bonne chose que ça vous ait apporté du plus. En tout en tout cas je vous remercie pour temps d'échange.

P : Avec plaisir.

V : Je vous souhaite une bonne continuation

P : Je vous remercie à vous de même. Bon courage

V : Merci au revoir

P : Bonne fin de journée, au revoir.

Evaluer la perception, l'acceptation et la faisabilité d'un programme de télééducation chez des patients lombalgiques chroniques

RÉSUMÉ

Introduction

La lombalgie chronique représente l'une des principales causes d'incapacité, avec un impact socio-économique majeur. Les difficultés d'accès aux soins, accentuées par la pandémie de COVID-19, ont favorisé le développement de la télésanté, notamment la télééducation, pour assurer la continuité des prises en charge. Cette étude visait à explorer la perception, l'acceptabilité et la faisabilité de la télééducation chez des patients lombalgiques chroniques intégrés dans un programme collectif de réentraînement à l'effort en centre de réadaptation fonctionnelle.

Méthodes

Une étude qualitative a été menée à travers des entretiens semi-directifs individuels auprès de patients volontaires. L'analyse thématique inductive a été appliquée après retranscription intégrale du verbatim.

Résultats

Treize patients ayant suivi le programme entre septembre 2020 et février 2023 ont été interrogés entre juillet et septembre 2024. La télééducation leur était peu familière. Ils soulignaient l'importance d'un premier contact en présentiel avec le rééducateur pour favoriser l'adhésion. Perçue comme un complément plutôt qu'une alternative au présentiel, cette modalité présentait plusieurs défis : limitations techniques et organisationnelles, manque de motivation en raison de l'absence d'interaction directe et reproductibilité imparfaite des exercices.

Conclusion

Bien que la télééducation soit acceptée par certains patients comme un outil complémentaire, son adoption repose sur une meilleure acceptabilité. Cela nécessite l'élaboration de programmes adaptés aux attentes et aux contraintes des patients.

Mots-clés : lombalgies chroniques, télééducation, programme de réentraînement à l'effort, perception

Assessing the perception, acceptance and feasibility of a telerehabilitation programme for patients with chronic low back pain

ABSTRACT

Introduction

Chronic low back pain is one of the main causes of disability, with a major socio-economic impact. Difficulties in accessing care, exacerbated by the COVID-19 pandemic, have encouraged the development of telehealth, including telerehabilitation, to ensure continuity of care. The aim of this study was to explore the perception, acceptability and feasibility of telerehabilitation in chronic low back pain patients enrolled in a group exercise training programme in a functional rehabilitation centre.

Methods

A qualitative study was conducted by means of individual semi-directive interviews with volunteer patients. Inductive thematic analysis was applied after full verbatim transcription.

Results

Thirteen patients who had followed the programme between September 2020 and February 2023 were interviewed between July and September 2024. They were previously unfamiliar with telerehabilitation. They emphasized the importance of an initial face-to-face contact with the rehabilitation therapist to encourage patients to adhere to the programme. Perceived as a complement rather than an alternative to face-to-face sessions, this modality presented several challenges: technical and organisational limitations, lack of motivation due to the absence of direct interaction and imperfect reproducibility of exercises.

Conclusion

Although telerehabilitation is accepted by some patients as a complementary tool, its adoption depends on greater acceptability. This requires the development of programmes tailored to patients' expectations and constraints.

Keywords : chronic low back pain, telerehabilitation, exercise training programme, perception