



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur-kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.
D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. Article L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**INTERETS DE L'EVALUATION DE L'ANXIETE DANS LA
PRISE EN CHARGE DU PATIENT SELON LES MASSEURS-
KINESITHERAPEUTES LIBERAUX DU GRAND EST**

Etude qualitative

Sous la direction de Laurence MAUDUIT

Mémoire présenté par Hélène HERZOG,
Étudiante en 4ème année de masso-kinésithérapie,
En vue de valider l'UE 28 dans le cadre de la formation initiale
Du Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussignée, **HERZOG Hélène**

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le **03/05/2021**

Signature

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce mémoire a impliqué de nombreuses personnes. Tout d'abord, je souhaite remercier Madame Laurence MAUDUIT, enseignante à l'ILFMK de Nancy et masseur-kinésithérapeute en statut mixte (libéral et salarial) dans l'Oise en région Hauts-de-France. Vos précieux conseils et votre accompagnement au travers des nombreux échanges virtuels m'ont permis de mener à bien ce projet de mémoire. Votre disponibilité, malgré la situation sanitaire, et votre suivi ont été irréprochables tout au long des recherches et de la création de cet écrit. Vos connaissances du sujet, votre expertise et votre rigueur m'ont permis d'améliorer mes capacités de recherche et mes compétences dans la construction d'un projet de recherche.

Merci à ma référente IFMK, Hélène MARINHO, pour son suivi, sa disponibilité et son écoute. Votre présence et votre attention tout au long de ces quatre années d'études, et notamment cette dernière année m'ont permis de me sentir soutenue dans les périodes difficiles. Votre bienveillance m'a permis de passer quatre années de plaisir et d'intérêt.

Je souhaite également remercier les huit masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté avec beaucoup d'intérêt de participer à cette étude, ainsi qu'aux deux masseurs-kinésithérapeutes pour leur participation aux pré-tests de cette étude.

J'adresse également mes remerciements à Monsieur Jérémie MARTIN, Monsieur Vincent FERRING, Madame Mélanie JAMBEAU, Monsieur Jean-Pierre CORDIER qui ont été des personnes ressources de qualité dans l'orientation et la précision de mon sujet de mémoire.

J'aimerais désormais remercier toutes les personnes de mon entourage qui m'ont amenée à ce résultat final : mes parents, mes grands-parents qui ont été très présents, tant dans les discussions autour du mémoire depuis maintenant plus de deux ans, que dans leur soutien continu, et dans la relecture finale du projet. Merci à Tristan pour son aide de recensement de l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand-Est.

En rapport avec l'ensemble du cursus pédagogique m'ayant amené là où j'en suis actuellement, merci aux tuteurs de stage qui m'ont accueillie et formée, merci à l'équipe pédagogique d'avoir été à mes côtés, tant au niveau relationnel que pédagogique. Merci également aux secrétaires et à Monsieur JACQUOT pour leur sourire, leur bonne humeur, leur disponibilité et leur travail, indispensables au bon fonctionnement de l'institut de formation.

Merci à ces belles rencontres qui ont créé de fortes amitiés et qui ont permis de définir la personne que je suis aujourd'hui. Des soirées « Révisions » entre amies, des après-midi « entraînements pratiques » entre amies, tant d'événements qui nous ont permis mutuellement d'arriver à ce projet de fin d'études.

Quels sont les intérêts de l'évaluation de l'anxiété dans la prise en charge du patient selon les masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand Est ?

Introduction : Selon la HAS, « l'anxiété est un trouble de l'humeur se traduisant par des émotions de peur et/ou des inquiétudes et/ou des signes physiques de stress excessif par rapport aux dangers éventuels ». L'objectif de cette étude est de savoir, selon les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, quels sont les intérêts à proposer une évaluation de l'anxiété en début de prise en charge.

Méthode : Nous avons réalisé huit entretiens semi-directifs auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand Est tirés au sort. Nous avons souhaité recueillir leur point de vue concernant les intérêts à proposer une évaluation de l'anxiété en début de prise en charge lors du bilan diagnostique kinésithérapique.

Résultats : 100% des MK interrogés utilisent un bilan dès l'arrivée du patient mais 100% d'entre eux semblent intégrer l'évaluation de l'anxiété uniquement de manière subjective. Plusieurs d'entre eux se basent sur leur observation et sur les réponses du patient au moment de l'interrogatoire pour déterminer un éventuel état de stress chez le patient. L'attitude du MK face à ces situations de stress semble très abstraite et très variée. Les réponses quant au nombre de patients concernés par le stress sont très hétérogènes. Plusieurs avantages et plusieurs inconvénients sont mentionnés en fin d'entretien pour expliquer la raison pour laquelle l'évaluation du stress reste subjective.

Discussion : En opposition avec la littérature, nous remarquons donc que les masseurs-kinésithérapeutes ont tendance à ne pas utiliser les échelles d'anxiété existantes. Selon certains masseurs-kinésithérapeutes interrogés, nous sommes bien placés pour dépister un éventuel état de stress, car nous passons du temps avec le patient. Le bilan devrait ainsi être proposé chez l'ensemble des patients, indépendamment de leur pathologie. Le stress peut représenter un obstacle à la progression de la prise en charge et à l'évolution du patient.

Conclusion : Nous pouvons en conclure que la réalisation d'une évaluation de l'anxiété lors de la réalisation du BDK s'accompagne à la fois d'avantages et d'inconvénients. Il pourrait être intéressant de concevoir une fiche bilan accessible aux masseurs-kinésithérapeutes qui pourrait être remplie directement par les MK.

Mots clés : anxiété, bilan, échelle, masseurs-kinésithérapeutes libéraux, stress.

What are the benefits of the assessment of anxiety in the management of the patient according to liberal physiotherapists from the east ?

Introduction : According to the HAS, "Anxiety is a mood disorder resulting in feelings of fear and / or worry and / or physical signs of undue stress in relation to possible dangers." The objective of this study is to find out, from the point of view of free-lance physiotherapists, what are the advantages of offering an assessment of anxiety at the start of treatment.

Method : We carried out eight semi-structured interviews with free-lance physiotherapists from the Grand Est drawn by lot. We wanted to collect their point of view concerning the advantages of proposing an assessment of anxiety at the start of treatment during the physiotherapy diagnostic assessment.

Results : 100% of physiotherapists interviewed use a check-up as soon as the patient arrives, but 100% of them seem to integrate the assessment of anxiety only subjectively. Many of them rely on their observation and the patient's answers during the interview to determine a possible state of stress in the patient. Physiotherapists' attitude to these stressful situations seems very abstract and varied. Responses as to the number of patients affected by stress are very heterogeneous. Several advantages and several disadvantages are mentioned at the end of the interview to explain why the assessment of stress remains subjective.

Discussion : In contrast to the literature, we notice that physiotherapists tend not to use existing anxiety scales. According to some physiotherapists interviewed, we are in a good position to detect a possible state of stress, because we spend time with the patient. The assessment should therefore be offered to all patients, regardless of their pathology. Stress can represent an obstacle to the progression of the care and the evolution of the patient.

Conclusion : We can conclude that performing an anxiety assessment when performing physiotherapy diagnostic assessment has both advantages and disadvantages. It could be interesting to make a balance sheet accessible to physiotherapists which could be filled in directly by the physiotherapists.

Keywords : anxiety, balance sheet, scale, free-lance physiotherapists, stress

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
1.1	Problématique	1
1.2	Le stress et l'anxiété	3
1.3	Physiologie du stress	6
1.4	Analyse de la littérature.....	8
1.4.1	Méthodologie de recherche	8
1.4.2	Analyse du diagramme de flux	10
1.4.3	Résultats des articles recensés	11
1.4.3.1	Types de pathologies évoquées dans la littérature	12
1.4.3.2	Echelles d'anxiété retrouvées dans la littérature	13
1.4.3.3	Thérapies de lutte contre l'anxiété étudiées dans la littérature	14
1.4.3.4	Influence de l'anxiété	18
1.4.3.5	Bilan par thématique de l'ensemble des articles recensés.....	18
2	MATERIEL ET METHODE.....	19
2.1	Population cible.....	19
2.2	Elaboration de la grille d'entretien	20
2.2.1	Conception du guide d'entretien	20
2.2.2	Réalisation du Pré-Test.....	21
2.3	Critères de jugement.....	21
2.3.1	Critère de jugement principal.....	21
2.3.2	Critères de jugement secondaires	21
2.4	Randomisation	22
2.5	Retranscription des entretiens	22
2.5.1	Partie 1 : Présentation des outils d'aide à la retranscription des entretiens (logiciel).....	22
2.5.2	Partie 2 : Enregistrement des fichiers (format et intitulé)	23
2.5.3	Partie 3 : Application concrète du principe de fidélité	23
2.5.4	Partie 4 : Mise en forme typographique.....	23
2.5.5	Partie 5 : Mise en page des entretiens	24
2.6	Protection des données	24

3	RESULTATS.....	25
3.1	Le bilan général et bilan de l'anxiété.....	25
3.2	Les facteurs prédictifs.....	27
3.3	Les traitements mis en place contre le stress.....	29
3.4	Les pathologies les plus concernées par l'anxiété.....	31
3.5	Le pourcentage de patients stressés.....	32
3.6	Les avantages et les inconvénients de la mise en place d'un outil d'évaluation de l'anxiété.....	34
4	DISCUSSION.....	36
4.1	Le bilan.....	36
4.2	Les facteurs prédictifs.....	38
4.3	Thérapies de lutte contre l'anxiété.....	39
4.4	Pathologies concernées.....	42
4.5	Pourcentage de patients stressés.....	43
4.6	Les limites de l'étude.....	46
4.7	Les biais.....	47
5	CONCLUSION.....	48

Liste des abréviations

BDK : Bilan Diagnostique Kinésithérapique

MK : Masseur-Kinésithérapeute

DE : Diplôme d'Etat

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

CRF : Corticotropin-Releasing Factor

ACTH : Adreno Cortico Tropic Hormone

HAD/HADS : Hospital Anxiety and Depression/Hospital Anxiety and Depression Scale

STAI : State-Trait Anxiety Inventory

EVA : Echelle Visuelle Analogique

PSS : Perceived Stress Scale

DASS-21 : Depression Anxiety and Stress Scale-21 items

BAI : Back Anxiety Inventory

GAD-7 : General Anxiety Disorder-7

EMFM : Evaluation Manuelle analytique de la Force Musculaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

SDRC : Syndrome Douloureux Régional Complexe

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

1 INTRODUCTION

1.1 Problématique

L'Homme est un être forgé par ses émotions, son vécu, son ambition et ses désirs. Au premier regard, des à priori et des idées reçues vont se créer, qui vont se révéler plus ou moins inexacts. Selon Raymond Chappuis, « *nous ressentons l'autre avant de le connaître objectivement et ce ressenti fait intervenir notre propre histoire riche d'expériences passées qui laissent des marques indélébiles* » (1). Le symptôme crée l'identité. Selon Canguilhem, pour l'individu, la maladie est une « *vie nouvelle* » obligeant à instituer de nouvelles normes et à inventer une nouvelle « *allure de la vie* » (2). Ce processus de catégorisation est considéré comme un biais cognitif. Le cerveau nous trompe parce qu'il évalue l'individu en fonction de ses représentations. Les représentations de chacun poussent à stigmatiser l'autre, à le percevoir comme nous voudrions qu'il soit. Lorsque des individus se rencontrent, une connaissance subjective de l'ordre de la sensibilité et des affects se crée, en décalage avec la réalité objective. Cette connaissance subjective passe par le filtre du passé relationnel. Ce sont ces filtres issus des perceptions propres à chaque individu qui conduisent à porter un jugement plus ou moins erroné.

C'est pourquoi il est intéressant de pouvoir objectiver les critères biopsychosociaux qui caractérisent un individu en s'appuyant sur une échelle. Ceci permet de définir l'individu tel qu'il est réellement, en mettant à distance nos représentations. Dans la littérature, il existe divers questionnaires mis à disposition de l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Les critères biopsychosociaux rassemblent une série d'items tels que la douleur, la motivation, les facteurs somatiques et médicaux, les facteurs cognitifs, les facteurs comportementaux et les facteurs sociaux. Les drapeaux jaunes regroupent les critères et items cités ci-dessus. Actuellement, cette évaluation biopsychosociale, induisant une prise en charge globale, n'est proposée par la HAS que dans le cadre du patient lombalgique. Aux vues du taux de stress dans la population française et son impact sur le corps, un item de l'évaluation psychosociale susceptible d'intéresser les masseurs-kinésithérapeutes correspond aux facteurs d'anxiété et de stress (3).

Cependant, l'utilisation et l'intérêt de l'évaluation psychosociale dans les pathologies autres que la lombalgie ne sont à ce jour pas démontrés. Pourtant, ne serait-il pas intéressant de pouvoir prévenir l'apparition d'un SDRC (syndrome douloureux régional complexe) par la

mise en évidence de troubles psychosociaux ? Ne serait-il pas utile de mettre en évidence une anxiété et un stress élevé dans une pathologie cardiaque afin d'en adapter la prise en charge ? De plus, il existe bon nombre d'autres domaines d'applications qui pourraient s'avérer pertinents.

Quels intérêts, avantages et inconvénients les masseurs-kinésithérapeutes libéraux pourraient-ils trouver à réaliser une évaluation de l'anxiété lors de la prise en charge de patients présentant une pathologie autre que la lombalgie lors de la réalisation d'un BDK (Bilan Diagnostic Kinésithérapique) basé sur les différents niveaux de stress ressentis par les patients ?

Les hypothèses sont multiples. L'hypothèse 1 est qu'évaluer l'anxiété au moment du BDK permet d'adapter la prise en charge globale du patient en fonction de son degré d'anxiété. L'hypothèse 2 est qu'évaluer l'anxiété au moment du BDK n'est pas perçu comme une compétence du masseur-kinésithérapeute. L'hypothèse 3 est qu'évaluer l'anxiété au moment du BDK n'est pas utile pour l'ensemble des pathologies. Enfin, l'hypothèse 4 est qu'évaluer l'anxiété au moment du BDK permet d'intégrer le patient dans une prise en charge pluridisciplinaire et ainsi de l'orienter vers les professionnels de santé ou vers les activités adaptées en fonction de son degré d'anxiété.

A cet égard, nous allons nous intéresser dans un premier temps à définir les termes du sujet, à savoir clarifier les notions de « stress », « anxiété » et « troubles anxieux ». Dans un second temps, nous proposerons une analyse de la littérature pour déterminer le nombre d'articles existant de 2015 à 2020 abordant différentes thématiques autour du stress. Cette analyse consiste à déterminer quels types de pathologies sont évoqués dans la littérature, quelles échelles d'anxiété sont retrouvées dans la littérature, quelles thérapies de lutte contre l'anxiété sont étudiées dans la littérature, et quelle influence a l'anxiété sur la prise en charge globale du patient. Elle consiste à créer une base théorique solide de travail, sur laquelle nous nous appuierons pour créer un guide d'entretien le plus adapté possible. L'objet principal de ce projet de recherche est effectivement de proposer des entretiens semi-directifs aux MK libéraux du Grand Est autour de cette thématique et d'en recueillir des informations complémentaires aux données de la littérature recueillies en amont.

1.2 Le stress et l'anxiété

Dans son mémoire sur les Effets d'un massage du rachis par pressions glissées profondes sur l'anxiété de patients hospitalisés atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive stade III en post-exacerbation, Antoine COULY dit que « Selon la HAS, l'anxiété est un trouble de l'humeur se traduisant par des émotions de peur et/ou des inquiétudes et/ou des signes physiques de stress excessif par rapport aux dangers éventuels » (4). Dans le mémoire sur L'activité physique comme traitement de l'anxiété chez des patients parkinsoniens aux stades 1 à 3 selon la classification de Hoehn et Yahr, Grall B. annonce qu'« il s'agit d'un sentiment né d'une incertitude face à une situation, de l'appréhension d'un évènement » (5). Enfin, dans son mémoire sur les Troubles psychosociaux et réadaptation cardio-vasculaire : impact de l'activité physique, Rémi CROGNIER énonce que « L'OMS décrit l'anxiété comme un sentiment de danger imminent indéterminé, s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement » (6).

Une nuance entre les termes « anxiété », « stress » et « stress post-traumatique » est présentée dans la figure 1 en fonction du temps :

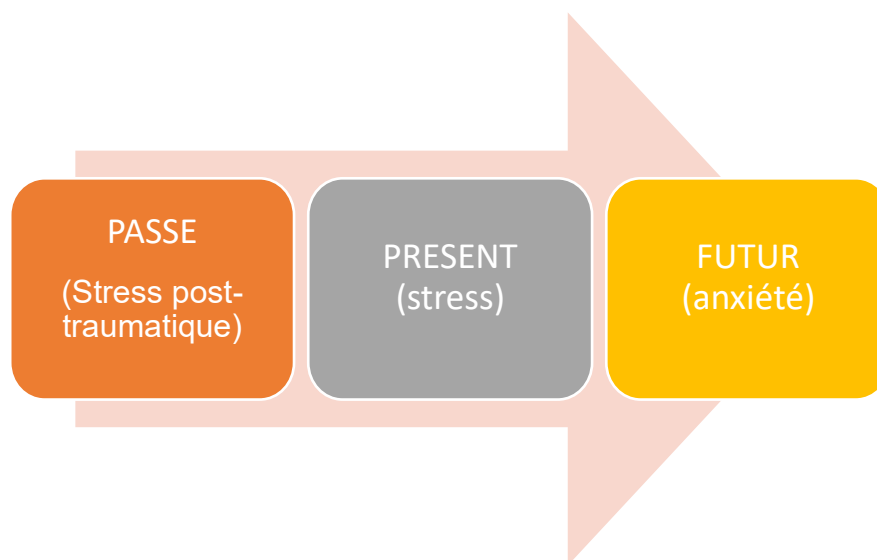


Figure 1 : Différence entre stress, anxiété et état de stress post-traumatique en fonction du temps

Une personne ressassant les évènements traumatisants du passé est concernée par ce qu'on appelle un « *état de stress post-traumatique* ». Une personne ressentant du stress suite à un évènement stressant à un instant T vit le moment présent. Le stress est une réaction normale face à un environnement stressant ou générant une certaine pression psychologique (8). Une personne ayant peur de ce qui pourrait arriver dans le futur ressent de l'anxiété. En effet, l'anxiété désigne la capacité d'une personne à anticiper une pression physique ou psychique sans que celle-ci arrive réellement (8). Il peut également s'agir de la tendance de l'être humain à se créer du stress lui-même, à amplifier les difficultés rencontrées lors d'une situation de stress, ou à conserver le stress à distance de l'évènement stressant (8).

A ce moment, lorsque la personne ne parvient plus à gérer son anxiété, on parle de trouble anxieux qui est un état d'anxiété pathologique. Selon le Docteur Seligman, « *Ce n'est pas le stresser potentiel lui-même mais la façon dont nous le percevons, puis la façon dont nous le gérons qui déterminera s'il mènera ou pas au stress* » (9). Le stress est un symptôme, l'anxiété est un état et le trouble anxieux est une pathologie. Il existe différents types de troubles anxieux : le trouble anxieux généralisé, le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble de l'anxiété sociale, la phobie simple ou spécifique, le trouble obsessionnel compulsif et l'état de stress post-traumatique.

Le trouble anxieux généralisé se définit par une « *Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois et concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités (tels que le travail ou les performances scolaires)* » (10).

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie « *associe les critères suivants : attaques de panique récurrentes et inattendues ; au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois de l'un des symptômes suivants : crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique, préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences [...], changement de comportement important en relation avec les attaques* » - (10).

Le trouble de l'anxiété sociale est caractérisé par une « peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performances pendant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante » (10).

La phobie simple ou spécifique désigne une « peur persistante et intense de caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (par exemple prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang). Il existe de nombreuses phobies spécifiques certaines peuvent devenir très invalidantes selon le contexte familial, social ou professionnel : ascenseur, conduite automobile, animaux, transports, sang et blessures, piqûres, etc. » (10).

Le trouble obsessionnel compulsif se manifeste par l'« existence soit d'obsessions, soit de compulsions : obsessions définies par des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées, et entraînent une anxiété ou une détresse importante. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ; compulsions définies par : des comportements répétitifs (par exemple laver ses mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (par exemple prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. » (10).

Pour finir, l'état de stress post-traumatique se produit lorsque « le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents : le sujet a vécu, a été témoin de, a été confronté à, un (des) événement(s) durant le(s)quel(s) des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant le(s)quel(s) son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ; la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB : chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations. » (10).

1.3 Physiologie du stress

En réaction aux contraintes menaçantes, il existe un ajustement des forces aux évènements émotionnels pour améliorer la qualité de vie. Les émotions sont indispensables dans le système de régulation de l'homéostasie (maintien à l'équilibre des constantes physiologiques). Pour simplifier, il n'y a pas d'évènements psychologiques et émotionnels sans évènements biologiques et vice-versa (11).

Les mécanismes du stress passent par différentes étapes (12). La première étape correspond à la libération de noradrénaline (glande surrénale) par les terminaisons nerveuses sympathiques (préparation à l'action) et au passage de l'adrénaline dans le sang. Ensuite, le neurotransmetteur acétylcholine est libéré par le système parasympathique (rôle de calmant). La 3^{ème} étape est caractérisée par la libération de la corticolibérine (CRF) par l'hypothalamus. L'hypophyse va ensuite sécréter de l'ACTH, ce qui va engendrer la libération de cortisol dont le rôle est de réguler le métabolisme et de maintenir l'homéostasie.

La physiologie chronologique est présentée dans la figure 2 ci-dessous :

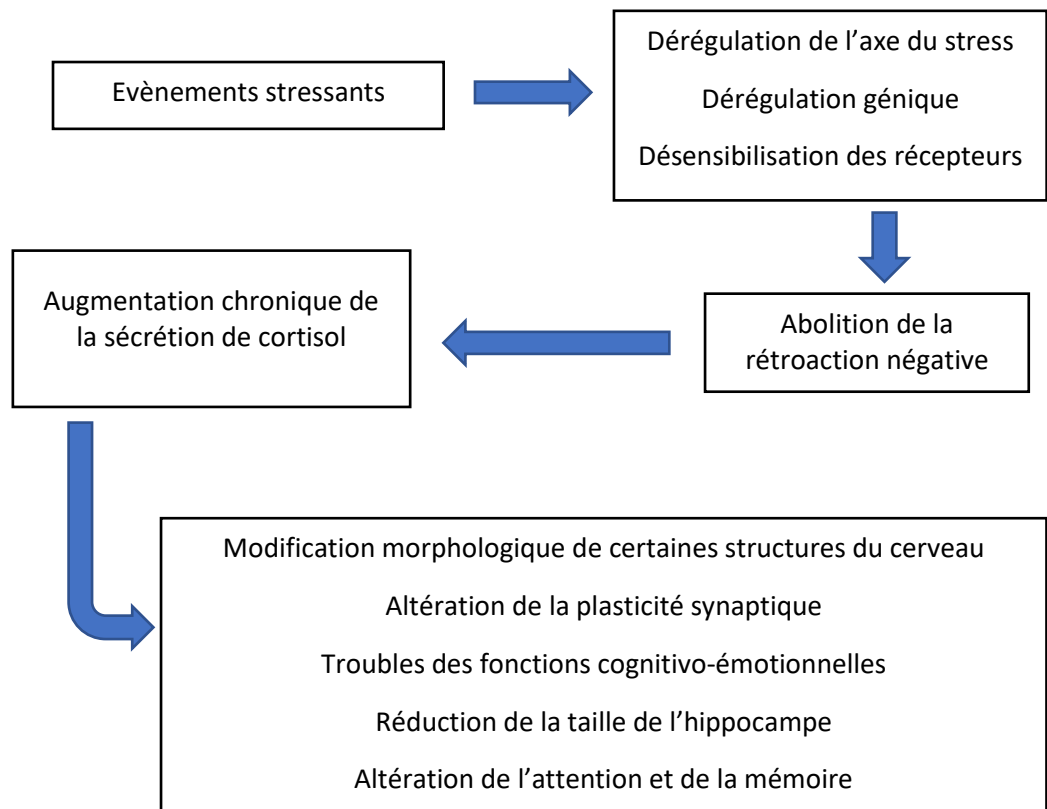


Figure 2 : schéma présentant la physiologie de stress chronique

Le stress est un déséquilibre de l'homéostasie sur le plan émotionnel, social, psychique, cognitif, somatique, biologique et cérébral. Le stress chronique survient lorsque la récupération et le retour aux équilibres métaboliques ne se font plus, alors que des « traces » perdurent dans l'organisme objectivées par des symptômes biologiques et psychologiques. Il est ici question du passage du « normal » au « pathologique » (11).

Tableau I : Notions de stress adapté et stress dépassé

Stress physiologique (adapté)	Stress pathologique (dépassé)
« L'anxiété produit ce regain d'énergie dont on a besoin pour être alerte et bien s'en sortir dans les situations stressantes » (13).	« La plupart des troubles de l'anxiété impliquent une anxiété plus intense et plus longue. » (13)
« Epreuve simplement de l'anxiété, même intense ou récurrente, ne signifie pas pour autant que vous souffrez d'un trouble de l'anxiété. » (13)	« Le facteur clé nécessaire pour poser le diagnostic de n'importe quel trouble de l'anxiété est que l'anxiété interfère avec la vie de tous les jours. » (13)
« Ces manifestations de l'anxiété sont parfaitement normales et sont les moyens que possède votre corps pour vous dire de ralentir ou sortir d'une situation donnée. » (13)	« L'anxiété devient un trouble quand vous ne parvenez plus à fonctionner comme vous y êtes habitué. » (13)

Nous parlons de stress adapté lorsque la personne exposée peut répondre aux contraintes qu'elle subit par des tensions adéquates (elle fait face). Le stress adapté est stimulant : la personne peut aborder avec confiance les épreuves à venir. Le stress dépassé est un « état pathologique dont la symptomatologie polymorphe peut conduire à des errances diagnostiques et à des interventions médicales inappropriées ». Il s'agit d'un état de tension coûteux en énergie (notre ressource en énergie n'est pas illimitée). L'organisme va dépasser ses limites jusqu'à son épuisement sur le plan psychique et somatique (13). (Voir Tableau I)

Après avoir défini les notions de stress et d'anxiété, nous allons explorer la littérature existante abordant cette thématique.

1.4 Analyse de la littérature

L'objectif de cette sous-partie est de recueillir l'ensemble des données de la littérature autour de la thématique du stress et de l'anxiété, pour créer une base théorique sur laquelle nous pourrions nous appuyer pour élaborer la grille d'entretien, et pour orienter nos questionnements personnels sur le sujet.

1.4.1 Méthodologie de recherche

Une analyse de la littérature en réponse à la thématique initiale est réalisée, sur les bases de données Kinédoc, Pedro, PubMed, Réedoc et Science Direct. Les recherches se sont terminées le 23/03/2020. Les mots clés choisis étaient « *stress* », « *anxiété* » et « *kinésithérapie* » sur les bases de données françaises. Les mêmes mots clés traduits en anglais ont été utilisés dans les bases de données anglaises : « *stress* », « *anxiety* » et « *physiotherapy* ». Ces derniers sont traités avec des opérateurs booléens afin de formuler des équations de recherche.

La sélection des études ne tient pas compte de la pertinence scientifique des articles. L'objectif est de recenser tous les articles publiés autour de la thématique de l'anxiété et d'identifier la proportion d'articles traitant du type de pathologies, la proportion d'articles concernant l'évaluation, la proportion d'articles publiés sur le traitement et enfin la proportion d'articles abordant l'influence de l'anxiété sur la prise en charge. Ces résultats feront l'objet de comparaisons afin de les analyser.

Tous les articles datant d'avant 2015 sont exclus. Les articles sont tout d'abord sélectionnés en fonction du titre et des mots clés prédéfinis. Les mots « *stress* » ou « *anxiété* » doivent être présents dans le titre ou les mots clés. Les articles sont ensuite enregistrés sur Zotero, pour effectuer un tri pertinent et structuré, et faciliter la réalisation de la bibliographie. Les doublons sont également retirés. Enfin un tri s'effectue sur lecture des résumés en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis ci-après.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été affinés au fur et à mesure de la lecture des résumés de tous les articles sélectionnés. Aux détours de ces lectures, 4 doublons ont été

supprimés. En finalité, cette étude portera sur 87 articles. Une lecture sélective des articles est ensuite effectuée pour appliquer de manière homogène l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion. Une fois ces critères d'éligibilité appliqués, les informations clés de l'article sont recensées (la technique mentionnée, le moyen d'évaluation utilisé, la pathologie concernée et l'impact du stress sur la progression de la prise en charge).

Sont pris en compte :

- Les articles qui traitent d'une pathologie et/ou suscitant une prise en charge kinésithérapique (la ménopause et le vieillissement naturel sans pathologie ne sont pas des maladies et sont donc exclus. Les femmes enceintes, qui peuvent bénéficier d'une prise en charge kinésithérapique en pré-partum ou post-partum, sont incluses)
- Les articles dont l'anxiété est le critère d'évaluation principal ou un des critères d'évaluation principaux
- Les articles dans lesquels le masseur-kinésithérapeute est concerné directement ou indirectement : soit le MK est mentionné dans l'article, soit les techniques proposées relèvent du décret de compétences de la kinésithérapie (les articles centrés sur la diététique ou sur l'ophtalmologie sont exclus).

Sont exclus :

- Les articles portant sur des sujets sains : en effet, le mémoire porte sur une prise en charge curative et non préventive
- Les articles abordant les causes potentielles de stress : le mémoire porte sur l'impact du stress sur la prise en charge et non sur l'impact de la prise en charge (ou de la pathologie) sur le stress
- Les articles effectués sur une population non communicante ou avec des troubles de la compréhension : le mémoire porte sur l'évaluation de l'anxiété chez le patient, de ce fait, il faut que le patient soit en capacité de remplir ce questionnaire
- Les articles parlant d'un stress tissulaire
- Les articles traitant d'une prise en charge non libérale (soins intensifs, soins post-opératoires immédiats)
- Les articles évoquant les troubles de l'anxiété généralisée ou de syndrome de stress post-traumatique : ces derniers sont des troubles psychiatriques diagnostiqués,

nécessitant un suivi psychologique (et ne rentrant pas dans les termes et objectifs de l'étude)

- Les articles développant des techniques de lutte contre le stress ou l'anxiété hors champ paramédical
- Les articles concernant le personnel soignant
- Les articles s'intéressant aux enfants : la prise en charge chez l'enfant est particulière. Ce mémoire se concentre sur la prise en charge générale de l'adulte.
- Tous les articles qui ne sont pas rédigés en français ou en anglais
- Les articles ciblant les pathologies psychiatriques (alcool, toxicomanie, polyhandicap, schizophrénie, dépression pour les exemples les plus fréquents) : la prise en charge est spécifique et bénéficie de traitements adaptés (médicamenteux, psychiatriques). La considération des facteurs d'anxiété et de stress est intuitive, logique et recommandée, et souvent évaluée par d'autres professionnels de santé dans un contexte spécifique.

1.4.2 Analyse du diagramme de flux

Nous avons extrait 2063 articles des bases de données, 112 sur Kinédoc, 80 sur Pedro, 1477 sur PubMed, 198 sur Réedoc et 3 sur Science Direct. La première étape consiste à éliminer des articles en fonction de la présentation générale, à savoir le titre et les mots clés. Il reste 380 articles. La deuxième étape correspond à l'élimination des doublons, retirant 12 articles. S'ensuit l'étape d'élimination après lecture du résumé, 89 articles sont retenus. Mais 2 articles parmi les 89 sont indisponibles en texte intégral. Au total, 87 articles sont sélectionnés, dont 10 sur Kinédoc, 10 sur Pedro, 57 sur PubMed, 9 sur Réedoc et 1 sur Science Direct. Une fiche de lecture a été réalisée pour chacun des articles suivants, pour nous permettre de recenser et citer les points importants se rapportant à notre travail : (4-7,14-96). Mais pour alléger le document, seules figurent en Annexe I les fiches de lecture correspondant au mémoire d'Antoine COULIS sur les Effets d'un massage du rachis par pressions glissées profondes sur l'anxiété de patients hospitalisés atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive stade III en post-exacerbation ; et correspondant à l'article d'Asa SYEDMARK intitulé Impact of workplace exposure and Stress in neck pain and disabilities in women.

Un diagramme de flux a été réalisé pour illustrer la hiérarchisation des articles recensés (Figure 3)

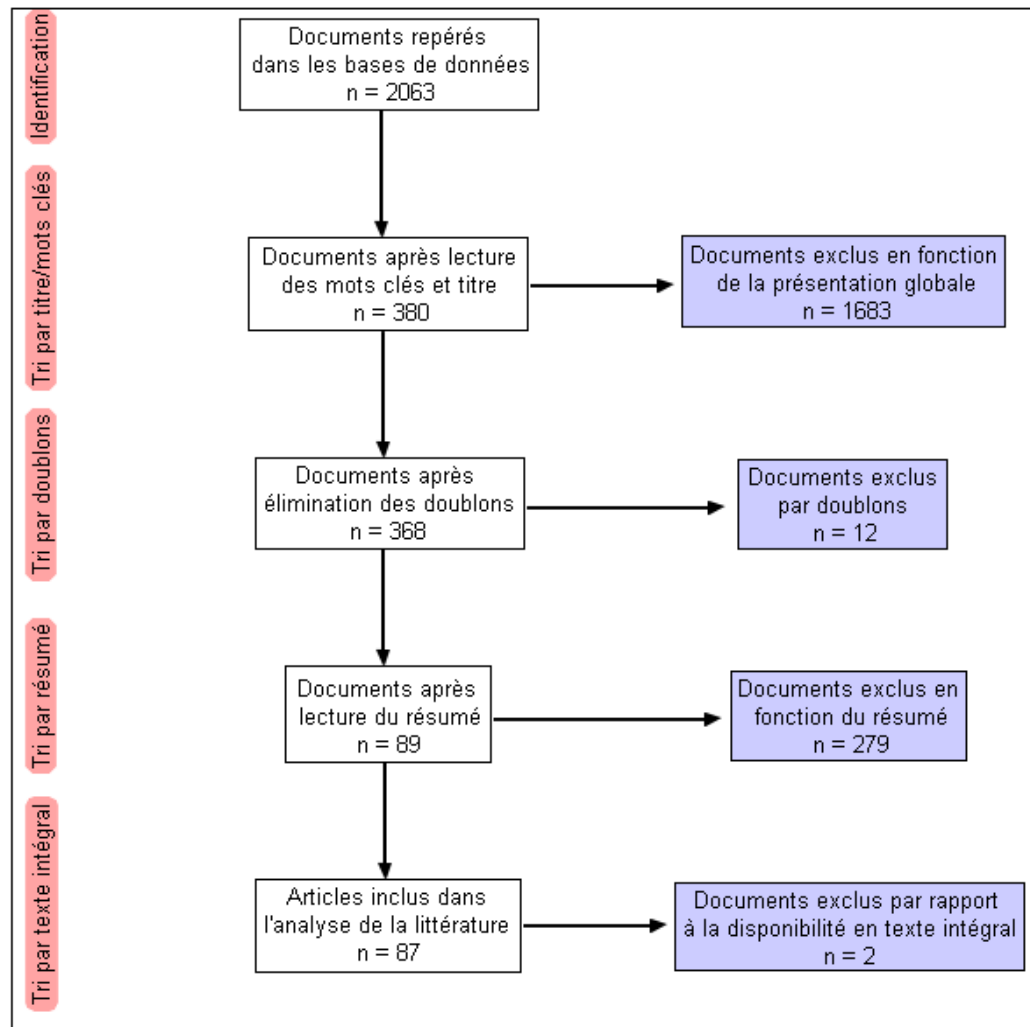


Figure 3 : diagramme de flux

1.4.3 Résultats des articles recensés

Nous ne nous attachons pas aux pourcentages sur les figures ci-après. L'objectif est de visualiser globalement la répartition des pathologies concernées par l'anxiété.

1.4.3.1 Types de pathologies évoquées dans la littérature

Dans un premier temps, nous allons nous attacher à recenser les pathologies retrouvées dans la littérature en lien avec l'anxiété. Pour une meilleure visualisation des résultats, nous les avons synthétisés sur un graphique. (Figure 4)



Figure 4 : Répartition proportionnée des pathologies rencontrées dans la littérature

Après analyse des résultats trouvés dans la littérature, nous pouvons affirmer que toutes les pathologies sont concernées par la présence éventuelle d'anxiété au cours de la prise en charge. Toutefois, il apparaît que les pathologies associées de manière récurrente à des symptômes d'anxiété appartiennent aux domaines respiratoire, cardio-vasculaire et neurologique. Sur la base de données Science Direct, un seul article est recensé, ce qui explique l'absence de résultat. En revanche, sur la base de données PubMed reconnue comme la plus fiable, il existe au minimum un article par domaine. Par ailleurs, la répartition des articles est homogène. Par conséquent, ceci met en évidence que la prise en compte de l'anxiété concerne l'ensemble des pathologies de l'adulte.

1.4.3.2 Echelles d'anxiété retrouvées dans la littérature

Dans un second temps, nous allons identifier les échelles d'anxiété présentées dans la littérature. Nous avons illustré les résultats au travers d'un graphique pour davantage de lisibilité (Figure 5).

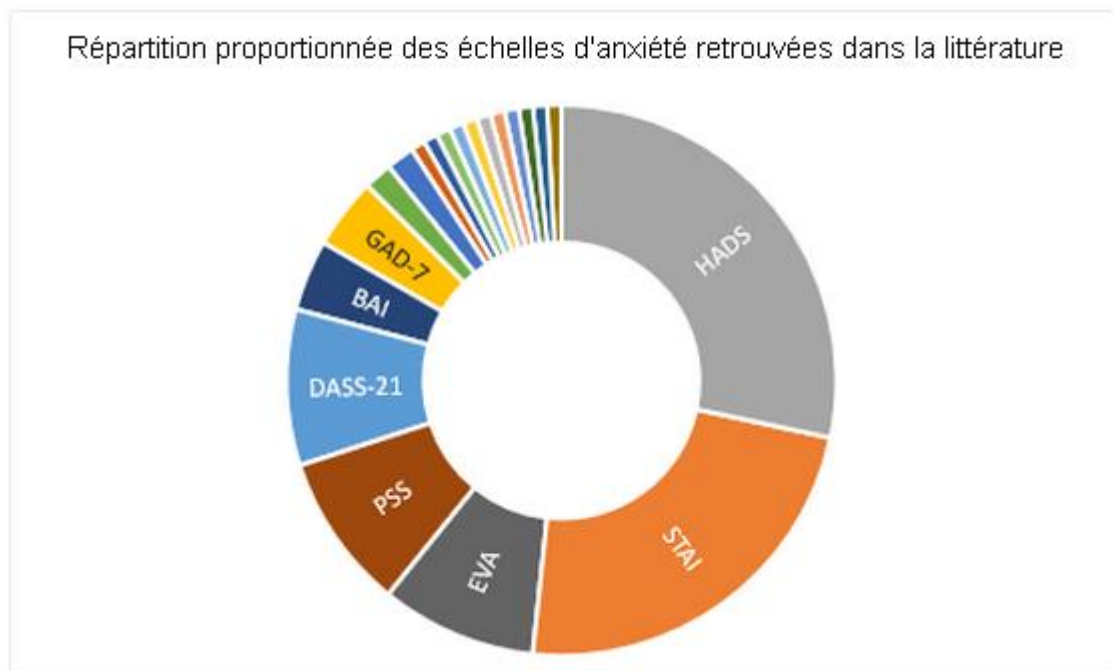


Figure 5 : Répartition proportionnée des échelles d'anxiété retrouvées dans la littérature

La majorité des articles recensés (85/87 soit 97,7%) mentionnent une échelle d'évaluation du stress, accompagnée d'une brève description de son utilisation. Nous remarquons aisément qu'il existe un grand nombre d'échelles à la disposition des professionnels de santé pour évaluer le degré d'anxiété, et de stress. Toutefois, les échelles les plus fréquemment rencontrées sont l'échelle HAD, l'échelle STAI ou encore l'EVA. Selon les auteurs, ces échelles sont fiables et reproductibles. Il existe donc une gamme conséquente d'échelles, utilisables par tous les professionnels de santé dans un souci d'amélioration de la prise en charge.

Enfin, en réponse à ces manifestations, nous allons nous intéresser aux thérapies de lutte contre l'anxiété développées dans la littérature.

1.4.3.3 Thérapies de lutte contre l'anxiété étudiées dans la littérature

Les différentes catégories ont arbitrairement été choisies en fonction des termes énoncés dans les articles. En effet, certains articles mentionnent plusieurs types de thérapies en simultanée comme par exemple l'aromathérapie par massage. En conséquence, les deux catégories ont été cochées. Pour préciser, nous avons décidé d'inscrire la réflexologie dans la catégorie du massage (massage réflexe). Autre exemple, d'autres articles traitent à la fois de la thérapie par la marche associée à la respiration (« breathing and walking »). Dans ce cas, les deux catégories ont également été cochées, au même titre que pour l'aromathérapie associée au massage.

Selon la base de données sélectionnée, les thérapies développées sont différentes. De même, plusieurs bases abordent certaines thématiques que d'autres négligent. Par exemple, l'aromathérapie et l'acupuncture/acupression sont évoquées dans PubMed mais sont inexistantes dans les autres bases de données. De plus, le massage est largement représenté, dans 16 articles sur 57 au total (28%) sur PubMed, ce qui n'est pas le cas sur Réédoc avec 0 article sur 10 (0%). Les résultats obtenus montrent que les techniques non pharmacologiques de lutte contre l'anxiété sont nombreuses et variées. Elles témoignent de la multitude des outils mis à disposition des professionnels de santé pour atténuer les symptômes de stress ressentis.

En effet, au cours des 5 dernières années, une quantité non négligeable d'articles a été publiée (soit un total ici de 87 articles sélectionnés). Aujourd'hui, la prise en charge de l'anxiété suscite de nombreux questionnements, au vu de la diversité des techniques développées. Selon les études, plusieurs de ces thérapies ont fait leurs preuves et ont engendré une amélioration des résultats, quelle que soit la pathologie en jeu. Pour appuyer ce propos, nous pouvons citer l'article de Aidar FJ. énonçant les effets d'un programme d'exercices aquatiques sur la dépression, sur les niveaux d'anxiété et sur la capacité fonctionnelle des personnes ayant subi un AVC ischémique (31). L'auteur annonce à la page 6 que la pratique d'un programme d'exercices aquatiques réduit l'anxiété et améliore les capacités fonctionnelles en disant « [...] *the practice of aquatic exercises promotes improvements in depression and anxiety levels as well as improvements in functional capacity in people who suffered an ischemic stroke.* ». Un autre exemple explicite peut être cité. Alimohammad HS défend dans son article intitulé *Effect of hand and foot surface stroke*

massage on anxiety and vital signs in patients with acute coronary syndrome: A randomized clinical trial que le massage au niveau des mains et des pieds réduit l'anxiété : « *The findings of this research revealed that hand and foot surface stroke massage significantly attenuated the anxiety level [...]* » (p4) (42). La question est de savoir à quel moment appliquer ces techniques, pour quels patients, dans quel contexte, à quelle fréquence.

Pour faciliter la compréhension des résultats nous les avons reportés sur un graphique (Figure 6).

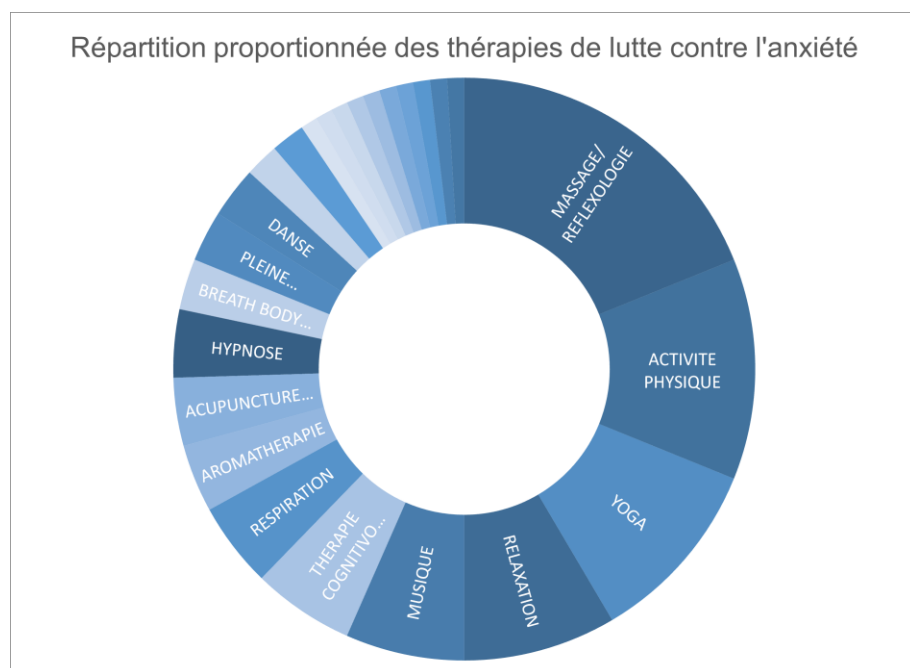


Figure 6 : Répartition proportionnée des thérapies de lutte contre l'anxiété

On remarque sur le schéma qu'il existe une multitude de techniques de lutte contre l'anxiété. La littérature à disposition des professionnels de santé est riche, démontrant que la gestion de l'anxiété est un réel enjeu dans la prise en charge des patients. Les techniques prédominantes sont notamment le massage et l'activité physique. Dans de nombreux articles, le rôle des infirmières quant à cette gestion du stress et la réalisation de ces soins est mis en avant. Par exemple, dans l'article intitulé The effect of hand reflexology on anxiety in patients undergoing coronary angiography : A single-blind randomized controlled trial (77), l'auteur annonce à la page 18 « *Hand reflexology is therefore recommended to be used by nurses as a simple, non-pharmacological and non-invasive method to reduce patients' anxiety before coronary angiograph.* ». Autre exemple : dans l'article The effects of reflexology on anxiety and

pain in patients after abdominal hysterectomy : A randomised controlled trial, l'auteur explique « *Therefore, applying reflexology can be an easy, cheap, effective nursing intervention, and non-invasive method for postoperative pain management after abdominal hysterectomy* » (81). Une grande proportion d'exemples était l'affirmation que les infirmières sont mises en avant pour exercer une technique de massage. Pourtant, cet acte de soins ne figure pas dans leur décret de compétences, alors que ces techniques relèvent des compétences du masseur-kinésithérapeute.

D'après l'article **R. 4311-5** du Code de Santé Publique, le décret de compétences infirmier N°2004-802 mentionne un rôle principal d'« *aide et soutien psychologique* ». La définition même du « *soutien psychologique* » est principalement basée sur l'écoute du patient afin de le rassurer. De plus, le décret inclut la compétence de gestion des « *Activités à visée socio-thérapeutique individuelle ou de groupe* » selon l'article **R. 4311-6**. Il s'agit d'un processus visant à occuper le patient dans des activités de la vie quotidienne (musique, cuisine, théâtre) dans un but d'autonomisation et d'insertion dans la collectivité. Enfin, l'article **R. 4311-7** propose aux infirmiers d'effectuer un « *Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique* ». D'autant que, par définition, les techniques de médiation sont basées sur la communication dans le but de résoudre un problème (97).

Il en va de même concernant le décret de compétences aide-soignant, inscrit au Code de Santé Publique, arrêté du 25 janvier 2005, Annexe IV. En effet, le seul acte en rapport avec des soins tactiles assimilé éventuellement au massage est de pouvoir « *Réaliser des gestes quotidiens permettant d'assurer le confort de la personne (friction de bien-être, ...) et de prévenir les escarres et les attitudes vicieuses* » (article 1^{er}). Néanmoins, dans ce cadre-là, la friction désigne un frottement sur une partie du corps. Il ne s'agit donc pas ici d'une technique de massage à proprement parler. De ce fait, les aides-soignants ne sont pas habilités à procurer des techniques de massage contrairement à ce que sous-entendent certains articles (98).

En revanche, le massage est clairement énoncé dans le décret de compétences des masseurs-kinésithérapeutes N°96-879 du 8 Octobre 1996 du Code de Santé Publique. En effet, l'article 3 mentionne : « *On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire*

d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus » (99). Le massage est la technique qui bénéficie du plus grand nombre de documentations dans la littérature. Le décret de compétences du MK énonce clairement le massage. De plus, l'approche psychologique du masseur-kinésithérapeute est mise en avant dans l'article 2 : « Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie » (99). Le masseur-kinésithérapeute a donc son rôle à jouer dans la prise en charge de l'anxiété, symptôme psychologique fréquemment présent. Enfin, l'activité physique, correspondant par définition à tout mouvement libérant une certaine énergie, est la deuxième technique la plus documentée dans la littérature. Il s'agit également d'une pratique présente dans le décret de compétences du MK, selon l'article 4 : « On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. » (99).

A l'issue de cette analyse des décrets de compétences des infirmiers/aides-soignants (soins de nursing) et des masseurs-kinésithérapeutes, nous constatons aisément que le MK est en première ligne dans la réalisation des techniques de lutte contre l'anxiété. Dans l'objectif de continuité des soins, il est essentiel de se projeter dans une prise en charge pluridisciplinaire. Cette perspective implique une complémentarité des compétences entre 1) les soins de nursing apportant un soutien, une écoute et une assistance verbale ; 2) la rééducation associant le massage, l'activité physique, et la musicothérapie éventuellement (technique fréquemment utilisée dans les cabinets libéraux et représentant une pratique de choix dans la lutte contre l'anxiété d'après la littérature), dans la perspective de réduire le degré d'anxiété ; 3) le recours au psychologue ou psychiatre dans les affections psychologiques sévères, avec l'accord du patient.

Au vu de la charge de travail des infirmiers, des aides-soignants et en adéquation avec la complémentarité des décrets de compétences, il n'est pas dénué de sens de solliciter le masseur-kinésithérapeute dans un unique objectif de bien-être psychique. En effet, il est indispensable pour le patient de trouver un équilibre entre le bien-être physique et psychologique. Effectivement, un mal-être psychique peut influencer la prise en charge, la progression, voire engendrer des conséquences néfastes sur l'état général initial du patient.

Nous pouvons effectivement rappeler la définition de la santé selon l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (100).

1.4.3.4 *Influence de l'anxiété*

Après lecture, nous constatons que 63,64% des articles sur Kinédoc évoquent l'influence de l'anxiété. Elle se manifeste en majorité par l'aggravation des symptômes, engendrant des conséquences plus sévères et une moins bonne qualité de vie. Cependant, Kinédoc est une base de données recensant les mémoires réalisés par les étudiants en 4^{ème} année des différents IFMK de France. Il ne s'agit donc pas d'une littérature scientifique à haut niveau de preuve. A contrario, les autres bases de données, comme Pubmed, ou Pedro par exemple, n'évoquent que 30 à 50% des influences de l'anxiété sur la prise en charge. De ce fait, l'influence de l'anxiété est peu décrite dans la littérature à fort niveau de preuve. Ce manque de recherches validées pourrait expliquer la raison pour laquelle les masseurs-kinésithérapeutes ne s'orientent pas vers une approche de gestion et d'évaluation de l'anxiété auprès de leurs patients.

1.4.3.5 *Bilan par thématique de l'ensemble des articles recensés*

Nous avons réalisé un tableau (Tableau II en Annexe I) recensant l'ensemble des données présentes dans la littérature. Nous remarquons que moins de la moitié des articles recensés (48,28%) parlent de l'influence de l'anxiété sur la prise en charge ou l'aggravation des symptômes. A contrario, les autres paramètres d'analyse (pathologies, échelles et thérapies) sont présentés dans les articles au-delà de 90%. In fine, la littérature est riche dans 3 thématiques sur 4 : 1) la littérature présente de manière détaillée la présence d'anxiété dans la totalité des domaines pathologiques ; 2) la littérature présente un ensemble fourni d'échelles d'anxiété et de stress ; 3) la littérature présente une gamme conséquente d'outils thérapeutiques de lutte contre l'anxiété. La littérature est néanmoins pauvre en éléments tangibles concernant l'influence de l'anxiété sur le corps, sur la progression de la pathologie, sur l'avancée de la prise en charge. Il serait intéressant d'approfondir ces recherches pour étudier l'intérêt d'entreprendre une gestion de l'anxiété dans la prise en charge globale du patient.

L'objet de cette étude est de savoir, du point de vue des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, s'ils trouvent un intérêt à proposer une évaluation de l'anxiété en début de prise en charge. La littérature montre que l'anxiété est un facteur fréquent associé aux pathologies initiales, pouvant avoir une influence sur la progression ou engendrer des conséquences plus délétères, notamment altérer la qualité de vie. Les participants répondront à certaines questions encadrées par un guide d'entretien afin d'identifier leur opinion sur l'évaluation de l'anxiété dans leur prise en charge. Il s'agira ensuite de savoir si le MK propose une approche de gestion de l'anxiété dans sa pratique (bilan ou traitement) et si oui, quelle est cette approche. Enfin nous nous demanderons pour quelles raisons leur avis s'oriente ou pas vers une évaluation de l'anxiété.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Population cible

L'étude s'adresse aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand Est, sans distinction entre le statut de remplaçant, titulaire ou assistant. Selon le Rapport de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire français publié par l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes en Septembre 2017, le territoire français compte 85223 masseurs-kinésithérapeutes libéraux et salariés, dont 50,15% sont des hommes et 49,85% sont des femmes (101).

L'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand Est est recensé dans un document Excel à partir des pages jaunes. 5680 résultats sont obtenus à la date du 31/05/2020. Chaque nom, prénom, adresse, code postal et numéro de téléphone est retranscrit grâce à un code informatique. Par la fonction ALEA sur Excel, les MK sont classés de 1 à 5680 au hasard pour éviter un biais de sélection. Les MK sont alors contactés par téléphone dans l'ordre imposé par la fonction ALEA jusqu'à obtenir un nombre satisfaisant d'entretiens, à savoir 8 entretiens dans cette étude (Détails de la randomisation dans la partie 2.4). Par conséquent, la population présente un total de huit participants, dont deux femmes et 6 hommes. En moyenne, la date d'obtention du D.E. équivaut à 2009 (arrondi à l'entier supérieur).

2.2 Elaboration de la grille d'entretien

2.2.1 Conception du guide d'entretien

Le propos d'introduction utilisé lors des visio-conférences était présenté comme suit :
« Bonjour, je m'appelle Hélène HERZOG. Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'IFMK de Nancy. Je réalise une enquête qualitative autour de la thématique de l'anxiété chez les patients pris en charge en libéral. Afin d'explorer cette thématique, je vous propose cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Cette discussion reste anonyme et dure environ 45 minutes. Acceptez-vous d'être enregistré ? ».

L'entretien semi-directif respecte un plan général et se subdivise en plusieurs parties détaillées ci-dessous. La construction de la grille d'entretien suit trois règles (102). La règle 1 permet d'aborder les thèmes jugés pertinents dans la partie théorique. La règle 2 indique que les questions doivent être formulées de manière à amener la personne interrogée à parler de son vécu (questions ouvertes, pour obtenir le plus d'informations possibles). Il ne faut pas demander à la personne interrogée une définition : l'objectif n'est pas que le professionnel parle de théorie mais plutôt de sa pratique. Enfin, la règle 3 annonce qu'il est nécessaire d'adopter une structure en entonnoir c'est-à-dire ordonner les questions en allant du général au plus particulier, pour conserver tout au long de l'entretien un fil conducteur pertinent. Il est important de terminer l'entretien par *« Avez-vous quelques précisions à ajouter ? »*.

Ici, en partie 1, nous nous présentons pour faciliter les échanges et développer une relation de confiance. La personne interrogée doit se sentir à l'aise pour pouvoir s'exprimer librement. La partie 2 concerne le bilan, afin d'intégrer le premier mot clé dans un contexte de prise en charge très général. Le vrai travail de rebond et d'utilisation des mots de relance commence. En fonction de la réponse des personnes interrogées, l'ordre des questions n'est pas forcément respecté. La partie 3 concerne l'anxiété, permettant d'entrer dans le vif du sujet. La partie 4 désigne la question finale, en réponse à la problématique de départ. (Annexe II) Tous ces éléments dans le déroulement de l'entretien sont en adéquation avec les éléments théoriques énoncés dans le guide d'Hervé FENNETEAU sur l'entretien et le questionnaire (102).

2.2.2 Réalisation du Pré-Test

Deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont été sélectionnés par convenance au sein des enseignants de l'IFMK de Nancy. Ils ont été contactés par mail et ont accepté de participer aux pré-tests de l'étude. Chaque personne a reçu la description brève de l'étude, ainsi que leur inclusion dans le groupe « pré-test ». Les deux pré-tests ont été réalisés en présentiel, à la différence des tests qui ont été effectués en visio-conférence pour faciliter la réalisation des entretiens au vu de la situation sanitaire actuelle. A l'issue de ces temps d'échanges, aucune reformulation a été nécessaire mais une question de méthodologie s'est posée. Si le MKDE était amené à nous interroger sur des définitions ou cherchait des précisions, nous avons décidé de ne pas intervenir et de nous en tenir à la définition posée en amont par le thérapeute. Le but étant de connaître le point de vue subjectif de chacun, une intervention de notre part aurait totalement biaisé les réponses obtenues. Toutefois, si le MKDE devait s'engager sur des thématiques éloignées du sujet, nous n'aurions pas hésité à utiliser des mots de relance ou des reformulations définis en amont lors du pré-test.

2.3 Critères de jugement

2.3.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal porte sur l'intérêt de proposer une évaluation de l'anxiété au sein du bilan diagnostique kinésithérapique selon les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Il s'agit de la réponse à la problématique initiale.

2.3.2 Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires concernent trois éléments : 1) la manière dont les masseurs-kinésithérapeutes proposent une prise en charge de l'anxiété (bilan ou traitement) en mettant en évidence les différents cas de figure ; 2) un lien éventuel de causalité entre l'âge ou le sexe, et l'implication du masseur-kinésithérapeute dans l'évaluation de l'anxiété. Effectivement, l'expérience du MK pourrait influencer la prise en compte ou non de l'anxiété dans la prise en charge ; 3) un lien éventuel de causalité entre l'année d'obtention du diplôme et l'implication du masseur-kinésithérapeute dans l'évaluation de l'anxiété. En effet, la réingénierie a intégré depuis 2015 un enseignement de sciences humaines et sociales, et sciences de l'éducation, permettant une sensibilisation plus poussée à l'approche

psychosociale. Cette modification des enseignements proposés pourrait influencer la prise en charge des MK à terme, et favoriser l'approche psychosociale.

Nous avons réalisé un tableau synthétique des objectifs liés à l'entretien semi-directif dans le tableau III disponible en Annexe III.

2.4 Randomisation

Dans Excel, nous avons réalisé un tirage au sort parmi la liste des 5681 personnes recensées. La fonction « ALEA » est utilisée dans une autre colonne, permettant de renvoyer chaque personne à un nombre volatil compris entre 0 et 1. Nous avons effectué ensuite un tri du plus petit au plus grand sur la fonction « ALEA ». La liste est donc totalement mélangée. Nous avons choisi après cette manœuvre les premières personnes de la liste acceptant de participer à l'étude, jusqu'au 122^{ème} professionnel tiré au sort. Vingt-et-une ont accepté de me transmettre leur mail. Dix-huit personnes ont refusé de participer. Dix-sept personnes n'ont pas mis de numéro de téléphone à disposition dans les pages jaunes. Deux numéros de téléphone correspondaient à des numéros non attribués. Un cabinet est définitivement fermé. 39 n'ont pas donné suite.

2.5 Retranscription des entretiens

Les trois principes fondamentaux de la retranscription d'entretiens semi-directifs sont la fidélité des propos, la compréhension et le respect de l'interviewé. Il faut tout réécrire, au mot près, avec la communication non verbale indiquée entre parenthèses ou entre crochets. Ici, l'interviewer et le transcripteur représentent la même personne, ce qui facilite l'analyse. Les retranscriptions ont été réalisées dans la continuité des entretiens pour garder en mémoire les propos de l'interviewé, ce qui pourrait améliorer le temps et la qualité de la retranscription (103).

2.5.1 Partie 1 : Présentation des outils d'aide à la retranscription des entretiens (logiciel)

Les entretiens ont été retranscrits sur un logiciel de traitement de texte Word, sous un format .docx. Aucun logiciel de retranscription n'a été utilisé, ni de logiciel à reconnaissance vocale pour éviter les surcoûts financiers, éviter les erreurs de retranscription et faciliter

l'analyse. Aucun pédalier de retranscription a été utilisé, ce qui a rajouté le nombre de va-et-vient entre le support de l'enregistrement et le logiciel de traitement de texte (103).

2.5.2 Partie 2 : Enregistrement des fichiers (format et intitulé)

L'enregistrement des entretiens s'est fait via Zoom, via l'enregistreur de l'ordinateur et via l'enregistreur du téléphone portable. Seul un des entretiens sur les 8 s'est déroulé sur WhatsApp avec un enregistrement via l'enregistreur de l'ordinateur et un enregistrement via l'enregistreur du téléphone portable. Les sauvegardes des documents Word se sont faites progressivement au fur et à mesure de la retranscription. Chaque document a été sauvegardé en supplément sur une clé USB et envoyé par mail sur une adresse professionnelle, en cas de défaut informatique. L'intitulé des documents a été uniformisé sous la forme « E... » pour « Entretien... ». Les documents ont été datés au jour de l'entretien sous le format année/mois/jour (103).

2.5.3 Partie 3 : Application concrète du principe de fidélité

Le transcripteur doit conserver les formulations telles qu'elles sont prononcées par l'interviewé, même si elles constituent une faute d'orthographe, de grammaire ou de syntaxe. Il faut faire figurer les pauses, les moments où l'interviewé réfléchit, les soupirs, les tics de langage. Nous pouvons les mettre directement dans le texte sans distinction, ou les insérer entre guillemets (103).

2.5.4 Partie 4 : Mise en forme typographique

Nous avons appliqué quelques règles typographiques lors des retranscriptions. Il ne faut pas utiliser d'abréviation et ne pas abuser des apostrophes (notamment lorsque l'interviewé fusionne des mots, « *J'sais pas* » par exemple). Les règles de ponctuation ont été respectées (notamment les espaces). Des guillemets sont utilisés lorsque l'interviewé fait des citations. Si les interlocuteurs utilisent des locutions latines ou grecques, ces dernières doivent être mises en italique, ainsi que les termes en langues étrangères ou encore les noms propres. Les chiffres ont été retranscrits en toutes lettres dans la mesure du possible, à l'exception des années, des ordinaux ou des grands nombres. Les parenthèses ou les crochets ont été utilisés

pour indiquer le paratexte. Il est également important de ne pas confondre le tiret long, le tiret court et le tiret d'union (103).

2.5.5 Partie 5 : Mise en page des entretiens

Le modèle de retranscription ainsi que les huit retranscriptions effectuées dans ce travail de recherche sont disponibles en Annexe IV.

2.6 Protection des données

La protection des données est placée sous le contrôle du RGPD (Règlement général de la protection des données).

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) impose une information « *concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, en des termes clairs et simples* » des personnes concernées. Cette obligation de transparence est définie aux articles 12, 13 et 14 du RGPD. La CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) fait le point sur les mesures permettant de respecter cette obligation. Dans le cas présent, il a été énoncé avant l'entretien auprès des masseurs-kinésithérapeutes (104-105) : 1) la raison pour laquelle les données sont collectées : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études ; 2) la compréhension de l'utilisation des données : retranscription au mot près dans le cadre d'un entretien semi-directif ; 3) la maîtrise des données : aucune information ne sera sortie de son contexte ou déformée ; 4) la base légale (consentement des masseurs-kinésithérapeutes à la participation à l'entretien et à l'exploitation des données, anonymat conservé) ; 5) le droit des personnes concernées : droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de traitement, droit au retrait du consentement à tout moment ; 6) les destinataires (professionnels et étudiants de l'IFMK) ; 7) la durée de conservation des données : jusqu'au rendu et à la validation du mémoire de fin d'études.

Pour garantir la bonne compréhension des informations relatives aux entretiens semi-directifs, un vocabulaire simple a été utilisé, sans utilisation de termes juridiques, de termes abstraits ou ambigus. L'information est délivrée par l'interlocuteur par échange écrit (via email) et par l'interlocuteur (via visioconférence). L'information est donc répétée deux fois pour s'assurer de la bonne délivrance de l'information. L'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes

dispose de nos coordonnées et a donc la possibilité de nous joindre en cas de retrait du consentement par exemple (105).

Une fois les données recueillies, il faut pouvoir les sécuriser sur l'ordinateur, notamment en évitant les pertes de données ou les risques de piratage. Certaines actions simples peuvent déjà être mises en place : changer fréquemment de mot de passe si possible, choisir un mot de passe complexe avec des lettres majuscules et minuscules, des lettres et des caractères spéciaux, ou encore mettre à jour l'antivirus (104). (Cf Annexe V)

3 RESULTATS

La population sélectionnée se compose de huit personnes, dont deux femmes et six hommes. En moyenne, le diplôme d'Etat de Masso-kinésithérapie a été obtenu en 2009 (arrondi à l'entier), avec une année minimale égale à 2001 et une année maximale à 2020. Les personnes sélectionnées ont entre trois mois et dix-huit ans d'expérience en libéral, permettant ainsi de recueillir l'avis d'une large gamme de profils de masseurs-kinésithérapeutes.

3.1 Le bilan général et bilan de l'anxiété

Concernant le bilan général de la prise en charge kinésithérapique, 100% (8/8) utilisent un bilan dès l'arrivée du patient. E1 laisse le patient parler, exposer sa pathologie et le motif de consultation sans l'interrompre, et pose ensuite les questions qui l'intéressent en fonction de la pathologie du patient (E1-L45-48). E2 expose l'organisation de son bilan : « *Mais je pars toujours du spécifique, pourquoi il vient, et ensuite, en fonction des réponses qu'il me donne, j'essaie de comprendre pourquoi il a eu ça* » (E2-L90-92) et en disant souvent, les patients « *arrivent assez bien à décrire ce qu'ils ont* » (E2-L80). Il faut prendre le temps de parler et de comprendre lors du bilan selon E3 (E3-L68). E4 expose les étapes du patient dès son arrivée : « *On l'installe dans sa salle, on lui laisse le temps de s'installer une ou deux minutes. Puis on revient et on commence à discuter avec lui, voir comment ça va aujourd'hui* » (E4-L29-30). E5 intègre son bilan au traitement en disant : « *quand je reçois un premier patient, je ne me pose pas et je ne pose pas plein de questions. Je commence mon travail et c'est au fur et à mesure que je pose mes questions, je regarde par moi-même* » (E5-L44-46). E6 annonce que « *Tu ne peux pas concevoir de faire un traitement kiné si tu n'as pas fait un bilan avec au départ* » (E6-L294-295). E7 base son bilan sur l'observation en analysant « *la façon dont il arrive, dont il*

s'assoit » (E7-L34), l'écoute, et construit l'anamnèse. Enfin, E8 réalise un bilan classique basé sur l'anamnèse (E8-L68-72), l'évaluation de l'amplitude (E8-L68), de la force (E8-L68) et des capacités fonctionnelles (E8-L72), permettant selon lui de montrer son professionnalisme, d'orienter le diagnostic, d'assurer le suivi du patient et de donner le sentiment au patient qu'« *Ils sont un peu mieux pris en charge* » (E8-L100).

L'intégration de l'évaluation de l'anxiété au bilan classique semble être subjectif pour 100% (8/8) des kinésithérapeutes interrogés. E1 pense que « *ça va être très important ce premier bilan sur l'aspect psychologique pour le patient parce que le fait d'être écouté, de donner le sentiment-là, donne le sentiment d'être vraiment écouté et pris en charge* » (E1-L108-110). E1 annonce également « *Oh, c'est subjectif, je n'évalue pas* » (E1-L191). Selon E2, « *C'est un ressenti que moi je peux me faire* » (E2-L100). Selon E3, « *c'est un ressenti, il y a un feeling* » (E3-L80). E4 convient que « *C'est quelque chose qu'on peut mettre effectivement « Assez anxieux. A rassurer ». Mais c'est vrai qu'on ne l'évalue pas particulièrement* » (E4-L115-116). E5 dit « *moi en général, j'arrive à percevoir les gens, s'ils sont plutôt anxieux* » (E5-L48). E6 annonce qu'il n'a pas « *d'interrogatoire particulier sur la partie psychologique parce que ceux qui ont besoin d'en parler, ils vont en parler [...]. Je ne suis pas psy* » (E6-L343-345). E7 base le bilan de l'anxiété en partie sur l'interrogatoire : « *la profession toujours, la situation familiale. Parce qu'un divorce, ou quand ils sont veufs, ou quand ils viennent d'être parents, peu importe l'âge, la situation pour savoir l'à côté* » (E7-L47-49). E8 dit « *Je ne l'aborde pas cartes sur table, ça se fait tout seul, c'est implicite. [...]. Le patient, il s'en rend compte, et au lieu de lui dire directement ou de lui faire comprendre, je trouve que c'est un peu malaisant de faire tous les questionnaires qui existent* » (E8-L137-148). Selon E8, « *Il faut l'apporter de manière implicite et pas avec tout le monde* » (E8-L237-238). E8 conclut en disant « *Je préfère être subjectif parce que je me dis le stress est une entité particulière, propre à chacun, plus importante à déceler que des critères principaux que tu pourras retrouver chez plusieurs personnes qui ne sont pas anxieux d'ailleurs* » (E8-L485-488).

La manière de réaliser un bilan de l'anxiété selon les kinésithérapeutes libéraux interrogés porte essentiellement sur l'interrogatoire (7/8). Chaque kinésithérapeute a une approche qui lui est propre, au travers d'un bilan réalisé au fur et à mesure de la prise en charge (1/8), ou encore par l'intermédiaire d'un test d'élévation des membres inférieurs pour estimer la tension musculaire globale (1/8), si les douleurs et lésions persistent ou reviennent

dans le temps (1/8). D'autres propositions ont été énoncées (Détails de la manière de réaliser un bilan de l'anxiété selon les kinésithérapeutes interrogés disponible en Annexe VI dans le Tableau IV). La manière de réaliser le bilan de l'anxiété est présentée sur la figure 7 ci-dessous.

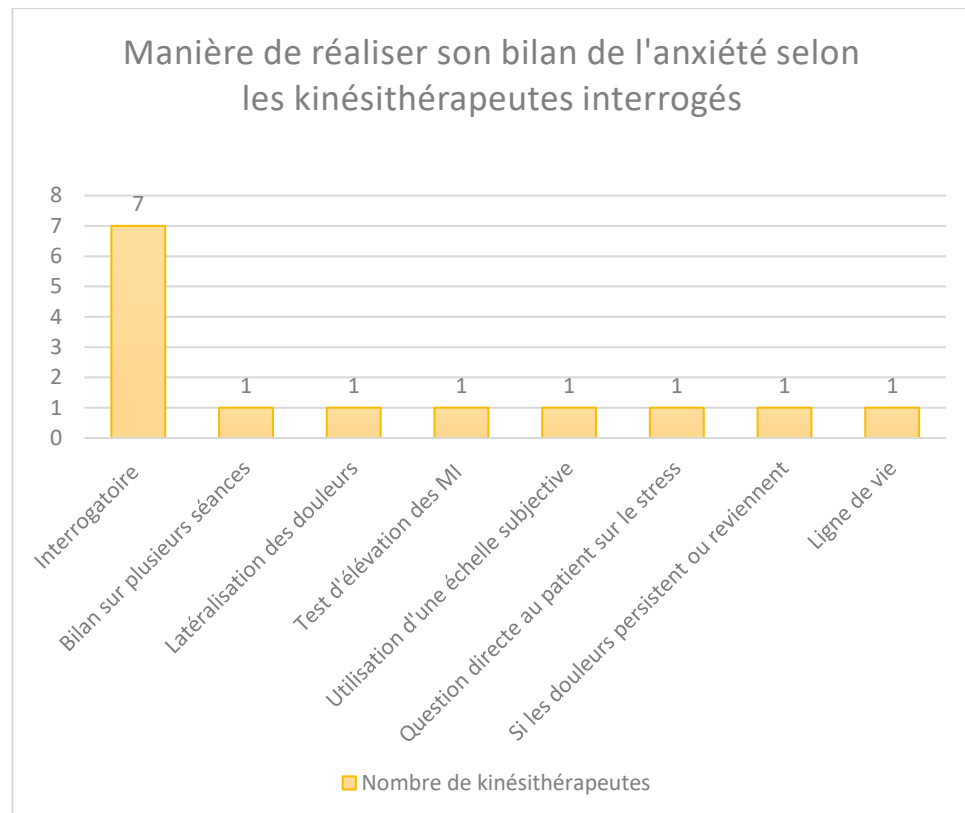


Figure 7 : Représentation graphique des techniques de bilan utilisées selon les kinésithérapeutes libéraux interrogés

3.2 Les facteurs prédictifs

Les facteurs prédictifs d'anxiété chez un patient peuvent être séparés en deux catégories : à l'interrogatoire et visuellement.

A l'interrogatoire, le masseur-kinésithérapeute pose des questions ciblées sur l'état psychologique, les douleurs, le parcours de soin, ou encore le mode de vie. Sept MK interrogés sur huit donnent des exemples de facteurs prédictifs recueillis au moment de l'anamnèse. Concernant les troubles cognitifs, deux MK sur huit mentionnent la fatigue (E3-L345 ; E6-L481) en évoquant un « *épuisement à cause de la charge mentale, du stress* » (E1-L278), et

un sur huit mentionne la « *perte d'énergie* » (E6-L481), les troubles du sommeil (E7-L149 ; E6-L373), les crises de panique (E7-L139) ou encore les « *coups de blues* » (E2-L137). Cinq MK sur huit abordent la présence de la somatisation possible du stress sous différentes formes : « *capsulite rétractile* » (E1-L251), « *torticolis* » (E1-L252), « *lumbago* » (E3-L345), « *douleurs lombaires/thoraciques* » (E5-L60-61 ; E6-L324), « *Boule au ventre* » (E1-L268-269 ; E8-L464), « *maux de tête* » (E3-L345 ; E5-L106 ; E8-L391), etc (détails des autres éléments douloureux en annexe VII). Un MK sur huit énonce l'aspect du parcours de soins, notamment si le patient a tendance à cumuler les professionnels de santé, « *si tu vois une personne qui a déjà été mal prise en charge avant ou s'il s'est senti mal pris en charge avant, avec d'autres kinés ou d'autres thérapeutes, et que tu sens que la personne est un peu réticente* » annonce E8 (E8-L142-143). Enfin, quatre MK sur huit mettent en avant l'importance de connaître le mode de vie et le comportement du patient vis-à-vis notamment de sa position, de son observance à son traitement ou à son rythme de vie. E3 pense d'ailleurs que « *le vrai anxieux va tout faire pour aller mieux, il ne supporte plus d'être anxieux donc il va le faire* » (E3-L236-237) et qu'« *il y a l'anxieux qui veut aller mieux, il y a l'anxieux qui ne veut pas forcément aller mieux et il y a celui qui veut des attestations* » (E3-237-239). Le comportement du patient est à la jonction entre les informations que nous pouvons recueillir de lui lors de l'interrogatoire, et l'observation que nous pouvons faire par nous-mêmes. Ceci débouche sur la deuxième catégorie : l'appréciation visuelle du thérapeute à l'égard de son patient.

En effet, dans un second temps, le masseur-kinésithérapeute observe l'état cutané, l'aspect global, la manière de respirer, l'état de tension musculaire et enfin l'attitude posturale du patient. Cinq MK sur huit pensent que l'état cutané est un critère révélateur d'un état de stress sous-jacent. Ils mentionnent notamment les « *rides* » (1/8) (E1-L172), « *l'eczéma* » (1/8) (E1-L278), ou encore la transpiration (3/8) (E1-L175 ; E2-L154 ; E3-L342). L'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes interrogés énumèrent certains éléments de présentation générale et comportementale du patient significatifs, selon eux, d'un état de stress. Six MK sur huit mentionnent l'importance d'écouter son patient parler, sa « *façon de verbaliser* » selon E3 (E3-L105) : ceux qui posent beaucoup de questions (E2-L116 ; E4-L106 ; E8-L329-330), « *il répétait en boucle les mêmes choses* » (E6-L373-374) par exemple. Par ailleurs, trois masseurs-kinésithérapeutes accordent leur attention à la respiration, notamment « *costale haute* » pour un d'entre eux (E8-L380). Un autre critère de prédilection du stress est la tension musculaire pour six MK sur huit, notamment décrite au niveau des « *trapèzes* » (E5-L66) ou des « *masséters* » (E8-L398). Enfin, cinq MK sur huit s'arrêtent à analyser l'attitude posturale

de leur patient. Selon eux, l'attitude du patient stressé est caractérisée par une « *élévation d'épaules* » (3/8) (E4-L81 ; E5-L66 ; E7-L198-199), une « *attitude en protection* » (1/8) (E7-L124), une posture de fermeture (1/8) (E8-L503). (Détails des facteurs prédictifs en Annexe VII dans le tableau V).

Nous avons schématisé les réponses apportées au cours des entretiens semi-directifs dans la figure 8 ci-dessous :

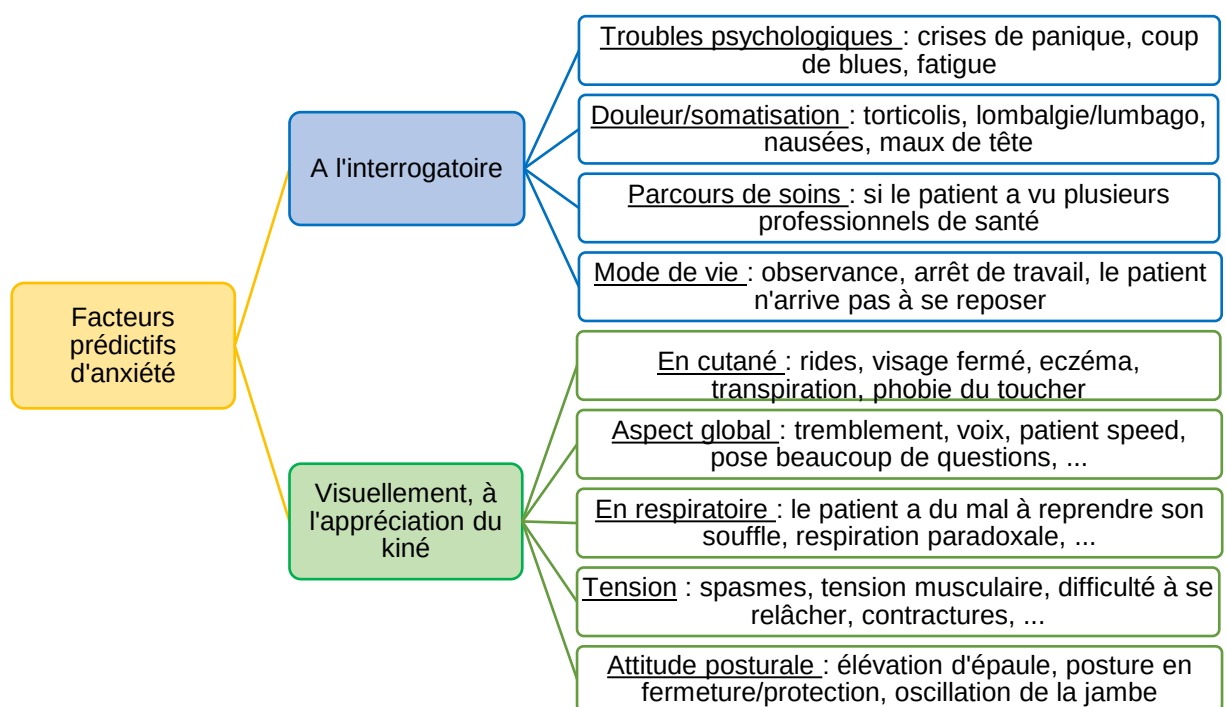


Figure 8 : Schéma des facteurs prédictifs d'anxiété selon les kinésithérapeutes libéraux interrogés

3.3 Les traitements mis en place contre le stress

L'attitude du masseur-kinésithérapeute face à cette anxiété est très variée. De nombreuses thérapies sont mentionnées par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux interrogés : la plus fréquemment citée est le travail relationnel (8/8), puis le travail musculo-tendineux (6/8), et enfin le travail ostéoarticulaire (5/8). Huit masseurs-kinésithérapeutes sur huit pensent que le travail relationnel a un impact positif sur le stress, notamment au travers de différentes actions : expliquer au patient (3/8) (E1-L92 ; E2-L176 ; E8-L513), être à l'écoute (4/8) (E1-L306 ; E3-L402-403 ; E5-L161-162 ; E7-L270), rassurer et reconforter le

patient (4/8) (E1-L309-310 ; E2-L147 ; E4-L127-145 ; E8-L268) ou encore favoriser la discussion (5/8) (E1-L206 ; E4-L124 ; E6-L388 ; E7-L269 ; E8-L155-157). E1 dit d'ailleurs qu'« avant de vouloir donner une réponse, rien que de les écouter entièrement, ils ont déversé une énergie négative qui sont en eux et ils l'ont mis en dehors » (E1-L305-307). Cinq MK sur huit mettent en avant le travail ostéoarticulaire, avec l'ostéopathie pour trois d'entre eux (E1-L208-209-2019 ; E2-L218 ; E3-L254), mais aussi l'utilisation de mobilisations douces de faible amplitude pour deux MK sur huit (E2-L214-215 ; E4-L123). Le travail musculo-tendineux est développé par six MK sur huit, dont la principale technique énoncée est le massage (7/8) (E1-L218-300 ; E2-L211 ; E3-L59 ; E5-L55 ; E6-L374-388 ; E7-L206 ; E8-L258-561). En effet, E1 dit « J'ai des personnes, quand ils viennent, le massage c'est vraiment une bouffée d'oxygène, même pendant leur semaine. [...] C'est un moment où on arrive à faire baisser d'un cran par un bon massage détente une fois par semaine » (E1-L298-299-300-301). L'étirement est la deuxième technique mise en avant par les masseurs-kinésithérapeutes, par quatre d'entre eux (E2-L211 ; E3-L59-360 ; E7-L154 ; E8-L560). D'autres approches sont proposées par les MK interrogés, comme les psychothérapies pour cinq MK sur huit (E1-L256 ; E3-L253 ; E5-L87 ; E6-L321 ; E8-L571-572), ou encore un travail respiratoire pour quatre MK sur huit (E3-L232 ; E5-L86-87 ; E7-L151 ; E8-L549-553). (Détail des thérapies utilisées par le MK face à l'anxiété en Annexe VIII dans le tableau VI).

Ces approches thérapeutiques, en dehors de la psychothérapie, ou de la micro-kinésithérapie et médecine chinoise qui sont des spécialités, sont toutes issues du décret de compétences de masso-kinésithérapie.

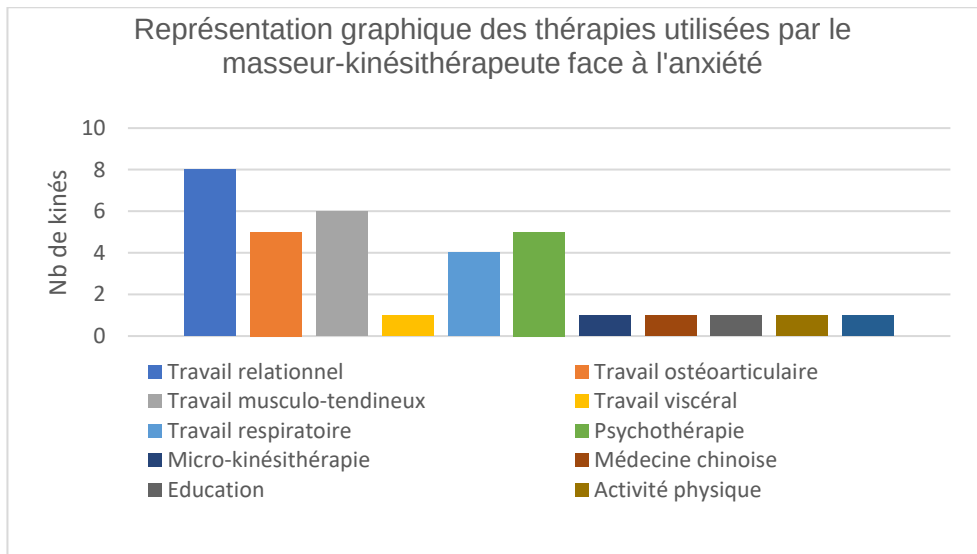


Figure 9 : Représentation graphique des thérapies utilisées par le MK face à l'anxiété

Globalement, il faut s'adapter au patient en lui proposant des techniques plus douces (E2-L214-215 ; E4-L123). Le travail en équipe pluridisciplinaire est indispensable pour garantir au patient une prise en charge globale optimale de l'ensemble de ses troubles (E6-L338-339). Il faut également rendre le patient acteur de sa prise en charge d'après E8 (E8-L589).

En résumé, certaines thérapies prédominent pour lutter contre l'anxiété, comme le travail des muscles sous-occipitaux, l'écoute et le massage. Néanmoins, certains kinés pensent qu'il n'y a pas une seule approche à envisager face à un patient anxieux mais que la technique la plus efficace sera celle la mieux adaptée au patient en question (pas universel). E3 dit « *Vraiment, aucun cas n'est similaire* » (E3-L379). E5 pense qu'« *on peut donner des conseils, mais après, s'il y a vraiment une technique, ça m'étonnerait* » (E5-L126-127). E6 dit que « *quand le patient il arrive, tu vas utiliser les outils qui sont à ta disposition pour soigner ton patient* » (E6-L552-553). (Voir figure 10 ci-dessous)

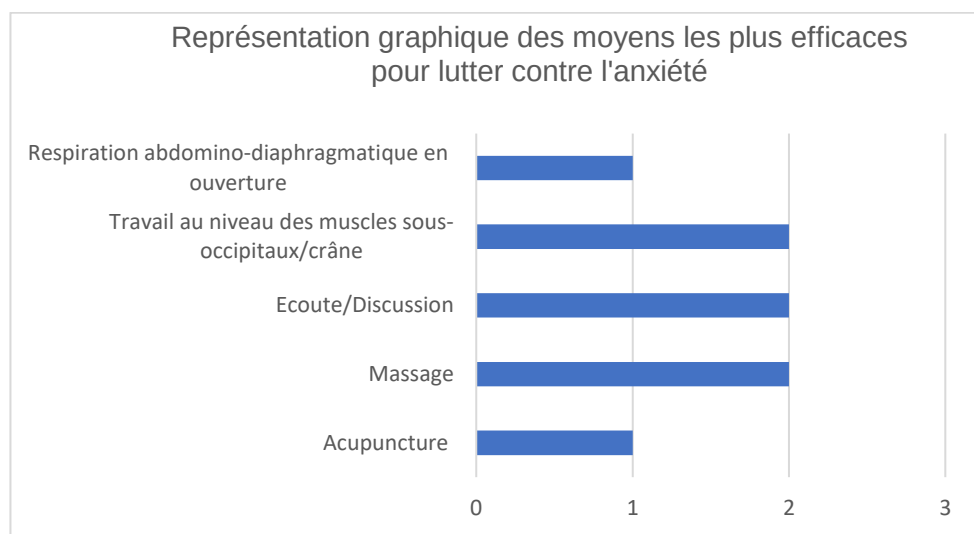


Figure 10 : Représentation graphique des moyens les plus efficaces pour lutter contre l'anxiété selon les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

3.4 Les pathologies les plus concernées par l'anxiété

Les pathologies les plus fréquemment citées par les masseurs-kinésithérapeutes concernent la neurologie (5/8) (« *douleurs nerveuses* » pour E2-L230, « *AVC* » selon E5-L113 par exemple), la rhumatologie (4/8) (« *cervicalgie* » selon E3-L350 et E8-L780, « *lombalgie* » selon E8-L797, « *capsulite rétractile* » pour E4-L138, « *algodystrophie* » d'après E5-L113), les pathologies chroniques (3/8) (E2-L124-125 ; E4-L183 ; E6-L508) et les pathologies

ostéoarticulaires (3/8) (E3-L351 ; E4-L199-200 ; E7-L104). Ici, il existe un biais avec le terme « *grosses maladies* » (E7-L227-228) dont le sens manque de précision. Ce terme est dépendant de l'interprétation de chacun. Nous ne savons pas quelles pathologies sont placées dans la catégorie « *grosses maladies* ». Ça peut être un cancer, une pathologie neurologique, une pathologie chronique par exemple. Pour éviter une interprétation erronée, une catégorie à part entière a été créée pour cette dénomination de « *grosses maladies* ». Par ailleurs, E1 a un point de vue différent des autres masseurs-kinésithérapeutes interrogés : « *Je dirai que c'est plutôt l'inverse, c'est l'anxiété qui va générer les pathologies* » (E1-L266). (Détail des pathologies les plus concernées par l'anxiété en Annexe IX dans le tableau VII). Les pathologies les plus fréquemment citées par les MK sont présentées dans la figure 11 ci-dessous :

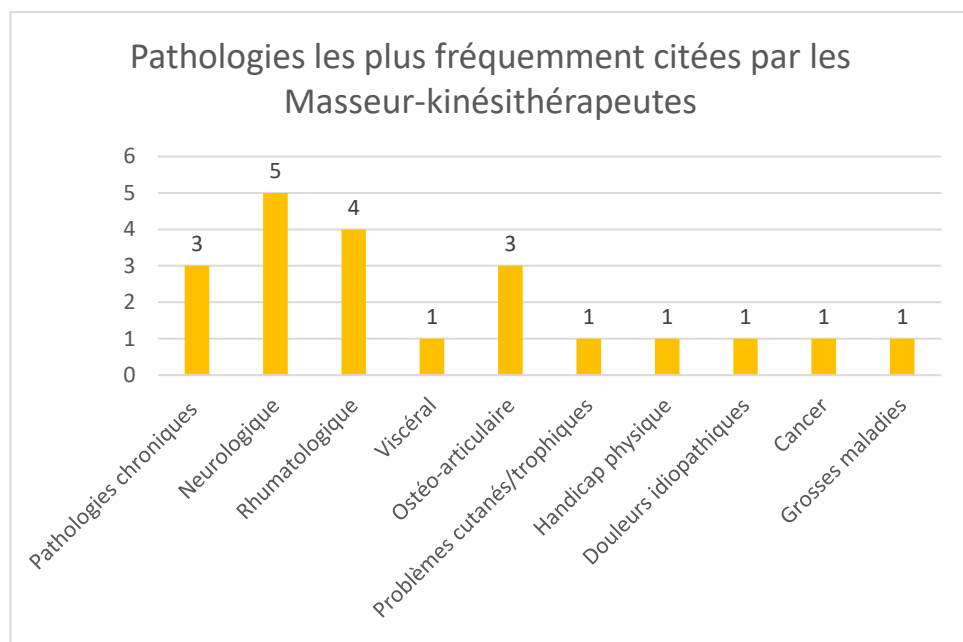


Figure 11 : Pathologies les plus fréquemment citées par les masseurs-kinésithérapeutes

3.5 Le pourcentage de patients stressés

Les réponses quant au nombre de patients concernés par l'anxiété sont très hétérogènes. Cinq MK sur huit pensent qu'il s'agit d'une minorité : « *je dirai que c'est entre 30 et 50% des gens quand même* » selon E1-L312, 0% pour E2 en disant « *Je n'ai pas eu de cas qui avait vraiment du mal à le gérer, chez qui j'ai dû faire intervenir chez des spécialistes ou* ».

quoique ce soit » (E2-L190-192), 20-30% pour E4-L161, 5-10% pour E6-L498 et enfin, E8 annonce qu'« il y a en gros même pas 5% des personnes qui sont répertoriés comme anxieux et qui sont vraiment hyper stressés » (E8-L730-731). Trois MK sur huit pensent qu'il s'agit d'une majorité : 90% pour E3-L321, 60-70% pour E5-L103, 80% pour E7-L173. Certaines personnes considèrent que « Tout le monde est anxieux mais à des degrés différents quoi » (E1-L242). C'est également l'avis de E2 qui dit que « Les gens ont toujours de l'anxiété mais la plupart est pas mal gérée je trouve » (E2-L190). L'ensemble des interlocuteurs ont trouvé cette question difficile et certains ont même énoncé « Après, je ne sais pas, ils ne le montrent pas » (E2-L189-190).

La figure 12 ci-dessous expose le pourcentage de patients stressés selon les MK libéraux interrogés. 62% des MK pensent que les patients stressés concernent une minorité de patients et 38% des MK pensent qu'ils concernent une majorité de patients dans leur patientèle.

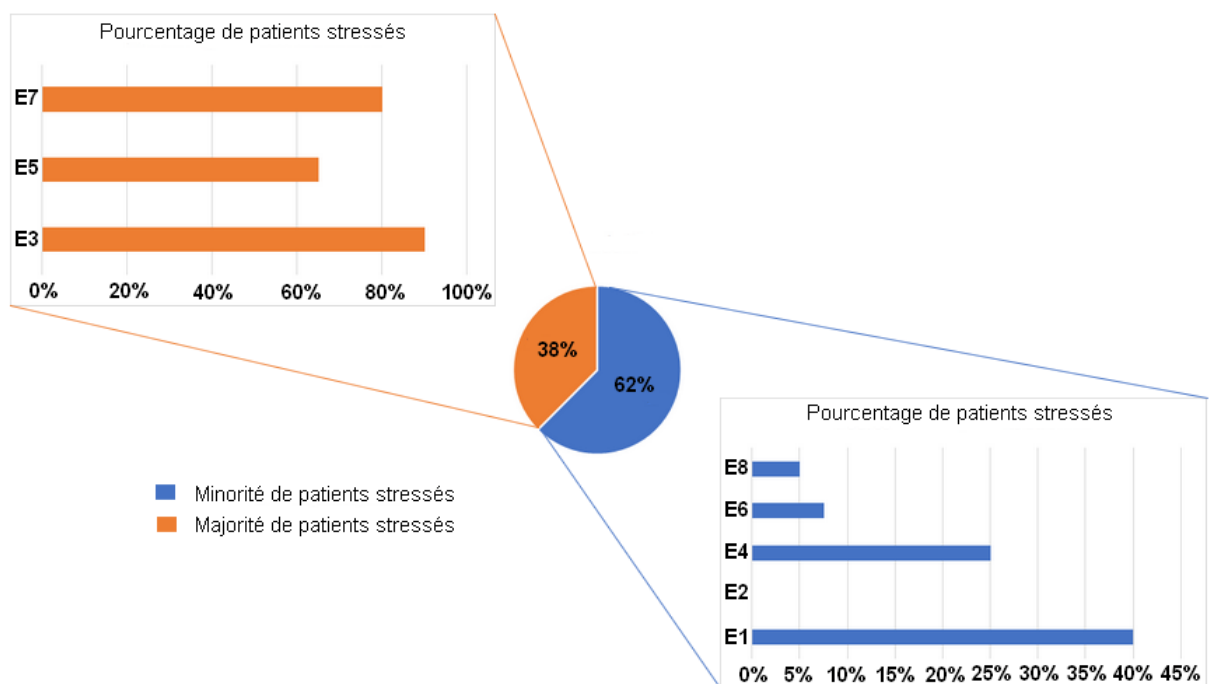


Figure 12 : Représentation graphique croisée du pourcentage de patients stressés pour les MK interrogés selon que ces patients représentent une majorité ou une minorité de leur patientèle

3.6 Les avantages et les inconvénients de la mise en place d'un outil d'évaluation de l'anxiété

Les masseurs-kinésithérapeutes ont mis en évidence les avantages et les inconvénients à proposer une évaluation de l'anxiété aux patients lors du BDK.

Concernant les avantages, deux MK sur huit pensent qu'une évaluation de l'anxiété pourrait représenter un intérêt lors des transmissions entre professionnels de santé. E3 « *pense qu'un outil bien adapté pourrait révolutionner le monde de la kiné, ça c'est clair, ouais ouais* » (E3-L405-406). E6 pense d'ailleurs que « *chez tous les gens qui n'ont pas une intuition des problématiques des gens, avoir ça dans le bilan, c'est une bonne idée* » (E6-L602-604). Les autres avantages cités sont propres à chacun des MK interrogés, et ne sont mentionnés qu'une seule fois. (Détails des avantages et inconvénients en Annexe X dans les tableaux VIII, IX et X). Voici ci-dessous la figure 13 présentant l'ensemble des avantages à proposer une évaluation de l'anxiété aux patients :

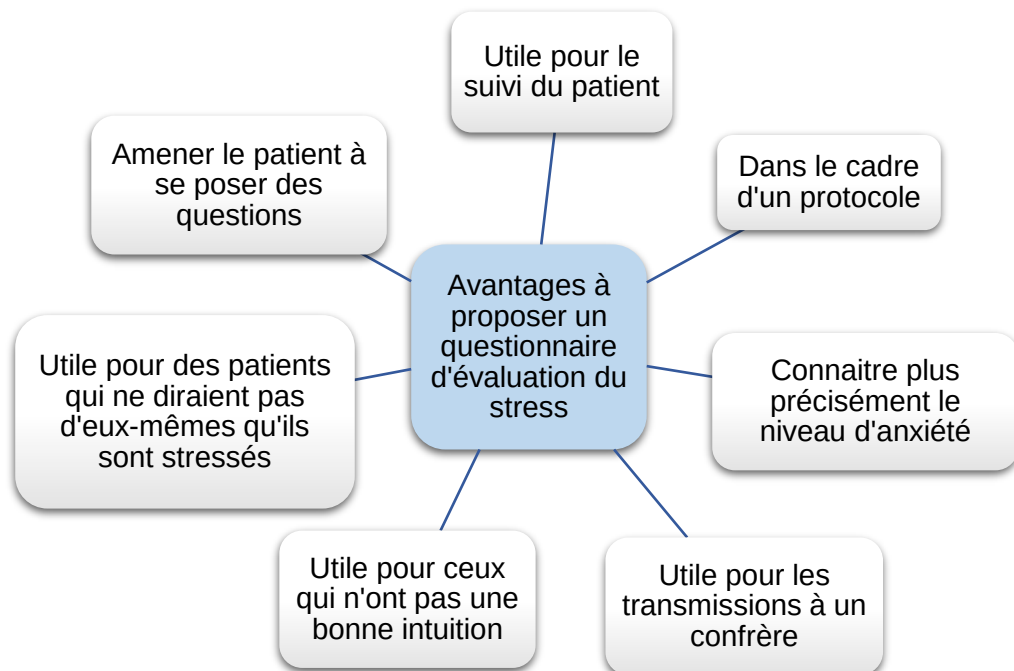


Figure 13 : Schéma des avantages à proposer un questionnaire d'évaluation du stress

Concernant les inconvénients énoncés sur la figure 14, deux MK sur huit annoncent ne pas savoir quoi faire d'un questionnaire ou d'une évaluation de l'anxiété. E2 dit d'ailleurs « *Moi je n'en fais pas parce que je ne saurai pas quoi faire de plus avec* » (E2-L241). De plus, deux

MK sur huit craignent que le patient le prenne mal si nous lui proposons un questionnaire que le patient doit lui-même remplir. En effet, E7 annonce qu'« *il faut savoir l'aborder avec le patient parce que j'ai déjà eu aussi des patients qui me disaient « oui de toute façon, on m'a dit que c'était dans ma tête. Et ils le prennent mal du coup »* » (E7-L258-260). E6 aborde la notion financière en disant « *Je te dirai donc que d'un point de vue économique, rajouter la dimension psychologique dans notre travail de kiné sur le premier bilan, c'est compliqué et peut-être inutile parce que tu vas avoir ces informations par la suite, ou pas* » (E6-L611-614). Les autres inconvénients ne sont cités qu'une seule fois et sont présentés sur le schéma ci-dessous (Détails des avantages et inconvénients en Annexe X dans les tableaux VIII, IX et X) :

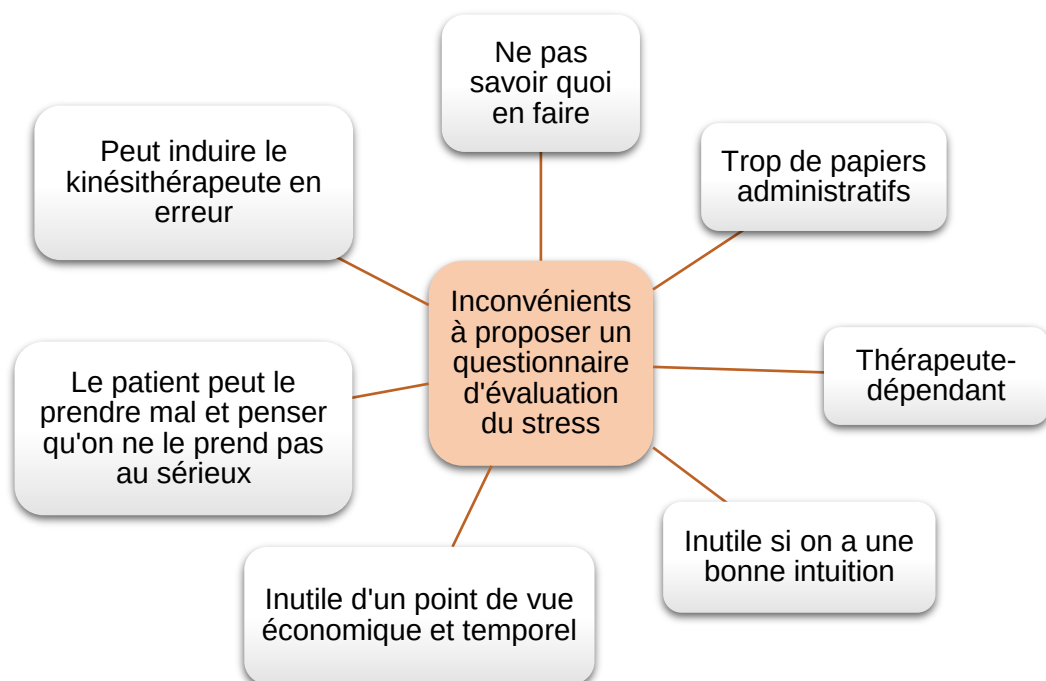


Figure 14 : Schéma des inconvénients à proposer un questionnaire d'évaluation du stress

En abordant les avantages et les inconvénients, certains MK interrogés envisagent des solutions pour pallier aux inconvénients existants, faisant le parallèle avec la partie Discussion suivante. En effet, E7 pense qu'il faudrait un questionnaire « *qu'on puisse remplir tout au long de la prise en charge de la personne* » (E7-L252-253). Il dit « *Mais c'est clair, je le vois pour moi dans ma pratique quotidienne, c'est lié, on ne peut pas séparer le physique et le psychologique* » (E7-L253-255). E8 soumet l'idée de faire un questionnaire et de le garder pour nous, « *parce que le patient, on ne sait jamais comment il va réagir face à ça* » (E8-L866).

Néanmoins, un questionnaire n'est intéressant que si « *on sait quelle attitude avoir avec ce type de patient en fonction du bilan* » d'après E2-L243-244. E8 dit qu' « *on n'est pas psychologue* » (E8-L845-846) pour justifier qu'il préfère rester subjectif dans son approche de l'anxiété. Certains masseurs-kinésithérapeutes interrogés pensent que le patient se confie au fur et à mesure de la prise en charge, comme le dit E7 en disant que « *la première séance, c'est un petit peu compliqué d'aborder les choses comme ça parce que le patient ne va pas nous faire confiance tout de suite* » (E7-L245-246). E6 pense que « *c'est aussi compliqué parce que si le patient n'a pas envie de te parler de ça, il ne va pas te parler de ça* » (E6-L614-615).

4 DISCUSSION

4.1 Le bilan

En opposition avec la littérature, nous pouvons donc remarquer que les masseurs-kinésithérapeutes n'utilisent pas les échelles d'anxiété existantes. Les articles témoignant de l'utilisation d'une évaluation plus objective de l'anxiété concernent les protocoles scientifiques dans le cadre d'une étude sur le terrain. Par exemple, Antoine COULIS aborde lors de son mémoire de fin d'études les effets d'un massage du rachis par pressions glissées profondes en réponse à l'anxiété de patients hospitalisés atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive stade III en post-exacerbation (4). Effectivement, les patients BPCO sont plus susceptibles d'être atteints de troubles anxieux par rapport à la population générale (15% contre 6%) et même par rapport aux autres pathologies chroniques. L'anxiété engendre plusieurs conséquences néfastes sur le corps et sur la régulation du métabolisme/organisme. Suite à la mise en évidence de troubles associés à l'anxiété, les effets du massage sont étudiés. Pour mesurer le degré de sévérité des symptômes d'anxiété, Antoine COULIS propose d'utiliser l'échelle HADS, échelle validée, reproductible avec une sensibilité et une spécificité à 80%. A la page 8, l'auteur annonce que « *D'une façon historique, les MKDE sont peu impliqués dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.* » (4). Toutefois, d'autres éléments sont à considérer. « *Cependant en 2003, le Royal College of Psychiatrists et le National Health Mental Institute England proposent que les MK intègrent les équipes pluridisciplinaires de prise en charge des troubles mentaux (Pope, 2009). De plus, au Royaume – Uni, les « physiothérapeutes » soulignent l'importance de détecter les symptômes psychologiques lors des soins concernant l'appareil musculosquelettique (Alexanders, Anderson et Henderson, 2015).* » (p. 8) (4). Au cours de cette recherche, Antoine COULIS

conclut que, « *Face aux résultats constatés, il est souhaitable que les MK délivrent le questionnaire HADS* » (p. 30) (4). Toutefois, nous pouvons noter que cette affirmation est en opposition avec les pratiques des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

Actuellement, l'utilisation de l'échelle HAD est recommandée dans la prise en charge de la lombalgie. Néanmoins, sur le terrain, aucun masseur-kinésithérapeute ne semble l'utiliser, ni dans le cadre de cette pathologie, ni dans une autre. L'échelle HAD est une échelle validée et fiable, traduite en français donc théoriquement facile d'utilisation sur le terrain. Le problème qui se pose actuellement n'est pas la qualité même de l'échelle, mais l'utilité que les MK y trouvent. Une incohérence survenant dans le point de vue des masseurs-kinésithérapeutes interrogés est que selon eux, le bilan général en amont de la prise en charge est incontournable. Mais lorsqu'il s'agit du bilan d'anxiété, le bilan n'a pas la même importance pour pouvoir aborder sereinement et de manière adéquate les techniques de traitement. Cette ambiguïté va à l'encontre partiellement de l'hypothèse 1 émise au début de ce travail de recherche. Effectivement, certains MK adaptent la prise en charge globale du patient sans se baser sur une évaluation objective de l'anxiété. E6 dit que « *Tu ne peux pas concevoir de faire un traitement kiné si tu n'as pas fait un bilan au départ* » (E6-L294-295) mais au-delà de ça, il annonce « *je pose très peu de questions sur la partie psy* » (E6-L334-335). Il ne viendrait pas à l'idée d'un thérapeute d'évaluer une force musculaire subjectivement, sans avoir recours à l'EMFM (Evaluation Manuelle analytique de la Force Musculaire). Un thérapeute mesurant subjectivement les capacités angulaires du patient augmente son risque d'erreur. Par extension, un thérapeute évaluant subjectivement le niveau d'anxiété du patient augmente son risque d'erreur également. L'objectif majeur est donc de trouver une échelle qui puisse satisfaire à la fois le patient, mais également le thérapeute pour favoriser son utilisation sur le terrain sans que cela devienne contraignant pour le MK.

De plus, nous avons posé l'hypothèse qu'un manque de recherches validées sur l'influence de l'anxiété pourrait expliquer que les masseurs-kinésithérapeutes ne s'orientent pas vers une approche d'évaluation et de gestion de l'anxiété auprès de leurs patients. Cependant, suite à l'analyse des résultats des entretiens semi-directifs, aucun masseur-kinésithérapeute n'a évoqué cet inconvénient. En effet, ils n'ont pas conscience des données de la littérature quant au manque d'études concernant l'influence de l'anxiété sur la progression de la prise en charge du patient, quelle que soit sa durée d'exercice. Les

principaux désavantages évoqués portent sur des contraintes économiques, administratives et d'optimisation du temps de travail liées à l'exercice libéral de la profession, ainsi que sur la réaction du patient suite à la proposition d'une telle échelle.

4.2 Les facteurs prédictifs

On remarque que plusieurs facteurs s'entrecoupent et se répètent dans les propos des masseurs-kinésithérapeutes interrogés. Effectivement, les facteurs prédictifs peuvent être perçus lors de l'interrogatoire, mais également à l'appréciation visuelle du masseur-kinésithérapeute sur un plan musculaire (tension), respiratoire (respiration costale haute), posturale (enroulement des épaules), phonétique (tremblement) et cutanée (eczéma).

Par exemple, Camille FAURE propose dans son mémoire de fin d'études une enquête qualitative sur l'intégration du modèle biopsychosocial dans la prise en charge de patients atteints d'une paralysie faciale périphérique (14). Elle propose dans son cadre conceptuel de développer les effets du stress et de l'anxiété. Plusieurs symptômes sont associés à la manifestation de stress ou d'anxiété, notamment des symptômes émotionnels (inquiétude, peur, appréhension, impression de danger, irritabilité), des symptômes physiologiques (étourdissements, palpitations, étai dans la poitrine, boule dans la gorge, céphalée), des symptômes cognitifs (attention, concentration) et des symptômes comportementaux (agitation, tremblements, évitement, crispation) (14). Ces facteurs prédictifs associent bien les deux dimensions, physique et psychologique, indissociables dans une prise en charge. L'évaluation doit donc se baser sur l'observation mais également sur la verbalisation des émotions par le patient.

Nous remarquons aisément que l'être humain a une capacité naturelle à être sensible au comportement et aux réactions d'autrui. Nous le constatons facilement au travers des entretiens semi-directifs réalisés dans cette étude car beaucoup de facteurs prédictifs ont été cités plusieurs fois par des MK différents, sans que ces derniers ne se soient consultés auparavant. Néanmoins, nous ne possédons pas tous le même instinct ni la même sensibilité ou le même ressenti face aux émotions d'une autre personne. Nous avons même parfois tendance à ne pas y prêter attention volontairement, par peur de ne pas savoir comment réagir. L'observation et l'attention que nous pouvons porter à une personne, à un patient sont primordiales pour déceler un éventuel état de stress, susceptible d'entraver la progression de

la prise en charge. Souvent, dans notre entourage, une personne va dire « *Tu ne l'as pas trouvée fatiguée aujourd'hui ?* » et une autre personne va dire « *Oh non, je n'ai pas trouvé qu'elle était plus fatiguée que d'habitude* ». L'appréciation d'un état émotionnel est spécifique à chaque personne, et il est totalement utopique d'envisager évaluer un état de stress subjectivement.

De plus, le thérapeute peut être confronté à des difficultés plus importantes à déceler un état de stress selon l'origine de ce stress. Les MK interrogés ont mentionné différentes sources possibles : peur de la blouse blanche, stress lié à la pathologie, stress lié aux conditions familiales, stress lié aux conditions professionnelles pour les exemples les plus fréquents. Selon l'expérience professionnelle que nous avons pu acquérir individuellement et selon les propos des MK interrogés, il semblerait que les patients aient plus de facilité à parler de leur stress au travail, mais en contrepartie davantage de difficultés à parler de leur stress lié à la sphère familiale. Les problèmes d'ordre personnel sont souvent plus difficiles à gérer psychologiquement par une personne, qui a donc tendance à garder ce flot d'émotions pour elle-même. Selon la technique de méditation de pleine conscience (9), quand nous intériorisons la réaction au stress, nous n'avons pas le relâchement qu'apporte la lutte ou la fuite. Nous n'avons pas de pic ni de détente physique, ni de récupération. Au contraire, nous gardons cette stimulation en nous-mêmes, sous la forme d'hormones de stress qui causent de grands dégâts dans le corps, et sous la forme de pensées et d'émotions qui occupent et perturbent nos pensées. Si cela devient un style de vie et si nous ne disposons pas de moyen sain de relâcher la tension accumulée, nous courons davantage le risque de dériver dans un état continu d'hyperstimulation sans répit. Les patients concernés par ce phénomène vont avoir tendance à manifester davantage de troubles psychosomatiques. Dans ce cas, le thérapeute va pouvoir déceler ces troubles que le patient extériorise mais il aura des difficultés à percevoir subjectivement un éventuel état de stress (cause des troubles psychosomatiques) sous-jacent, que le patient intériorise. Par conséquent, le thérapeute ne pourra pas assumer son rôle de conseil et d'expertise auprès du patient s'il n'a pas conscience du problème initial.

4.3 Thérapies de lutte contre l'anxiété

Selon certains masseurs-kinésithérapeutes interrogés, nous sommes tout indiqués pour dépister un éventuel état de stress, car nous avons du temps avec le patient. E7 dit d'ailleurs : « *Les généralistes, un quart d'heure, les spécialistes c'est cinq minutes des fois. Là*

c'est vrai que c'est avec nous qu'ils ont du temps » (E7-L266). E8 dit qu' « on n'est pas psychologue » (E8-L845-846). Cette contradiction interroge sur le rôle direct du masseur-kinésithérapeute dans la gestion de l'anxiété.

Dans le mémoire de fin d'études de Camille FAURE, plusieurs citations témoignent de la place du masseur-kinésithérapeute dans l'évaluation et la gestion de l'anxiété. A la page 36, elle annonce que *« Le masseur-kinésithérapeute a donc son rôle à jouer dans cette composante de la prise en charge » (14)*. De nombreux masseurs-kinésithérapeutes pensent que cette mission relève davantage du rôle du psychologue. *« De plus, tous mettent en avant qu'ils ne sont pas psychologues » (p. 67) (14)*. Cependant, l'approche psychologique fait partie des compétences du masseur-kinésithérapeute. Comme nous l'avons énoncé dans le cadre théorique de ce projet d'études, *« le thérapeute devrait être capable d'intégrer des moyens permettant de prendre en charge ces conséquences affectives. En effet, comme nous venons de le voir, celles-ci ont des répercussions sur la récupération et l'apparition de complications, elle fait donc partie intégrante de notre profession. » (p. 67) (14) ; « Cependant pour une prise en charge plus appropriée, c'est au kinésithérapeute lors de la prise en soins avec son patient d'identifier des signes de souffrance psychique » (p. 38) (14)*. Par ailleurs, dans des situations plus complexes, un travail en collaboration avec une/un psychologue pourrait apporter des solutions mieux appropriées à la gestion de l'anxiété, ce qui valide l'hypothèse 4.

Charline GRUGEON a travaillé dans le cadre de son mémoire de fin d'études sur l'influence d'un programme d'auto-rééducation à domicile sur la qualité de vie mentale et physique des patients parkinsoniens (16). L'anxiété est mesurée par utilisation de l'échelle HAD. Charline GRUGEON pense notamment que le masseur-kinésithérapeute a un rôle à jouer dans la gestion de l'anxiété. *« Le masseur-kinésithérapeute a le privilège de voir le patient plusieurs fois par semaine tout au long de la maladie, ainsi il peut suivre l'évolution motrice et psychologique du patient. En tant que professionnel de santé, il a pour mission d'intervenir pour le bien-être du patient » (p. 50) (16) ; « L'enjeu pour le masseur-kinésithérapeute à travers un programme d'auto-rééducation est de retarder l'évolution de la maladie et d'améliorer la qualité de vie physique et mentale des patients. » (p. 54) (16)*.

Pour illustrer ce propos, Anne-Charlotte LORON soumet en tant que mémoire de fin d'études un cas clinique concernant l'impact et la prise en charge de l'anxiété en réhabilitation respiratoire dans le cadre de patients BPCO (18). Elle évoque la nécessité d'instaurer une

communication centrée sur le patient afin de créer un climat de confiance et une bonne relation soignant-soigné. L'évaluation de l'anxiété est réalisée par l'utilisation de l'échelle HAD. « *Une évaluation des troubles anxieux et dépressifs doit être faite, par un entretien standardisé ou bien à l'aide du questionnaire HAD* » (p. 5) (18). Anne-Charlotte LORON donne son avis quant à la prise en charge qu'elle dispenserait dans une situation semblable. « *Si je me retrouve en cabinet avec une telle situation, je ferai remplir dès le début au patient un questionnaire HAD* » (p. 23) (18). L'anxiété constitue un réel frein selon elle : « *Tous ces facteurs indiquent que l'anxiété peut entraîner une diminution de l'efficacité de la rééducation* » (p. 26) (18) ; « *Il est donc important de prendre en compte cette anxiété dans la rééducation pour qu'elle soit la plus efficace possible. Prendre en charge l'anxiété devrait être un des objectifs majeurs de la rééducation.* » (p. 26) (18). La finalité de ce cas clinique conduit à considérer que « *L'anxiété du patient est un facteur à prendre en compte dans toute prise en charge* » (p. 29) (18), quelle que soit la pathologie.

Pour ce faire, le recours à l'écoute active est indispensable. L'écoute active est un concept développé par le psychologue Carl Rogers, aujourd'hui utilisée et encouragée dans l'ensemble des relations de soins. L'objectif est de créer un climat de confiance entre le thérapeute et le patient, pour aider ce dernier à exprimer au mieux son ressenti concernant sa pathologie. Dans cette approche thérapeutique, la communication non verbale occupe une place importante et il est indispensable pour le thérapeute d'être attentif et de savoir interpréter les différents faits et gestes, ainsi que les expressions faciales relatifs à ses émotions (106). L'écoute active se base sur une capacité à rester centré sur le patient, sur les capacités d'empathie, d'authenticité et de bienveillance (107), ainsi que sur la capacité à adopter une posture adéquate vis-à-vis du patient (107). L'entretien d'un patient en kinésithérapie est la pierre angulaire de l'examen physique, du plan de soins, et de l'efficacité de la prise en charge. Les informations issues de l'entretien influencent fortement le choix des techniques de traitement et ont donc un impact sur le résultat final des séances de thérapie (108). Le masseur-kinésithérapeute doit par conséquent savoir en priorité comment va le patient, identifier sa perception de son propre problème, comment le problème affecte sa vie, et vice versa, et comment son mode de vie influence son problème. Les facteurs cognitifs ou psychologiques tels que l'évitement de la peur, le stress, l'anxiété, les croyances entre autres, doivent être pris en compte au cours de l'entrevue, car il a été démontré qu'ils ont un effet modérateur sur les résultats du traitement (108). Toutefois, l'écoute active n'a de sens que si nous exploitons les éléments recueillis.

Plusieurs masseurs-kinésithérapeutes ont énoncé qu'utiliser une échelle d'anxiété ne leur serait pas profitable, ne sachant pas « *quoi faire de plus avec* » (E2-241). Ils observent certains critères subjectivement, mais sans les exploiter et sans adapter de manière consciente la prise en charge en fonction de ces éléments diagnostiques. Toutes les éventuelles adaptations de traitement sont faites « par instinct », par empathie ou bienveillance, et non en réponse à un bilan objectif, ce qui peut représenter un risque si le traitement n'est pas justement choisi (du point de vue de sa fréquence ou de son intensité). Ceci invalide partiellement une fois de plus l'hypothèse 1. De ce fait, les masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas conscience des données de la littérature quant aux échelles d'anxiété validées et disponibles car ils n'ont pas ressenti le besoin de se documenter davantage. Cependant, les thérapies de lutte mentionnées dans la littérature sont principalement le massage, l'activité physique et le yoga, qui constituent des thérapies relevant du décret de compétences du masseur-kinésithérapeute, en lien avec l'hypothèse 2.

4.4 Pathologies concernées

Il est dit par E8 que « *Ce n'est pas parce que tu as une fibromyalgie que tu vas toujours t'orienter vers le psychologique et ce n'est pas parce que t'as quelqu'un qui a juste une entorse de cheville que tu ne vas pas t'orienter vers le psychologique* » (E8-L214-216). Ceci soumet l'idée que la pathologie n'est pas nécessairement un critère de prédisposition au stress. Le bilan devrait ainsi être proposé chez l'ensemble des patients, indépendamment de leur pathologie, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse 3 émise.

Les pathologies chroniques ou incurables sont notamment les pathologies évoquées dans la littérature et par les masseurs-kinésithérapeutes interrogés. Pour illustrer ce propos, Mathieu CAVERT présente comme mémoire de fin d'études une étude expérimentale sur l'intérêt du massage associé à un programme de réadaptation à l'effort pour des patients présentant un cancer de stade avancé (15). Il met en évidence la présence récurrente de stress dans le cadre de cette pathologie incurable. L'échelle utilisée pour mesurer l'anxiété est GAD-7, validée et efficace. L'auteur remarque que l'anxiété peut avoir une influence sur la progression de la prise en charge en disant que « *cet aspect du traitement est important à prendre en compte, car le psychisme va avoir de l'influence sur l'avancée de la maladie* » (p. 16) (15). L'importance de la considération de l'anxiété est mise en avant à la page 18 : « *Le côté psychologique tient également une part importante car le thérapeute est très souvent*

confronté à des patients angoissés, stressés ou encore déprimés (Roullet, 2010) » (15). Mathieu CAVERT clôture son travail de recherche par, « le kinésithérapeute a beaucoup à apporter, et la complémentarité des techniques à sa disposition seront des moyens efficaces pour améliorer la qualité de vie globale du patient ayant un cancer avancé. » (p. 39) (15). En parallèle avec les données de la littérature, nous pouvons constater que l'anxiété concerne un grand panel de pathologies, allant de l'entorse de cheville au cancer. De plus, certains masseurs-kinésithérapeutes ont mis en avant la présence particulière d'anxiété dans les « grosses maladies », dans les douleurs et pathologies chroniques et dans les cancers, en cohérence avec les propos de Mathieu CAVERT. Nous pouvons retenir de ces constatations qu'une pathologie n'est pas plus indiquée qu'une autre pour proposer une évaluation de l'anxiété, qu'elle soit effectuée dès la première séance de kinésithérapie ou au fur et à mesure de la prise en charge. Ceci nous amène à réfuter l'hypothèse 3.

4.5 Pourcentage de patients stressés

D'après OpinionWay dans l'article Les français et le stress publié en Mai 2019, 98% de la population française sont stressés. Toutefois, une nuance est à apporter car certaines personnes parviennent à le gérer, à l'exploiter positivement alors que d'autres se laissent consumer par les effets néfastes du stress. Dans la littérature, 21% présentent un trouble anxieux avéré (3,109). En moyenne, les masseurs-kinésithérapeutes estiment le pourcentage de patients anxieux à 39%. Nous pouvons constater au vu des résultats hétérogènes relatifs au pourcentage de patients stressés (grand écart type : valeur minimale à 0% et valeur maximale à 100%), que les masseurs-kinésithérapeutes ont une connaissance inexacte de la moyenne de patients anxieux et qu'il est difficile de déterminer la proportion de stress dangereux pour la santé et la proportion de stress n'ayant aucun impact sur la santé ou sur l'évolution du patient dans sa prise en charge. Il existe une erreur de délimitation entre le stress physiologique et le stress pathologique au sein de la population de masseurs-kinésithérapeutes interrogés. Pour répondre à ces divergences, une évaluation objective de l'anxiété grâce à une échelle serait une solution pertinente.

Le stress peut représenter un obstacle à la progression de la prise en charge et à l'évolution du patient quant à la gestion de sa pathologie. En effet, l'anxiété va placer le système nerveux en état d'éveil maximal, ce qui va se manifester par une hypersensibilité, une hypervigilance, et une hyper-réactivité. La plupart des systèmes de l'organisme va être

modifiée suite à la libération des hormones de stress (adrénaline, cortisol), notamment le système cardio-respiratoire et circulatoire, le système cutané, et le système digestif. Plus précisément, les symptômes manifestés par les patients sous l'effet de l'anxiété vont être des maux de tête, des maux d'estomac, des vertiges, des douleurs dans la poitrine, des bouffées de chaleur, une transpiration excessive, des palpitations, des raideurs et douleurs musculaires, des difficultés à respirer, des difficultés à se concentrer et des troubles du sommeil. L'ensemble de ces déficiences physiques et cognitives vont limiter et restreindre les capacités, et la participation du patient aux activités de la vie quotidienne. Toutes ces modifications vont dans un premier temps permettre au patient de mobiliser l'ensemble de sa force et de son agilité face à une situation de stress. Dans un second temps, dans les états de stress intenses et prolongés, l'organisme va présenter des altérations de la conscience (synonyme d'une perte importante d'énergie) qui vont dégrader les réponses adaptatives et comportementales du patient (110-13).

Rémi CROGNIER propose d'ailleurs, dans son mémoire de fin d'études, un cas clinique sur l'impact de l'activité physique sur les troubles psycho-sociaux et réadaptation cardiovasculaire (6). L'auteur rend compte dès la première ligne du résumé que « *Les troubles psychologiques sont des obstacles à la rééducation cardio-vasculaire.* » (6) ; « *La faiblesse psychologique peut constituer un frein à l'application d'un programme d'entraînement physique.* » (p. 10) (6). Une anxiété non dépistée ou non traitée peut persister et devenir difficile à enrayer. Rémi CROGNIER le confirme à la page 22 au travers de son cas clinique en disant que « *La consolidation de l'état psychologique de Mr K. demeurerait un objectif personnel et masso-kinésithérapique.* » (6). Donc la prise en charge de l'anxiété ne relève pas uniquement de l'intervention d'un psychologue, notamment dans les troubles anxieux légers et modérés. L'auteur dit d'ailleurs que « *Dans l'équipe pluridisciplinaire, le rôle du masseur-kinésithérapeute est primordial en raison de sa forte présence en phase II* » (p. 30) (6), en lien avec le décret de compétences énoncé dans la partie *Introduction*.

Pour donner un autre exemple quant à l'impact de l'anxiété sur la progression de la prise en charge, Åsa SVEDMARK et al. ont publié en 2018 un article intitulé *Impact of Workplace Exposure and Stress on Neck Pain and Disabilities in Women—A Longitudinal Follow-up After a Rehabilitation Intervention* (61). Le stress ou l'anxiété fait partie des facteurs de risque de douleurs cervicales. Pour mesurer comment les participants expérimentent leur activité professionnelle quant au stress, une question spécifique issue du « *QEC questionnaire*

» leur est posée : « *De manière générale, comment trouvez-vous votre job ?* » (61). Pour mesurer le niveau de stress perçu, une seule question est posée : « *Le stress désigne une situation dans laquelle une personne se sent tendue, agitée, nerveuse ou anxieuse ou est incapable de dormir la nuit parce que son esprit est constamment troublé. Avez-vous ressenti ce genre de stress au cours du dernier mois ?* » (61). Plusieurs études ont mis en lien le stress perçu avec les douleurs musculosquelettiques du travailleur. Après analyse, les auteurs ont constaté que les douleurs musculosquelettiques fréquentes associées au stress perçu étaient en corrélation avec une capacité de travail plus faible. Les auteurs en déduisent à la page 12 que le stress perçu a son importance dans la progression de la prise en charge et qu'il est nécessaire de conduire des interventions de rééducation ciblées sur l'individu : « *Our findings therefore strongly suggest that neck rehabilitation interventions (e.g. manual therapy, exercises) focusing on the individual should take workplace exposures and perceived stress into account since these exposures could influence the treatment results both in the intermediate and the long-term perspectives.* » (61).

L'activité de masso-kinésithérapie est un domaine d'exercice professionnel basé sur l'empathie et la bienveillance. Le masseur-kinésithérapeute prend en charge une personne dans son intégralité et non une pathologie. Dans l'article **R. 4321-80** sur la Qualité des soins du code de déontologie relatif à la profession de masso-kinésithérapie, « *le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science* » (111). Les données actuelles de la littérature mettent en avant l'utilisation du modèle biopsychosocial. Actuellement, le modèle biopsychosocial est décrit depuis 2019 par la HAS dans le cadre de la douleur chronique (112). Dans ce document, la HAS précise les facteurs pouvant favoriser le développement, l'entretien et l'aggravation d'une douleur chronique : facteurs biologiques (génétique par exemple), facteurs psychologiques (anxiété par exemple), facteurs sociaux (familiaux par exemple). « *Dans le modèle biopsychosocial, l'évaluation, le traitement et le suivi du patient douloureux chronique doivent couvrir les 3 champs et nécessitent une approche intégrée, centrée sur le patient, en équipe pluriprofessionnelle et multidisciplinaire ou au mieux interdisciplinaire.* » (112). Le traitement du patient atteint d'une douleur chronique doit être « *multimodal* » : traitement médicamenteux ; traitements psychologiques (thérapies cognitivo-comportementales, techniques de gestion du stress comme la relaxation, la sophrologie, ou encore l'autohypnose) ; interventions sociales en milieux professionnels, scolaires ou familiaux ; rééducation fonctionnelle (activité physique adaptée) ; approche éducative. (112).

Par conséquent, il serait judicieux de proposer une évaluation de l'anxiété si l'évolution de la prise en charge bascule dans une chronicisation des douleurs, selon les recommandations de la HAS.

4.6 Les limites de l'étude

Il est difficile de réaliser un tri croisé dans les résultats et de déterminer un éventuel lien entre l'âge et l'évaluation de l'anxiété. Quel que soit l'âge ou quelle que soit l'année de diplôme, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux interrogés réalisent une évaluation subjective de l'anxiété, lors du BDK ou au cours de la prise en charge complète du patient. De plus, parmi les masseurs-kinésithérapeutes sélectionnés au hasard, la population interrogée se compose de deux femmes et six hommes. Cette répartition n'étant pas homogène, elle ne permet pas de déterminer un lien entre le sexe et l'évaluation de l'anxiété. De plus, elle n'est pas représentative de la population de masseurs-kinésithérapeutes en France qui est environ de 50/50 selon le rapport démographique du Conseil National de l'Ordre de MK (117).

Le lien entre les formations professionnelles et les traitements proposés contre le stress est tout de même mis en évidence. Les masseurs-kinésithérapeutes ont tendance à proposer des techniques qu'ils ont pu découvrir en formations professionnelles comme la thérapie énergétique, la micro-kinésithérapie, l'ostéopathie psychologique, la médecine chinoise ou encore la fasciathérapie. Cependant, la population interrogée est composée de personnes ayant accepté de participer à l'étude. Par conséquent, ce sont des personnes ayant d'ores et déjà un attrait et un intérêt particulier pour le sujet du mémoire. Le lien entre les formations et l'intérêt que portent les masseurs-kinésithérapeutes à l'évaluation de l'anxiété serait peut-être davantage mis en avant si la population était plus hétérogène.

Une autre limite concerne la faible proportion de masseurs-kinésithérapeutes ayant accepté de participer à l'étude. Certains se sont engagés mais n'ont jamais donné suite par exemple. Cette limite est en particulier liée à la situation sanitaire actuelle selon eux. En effet, plusieurs cabinets sont fermés, plusieurs n'ont pas le temps de nous consacrer une heure pour un entretien, et plusieurs ont réorganisé leur emploi du temps.

4.7 Les biais

Toute étude s'accompagne de biais, différents selon le type d'étude que nous réalisons. Dans le cadre de cette étude qualitative, nous pouvons relever plusieurs biais caractéristiques : les biais méthodologiques, les biais affectifs.

Les premiers biais concernent la méthodologie (« biais méthodologiques ») (113). En effet, le recueil d'informations a été incomplet dans certains entretiens, comme notamment l'âge, le lieu d'exercice ou encore le temps d'exercice en libéral. La première question de l'entretien sur la présentation était peut-être trop dense en informations, et certaines données ont été occultées, ou certains masseurs-kinésithérapeutes ont esquivé la question volontairement ou involontairement lors de la présentation. Certains éléments ont donc été ajoutés par la suite en dehors de l'entretien. Un autre biais méthodologique désigne la mauvaise formulation des questions (113). Il est effectivement arrivé que certains masseurs-kinésithérapeutes interrogés ne répondent pas exactement à la question et que nous soyons obligés de relancer l'interlocuteur. Les questions de relance ont pu parfois être trop orientées et ont pu influencer le MK interrogé. Un troisième biais méthodologique concerne l'utilisation des supports d'enregistrement des entretiens. Un des entretiens s'est fait sur Whatsapp et non sur Zoom, ce qui implique l'utilisation d'outils différents lors de la retranscription notamment. L'enregistrement sur Whatsapp n'a pu se faire que par un enregistrement vocal sans vidéo donc sans notation précise de la communication non verbale du MK interrogé. L'application Zoom a permis de fournir un enregistrement vidéo et un enregistrement vocal, ce qui a facilité la retranscription. Le 4ème biais méthodologique concerne la retranscription des entretiens. Par une mauvaise qualité de l'enregistrement (notamment l'enregistrement vocal), certains mots ont pu être hachurés et difficilement compréhensibles. Par conséquent, soit la portion de phrase n'a pas été retranscrite, soit la retranscription a pu être faussée. Le dernier biais méthodologique correspond à l'interruption des entretiens par un appel téléphonique par exemple, inconvénient accentué par la réalisation des entretiens en visio-conférence. Ceci a pu interrompre le fil des idées du masseur-kinésithérapeute.

Une autre catégorie de biais concerne les biais affectifs. En effet, le recueil d'informations a pu être influencé par l'état émotionnel du masseur-kinésithérapeute, mais également l'humeur de l'interviewer (113). Un état émotionnel négatif ou une humeur maussade peut amener les interlocuteurs à écourter les réponses aux questions ou à impacter l'écoute et l'attention de l'interviewer. Un deuxième biais affectif correspond au biais

d'animation, c'est-à-dire que l'animateur peut influencer la nature des réponses et des propos tenus par les participants, par le ton employé, et par les réactions volontaires ou involontaires face aux réponses des MK interrogés (114).

Une troisième catégorie concerne les biais de mémorisation, qui peuvent affecter aussi bien la façon dont les questions sont mémorisées, que la façon dont on utilise sa mémoire pour retrouver les éléments demandés (115). La mémorisation, la qualité des réponses et la qualité des questions de relance vont également dépendre de l'heure et des conditions dans lesquelles ont été réalisés les entretiens. Plusieurs entretiens ont été réalisés entre midi et 14h sur un créneau horaire strict de quarante-cinq minutes à une heure. Le timing était restreint puisque l'interviewé et l'interviewer avaient d'autres obligations aux termes du créneau prévu, et l'entretien ne pouvait excéder les quarante-cinq minutes ou une heure planifiée. Nous avons donc parfois été pris par le temps, et nous avons dû rapidement finaliser l'entretien. De plus, plusieurs entretiens se sont déroulés tard dans la soirée, en fonction des disponibilités des MK interrogés. La fatigue de la journée, tant pour l'interviewé que pour l'interviewer, a pu avoir un impact négatif sur les réponses et les capacités à mobiliser ses connaissances pour le MK interrogé, ainsi que les capacités de concentration pour l'interviewer.

Une quatrième catégorie de biais concerne les biais de sélection, non spécifiques aux études qualitatives. Dans le cadre de cette étude, le biais de volontariat (116) est présent, c'est-à-dire que les MK interrogés sont des thérapeutes qui ont accepté de participer à l'étude, qui avaient potentiellement un attrait particulier pour le sujet du mémoire. Les personnes non volontaires ou qui ont refusé de participer à l'étude auraient peut-être proposé des réponses et des avis différents des personnes volontaires.

5 CONCLUSION

En réponse à la problématique énoncée « *Existe-t-il un intérêt du point de vue des masseurs-kinésithérapeutes libéraux à proposer une évaluation de l'anxiété au sein du BDK à l'ensemble des patients hors lombalgiques dans un souci d'adaptation de la prise en charge en fonction du degré d'anxiété du patient ?* », nous pouvons en conclure, selon les masseurs-kinésithérapeutes libéraux interrogés, que l'évaluation de l'anxiété est utile et réalisée

subjectivement sur le terrain. Néanmoins, certains freins sont mentionnés dans le cadre de la proposition d'une évaluation objective de l'anxiété à partir d'un questionnaire.

En effet, la réalisation d'une évaluation de l'anxiété lors du BDK s'accompagne de plusieurs avantages, mais également de plusieurs inconvénients. A l'heure actuelle, des échelles d'évaluation de l'anxiété validées existent et sont utilisées dans la littérature dans le cadre d'études cliniques. Néanmoins, la majorité de ces échelles sont conçues pour être remplies directement par le patient. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle ces échelles ne sont pas données, ni exploitées sur le terrain, selon les masseurs-kinésithérapeutes interrogés dans cette étude. En effet, faire remplir par le patient un questionnaire d'anxiété pourrait porter atteinte à la relation de confiance patient-thérapeute. D'autres inconvénients ont été mentionnés, comme les contraintes temporelles, administratives et économiques que suscite la proposition d'un questionnaire. L'utilité et la pertinence d'une évaluation de l'anxiété auprès de l'ensemble des patients pris en charge sont reconnues par les MK interrogés. Cependant, la mise en pratique représente certaines difficultés de réalisation.

Il pourrait être intéressant d'élaborer une fiche bilan destinée exclusivement aux masseurs-kinésithérapeutes. Cette dernière porterait sur les réponses du patient lors de l'interrogatoire ainsi que sur les observations du thérapeute quant au patient sur le plan musculaire, postural, cutané, phonétique et respiratoire. Dans ce cas, l'ensemble du questionnaire serait rempli par le thérapeute, ce qui annihilerait l'un des inconvénients majeurs énoncés par les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Elle aboutirait à un score qui permettrait au thérapeute de classer le patient dans différents degrés d'anxiété et ainsi d'en adapter la prise en charge. Un faible ou modéré degré d'anxiété conduirait le masseur-kinésithérapeute à ajouter à sa prise en charge certaines thérapies dans sa compétence tels que le massage, les exercices respiratoires et de relaxation validés par les données de la littérature, ou encore l'information au patient des diverses thérapies accessibles de lutte contre l'anxiété. Pour des degrés d'anxiété plus conséquents, le masseur-kinésithérapeute pourrait avoir un rôle de conseil vis-à-vis du patient et d'orientation vers d'autres professionnels de santé dont les compétences sont davantage indiquées dans cette situation d'anxiété élevée.

La question prédominante qui reste en suspens est de savoir à quelle population ou à quel moment de la prise en charge il serait intéressant de proposer ce genre d'évaluation de l'anxiété, et également de savoir quelle attitude adopter en fonction du résultat obtenu à

l'évaluation. Dans l'idéal, cette évaluation devrait s'adresser à tous les patients, toutes pathologies confondues. La proposition d'un bilan de l'anxiété pourrait s'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire pour augmenter les bénéfices de la prise en charge du patient.

En conclusion, il serait donc pertinent dans une étude complémentaire d'utiliser auprès de patients, une échelle de ce type encadrée par un protocole sur le terrain, et de comparer les résultats de ce bilan avec une échelle validée pour vérifier sa pertinence et sa validité.

BIBLIOGRAPHIE

- (1). Chappuis R. La psychologie des relations humaines. Presses Universitaires de France ;2002 :128p
- (2). Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Presses Universitaires de France; 2013 :300p
- (3). Estelle Chandèze. Les Français et le stress. Paris : OpinionWay ;2019 :36p
- (4). Couly A. Effets d'un massage du rachis par pressions glissées profondes sur l'anxiété de patients hospitalisés atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive stade III en post-exacerbation [Mémoire]. Paris : Université Paris-Sud 11 ;2017.49p
- (5). Grall B. L'activité physique comme traitement de l'anxiété chez des patients parkinsoniens aux stades 1 à 3 selon la classification de hoehn et yahr [Mémoire]. Pays de la Loire : Institut Régional de Formation aux Métiers de Rééducation et Réadaptation Pays de la Loire ;2019.74p
- (6). Crognier R. Troubles psychosociaux et réadaptation cardio-vasculaire : impact de l'activité physique [Mémoire]. Dijon : institut de formation en masso-Kinésithérapie de Dijon ;2017.84p
- (7). Rippstein O. et Blaser S Douleur et anxiété : l'utilisation de l'hypnose dans la réhabilitation du brûlé en phase aigüe [Bachelor]. Lausanne : Haute École de Santé Vaud Filière Physiothérapie ;2015.54p
- (8). Christophe André. Quelle différence y a-t-il entre stress et anxiété ? Psychologies; c2009
- (9). Jon KABAT-ZINN. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. De Boeck Supérieur; 2009
- (10). Affections psychiatriques de longue durée : Troubles anxieux graves. HAS ;2007:36p
- (11). INSERM. Bases neurobiologiques et neuroendocriniennes du stress. In : INSERM, dir. Stress au travail et santé: situation chez les indépendants. Paris : INSERM; 2011.483p
- (12). Société des Neurosciences. Le stress. In : Society of Neuroscience, dir. Le cerveau en fiches. Society of Neuroscience ;2013 :29-32
- (13). Patrick Clervoy, Traumatismes et blessures psychiques. Paris : Médecine Sciences Publications; 2016

- (14). Faure C. Intégration du modèle biopsychosocial dans la prise en charge de patients atteints d'une paralysie faciale périphérique [Mémoire]. Limoges : IRFSS Nouvelle Aquitaine ;2019.109p.
- (15). Cavert M. Intérêt du massage associé à un programme de réadaptation à l'effort pour des patients présentant un cancer de stade avancé [Mémoire]. Limousin : institut de formation en masso-kinésithérapie de limoges ;2015.77p.
- (16). Grugeon C. L'influence d'un programme d'auto-rééducation à domicile sur la qualité de vie physique et mentale des patients parkinsoniens [Mémoire]. Picardie : institut de formation en masso-kinésithérapie du chu d'Amiens – Picardie ;2019.101p
- (17). Bernardeau S. L'influence de la musique dans la prise en charge masso-kinésithérapique libérale [Mémoire]. Pays de la Loire : Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation Pays de la Loire ;2019.55p.
- (18). Loron A-C. Les maux de la bpco impact et prise en charge de l'anxiété en réhabilitation respiratoire [Mémoire]. Dijon : institut de formation en masso-Kinésithérapie de Dijon ;2016.56p.
- (19). Blondel J. Prise en charge rééducative d'une patiente à la suite d'une rupture d'anévrisme de l'artère communicante antérieure [Mémoire]. Lille : institut de formation en masso-kinésithérapie du nord de la France ;2016.47p.
- (20). Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Paikousis L. A Randomized Controlled Trial for the Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation and Guided Imagery as Anxiety Reducing Interventions in Breast and Prostate Cancer Patients Undergoing Chemotherapy [Internet]. Vol. 2015, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Hindawi; 2015. p. e270876.
- (21). Ewais T, Begun J, Kenny M, Rickett K, Hay K, Ajilchi B, et al. A systematic review and meta-analysis of mindfulness based interventions and yoga in inflammatory bowel disease. J Psychosom Res. 1 janv 2019;116:44-53.
- (22). Metikaridis DT, Hadjipavlou A, Artemiadis A, Chrousos GP, Darviri C. Effect of a stress management program on subjects with neck pain: A pilot randomized controlled trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 1 janv 2017;30(1):23-33.

- (23). Fiskin G, Sahin NH. Effect of diaphragmatic breathing exercise on psychological parameters in gestational diabetes: A randomised controlled trial. *Eur J Integr Med.* 1 oct 2018;23:50-6.
- (24). Tirgari B, Rafati F, Rabori RM. Effect of Sexual Rehabilitation Program on Anxiety, Stress, Depression and Sexual Function among Men with Coronary Artery Disease. *J Sex Marital Ther.* 3 oct 2019;45(7):632-42.
- (25). Papp ME, Nygren-Bonnier M, Gillerius J, Wändell P, Lindfors P. Effects of hatha yoga on self-reported health outcomes in a randomized controlled trial of patients with obstructive pulmonary disorders. *Nord Psychol.* 2 janv 2020;72(1):65-79.
- (26). Kwok JYY, Kwan JCY, Auyeung M, Mok VCT, Lau CKY, Choi KC, et al. Effects of Mindfulness Yoga vs Stretching and Resistance Training Exercises on Anxiety and Depression for People With Parkinson Disease: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol.* 1 juill 2019;76(7):755-63.
- (27). Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Ramesar S, Park JY, Alinat C, et al. Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 31 mai 2016;34(24):2827-34.
- (28). Gerbarg PL, Jacob VE, Stevens L, Bosworth BP, Chabouni F, DeFilippis EM, et al. The Effect of Breathing, Movement, and Meditation on Psychological and Physical Symptoms and Inflammatory Biomarkers in Inflammatory Bowel Disease: A Randomized Controlled Trial. *Inflamm Bowel Dis.* 1 déc 2015;21(12):2886-96.
- (29). Vieira Á, Melo C, Machado J, Gabriel J. Virtual reality exercise on a home-based phase III cardiac rehabilitation program, effect on executive function, quality of life and depression, anxiety and stress: a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2018;13(2):112-23.
- (30). Davis K, Goodman SH, Leiferman J, Taylor M, Dimidjian S. A randomized controlled trial of yoga for pregnant women with symptoms of depression and anxiety. *Complement Ther Clin Pract.* août 2015;21(3):166-72.
- (31). Aidar FJ, Jacó de Oliveira R, Gama de Matos D, Chilibeck PD, de Souza RF, Carneiro AL, et al. A randomized trial of the effects of an aquatic exercise program on depression,

anxiety levels, and functional capacity of people who suffered an ischemic stroke. *J Sports Med Phys Fitness*. août 2018;58(7-8):1171-7.

(32). Bussotti M, Sommaruga M. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension: impact and management challenges. *Vasc Health Risk Manag*. 2018;14:349-60.

(33). Kuo S-Y, Tsai S-H, Chen S-L, Tzeng Y-L. Auricular acupressure relieves anxiety and fatigue, and reduces cortisol levels in post-caesarean section women: A single-blind, randomised controlled study. *Int J Nurs Stud*. janv 2016;53:17-26.

(34). Kelley GA, Kelley KS, Callahan LF. Brief communication: use of the minimal important difference for a meta-analysis on exercise and anxiety in adults with arthritis. *Clin Rheumatol*. Juill 2018;37(7):1997-2000.

(35). Grafton-Clarke C, Grace L, Roberts N, Harky A. Can postoperative massage therapy reduce pain and anxiety in cardiac surgery patients? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 01 2019;28(5):716-21.

(36). Kelley GA, Kelley KS, Callahan LF. Community-deliverable exercise and anxiety in adults with arthritis and other rheumatic diseases: a systematic review with meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 17 2018;8(2):e019138.

(37). Najafi Ghezeljeh T, Mohaddes Ardebili F. Comparing the effect of patients preferred music and Swedish massage on anticipatory anxiety in patients with burn injury: Randomized controlled clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. août 2018;32:55-60.

(38). Seyyed-Rasooli A, Salehi F, Mohammadpoorasl A, Goljaryan S, Seyyedi Z, Thomson B. Comparing the effects of aromatherapy massage and inhalation aromatherapy on anxiety and pain in burn patients: A single-blind randomized clinical trial. *Burns J Int Soc Burn Inj*. déc 2016;42(8):1774-80.

(39). Mącznik AK, Schneiders AG, Athens J, Sullivan SJ. Does Acupressure Hit the Mark? A Three-Arm Randomized Placebo-Controlled Trial of Acupressure for Pain and Anxiety Relief in Athletes With Acute Musculoskeletal Sports Injuries. *Clin J Sport Med Off J Can Acad Sport Med*. juill 2017;27(4):338-43.

(40). Bastani F. Effect of Acupressure on Maternal Anxiety in Women With Gestational Diabetes Mellitus: A Randomized Clinical Trial. *Clin Nurs Res*. juin 2016;25(3):325-41.

- (41). Bahrami T, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M, Tadrissi SD, Sieloff C. Effect of aromatherapy massage on anxiety, depression, and physiologic parameters in older patients with the acute coronary syndrome: A randomized clinical trial. *Int J Nurs Pract*. déc 2017;23(6).
- (42). Alimohammad HS, Ghasemi Z, Shahriar S, Morteza S, Arsalan. Effect of hand and foot surface stroke massage on anxiety and vital signs in patients with acute coronary syndrome: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. mai 2018;31:126-31.
- (43). Zhang M. Effect of HBM Rehabilitation Exercises on Depression, Anxiety and Health Belief in Elderly Patients with Osteoporotic Fracture. *Psychiatr Danub*. déc 2017;29(4):466-72.
- (44). Chobe S, Bhargav H, Raghuram N, Garner C. Effect of integrated Yoga and Physical therapy on audiovisual reaction time, anxiety and depression in patients with chronic multiple sclerosis: a pilot study. *J Complement Integr Med*. 1 sept 2016;13(3):301-9.
- (45). Dreyer NE, Cutshall SM, Huebner M, Foss DM, Lovely JK, Bauer BA, et al. Effect of massage therapy on pain, anxiety, relaxation, and tension after colorectal surgery: A randomized study. *Complement Ther Clin Pract*. août 2015;21(3):154-9.
- (46). Yeh M-L, Chung Y-C, Hsu L-C, Hung S-H. Effect of Transcutaneous Acupoint Electrical Stimulation on Post-Hemorrhoidectomy-Associated Pain, Anxiety, and Heart Rate Variability: A Randomized-Controlled Study. *Clin Nurs Res*. 2018;27(4):450-66.
- (47). Hardoerfer K, Jentschke E. Effect of Yoga Therapy on Symptoms of Anxiety in Cancer Patients. *Oncol Res Treat*. 2018;41(9):526-32.
- (48). Mei L, Miao X, Chen H, Huang X, Zheng G. Effectiveness of Chinese Hand Massage on Anxiety Among Patients Awaiting Coronary Angiography: A Randomized Controlled Trial. *J Cardiovasc Nurs*. avr 2017;32(2):196-203.
- (49). Kaka B, Ogwumike OO, Adeniyi AF, Maharaj SS, Ogunlade SO, Bello B. Effectiveness of neck stabilisation and dynamic exercises on pain intensity, depression and anxiety among patients with non-specific neck pain: a randomised controlled trial. *Scand J Pain*. 25 2018;18(2):321-31.
- (50). Rogers LQ, Courneya KS, Anton PM, Verhulst S, Vicari SK, Robbs RS, et al. Effects of a multicomponent physical activity behavior change intervention on fatigue, anxiety, and depressive symptomatology in breast cancer survivors: randomized trial. *Psychooncology*. Nov 2017;26(11):1901-6.

- (51). Ho RTH, Fong TCT, Cheung IKM, Yip PSF, Luk M-Y. Effects of a Short-Term Dance Movement Therapy Program on Symptoms and Stress in Patients With Breast Cancer Undergoing Radiotherapy: A Randomized, Controlled, Single-Blind Trial. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(5):824-31.
- (52). Ekici G, Unal E, Akbayrak T, Vardar-Yagli N, Yakut Y, Karabulut E. Effects of active/passive interventions on pain, anxiety, and quality of life in women with fibromyalgia: Randomized controlled pilot trial. *Women Health*. janv 2017;57(1):88-107.
- (53). Isaksen K, Munk PS, Giske R, Larsen AI. Effects of aerobic interval training on measures of anxiety, depression and quality of life in patients with ischaemic heart failure and an implantable cardioverter defibrillator: A prospective non-randomized trial. *J Rehabil Med*. mars 2016;48(3):300-6.
- (54). Noh GO, Park KS. Effects of aroma self-foot reflexology on peripheral neuropathy, peripheral skin temperature, anxiety, and depression in gynaecologic cancer patients undergoing chemotherapy: A randomised controlled trial. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. oct 2019;42:82-9.
- (55). Abbaszadeh Y, Allahbakhshian A, Seyyedrasooli A, Sarbakhsh P, Goljarian S, Safaei N. Effects of foot reflexology on anxiety and physiological parameters in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: A clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. mai 2018;31:220-8.
- (56). Reyckler G, Caty G, Arcq A, Lebrun L, Belkhir L, Yombi J-C, et al. Effects of massage therapy on anxiety, depression, hyperventilation and quality of life in HIV infected patients: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med*. juin 2017;32:109-14.
- (57). Rachiwong S, Panasiriwong P, Saosomphop J, Widjaja W, Ajjimaporn A. Effects of Modified Hatha Yoga in Industrial Rehabilitation on Physical Fitness and Stress of Injured Workers. *J Occup Rehabil*. sept 2015;25(3):669-74.
- (58). García González J, Ventura Miranda MI, Requena Mullor M, Parron Carreño T, Alarcón Rodríguez R. Effects of prenatal music stimulation on state/trait anxiety in full-term pregnancy and its influence on childbirth: a randomized controlled trial. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. avr 2018;31(8):1058-65.

- (59). Hattapoğlu E, Batmaz İ, Dilek B, Karakoç M, Em S, Çevik R. Efficiency of pulsed electromagnetic fields on pain, disability, anxiety, depression, and quality of life in patients with cervical disc herniation: a randomized controlled study. *Turk J Med Sci*. 08 2019;49(4):1095-101.
- (60). Yazmalar L, Sarıyıldız MA, Batmaz İ, Alpaycı M, Burkan YK, Özkan Y, et al. Efficiency of therapeutic ultrasound on pain, disability, anxiety, depression, sleep and quality of life in patients with subacromial impingement syndrome: A randomized controlled study. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 21 nov 2016;29(4):801-7.
- (61). Svedmark Å, Björklund M, Häger CK, Sommar JN, Wahlström J. Impact of Workplace Exposure and Stress on Neck Pain and Disabilities in Women-A Longitudinal Follow-up After a Rehabilitation Intervention. *Ann Work Expo Health*. 28 mai 2018;62(5):591-603.
- (62). Kuloor A, Kumari S, Metri K. Impact of yoga on psychopathologies and quality of life in persons with HIV: A randomized controlled study. *J Bodyw Mov Ther*. avr 2019;23(2):278-83.
- (63). Kalyani HHN, Sullivan KA, Moyle G, Brauer S, Jeffrey ER, Kerr GK. Impacts of dance on cognition, psychological symptoms and quality of life in Parkinson's disease. *NeuroRehabilitation*. 2019;45(2):273-83.
- (64). Lundt A, Jentschke E. Long-Term Changes of Symptoms of Anxiety, Depression, and Fatigue in Cancer Patients 6 Months After the End of Yoga Therapy. *Integr Cancer Ther*. déc 2019;18:1534735418822096.
- (65). Gerogianni G, Babatsikou F, Polikandrioti M, Grapsa E. Management of anxiety and depression in haemodialysis patients: the role of non-pharmacological methods. *Int Urol Nephrol*. janv 2019;51(1):113-8.
- (66). Yohannes AM, Junkes-Cunha M, Smith J, Vestbo J. Management of Dyspnea and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Critical Review. *J Am Med Dir Assoc*. 1 déc 2017;18(12):1096.e1-1096.e17. (67). Saatsaz S, Rezaei R, Alipour A, Beheshti Z. Massage as adjuvant therapy in the management of post-cesarean pain and anxiety: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. août 2016;24:92-8.
- (68). Ferreira N da C, Ramalho E da S, Lopes J de L. Non-pharmacological strategies to decrease anxiety in cardiac catheterization: integrative review. *Rev Bras Enferm*. déc 2015;68(6):1093-102.

- (69). Ho RTH, Fong TCT, Yip PSF. Perceived stress moderates the effects of a randomized trial of dance movement therapy on diurnal cortisol slopes in breast cancer patients. *Psychoneuroendocrinology*. janv 2018;87:119-26.
- (70). Sterling M, Smeets R, Keijzers G, Warren J, Kenardy J. Physiotherapist-delivered stress inoculation training integrated with exercise versus physiotherapy exercise alone for acute whiplash-associated disorder (StressModex): a randomised controlled trial of a combined psychological/physical intervention. *Br J Sports Med*. oct 2019;53(19):1240-7.
- (71). Garcia-Gonzalez J, Ventura-Miranda MI, Requena-Mullor M, Parron-Carreño T, Alarcon-Rodriguez R. State-trait anxiety levels during pregnancy and foetal parameters following intervention with music therapy. *J Affect Disord*. 2018;232:17-22.
- (72). Vasdekis SN, Roussopoulou A, Lazaris A, Antonopoulos CN, Voumvourakis K, Darviri C, et al. Stress Management in Patients Undergoing Carotid Endarterectomy for Carotid Artery Stenosis: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Ann Vasc Surg*. oct 2015;29(7):1400-7.
- (73). Ritchie C, Kenardy J, Smeets R, Sterling M. StressModEx--Physiotherapist-led Stress Inoculation Training integrated with exercise for acute whiplash injury: study protocol for a randomised controlled trial. *J Physiother*. juill 2015;61(3):157.
- (74). Sharifi Rizi M, Shamsalinia A, Ghaffari F, Keyhanian S, Naderi Nabi B. The effect of acupressure on pain, anxiety, and the physiological indexes of patients with cancer undergoing bone marrow biopsy. *Complement Ther Clin Pract*. nov 2017;29:136-41.
- (75). Pasyar N, Rambod M, Kahkhaee FR. The Effect of Foot Massage on Pain Intensity and Anxiety in Patients Having Undergone a Tibial Shaft Fracture Surgery: A Randomized Clinical Trial. *J Orthop Trauma*. 2018;32(12):e482-6.
- (76). Moghimi-Hanjani S, Mehdizadeh-Tourzani Z, Shoghi M. The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. *Acta Med Iran*. août 2015;53(8):507-11.
- (77). Mobini-Bidgoli M, Taghadosi M, Gilasi H, Farokhian A. The effect of hand reflexology on anxiety in patients undergoing coronary angiography: A single-blind randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. mai 2017;27:31-6.
- (78). Ferreira RM, Alves WMG da C, de Lima TA, Alves TGG, Alves Filho PAM, Pimentel CP, et al. The effect of resistance training on the anxiety symptoms and quality of life in elderly

people with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Arq Neuropsiquiatr.* 2018;76(8):499-506.

(79). Najafi Ghezeljeh T, Mohades Ardebili F, Rafii F. The effects of massage and music on pain, anxiety and relaxation in burn patients: Randomized controlled clinical trial. *Burns J Int Soc Burn Inj.* août 2017;43(5):1034-43. (80). Ayik C, Özden D. The effects of preoperative aromatherapy massage on anxiety and sleep quality of colorectal surgery patients: A randomized controlled study. *Complement Ther Med.* févr 2018;36:93-9.

(81). Öztürk R, Sevil Ü, Sargin A, Yücebilgin MS. The effects of reflexology on anxiety and pain in patients after abdominal hysterectomy: A randomised controlled trial. *Complement Ther Med.* févr 2018;36:107-12.

(82). Dziubek W, Kowalska J, Kusztal M, Rogowski Ł, Gołębiowski T, Nikifur M, et al. The Level of Anxiety and Depression in Dialysis Patients Undertaking Regular Physical Exercise Training--a Preliminary Study. *Kidney Blood Press Res.* 2016;41(1):86-98.

(83). Blumenthal JA, Feger BJ, Smith PJ, Watkins LL, Jiang W, Davidson J, et al. Treatment of anxiety in patients with coronary heart disease: Rationale and design of the UNderstanding the benefits of exercise and escitalopram in anxious patients Wlth coroNary heart Disease (UNWIND) randomized clinical trial. *Am Heart J.* juin 2016;176:53-62.

(84). Lin F-L, Yeh M-L, Lai Y-H, Lin K-C, Yu C-J, Chang J-S. Two-month breathing-based walking improves anxiety, depression, dyspnoea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled study. *J Clin Nurs.* oct 2019;28(19-20):3632-40.

(85). Teng H-C, Yeh M-L, Wang M-H. Walking with controlled breathing improves exercise tolerance, anxiety, and quality of life in heart failure patients: A randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol.* 2018;17(8):717-27.

(86). McCall M. Yoga intervention may improve health-related quality of life (HRQL), fatigue, depression, anxiety and sleep in patients with breast cancer. *Evid Based Nurs.* 2018;21(1):9.

(87). KNEEBONE II FSC. A study of the validity and the reliability of the Geriatric Anxiety Inventory in screening for anxiety after stroke in older inpatients. *Clin Rehabil.* 2016 Dec;30(12):1220-1228

(88). ZIELINSKI A CN. An exploratory investigation of the effect of naturalistic light on depression, anxiety, and cognitive outcomes in stroke patients during admission for rehabilitation: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation.* 2019;44(3):341-351

- (89). NITSCH KP MA. Measurement characteristics of the perceived stress scale in individuals with spinal cord injury. ACRM. 2016 ;97(7):1219-1220
- (90). VAN RIJSBERGEN MWA MR. Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety. Neuropsychol Rehabil. 2019 Dec;29(10):1671-1684.
- (91). ECCLES A MR. Psychometric properties of the Behavioural Outcomes of Anxiety questionnaire in stroke patients with aphasia. Clin Rehabil. 2017 Mar; 31(3): 369–378
- (92). GREENE HA RL. Rasch analysis of the coping inventory for stressful situations in individuals with moderate to severe traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Apr;96(4):659-66
- (93). GOLDING K KI. Self-help relaxation for post-stroke anxiety. Clin Rehabil. 2016 Feb;30(2):174-80.
- (94). CHAUVET GELINIER JC BB. Stress, anxiety and depression in heart disease patients : A major challenge for cardiac rehabilitation. Ann. Phys. Rehab. Med. 2017 ;60(1) :6-12
- (95). GOLDING K FSC. Twelve month follow-up on a randomised controlled trial of relaxation training for post-stroke anxiety. Clin Rehabil. 2017 Sep;31(9):1164-1167
- (96). Wehbe J, Safar Y. Hypnose et kinésithérapie. Kinésithérapie Rev. 1 juin 2015;15(162):20-30.
- (97). Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.
- (98). Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004
- (99). Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant.2005 :p7
- (100). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Oct 2006 :p20
- (101). Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Rapport démographie des kinésithérapeutes. Sept 2017 :p20

- (102). FENNETEAU H. Enquête : entretien et questionnaire. 3ème édition. Montpellier : Dunod ; 2015.
- (103). Rioufreyt T. La transcription d'entretiens en sciences sociales. Aix-Marseille ;2016 :45p
- (104). RGPD : par où commencer. CNIL:1-3
- (105). Conformité RGPD : comment informer les personnes et assurer la transparence ? CNIL. 2016 ;1-2
- (106). HAS. Simulation en santé et gestion des risques. HAS. 2019 :1-35
- (107). IFAS Vauclaire MONTPON MENESTEROL/FL/cours AS promotion 2015-2016 – module 5
- (108). Ina Diener PT. Listening is therapy: Patient interviewing from a pain science perspective. Physiother Theory Pract. 2016 Jul;32(5):356-67.
- (109). Troubles anxieux : Quelques chiffres. Anxiété. 2007
- (110). Brenda K. Wiederhold, Ph.D., MBA, BCIA, Vaincre la Panique, l'Anxiété et les Phobies :1-99
- (111). Legifrance. Code de la santé publique. Code de déontologie. 2021.
- (112). Haute Autorité de Santé (HAS). Parcours de soins d'un patient douloureux chronique – Note de cadrage. HAS. 2019 :1-14
- (113). CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. 2014 ;62 :1-4
- (114). Bathelot B. Biais animateur. In: Définitions Marketing. 2020.
- (115). Mireille. Biais de mémoire. In: Définitions Marketing. 2020.
- (116). Almont T. Les Biais en Épidémiologie. 2009;2.
- (117). CNOMK. La démographie des kinésithérapeutes en 2020. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2021;28

ANNEXES

ANNEXE I : Exemples de fiches de lecture exploitées en partie théorique

Référence complète de l'article selon les normes de Vancouver
Couly A. Effets d'un massage du rachis par pressions glissées profondes sur l'anxiété de patients hospitalisés atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive stade III en post-exacerbation [Mémoire]. Paris : Université Paris-Sud 11 ;2017.49p
Renseignements concernant le ou les auteurs
Mémoire de Couly Antoine
Principaux concepts abordés
BPCO, anxiété, PEC MK du patient BPCO anxieux (massothérapie), analyse de l'anxiété, FR, dyspnée, saturation pulsée en O2, QDV et FC
Idées fortes
Les patients BPCO sont plus susceptibles d'être atteints de troubles anxieux par rapport à la population générale (15% contre 6%) et même par rapport aux autres pathologies chroniques Impact de l'anxiété sur le corps et la régulation du métabolisme/organisme : - Augmentation de la mortalité - Augmentation du risque d'hospitalisation et d'exacerbation - Augmentation des dépenses de santé - Diminution de la qualité de vie - Augmentation de l'activité autonome sympathique (diminution de l'activité parasympathique) - Augmentation de la FR - Diminution de la variabilité de la FC - Diminution du taux de sérotonine + augmentation de l'activité des cytokines - Diminution de l'activité physique : vie sédentaire Traitements contre l'anxiété : - Thérapies cognitivo-comportementales - Relaxation : Tai Chi, le Qi Gong et le Yoga - Réhabilitation pulmonaire/respiratoire (pour les BPCO) Anxiété mesurée par HADS (validé, reproductible, sensibilité et spécificité à 80%) > 11 (HAS) Le massage du rachis permet de diminuer l'anxiété : - Accroissement de la production d'ocytocine - Effet inhibiteur sur l'activité amygdalienne - Augmentation du taux de sérotonine - Activation du cortex cingulaire (responsable de la régulation des émotions dont l'anxiété)
Citations
P2 : « Certains troubles de l'humeur comme l'anxiété sont générateurs de dyspnée (Ries, 2006). Inversement, la dyspnée est également génératrice d'anxiété (Janssens et al., 2011) » P8 : « De plus, une mauvaise santé mentale est une cause importante d'incapacité et d'une faible qualité de vie (Australian Physiotherapy Association, 2016). »

P8 : « D'une façon historique, les MKDE sont peu impliqués dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. »

P8 : « Cependant en 2003, le Royal College of Psychiatrists et le National Health Mental Institute England proposent que les MK intègrent les équipes pluridisciplinaires de prise en charge des troubles mentaux (Pope, 2009). De plus, au Royaume – Uni, les « physiothérapeutes » soulignent l'importance de détecter les symptômes psychologiques lors des soins concernant l'appareil musculosquelettique (Alexanders, Anderson et Henderson, 2015). »

P8 : « En outre, les troubles anxieux diminuent la compliance du patient au traitement dans le champ de la réhabilitation respiratoire (Atlantis et al., 2013). »

P12 : « D'après les auteurs, la diminution de la fréquence respiratoire est liée à une diminution de l'anxiété »

P30 : « Face aux résultats constatés, il est souhaitable que les MK délivrent le questionnaire HADS »

Résumé

Introduction : La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique caractérisée par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes (Haute Autorité de Santé [HAS], 2014) ainsi qu'une inflammation chronique des voies aériennes (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2017). La dyspnée est une expérience subjective qui diminue les capacités physiques, fonctionnelles, la qualité de vie et augmente les risques d'exacerbations et d'hospitalisation (Janssens et al., 2011). Elle est corrélée à la FR et à l'anxiété. Le but de cette pré-étude est d'évaluer l'efficacité d'une seule technique de massage chez des patients BPCO de stade III sur une durée standardisée et réalisable en pratique hospitalière afin de faciliter de futures études et afin de déterminer si une seule technique suffit à diminuer l'anxiété.

Méthode : Il s'agit d'une revue de la littérature qui a pour objectif de montrer que le massage suédois permet de diminuer l'anxiété, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et d'augmenter la qualité de vie et la saturation pulsée en dioxygène. L'étude inclut des patients de plus de 40 ans, diagnostiqués BPCO stade III. Le critère de jugement principal est l'anxiété, évaluée par le HADS. Les critères secondaires sont la qualité de vie, la dyspnée, la FR, la Fc et saturation pulsée en O2.

Résultats : On note une diminution significative du score HADS entre la mesure avant et après le massage suédois. Pour les critères secondaires, on note une amélioration de la qualité de vie, une diminution de la FR, une diminution de la dyspnée (par EVA), une augmentation de la saturation, et une non-modification de la FC.

Discussion : Cette pré-étude suggère qu'un massage de 20 minutes du rachis avec des pressions glissées profondes en position assise permettrait de diminuer l'anxiété, la dyspnée, la fréquence respiratoire, permettrait d'améliorer la saturation et la qualité de vie et n'aurait pas d'effet sur la fréquence cardiaque.

Conclusion : Cette pré-étude, de par sa faible qualité méthodologique, ne permet pas de conclure que le massage est responsable d'une diminution de l'anxiété, de la fréquence respiratoire et d'une augmentation de la qualité de vie et de la saturation pulsée en dioxygène.

Définitions des mots clés

Anxiété = trouble de l'humeur se traduisant par des émotions de peur et/ou inquiétudes et/ou signes physiques de stress excessif par rapport aux dangers éventuels (HAS)

- Trouble anxieux généralisé
- Trouble obsessionnel compulsif
- Stress post-traumatique
- Phobie
- Trouble panique
- Trouble d'anxiété sociale

Massage : technique manuelle inscrite dans le décret de compétences du MKDE ayant pour objectif de diminuer les douleurs, lutter contre les troubles de l'humeur et diminuer le stress par relaxation.

Référence complète de l'article selon les normes de Vancouver

Svedmark Å, Björklund M, Häger CK, Sommar JN, Wahlström J. Impact of Workplace Exposure and Stress on Neck Pain and Disabilities in Women-A Longitudinal Follow-up After a Rehabilitation Intervention. Ann Work Expo Health. 28 mai 2018;62(5):591-603.

Renseignements concernant le ou les auteurs

Åsa Svedmark, Martin Björklund, Charlotte K. Häger, Johan Nilsson Sommar and Jens Wahlström

Principaux concepts abordés

Non-specific neck pain, physiotherapy, shoulder pain, work productivity

Idées fortes

Facteurs de risque de la douleur cervicale (individuels, physiques ou psychologiques) :

- Travail répétitif
- Elévation du membre supérieur
- Travail en flexion du cou de plus de 20° pendant une période de temps prolongée
- Travail de précision exigeant
- Stress

Pour mesurer comment les participants expérimentent leur job quant au stress, une question spécifique issue du « QEC questionnaire » leur est posée : « De manière générale, comment trouvez-vous votre job ? »

Pour mesurer le niveau de stress perçu, une seule question est posée : « Le stress désigne une situation dans laquelle une personne se sent tendue, agitée, nerveuse ou anxieuse ou est incapable de dormir la nuit parce que son esprit est constamment troublé. Avez-vous ressenti ce genre de stress au cours du dernier mois ? »

Plusieurs études ont mis en lien le stress perçu avec les douleurs musculosquelettiques du travailleur : les auteurs ont constaté que les douleurs musculosquelettiques fréquentes associées au stress perçu étaient associées à une capacité de travail plus faible

Citations

P2 : « Better knowledge on how work-related factors and perceived stress impact the long-term outcomes after rehabilitation may contribute to effective ways of preventing the high recurrence of neck pain. »

Une meilleure connaissance de la façon dont les facteurs liés au travail et le stress perçu affectent les résultats à long terme après la réadaptation peut contribuer à des moyens efficaces de prévenir la récurrence élevée des douleurs au cou.

P7 : « Our longitudinal multiple regression analyses showed that perceived stress influenced neck pain, neck disability, and work productivity, and 'control of decision' influenced neck disability and work productivity »

Nos analyses longitudinales de régression multiple ont montré que le stress perçu influait sur la douleur au cou, l'incapacité du cou et la productivité du travail, et le « contrôle de la décision » influençait l'invalidité du cou et la productivité du travail

P11 : « the multiple analyses revealed that only perceived stress was associated with neck pain, disability, and work productivity in the intermediate and the long-term follow-ups »

Les analyses multiples ont révélé que seul le stress perçu était associé aux douleurs au cou, à l'incapacité et à la productivité du travail dans les suivis intermédiaires et à long terme

P12 : « High perceived stress and low 'control of decision' were associated with more neck pain and increased neck disability but also to decreased work productivity in women after a rehabilitation intervention. »

Un stress perçu élevé et un faible « contrôle de la décision » étaient associés à plus de douleurs au cou et à une incapacité accrue au cou, mais aussi à une baisse de la productivité du travail chez les femmes après une intervention de réadaptation.

P12 : « Our findings therefore strongly suggest that neck rehabilitation interventions (e.g. manual therapy, exercises) focusing on the individual should take workplace exposures and perceived stress into account since these exposures could influence the treatment results both in the intermediate and the long-term perspectives. »

Nos résultats suggèrent donc fortement que les interventions de rééducation cervicale (par exemple, thérapie manuelle, exercices) axées sur l'individu devraient prendre en compte les expositions sur le lieu de travail et le stress perçu, car ces expositions pourraient influencer les résultats du traitement à la fois dans les perspectives intermédiaires et à long terme.

Résumé

Introduction : Le but était d'évaluer si la douleur, le handicap et la productivité du travail sont influencés par les expositions physiques et psychosociales au travail ainsi que par le stress, jusqu'à 1 an après une intervention de traitement randomisée et contrôlée, et de déterminer si une telle association différait entre groupes de traitement et de contrôle.

Méthodes : Quatre-vingt-dix-sept femmes actives souffrant de douleurs cervicales non spécifiques (n = 67 groupe de traitement, n = 30 groupe témoin) ont été suivies à la fin de l'intervention de traitement et à 9 et 15 mois de suivi, respectivement. Les expositions physiques et psychosociales, ainsi que le stress perçu, ont été évalués après l'intervention thérapeutique. La douleur, l'incapacité au cou et la productivité du travail ont été évaluées au départ, après l'intervention 3 mois plus tard et à 9 et 15 mois de suivi. Une évaluation longitudinale a été réalisée en utilisant le niveau d'exposition à 3 mois comme prédicteur de la douleur, de l'incapacité et de la productivité au travail à 3, 9 et 15 mois, respectivement. Des modèles mixtes ont été utilisés pour estimer les associations longitudinales, tenant compte de la corrélation intra-individuelle des mesures de résultats répétées par l'incorporation d'une intersection aléatoire. L'âge et la durée des cervicalgies

ont été ajustés pour tous les modèles. Pour évaluer les différences entre les groupes, les interactions entre les expositions et les groupes de traitement ont été estimées.

Résultats : Un stress perçu élevé était associé à plus de douleurs au cou, à plus d'incapacité au cou et à une diminution de la productivité au travail dans les analyses transversales et longitudinales. Un « contrôle élevé de la décision » était associé à moins de douleurs au cou, à une incapacité au cou et à une productivité du travail plus élevée dans les analyses transversales, mais seulement à moins d'incapacité et à une productivité plus élevée dans les analyses longitudinales. La charge d'épaule / bras était la seule variable d'exposition physique qui était significativement associée à la productivité du travail dans les analyses univariées. Seules de petites différences ont été observées entre les groupes de traitement et de contrôle.

Conclusion : un stress perçu élevé et un faible « contrôle de la décision » étaient associés à plus de douleurs au cou, à une incapacité accrue au cou et à une baisse de la productivité au travail. Les interventions de traitement pour les personnes souffrant de cervicalgie devraient prendre en compte les expositions psychosociales au travail et le stress pour améliorer les résultats à moyen et à long terme.

Définitions des mots clés

RAS

Tableau II : bilan par catégories sur l'ensemble des articles

	KINEDOC	PEDRO	PUBMED	REEDOC	SCIENCE DIRECT	TOTAL	%
Types de pathologies concernées	9	10	56	9	0	84	96,55%
Echelles d'anxiété	10	10	54	9	0	83	95,40%
Thérapies de lutte contre l'anxiété	8	10	55	5	1	79	90,80%
Influence de l'anxiété	7	3	29	3	0	42	48,28%
Total	10	10	57	9	1	87	

ANNEXE II : Conception du guide d'entretien

Partie 1 : Présentation générale

- 1) Pour démarrer cet entretien et mieux vous connaître, je vais vous demander quelques renseignements généraux ?** (Age, lieu d'exercice professionnel, type de patientèle, date d'obtention du diplôme)
- 2) Depuis combien de temps travaillez-vous en libéral ?
- 3) Au cours de votre carrière, quelle(s) formation(s) avez-vous suivie(s) et dans quel but ?

Mots de relance : lieu d'exercice professionnel, type de patientèle, parcours professionnel, formation(s), date d'obtention du diplôme, temps d'exercice en libéral

Partie 2 : le bilan

- 4) Au cours de votre dernière prise en charge, comment s'est déroulée la première séance du patient ?**
- 5) Quel est votre avis sur la pertinence de proposer un BDK en début de prise en charge chez ce patient ? (prise en charge en général ?)
- 6) Qu'avez-vous demandé à votre patient lors de l'interrogatoire ?
- 7) De quelle manière avez-vous intégré les sciences humaines et sociales dans l'interrogatoire ? Sinon, expliquez-moi dans quel contexte vous les avez intégrées ?

Mots de relance : première séance, interrogatoire, approche psychologique

Partie 3 : L'anxiété

- 8) Avez-vous une situation particulière à me raconter sur un patient anxieux que vous avez pris en charge ?**
- 9) Quels facteurs vous ont fait penser que ce patient présentait de l'anxiété ?
- 10) Comment avez-vous évalué l'anxiété chez ce patient à risque ?
- 11) Lui avez-vous proposé des techniques ou traitements spécifiques pour diminuer cette anxiété ?
- 12) Quelle évolution de cette anxiété avez-vous observée à la suite de vos interventions kinésithérapiques ?

Mots de relance : Facteurs prédictifs, évaluation, techniques d'adaptation, évolution à court terme, évolution à long terme

13) Dans votre patientèle, à quel pourcentage estimez-vous le nombre de patients anxieux ?

14) Sont-ils toujours anxieux de la même manière ou existe-t-il des différences ?

15) Au cours de votre expérience professionnelle, quelles pathologies peuvent générer, selon vous, davantage d'anxiété que d'autres ?

16) Dans votre pratique professionnelle, quel a été le moyen ou quels sont les moyens le(s) plus efficace(s) de diminuer l'anxiété de vos patients ?

Mots de relance : minorité ou majorité de patients anxieux, différentes formes d'anxiété, moyens physiques ou non physiques

Partie 4 : Conclusion

17) Pensez-vous que l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'anxiété pourrait avoir une influence sur la prise en charge ?

Mots de relance : avantages et inconvénients, utilité pour le patient, utilité pour le thérapeute

18) Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose à cet entretien ?

ANNEXE III : Explication de la grille d'entretien

Tableau III : Explication de la grille d'entretien

Thèmes	Sous-thèmes	Sous-Sous-thèmes	Objectifs
Présentation générale	Age		Lien entre l'âge et la prise en compte de l'anxiété par le MK ?
	Sexe		Lien entre le sexe et la prise en compte de l'anxiété par le MK ?
	Lieu d'exercice		Lien entre le lieu d'exercice (ville/campagne) et la prise en compte de l'anxiété par le MK ?
	Date d'obtention du diplôme		Lien entre la date d'obtention du diplôme et la prise en compte de l'anxiété par le MK (avant ou après 2015) ?
	Expérience en libéral en années		Lien entre l'expérience en libéral et la prise en compte de l'anxiété par le MK ?
	Formations		Lien entre les formations professionnelles et la prise en compte de l'anxiété par le MK ?
Anxiété	Etude de cas	Facteurs prédictifs d'anxiété	Est-ce que le MK attend d'avoir des facteurs prédictifs d'anxiété pour évaluer l'anxiété et/ou la traiter ?
		Evaluation de l'anxiété	Echelle ? Evaluation subjective ?
		Traitements spécifiques	Quels types de traitements dans les compétences du MK ? Pas de traitement : pas le rôle du MK ? Renvoi à un psychologue ou autres professionnels ? Revoir le médecin traitant ? Orientation vers de la micro-kiné, autre ?
		Evolution de l'anxiété	Diminution ? augmentation ? Stagnation ? Utilité des interventions MK pour lutter contre le stress ?
	Présentation globale (ensemble de la pa-	Pourcentage du nombre de patients anxieux	En comparaison au pourcentage d'anxiété dans la population française (étude) Les MK ne se rendent peut-être pas compte de manière subjective du taux d'anxiété de leurs patients

	tientèle, vision globale de la patientèle)		Les MK se rendent compte du taux d'anxiété, d'où l'intérêt de ne pas la négliger
		Pathologies prédisposées à l'anxiété	Intérêt de proposer une PEC globale (comme la lombalgie) pour certaines pathologies en particulier avec prise en compte des facteurs d'anxiété ?
		Moyen de lutte le plus efficace	Technique simple à la portée des MK pour lutter contre l'anxiété ?
Influence de l'utilisation d'un outil d'évaluation			Intérêt d'évaluer l'anxiété ? Question en réponse directe à la problématique, en fin d'entretien
Autres remarques			

ANNEXE IV : Retranscriptions

Titre : Entretien du jour/mois/année

Métadonnées de l'entretien : nom et prénom enquêteur(s) et enquêté(s), date, durée, lieu

- Enquêteur/trice : Sophia Bidule
- Enquêté(e) : Amin Truc
- Transcripteur/trice : Alistair Untel
- Date : 12 avril 1985
- Lieu : au domicile de l'enquêté, 30 rue de la Gardoise 39 642 Toponymia
- Durée : 2h35min15s
- Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Compte-rendu ethnographique de l'entretien : présentation sociale de l'interviewé, contexte de l'entretien, déroulement et dynamique de l'entretien, relation enquêteur-enquêté, éventuellement spécificité de cet entretien, contacts ayant permis d'obtenir cet entretien

Transcription : corps de texte

- Mettre un espace (saut de ligne) pour différencier les interlocuteurs
- Ne pas séparer l'identifiant de son énoncé
- Les interventions de l'interviewer sont mises en gras
- Ajouter au début de chaque énoncé l'identifiant de l'énonciateur : « Q » pour l'interviewer, et « E... » pour l'interviewé
- Préciser les indices propres à l'oralité : changement de rythme, intonation, etc
- Les morceaux de phrases déplacées sont placés entre barres parallèles (// //)
- Les mots prononcés par une intonation plus forte sont soulignés par le caractère gras et/ou par des majuscules
- Les émotions ou les changements de rythme sont en italique entre crochet (colère, nervosité, rire, ironie, larmes) : les crochets ne sont pas en italique mais les inscriptions à l'intérieur oui
- Les silences, les hésitations, les interruptions de phrases seront rendus par les points de suspension entre crochets.
- Les passages inaudibles ou peu audibles sont placés entre crochets carrés []

Enquêtrice : Hélène HERZOG

Enquêté(e) : E1

Transcriptrice : Hélène HERZOG

Date : 08 octobre 2020

Lieu : en visioconférence via ZOOM

Durée : 0h40min09s

Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Présentation sociale de l'interviewé : kinésithérapeute libéral

Contexte de l'entretien : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Relation enquêteur-enquêté : aucune avant la réalisation de cet entretien

Contacts ayant permis d'obtenir cet entretien : mail

1 **Q : Bonjour, je m'appelle Hélène HERZOG. Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'IFMK de Nancy. Je**
2 **réalise une enquête autour de l'anxiété chez les patients pris en charge en libéral. Je vous**
3 **propose donc cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Cette discussion reste**
4 **anonyme et dure environ quarante-cinq minutes en fonction de vos réponses. Acceptez-vous**
5 **d'être enregistré ?**

6 E1 : Oui

7 **Q : Pour démarrer l'entretien, je vais vous laisser vous présenter, me donner votre âge, le lieu**
8 **d'exercice professionnel, le type de patientèle, votre parcours professionnel globalement.**

9 E1 : D'accord. Alors, je suis sorti de l'école de kiné de Nancy en 2001. Mon premier boulot, ça a été un
10 boulot très court de 2-3 jours pour les championnats de France de natation qui avait lieu à Gentilly.
11 Après, j'ai fait 3 mois de salariat au centre de rééducation fonctionnelle de Neufchâteau. Après, j'ai fait
12 pas mal d'assistantat. J'ai eu mon premier cabinet en 2004, en juin 2004, dans le cabinet-là. J'ai fait une
13 formation d'ostéopathie quasiment directement en sortant de l'école donc je suis ostéopathe depuis
14 2005. Ensuite, j'ai fait une formation d'acupuncture, 1^{ère} formation, que j'ai eue en 2008, mais qui n'est
15 pas la médecine traditionnelle chinoise. C'est une méthode française mais qui utilise des points
16 d'acupuncture. Donc après, j'ai fait une formation de 4 ans à Lyon en médecine traditionnelle chinoise,
17 en acupuncture et j'ai été diplômé en 2014, quelque chose comme ça. Ma dernière formation, c'était en
18 dry needling parce que maintenant, les kinés, on est autorisé à pouvoir piquer et j'ai fait ça l'année
19 dernière. Voilà (sourire).

20 **Q : Et là, actuellement, dans votre cabinet, c'est quel type de patientèle ?**

21 E1 : Ma plus grande partie, ça reste l'ostéopathie. Mais j'ai de la kiné quand même tous les jours. Je fais
22 un petit peu d'acupuncture quotidiennement mais je dirai qu'à 60%, c'est de la kiné. Nous dans ce
23 cabinet, on fait essentiellement de la thérapie manuelle, on a très peu d'appareils. On essaie d'avoir un
24 seul patient à la fois. Moi des fois, ça m'arrive d'en avoir deux quand justement je fais de l'acupuncture,
25 on laisse poser les aiguilles en général une demi-heure, donc là je peux travailler à côté. Mais voilà,
26 sinon, c'est un patient à la fois pour moi, et mes collègues.

27 **Q : Pendant la dernière prise en charge que vous avez eue aujourd'hui par exemple, est-ce que**
28 **vous pouvez me raconter comment s'est déroulée la première séance dans la prise en charge de**
29 **ce patient**

30 E1 : Pour un patient dont c'était la première fois, la première séance ?

31 **Q : Oui, pour la première séance**

32 E1 : C'est assez classique. Tu ne parles pas de la première séance de la journée ? Une première séance
33 avec moi, pour quelqu'un qui découvre ?

34 **Q : Oui**

35 E1 : En général, j'essaie d'être ponctuel parce que c'est un facteur de stress pour les patients. Pour
36 information, dans le quartier, c'était payant jusqu'à il y a peut-être une dizaine d'années et c'était un vrai
37 problème par rapport à l'anxiété pour les patients parce qu'on est en centre-ville, notre cabinet est à
38 200m de la P. Beaucoup de patients, qui tournaient parfois pendant dix-quinze minutes, et c'est stressant
39 pour eux parce que le stress d'être en retard. Ils arrivaient, limite, ils pouvaient un peu nous engueuler
40 mais bon, c'est un peu le besoin de se décharger « Oh ce n'est pas possible, on ne peut pas se garer
41 dans votre quartier ». Voilà, donc on n'a plus ce problème-là depuis que c'est payant. Voilà, moi j'essaie
42 de m'engager pour prendre les patients à peu près à l'heure. La dernière patiente que j'ai eue, j'avais
43 un quart d'heure de retard, bon, c'est plutôt rare parce que j'essaie d'être assez carré là-dessus. Pis

44 après, la personne s'assoit, je remplis quelques petites données administratives, nom-prénom, puis
45 après je commence mon anamnèse. Je laisse d'abord la personne me raconter vraiment pourquoi elle
46 est là, j'essaie de ne pas l'interrompre, même s'il y en a qui parle pendant pas mal de temps, d'écouter
47 entièrement ce que la personne a à dire. Pas interrompre parce que j'ai compris. Puis une fois que c'est
48 fini, je pose mes questions pour affûter mon diagnostic. Après, voilà, je ne sais pas si je réponds trop
49 rapidement par rapport à ces questions, mais c'est vrai que moi, j'essaie de toujours donner le sentiment
50 que les patients ont un temps infini avec moi. C'est pour ça que je les laisse parler. Quand je leur dis
51 « Vous pouvez vous préparer », je leur dis « prenez le temps que vous voulez ». Et quand la séance est
52 terminée, je leur dis « voilà, prenez tout votre temps pour vous rhabiller, ne vous pressez pas ». La
53 première fois que j'ai fait ça, j'avais peur que les gens prennent 10 minutes à s'étirer sur la table mais
54 en fait, personne n'abuse de ce genre de proposition. Ce que je fais aussi, c'est quand la personne se
55 déshabille, bien que je vais la voir en sous-vêtement, je ne reste pas à côté pendant que la personne ...
56 ça fait toujours bizarre quand on connaît pas la personne de faire une sorte de strip-tease, même si au
57 final, je vais la voir en sous-vêtements (sourire). Donc voilà, je m'éclipse tout le temps pendant que la
58 personne se déshabille et se rhabille.

59 **Q : Pendant l'anamnèse et l'interrogatoire, il y a des questions en particulier que vous lui posez ?**

60 E1 : Ça va dépendre. Disons que moi, dans ma façon de travailler – et je pense que j'ai un peu cette
61 image-là – c'est que les gens me posent sur la table un problème et moi je vais proposer une solution.
62 Et à la base, je ne sais pas si je vais faire de l'ostéopathie ou de l'acupuncture. Donc il y en a quand
63 même qui viennent pour de l'ostéopathie, il y en a qui viennent pour de l'acupuncture mais il n'y a pas
64 de souci pour les patients, ils savent que j'ai plusieurs étiquettes. Et généralement, ils me disent « j'ai
65 ça, ça, ça comme problème » et je leur dis « ça pour moi, c'est plutôt de l'acupuncture ». Alors
66 premièrement, c'est je leur demande « quel est le problème ? ». Le plus souvent, c'est une douleur en
67 bas du dos, c'est clairement ce qu'on voit de plus fréquent. Les cervicalgies, je dirai en numéro deux,
68 pas mal de tendinites d'épaule. Après, en ostéopathie, il y a pas mal de problèmes viscéraux, des
69 problèmes de douleurs gynécologiques, constipations, ballonnements. Et après, une anamnèse assez
70 classique de savoir quand la personne a mal, parce que je trouve que c'est très déterminant en termes
71 de diagnostic. Quelqu'un qui a mal en bas du dos le matin au réveil, ça ne va pas être le même soin que
72 quelqu'un qui a mal en se penchant, ou quelqu'un qui a mal quand il est stressé, ou qu'une femme qui
73 a mal au dos pendant ses règles. C'est là où le questionnaire est hyper important parce qu'on ouvre
74 déjà les grands axes, est-ce qu'on prend tel ou tel truc ou tel truc. Et après, dans le chemin qui se
75 dessine, je vais encore essayer d'affûter pour essayer de presque deviner ce que je vais trouver sous
76 mes doigts après. Et généralement, si je trouve exactement ce à quoi je pourrais m'attendre, en termes
77 de pronostic, c'est souvent des pronostics assez élevés en termes de résultats. On a vraiment cette
78 conformité. Après, il y a des patients, j'ai vu des cas que je n'avais jamais vu avant. C'est clair qu'en

79 termes d'articulations, j'ai tout vu en vingt ans, mais il y a quand même des cas où c'est les circonstances
80 de la douleur qui vont faire que c'est quelque chose de totalement nouveau pour moi. J'ai eu le cas une
81 fois d'une femme qui avait mal à l'épaule droite quand elle a ses règles. Voilà, c'est quelque chose d'un
82 peu étonnant. Dans ces cas, ce que je vais faire, c'est que je vais y aller par balayement et par
83 tâtonnement quoi. Je n'ai pas forcément un diagnostic très précis dans ma tête mais j'ai deux-trois
84 possibilités. Du coup, je vais essayer de faire les deux-trois à ce moment-là. Et puis, ce que je vais
85 essayer de faire, en ostéopathie, j'en parle beaucoup mais c'est parce que c'est ce que je fais le plus,
86 c'est d'essayer de faire ce que j'appelle du « one shot ». Donc je laisse le patient me rappeler si jamais
87 ça persiste. Donc en kiné ou en ostéopathie, j'essaie toujours de donner un petit peu, de donner pas
88 mal d'éléments. Alors, tous les patients ne sont pas demandeurs. Il y a beaucoup je pense de profils de
89 patient différents. Il y en a qui ne veulent pas savoir comment ça fonctionne, son aspect mécanique, tout
90 ça, ils remettent ça dans nos mains et en gros, c'est à nous de nous débrouiller. Par contre, il y a une
91 grande partie de la patientèle qui elle va vouloir. Il m'arrive fréquemment de sortir un bouquin d'anatomie,
92 j'ai un squelette à côté, j'explique. Le fait pour le patient de pouvoir visualiser, c'est important. Ce que je
93 fais aussi, c'est d'être toujours très honnête, c'est-à-dire que je ne vais pas dire que ça va bien aller si
94 je pense que ça va être difficile. Et j'ai remarqué que ça, ça soulageait les patients. Par rapport à
95 l'anxiété, ça soulage pas mal de pouvoir ... Je te prends un cas assez classique, c'est la capsulite
96 rétractile d'épaule. Il y a assez souvent une erreur de diagnostic, ça arrive fréquemment d'avoir un
97 diagnostic de tendinites d'épaule. Bon, des tendinites d'épaule, il y en a des plus ou moins simples mais
98 des tendinites d'épaules, il y en a quand même beaucoup qu'on peut soigner en l'espace de deux mois.
99 Par contre, si c'est une capsulite qui est avérée, bah voilà, on sait que ça va durer un an, un an et demi.
100 Moi, j'ai des patients qui viennent au bout de six mois, ils sont encore dans le diagnostic d'une tendinite
101 mais ce n'est pas une tendinite. Et le fait de leur dire « bah écoutez, ce n'est rien, mais ça va durer
102 encore 6 mois à un an » les rassure. Et voilà, j'ai remarqué que l'honnêteté est importante. Il faut aussi
103 avoir l'honnêteté thérapeutique de me dire que je ne peux pas soigner quelqu'un parce qu'on ne peut
104 pas tout faire. L'étiquette ostéopathie, kiné, acupuncture, c'est large mais je ne peux pas tout soigner.
105 On a des choses qui sont au-delà de ce type de ressort. Et voilà, (plisse les yeux) je ne sais pas si j'ai
106 bien répondu (sourire).

107 **Q : Quel est votre avis sur la pertinence de faire un bilan en début de prise en charge ?**

108 E1 : Déjà, c'est une nécessité technique. Et après, ça va être très important ce premier bilan sur l'aspect
109 psychologique pour le patient parce que le fait d'être écouté, de donner le sentiment-là, donne le
110 sentiment d'être vraiment écouté et pris en charge. Moi je sais que je note sur mon ordinateur et je ne
111 le fais pas que pour moi. Je sais que le fait que j'enregistre, que j'ai cette attention, va déjà avoir un effet
112 positif. Je me souviens d'un patient où c'était assez parlant. Et à un moment, je lui demande « bah
113 pourquoi vous venez ? », première question de l'anamnèse. Et puis, il me raconte comme ça : « bah

voilà, il y a trois ans, j'ai eu mal au dos. Je suis donc allé voir un médecin qui m'a donné des médicaments, ça continuait donc je suis allé retourner le voir. Il m'a prescrit une radio, je suis allé faire la radio, ils n'ont rien vu de particulier. Il m'a redonné des médicaments un peu plus forts. Et puis, vu que ça ne fonctionnait toujours pas, il m'a fait faire un scanner. Au scanner, ils ont trouvé un petit truc, un petit pincement mais pas grand-chose. Alors je suis allé voir après un rhumatologue. Le rhumatologue, il m'a fait une infiltration, ça n'a pas fonctionné. Et donc on en a fait une deuxième ». Un parcours très long, comme ça pour un problème de dos donc l'anamnèse était très longue, à ma première question, il est parti comme sur cinq-six minutes à expliquer juste ce parcours-là avant que moi je pose mes questions. Donc l'anamnèse avait été assez longue, je m'en souviens, ça avait duré un quart d'heure, c'est long pour poser des questions. Et puis, je fais ce que je peux, je traite puis la semaine d'après, il me dit « écoutez, vraiment, c'est la première fois mais ça va beaucoup mieux. Le truc, c'est que j'ai senti à la fin de notre échange quand vous commencez les soins, que ça allait déjà mieux. Mais vous êtes la première personne qui m'écoutait entièrement ». Il n'avait pas de jugement par rapport aux médecins, il comprend que les médecins sont débordés, mais c'est là que j'ai compris que l'écoute a déjà un effet thérapeutique. Donc l'importance de l'anamnèse, elle est essentielle sur le plan technique, de savoir ce que nous on va faire, on ne va pas faire n'importe quoi ; mais aussi sur le plan d'entamer un échange patient-thérapeute bien construit et qui met en confiance

Q : Comment parvenez-vous dans le bilan à intégrer les notions psychosociales ?

E1 : Alors, des fois, on vient me voir pour ça. Ça c'est plutôt ma casquette acupuncteur. Avec l'expérience, le regard est très parlant. On voit quelqu'un qui est anxieux. On voit quand l'anxiété est chronique, par expérience, dans le regard. On voit si l'anxiété est (réfléchi), comment dire (silence), est liée au fait de venir se faire soigner. Donc je vois, il y a beaucoup de femmes qui sont un petit peu timides, le fait de se déshabiller devant quelqu'un ou ce genre de choses. Après, quand je vois quelqu'un qui est un peu tremblante, un peu stressée, je pose la question. « Est-ce que vous êtes stressée » : si elle me dit « oui », je lui dis « vous avez peur que ça vous fasse mal ? ». Il y a des gens, c'est leur première séance, tout ça, donc on va en parler un petit peu quoi. Généralement, moi, je ne vais pas chercher l'état d'esprit si je vois un état d'esprit figé dans le regard. Voilà.

Q : Est-ce que vous avez une anecdote en particulier, autre que celle que vous m'avez déjà racontée, où vous avez rencontré un patient qui était vraiment anxieux ?

E1 : Bah on en a, mais je ne sais pas comment dire. Avec l'expérience, l'anxiété qu'on voit, elle nous paraît normale. Enfin, moi, elle me paraît normale. Je ne sais pas, je parle d'une première séance

découverte, la personne elle est comme ça. Moi je sais que je suis très souriant et généralement, beaucoup de gens viennent aussi nous voir parce qu'il y a eu un bouche-à-oreille qui s'est fait. Et donc les personnes viennent, généralement, ils savent que je suis doux en fait. Je sais que souvent, ils viennent, et ils me disent « voilà, il y a deux-trois personnes qui m'ont parlé de vous ». En fait, ils viennent souvent en confiance. Ce qui fait un thérapeute en libéral, moi j'ai des médecins qui me conseillent mais la plupart des gens, c'est des gens qui sont passés par moi en fait. Et du coup, ils ont plutôt ce côté de se dire « nan vas-y, ne t'inquiète pas ». Moi j'ai l'impression qu'ils viennent déjà en étant rassurés un petit peu. Ensuite, le fait de pouvoir parler comme ça, c'est quand même pas mal. Après, j'en ai déjà eu, quand ils sont très stressés, ils le disent : « ah je suis très très anxieux ». Alors, si, j'ai une anecdote qui est assez marrante. Un jour, j'ai un petit couple qui vient. Je soignais en fait la femme. Euh, juste avant, j'avais le maire de Nancy qui était là (sourire). Et puis, ils se croisent, le maire de Nancy sort d'ici et j'ai mon petit couple qui arrive. Et la fille, elle me dit « Ecoutez, je suis super stressée, machin, je n'ai jamais fait d'ostéopathie, j'ai peur, blablabla ». Et puis, à un moment, elle me dit « C'était monsieur le maire qu'on a vu juste avant ». Je lui dis « oui ». Elle m'a dit « C'est bon, je n'ai plus peur » (rire). Comme quoi la réputation. Les gens ils fonctionnent comme ça. S'il peut soigner le maire, il n'y a pas de souci. J'ai soigné pendant dix ans le ballet de Lorraine, les danseuses tout ça, donc je sais que ça, ça les rassure un petit peu. Donc voilà.

Q : Quand un patient vient chez vous, qu'il est stressé et qu'il ne vous le dit pas forcément, est-ce qu'il y a des éléments, des facteurs qui vous font dire que ce patient est anxieux ?

E1 : Le regard. Je trouve qu'il y a des personnes qui arrivent à camoufler un état interne dans le regard mais souvent ... Je ne ferais pas forcément une analyse sur le fait d'avoir les jambes fermées ou les bras croisés, c'est plutôt le regard préoccupé. Mais encore une fois, quand c'est chronique, c'est-à-dire que la personne, c'est une anxieuse chronique, qui a du mal à gérer des choses qui pourraient être du petit trac pour d'autres personnes, ça se voit. La personne ne cherche pas à ce qu'on prenne en charge cette anxiété. Ce n'est pas une anxiété qui est due à la séance. C'est une anxiété auquel elle est habituée. L'anxiété due à la séance, ouais je ne sais pas comment dire, ça se voit. La personne va ... J'essaie d'analyser en fait ce que mon inconscient dit dans le langage non verbal. Mais je pense que quelqu'un qui est chronique, il a vraiment les rides en fait. On a les rides du sourire, on peut avoir les rides de la colère, les rides du stress, ce serait plus à ce niveau-là (montre les zones correspondantes sur le visage). Un anxieux chronique, je pense que c'est plus marqué sur la peau peut-être un petit peu sur les rides. Pour des gens qui vont être anxieux là, sur le moment, on va avoir la transpiration. La transpiration, ce n'est pas de la chronicité, là, on est vraiment sur un état de stress dû au moment. Donc il y a pas mal de gens, quand je les fais s'asseoir sur le bout de la table, en fait, on va voir des gouttes qui vont tomber sur le drap d'examen. Et ça, c'est très fréquent, homme-femme, même s'ils sont plutôt cool à la base. C'est quel état, qu'est-ce qu'il va me faire, comment il va s'y prendre avec moi. (Réfléchit)

180 Après, il y a beaucoup de personnes qui n'arrivent pas à se lâcher, relâchez votre épaule, relâchez votre
181 bras, relâchez. Donc ça, ça crée une difficulté mais ça c'est pareil, c'est quasi systématique. Ce n'est
182 pas qu'ils sont stressés, c'est juste qu'ils sont ... En fait, à part pour un thérapeute de notre genre, on
183 commande notre bras, c'est nous qui commandons, notre bras il va à gauche, à droite, on se gratte la
184 tête. Et donc quand on prend le bras de quelqu'un, c'est vous qui le commandez, ce n'est pas naturel
185 que ce soit passif. Donc il y a cet état de tension qui est permanent. Mais ce n'est encore pas vraiment
186 l'anxiété. La plupart des gens, j'ai l'impression, stresse de pas se laisser faire, genre « je suis désolé, je
187 n'arrive jamais à me relâcher ». Donc je les rassure tout le temps en leur disant que tout le monde est
188 pareil là-dessus.

189 **Q : Est-ce qu'à ce moment-là, vous avez eu envie d'évaluer cette anxiété, ou est-ce que vous**
190 **l'avez fait de manière objective ou subjective ?**

191 E1 : Oh, c'est subjectif, je n'évalue pas, je n'ai pas de ... Même l'échelle analogique pour la douleur, je
192 ne l'utilise pas, c'est très rare que je l'utilise. De temps en temps, je vais dire « de 0 à 10, vous coteriez
193 comment ? ». J'utilise assez rarement moi dans mes diagnostics, moi ce que je veux entendre, c'est
194 « ça va mieux ». Je ne veux pas être précis vraiment sur la douleur, je veux juste entendre comment lui
195 le ressent, l'évolution des séances quoi. Par contre, si, goniomètre, ça je vais le faire. Mais l'anxiété,
196 quand je vais voir vraiment quelqu'un qui est un peu stressé, on prend notre temps, je vais parfois
197 proposer un verre d'eau. Alors, il y a aussi l'été, en fait il y a plein de gens qui sont gênés parce qu'ils
198 viennent transpirants parce qu'il fait chaud. Donc ça crée un stress supplémentaire qui fait transpirer un
199 peu plus. Et le fait de transpirer, ils ont l'impression de se sentir dégoutant donc ça les fait stresser le
200 fait que je puisse toucher leur corps qui est moite. Ce que je leur dis, c'est que si ça pouvait me gêner,
201 je ne ferais pas ce genre de métier (sourire), ce n'est pas un truc qui m'incommoder. Mais non, je n'ai
202 pas vraiment de mesure d'évaluation. Evaluation objective, ça j'en n'ai pas. Subjective, c'est vraiment
203 au ressenti. Par contre, je suis très attentif à ça. C'est pour ça que la personne se déshabille, elle se met
204 sur la table, je la laisse encore une minute ou deux, qu'elle se détende un petit peu. Je lui fais beaucoup
205 de sourire, machin, « ça va ». Quand je sens que quelqu'un est stressé, ce que je vais faire aussi, c'est
206 que je vais parler d'autre chose, pour qu'on pense à autre : « ça va, vous n'avez pas eu de problème
207 pour vous garer ? », « Il fait chaud dehors ? », « moi je suis là depuis ce matin, ... ». En fait, ce genre
208 de truc marche à peu près bien. Et ce que j'ai remarqué aussi, c'est « ne jamais louper ma première
209 manipulation, mon premier soin » parce qu'une fois que j'ai manipulé une première vertèbre ou fait
210 quelque chose, la personne se dit « okay c'est comme ça, c'est bien ». En général, la première, je fais
211 vraiment ... (montre quelque chose de doux et d'englobant, pour dire qu'il fait bien les choses). Et
212 généralement, on voit qu'à la 2^{ème} séance, ils connaissent ma main et j'y vais un petit peu plus franco
213 mais généralement, ils sont plus détendus donc ça passe.

214 **Q : Il y a des techniques supplémentaires que vous utilisez pour adapter la prise en charge si**
215 **vous voyez que vous êtes en présence d'un patient anxieux ?**

216 E1 : Parler, sourire, prendre son temps. Euuh, éviter ce qui pourrait faire un peu mal. Euuh, je parle s'ils
217 sont anxieux de la séance. Une fois encore, il y a des gens qui viennent pour que je les soigne pour de
218 l'anxiété, ça, c'est encore autre chose. Généralement, je finis par un massage aussi, même si je fais de
219 l'ostéopathie, ce qui est plutôt rare chez les ostéopathes. C'est pour ça que je mélange souvent de la
220 kiné avec de l'ostéopathie parce que le fait de finir en douceur prépare pour la fois d'après. La dernière
221 note qu'ils ont en bouche, c'est de se dire « tiens c'est doux avec lui ». Si, il y a les bébés par exemple.
222 Les bébés, si je vois qu'ils commencent à pleurer, à hurler, et machin, etc, qui veut vraiment rester avec
223 sa maman ou son papa, j'arrête la séance. Je dis « écoutez, ce n'est pas grave, ramenez le une autre
224 fois mais je préfère qu'il vienne en étant plutôt en confiance plutôt que forcé ». Donc ça m'arrive très
225 fréquemment chez les petits bouts-de-chou, plutôt ceux qui ont un an. Encore trois mois, six mois, ils ne
226 captent pas trop ce qui se passe, enfin moins je pense. Mais voilà, un an, un an et demi, quand ils ne
227 veulent pas, je ne force pas. Soit la mère dit « ah nan, aller, viens, mets-toi là, allonge-toi », moi je dis
228 « nan, nan, je ne veux pas qu'il se sente forcé ». Je préfère tenter ma chance à ce qu'il revienne une
229 autre fois, je ne comptabilise pas la séance, je ne la facture pas et on se revoit une autre fois.

230 **Q : Il y a une technique qui a particulièrement bien marché pour diminuer le stress ?**

231 E1 : En acupuncture, il y a des points qui marchent pas mal ouais. Le massage, ça marche bien.
232 L'écoute, ça je n'insisterai jamais assez. Je sais qu'il y en a plein des personnes, j'en ai en soin là, j'en
233 ai qui ont vraiment des trucs très compliqués en ce moment, des femmes qui ont perdu leur mari, des
234 choses comme ça. Et généralement, elles me disent qu'elles se sentent mieux à la fin parce qu'on a
235 discuté, un peu plus que mes soins. Ce qui est important aussi dans l'anamnèse, c'est que je note des
236 petits détails pour ne pas les oublier. « Ah avec mon fils, ... », je vais noter : « Madame a un garçon ».
237 Parce que le fait de leur dire à la séance d'après ou un an après, « Ah au fait, votre fiston, comment il
238 va », ils ont un sourire sur le visage, et ils se disent « ah tiens, il prend note de ça ». En fait, la mise en
239 confiance, c'est ça, c'est de l'écoute, presque d'être impliqué dans leur vie.

240 **Q : Sur l'ensemble de votre patientèle, est-ce qu'il y a plutôt une majorité ou une minorité de**
241 **personnes anxieuses, est-ce que vous arriveriez à estimer un pourcentage à peu près ?**

242 E1 : Oui, 100%. Tout le monde est anxieux mais à des degrés différents quoi. Il y a l'anxiété de se dire
243 « le boulot, les enfants, le machin ». La personne non anxieuse n'existe pas pour moi. Après, il y a des

244 degrés. C'est comme l'arthrose, ce n'est pas pathologique, c'est physiologique, c'est comme les rides
245 et les cheveux blancs. Par contre, ça devient pathologique quand ça devient un handicap quoi. Donc
246 l'anxiété pour moi, c'est la même chose, on a tous de l'anxiété. Et ça devient vraiment pathologique
247 quand la personne, elle le vit mal. Il y a beaucoup de personnes qui ont de l'anxiété mais qui le vivent
248 bien. Ça leur paraît normal, voilà, c'est un petit stress de fond, une petite caféine quoi.

249 **Q : Ça rejoint un peu ce que vous venez de dire mais donc pour vous, il existe différentes formes**
250 **d'anxiété et qui se manifestent de manière différente ?**

251 E1 : Ah oui, il y en a où ça va être somatisé. J'ai vu pas mal de capsulite rétractile apparaître à cause
252 d'un gros coup de stress. Beaucoup de torticolis surtout chez les femmes à cause du stress. On l'entend :
253 « Ah je n'arrive plus à tourner la tête », « depuis quand ? » « Ah j'ai eu un gros coup de stress ». Et les
254 gens le disent : « Moi quand je suis stressé, j'ai mal à la nuque ». Donc on a ce facteur-là. Euh (réfléchit).
255 Donc c'est vrai que moi de temps en temps, je vais leur donner des pistes, qui ne sont pas celles que
256 moi je vais prodiguer, mais de faire de la sophrologie, de faire de la méditation. C'est des techniques
257 qu'on connaît. Après, moi ce que j'essaie souvent, c'est d'avoir le petit spitch, de ne pas juste dire « fais
258 de la méditation ». Je leur dis que la méditation, ce n'est pas être en position du tailleur, et regarder une
259 bougie. La méditation, c'est la capacité à se recentrer dans le présent. L'anxiété est liée aux états du
260 futur : c'est Bouddha qui disait que les gens tristes vivent dans le passé, les gens anxieux vivent dans le
261 futur. Et en fait, le mental n'est pas là pour nous emmerder, bien qu'il nous emmerde la plupart du temps.
262 Le mental, il est là pour pouvoir faire quelque chose d'analytique. « Tiens, je vais réserver mes
263 vacances », c'est grâce au mental qu'on va faire toutes les étapes pour organiser ces vacances. Par
264 contre, le mental, son problème, c'est qu'il scanne tout mais il focalise sur tout ce qui pose problème.

265 **Q : Est-ce qu'il y a des pathologies qui vont générer plus d'anxiété que d'autres selon vous ?**

266 E1 : Je dirai que c'est plutôt l'inverse, c'est l'anxiété qui va générer les pathologies. Bien sûr tout ce qui
267 est au niveau de l'estomac : ulcère à l'estomac, boule dans l'estomac, il y a la boule dans la gorge. Mais
268 ça on le voit beaucoup en acupuncture parce qu'on a un méridien qui est dans l'axe central et la boule
269 au ventre, l'oppression respiratoire ou la boule dans la gorge, c'est le même méridien mais qui bloque à
270 différents niveaux. Donc on va avoir ça. Mais on peut tout avoir en fait quasiment en termes de
271 perception. Il y a des gens qui vont avoir par exemple les douleurs qui clignent : ce que j'appelle
272 douleurs qui clignent, c'est « ah je vais avoir mal à l'épaule et puis après, c'est le genou et après, c'est
273 à un autre endroit ». Ça c'est typiquement, généralement, dans des cas de fibromyalgie, soit c'est du
274 psychosomatique. Quelqu'un qui me dit qu'il a mal partout, ça ne va pas être de l'ostéopathie, ça va être

275 acupuncture voire kiné. Mais l'ostéopathie, on a vraiment ce côté circonstanciel qui est à peu près
276 identique : « J'ai mal quand je bouge le bras », « j'ai mal quand je me lève le matin », c'est un peu le
277 même endroit, dans le même contexte. On va aussi avoir l'épuisement, des gens qui vont vraiment être
278 très fatigués, épuisement à cause de la charge mentale, du stress. On peut avoir de l'eczéma, des
279 personnes qui vont avoir des rougeurs. C'est vrai que ça peut jouer sur tous les tissus. Donc voilà, je
280 prends un peu tout ça en charge.

281 **Q : Y-t-il un moyen pour vous qui est particulièrement efficace pour lutter contre l'anxiété et où**
282 **vous avez observé une évolution immédiatement ou à long terme**

283 E1 : Alors, du massage, c'est très facile, à court terme, la personne elle va se sentir bien. Mais ça ne
284 dure pas longtemps. Genre au bout de deux-trois heures ou le lendemain, on retourne à la case départ.
285 A vrai dire, on peut avoir en acupuncture un résultat stable mais ça va dépendre de deux facteurs : de
286 l'ancienneté et du contexte quoi. C'est-à-dire qu'une femme qui est en plein divorce, je ne crois pas qu'il
287 y ait une seule technique qui fonctionne. Mais on va plutôt avoir des techniques qui ne sont pas les
288 miennes, des techniques de sophrologie pour apprendre à gérer ce stress, à mieux ventiler, se recentrer.
289 C'est plus s'adapter, vivre avec mais mieux vivre avec. Et ces techniques-là sont très intéressantes. De
290 là à traiter dans un contexte comme ça, ça devient compliqué. Les chinois ont une belle expression pour
291 ça, ils disent qu'on ne construit pas sa maison en pleine tempête. Donc en fait, quand la personne est
292 vraiment dans une tempête émotionnelle, que ce soit le travail ou quoique ce soit, familial, affectif, c'est
293 compliqué d'avoir un truc qui est stable. Par contre, le bon candidat, c'est le patient qui va dire « écoutez,
294 je suis stressé. Pourtant, je n'ai pas de bonnes raisons d'être stressé en ce moment. Tout m'irrite, je ne
295 sais pas pourquoi ». Quand un patient nous dit « je ne sais pas pourquoi », là en acupuncture, on pourra
296 avoir un résultat d'enfer en deux-trois séances et c'est vraiment stable. Sinon, en techniques manuelles,
297 non, je n'en connais pas. Je ne fais pas trop de psy. Je sais qu'il y a de l'ostéopathie un peu
298 psychologique. En kiné, à part le massage. J'ai des personnes, quand ils viennent, le massage c'est
299 vraiment une bouffée d'oxygène, même pendant leur semaine. L'état de stress revient après mais ça
300 leur fait quand même ... C'est un moment où on arrive à faire baisser d'un cran par un bon massage
301 détente une fois par semaine. La personne, elle se dit « tiens, c'est mon petit rendez-vous du vendredi
302 soir » ou ce genre de choses. En fait, ce n'est pas parce qu'on n'arrive pas à soigner quelque chose
303 entièrement que ce n'est pas intéressant. Je dirai même pour les personnes anxieuses, le fait de les
304 écouter pleinement leur fait vraiment du bien. Alors qu'on se dit : ils ont des problèmes psychologiques,
305 ils s'attendent peut-être à ce qu'on leur propose de faire ci, de faire ça. Mais avant de vouloir donner
306 une réponse, rien que de les écouter entièrement, ils ont déversé une énergie négative qui est en eux
307 et ils l'ont mis en dehors. Pendant un moment donné, j'ai soufflé, quelqu'un m'a écouté, quelqu'un qui
308 ne me juge pas, quelqu'un qui est neutre. De toute façon, dans tous les contextes que j'ai avec mes
309 patients, j'essaie de créer cet aspect-là pour qu'ils aient en confiance avec moi, pour qu'ils se détendent

310 avec moi, et voilà. Mais c'est vrai que c'est un mal qui est tellement répandu, comme je disais, pour moi,
311 c'est 100% des gens. Après, ceux qui vivent mal de leur stress, qui cogitent sur leur stress en disant « je
312 suis stressé, je suis anxieux », je dirai que c'est entre 30 et 50% des gens quand même. Après, d'une
313 année à l'autre, c'est différent mais là, avec l'année 2020 qui est une année de merde pour tout le
314 monde, là, tout le monde est anxieux.

315 **Q : Est-ce que vous pensez que l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'anxiété pourrait avoir une**
316 **influence sur l'anxiété du patient ?**

317 E1 : (Réfléchit) Je ne sais pas, parce que je ne sais pas ce qu'on en ferait finalement. Euh, qu'est-ce
318 qu'on en ferait ? Moi je pense en fait que le thérapeute, plus il voit de monde, plus il ... Moi je trouve qu'il
319 y a quelque chose d'assez magique quand on sort avec notre diplôme et qu'on commence à soigner
320 des gens. C'est qu'au début, moi les cinq premières années, je n'arrêtais pas de me poser mille et une
321 questions de savoir « est-ce que je fais bien mes soins ? », « est-ce que c'est la meilleure façon de
322 faire ? », je retournais dans les cours, j'étais moi-même un petit peu stressé de ça. Puis au bout de cinq
323 ans, ça, c'est disparu parce qu'on a notre métier en mains. Et quand on a notre métier en mains, on a
324 ce rapport à l'autre qui devient une évidence. Je pense qu'à un moment donné, je ne me demandais
325 plus comment j'allais construire mon soin. Puis aujourd'hui, c'est le cas, on me dit j'ai ça, ça, ça et puis
326 on y va, je n'ai même pas de questionnaire tellement ça me paraît plutôt fluide. Et je pense qu'intégrer
327 dans tout ça, j'ai le rapport à mes patients. Il y a ceux qui viennent avec un grand sourire et ceux qui
328 viennent avec un état de stress. Je pense que dès qu'il y a un état de stress, ma voix est peut-être un
329 peu plus basse, un peu plus calme mais par contre, ce n'est pas avec un outil d'évaluation. Par contre
330 ça peut être intéressant si on veut développer des techniques de soins pour faire un protocole et vérifier
331 qu'il marche sur un plan scientifique. Sur la première séance, quel est votre état de stress et puis voir
332 avec deux massages par semaine, est-ce qu'au bout de trois-quatre semaines, le niveau d'anxiété a pu
333 diminuer. Par contre, ça pourrait être très intéressant dans un protocole scientifique. Mais dans le soin
334 en libéral comme ça, je ne pense pas. On intègre trop ce truc-là naturellement.

335 **Q : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose à cet entretien ?**

336 E1 : Non, je ne pense pas.

Enquêtrice : Hélène HERZOG

Enquêté(e) : E2

Transcriptrice : Hélène HERZOG

Date : 05 octobre 2020

Lieu : en visioconférence via ZOOM

Durée : 0h29min10s

Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Présentation sociale de l'interviewé : kinésithérapeute libéral

Contexte de l'entretien : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Relation enquêteur-enquêté : aucune avant la réalisation de cet entretien

Contacts ayant permis d'obtenir cet entretien : mail

1 **Q : Bonsoir, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.**

2 E2 : Pas de problème

3 **Q : Je me présente, je m'appelle Hélène HERZOG. Je suis étudiante en 4ème année à l'IFMK de**
4 **Nancy. Je réalise une enquête autour de l'anxiété chez les patients pris en charge en libéral. Je**
5 **vous propose donc cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Cette discussion**
6 **reste anonyme et dure environ quarante-cinq minutes en fonction de vos réponses. Acceptez-**
7 **vous d'être enregistré ?**

8 E2 : Oui, pas de problème

9 **Q : Pour démarrer cet entretien, je vais vous laisser vous présenter, votre âge, votre lieu**
10 **d'exercice professionnel, votre parcours professionnel, le type de patientèle que vous avez, etc.**

11 E2 : Alors moi, j'ai vingt-huit ans. Je travaille à Strasbourg dans un cabinet depuis trois ans, en
12 collaboration. Voilà. Je fais des études d'ostéo. Donc là, je suis en 4ème année d'ostéo, il me reste deux
13 ans. J'ai fait une première année de médecine à Strasbourg.

14 **Q : En quelle année avez-vous eu votre diplôme ?**

15 E2 : Je l'ai eu en 2015

16 **Q : Est-ce que vous avez fait d'autres formations en dehors de l'ostéopathie ?**

17 E2 : J'ai fait kinésio-tape et voilà. J'ai, dans la foulée, enchainé avec ostéo.

18 **Q : Il y a d'autres formations que vous aimeriez faire**

19 E2 : Euh, pas pour l'instant. Mais ouais, je pensais Mackenzie, puis après des formations en nutrition.

20 **Q : Avez-vous un type de patientèle en particulier dans votre cabinet actuel, dans des domaines**
21 **particuliers ?**

22 E2 : Nan, c'est assez général. C'est une patientèle ville, donc ce n'est pas trop de personnes âgées.
23 C'est quand même une patientèle jeune, qui travaille. Donc voilà, ce n'est pas spécifique, ce n'est pas
24 de la kiné du sport, c'est très général. Et c'est surtout des jeunes. Les plus âgés, ils ont soixante-quinze
25 ans, j'ai très peu de personnes âgées.

26 **Q : Au cours de la dernière prise en charge que vous avez eue, est-ce que vous pouvez me**
27 **racontez comment s'est déroulée la première séance ?**

28 E2 : De la dernière patiente que j'ai eue ?

29 **Q : Oui par exemple**

30 E2 : C'était une patiente qui a vingt-neuf ans, qui est sportive, qui fait du trail, qui vient pour sciatgie à
31 droite. C'est apparu pendant un effort de course. Là, c'est la 2ème fois que je l'ai vue aujourd'hui. Je l'ai
32 vue la première fois la semaine dernière. Donc là, elle est en repos sportif pour l'instant, depuis cinq
33 jours. Les premières douleurs sont arrivées il y a dix jours. Là elle n'a plus de paresthésies au niveau du
34 membre inférieur. Donc là, progressivement, on va reprendre un peu le réentraînement, surtout le renfo
35 et voilà.

36 **Q : Et la première séance, quand vous l'avez vue la semaine dernière, ça s'est passé comment ?**

37 E2 : Elle est arrivée comme un sportif, avec pleins de questions (rire). Les sportifs sont très stressés
38 généralement, surtout quand c'est la première fois qu'ils ont une douleur, pleins d'interrogations : «
39 pourquoi j'ai ça ? », « qu'est-ce qui va se passer ? », « est-ce que j'ai pouvoir recourir ? ». Il faut toujours
40 réussir à mettre le Hola avec ces gens-là, parce qu'ils veulent toujours reprendre le plus vite possible,
41 voilà, sans forcément écouter leur corps à ce moment-là. Donc voilà, il y avait beaucoup de questions à
42 la première séance. Là, ça va mieux, elle avait moins de questions, elle était plus rassurée. Et voilà, on
43 verra, je la revois fin de semaine. On verra à ce moment-là.

44 **Q : Et vous avez fait quoi pendant la séance la semaine dernière ?**

45 E2 : La semaine dernière, qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai travaillé tout le membre inférieur, la cheville. Elle
46 avait une ancienne entorse de cheville, et là, je trouvais qu'elle avait un problème osseux au niveau de
47 la cheville. Voilà, j'ai travaillé ça. Je suis remonté, genou. J'ai travaillé le bassin. Il y avait une sacro-
48 iliaque droite qui était postérieure je crois, ou antérieure (réfléchit), non postérieure. J'ai travaillé là-
49 dessus. Elle avait ses pelvi-trochantériens qui étaient hyper contractés donc j'ai travaillé là-dessus.
50 Aujourd'hui, le membre inférieur, ça allait. J'ai travaillé les pelvi-trochantériens qui étaient hyper
51 contractés. (Réfléchit) J'ai fait des étirements. J'ai travaillé le psoas, beaucoup, qui était vachement
52 inflammé et contracté. Et voilà. Au niveau des lombaires, ça va, elle n'a pas de problème au niveau
53 lombaire. Il y avait juste au niveau de la mécanique du bassin où ça bloque un peu.

54 **Q : Vous avez mis en évidence ces contractures par un bilan spécifique au départ où ça a été au**
55 **fur et à mesure que vous l'avez remarqué**

56 E2 : Nan, nan, j'ai fait mon bilan en début de séance, j'ai fait le bilan complet du patient. Puis voilà, je
57 suis tombé là-dessus. En fait, à chaque fois que je revois un patient, je refais pendant 5 minutes un bilan
58 pour voir s'il a évolué, s'il a changé par rapport à la fois précédente. Puis je vois l'axe de traitement que
59 je vais prendre dans la séance quoi. Voilà. Et puis parfois, je prends un axe de traitement que je vais
60 garder pendant trois-quatre séances, tant que ça va mieux. Tant que ça ne va pas mieux, je vois ce qui
61 reste, je refais un petit bilan. C'est des petits bilans, ce n'est pas un bilan complet. C'est à chaque fois
62 un petit bilan sur certaines zones, où je pense que ça a changé, où je pense que c'est intéressant de
63 travailler là-dessus. Voilà.

64 **Q : Quel est votre avis sur la pertinence de ce bilan en début de séance ou en début de prise en**
65 **charge**

66 E2 : Oui, moi je pense que c'est intéressant de le faire à chaque fois. Il faut le faire précisément la
67 première fois pour voir l'état général du patient, pour ne pas passer à côté de quelque chose. Et après,
68 à chaque fois refaire un petit bilan pour voir déjà si on travaille dans le bon sens ou pas du tout. Parce
69 que s'il n'y a rien qui change, on n'a peut-être pas choisi le bon axe de traitement, on est peut-être passé
70 à côté de quelque chose, il faut peut-être travailler autre chose. Donc c'est intéressant et puis en même
71 temps, à ce moment-là, c'est un petit debrief avec le patient aussi : « qu'est-ce qui s'est passé depuis la
72 dernière fois ? », « qu'est-ce qu'il a vécu ? », « est-ce qu'il a fait attention à ses positions ? », « est-ce
73 que quand il a repris le sport, ça s'est bien passé ? ». Voilà, c'est vraiment un dialogue avec le patient,
74 et en même temps en évaluant un peu l'état dans lequel il est aujourd'hui.

75 **Q : Est-ce que vous posez des questions spécifiques pendant l'interrogatoire ?**

76 E2 : Si, c'est quand même spécifique si ça m'emmène vers quelque chose où j'ai besoin de questions
77 précises. Si c'est assez général, ou si je vois que le patient a du mal à me répondre, là j'aurai plus de
78 mal à poser des questions spécifiques, s'il a déjà du mal à me répondre pour les questions simples.
79 Donc ça va dépendre du patient et ça va dépendre de ce qu'il a, et de la pertinence de ses réponses
80 aussi quoi. Mais voilà, après, généralement, ils arrivent assez bien à décrire ce qu'ils ont. Si c'est assez
81 spécifique, parfois, il faut un peu batailler pour avoir les réponses qu'on veut, mais généralement, ils y
82 arrivent quand même à répondre. Alors, ce n'est pas forcément avec les mots qu'on veut mais on arrive
83 à traduire un peu ce qu'ils disent. Et ouais, je pense que c'est important d'avoir le ressenti du patient,
84 avec ses mots, pour comprendre le type de douleur et ce qui lui fait mal, ce qui pose problème chez lui.

85 **Q : Vous posez quoi comme questions souvent quand le patient vient d'emblée ?**

86 E2 : Bah la première question, « Pourquoi vous venez ? ». Généralement, il commence et puis après,
87 au fur et à mesure. Je n'ai pas de liste, c'est vraiment d'abord, je me concentre vraiment sur le motif de
88 consultation, pourquoi il vient. ET puis après, on élargit : antécédents, traumatiques, chirurgicaux, tous
89 les antécédents, tous les médicaments, toutes les pathologies qu'il peut avoir. Après, une fois que j'ai
90 mon anamnèse qui est complète, je fais mes tests spécifiques. Mais je pars toujours du spécifique,
91 pourquoi il vient, et ensuite, en fonction des réponses qu'il me donne, j'essaie de comprendre pourquoi
92 il a eu ça. Sauf si c'est un trauma, si c'est un trauma, là, c'est le traumatisme. Il faut quand même les
93 antécédents. Mais si ce n'est pas un traumatisme, il faut essayer de comprendre ce qui a pu se passer,
94 avec ses antécédents, avec ses habitudes, ce qui peut entraîner ça, quoi.

95 **Q : Au sein du bilan, de quelle manière vous intégrez ou pas les sciences humaines et sociales**
96 **dans l'interrogatoire ?**

97 E2 : Comment ça, les sciences humaines et sociales ?

98 **Q : Bah, tout ce qui concerne l'aspect familial, l'aspect psychologique, l'aspect social**
99 **globalement**

100 E2 : Je ne l'intègre pas vraiment. C'est un ressenti que moi je peux me faire. Ce n'est pas forcément
101 objectif, je ne sais pas (sourire). Je vais poser des questions au niveau socio-professionnel, au niveau
102 familial. Mais après, ça va vraiment être un ressenti par rapport au patient, comment il est. La première
103 fois, ça va être difficile, parce que je ne le connais pas, je ne sais pas comment il est, je ne sais pas s'il
104 est angoissé, si c'est l'angoisse de la blouse blanche, si c'est une angoisse plus profonde, si c'est voilà.
105 Mais à force, ça je trouve que c'est un bilan qui se fait à force de travailler avec lui, au fur et à mesure
106 des séances. Mais je ne pose pas la question de but en blanc : « Comment ça va du côté psy ? », ça je
107 ne pose pas (sourire).

108 **Q : Est-ce que vous avez une situation particulière à me raconter avec un patient que vous avez**
109 **pris en charge et qui était particulièrement anxieux ?**

110 E2 : (Réfléchit) Euuuuuh, non, je n'ai rien qui me vient là. Bah, il y en a qui sont plus anxieux que d'autres
111 mais déjà le fait de venir, ils passent déjà au-dessus de ça. Non, je n'ai jamais eu de refus, de gens qui
112 ont peur de faire ça, non. Généralement, ça se passe bien, je n'ai pas eu de gros problèmes d'anxiété.

113 **Q : Dans le cas de la patiente que vous avez eue, la sportive dont vous m'avez parlé juste avant,**
114 **est-ce que c'est un stress que vous avez perçu tout de suite ?**

115 E2 : Oui, c'est un stress qu'on perçoit. Les gens réagissent différemment. Il y en a qui vont vouloir tout
116 comprendre donc ils vont poser énormément de questions. Plein de questions, pourquoi ça, ça, ça, qui
117 veulent tout comprendre pour essayer de moins stresser, pour avoir une idée de ce qu'il se passe, et ils
118 ont besoin de comprendre pour que ça aille mieux. Alors que d'autres, ils ne vont poser aucune question,
119 ils vont faire confiance et ils vont garder leur stress. Il y a vraiment des comportements différents d'une
120 personne à une autre. Et là, cette fille-là, elle voulait vraiment tout comprendre, pour avoir une idée de
121 ce qu'il se passe, et en gros savoir si c'est grave, pas grave, comment ça va évoluer, dans combien de
122 temps elle va pouvoir recourir, voilà. C'est plus des interrogations. Et après, il y a des gens qui ne vont
123 pas poser de questions mais on voit qu'ils sont quand même stressés donc on va les rassurer par nous-
124 mêmes. (Réfléchit) D'autres où on est obligé d'intervenir aussi, quand c'est des pathologies qui durent
125 longtemps, quand ils ont des coups de mou « ah ça n'avance pas, nananana », là on fait un petit bilan,
126 on leur montre que par rapport à il y a deux mois, ça a progressé, « regardez, là vous avez vingt degrés
127 d'amplitude en plus », pour calmer leur anxiété aussi.

128 **Q : Et pour ceux qui ne posent pas beaucoup de questions, et que vous remarquez quand même**
129 **qu'il est stressé, quels vont être les facteurs que vous observez et qui vous font dire que vous**
130 **êtes en présence d'une personne stressée ?**

131 E2 : Bah ça va être quand ils vont commencer à poser des questions sur leur travail, sur le fait ...
132 Souvent, c'est les arrêts de travail qui posent problème. Le fait qu'ils ne peuvent plus travailler, du coup,
133 ils vont être stressés par rapport à ça et là, ils vont en parler : « il faut que je reprenne le travail, j'ai la
134 pression au niveau de la famille, nanana ». Donc là, on peut voir par rapport à ça. Et sinon, c'est difficile
135 à repérer. C'est par rapport à ce qu'ils vont dire en fait. Et souvent, il y a une petite phase de déprime,
136 et cette phase de déprime, on sait qu'il y a de l'anxiété derrière. Et on remarque plus facilement la phase
137 de petite déprime, petit coup de blues plutôt que l'anxiété. Mais je trouve que les deux vont ensemble à
138 un moment dans la rééducation, les deux vont ensemble. A un moment, ils vont s'interroger sur le futur
139 en fait, du coup c'est une part d'anxiété je pense. Sinon, c'est difficile à voir, ça dépend des gens. Chacun
140 gère ses angoisses un peu différemment donc ce n'est pas évident à repérer.

141 **Q : Par rapport aux phases de déprime, vous dites que c'est facile à repérer : qu'est-ce que vous**
142 **repérez justement lors de ces phases de déprime ?**

143 E2 : Bah c'est ce que le patient va dire. « Comment ça va ? », « Voilà, ça ne va pas bien », et après, il
144 parle, voilà, il explique « Là, ça ne va pas, j'ai l'impression que ça ne va jamais aller mieux, j'ai
145 l'impression que je ne progresse pas, j'ai l'impression que je ne pourrai pas reprendre ça, que je ne
146 pourrai plus jamais faire ça ». Donc là, on s'en rend compte de suite quoi. Donc là, c'est à nous de leur
147 montrer que ça va mieux, ou pas, parfois, ça ne va pas mieux. Et du coup, de les rassurer dans le sens-
148 là, qu'on progresse, que ça va aller, que bien sûr c'est long, mais qu'il y a quand même des progressions
149 et tant qu'on progresse, il ne faut pas s'énerver plus que ça quoi.

150 **Q : Toujours dans le cas de la patiente sportive dont vous m'avez parlé tout à l'heure, est-ce que**
151 **vous avez tenté d'évaluer ou de mesurer son taux de stress au moment où elle est arrivée ?**

152 E2 : Non, son taux de stress, ça allait. Non, je n'ai pas évalué. Il y a des gens parfois, on les voit, ils
153 arrivent, ils ne savent pas comment se mettre, ils ont une voix qui n'est pas naturelle, ils ont du mal à
154 reprendre leur souffle, ils transpirent, donc là on les voit, on essaie de les mettre à l'aise dès le début.
155 Elle, elle n'avait pas ça. Elle n'était pas stressée d'abord. L'interrogation continue et m'a montré qu'en
156 fait, elle voulait savoir, elle voulait comprendre ce qui se passe et que c'était ça son angoisse à elle.
157 Mais ce n'était pas dans sa façon d'être ou quoi, c'était plus dans son interrogation qu'elle avait, qui
158 m'ont amené à penser à ça. Alors que d'autres patients, ils vont arriver, on va tout de suite le voir qu'ils
159 sont angoissés. Déjà, ils vont essayer de parler et ils ne vont pas réussir à parler. Voilà, donc là on les
160 tout de suite, donc on essaie de les mettre à l'aise. Et généralement ça passe, c'est parce qu'ils viennent
161 nous voir. La première séance, elle est toujours différente des autres parce que le patient, c'est la
162 première fois qu'il vient, il ne sait pas ce qu'il a. le médecin, il lui a dit « allez voir le kiné », il ne vous
163 connaît pas, il n'est jamais venu. Donc voilà, il a toujours peur de sur qui il va tomber, comment ça va
164 se passer, il se pose plein de questions. La fois suivante, quand il revient, généralement, ça va.

165 **Q : Est-ce que vous avez des techniques d'approche différentes ou des techniques spécifiques**
166 **quand vous voyez qu'un patient est plus anxieux que les autres**

167 E2 : Oui je pense, des techniques non mais je pense que je réagis différemment d'une personne à une
168 autre. Je m'adapte à la personne qui est en face de moi. Après, je n'ai pas de méthode particulière. Oui
169 je vais m'adapter à la personne qui est en face. Enfin, moi je leur dis toujours les choses, je ne leur
170 cache rien. Après, je le dis différemment d'une personne à l'autre. Je ne vais pas annoncer la même
171 chose en fonction de la personne qu'il y a en face de moi.

172 **Q : Vous prenez plus de « pincettes » avec les gens qui sont plus stressés ?**

173 E2 : Ouais, je ne sais même pas vraiment comment je fais (sourire), mais je ne vais pas le dire de la
174 même façon, je vais l'amener un peu différemment pour que ça passe mieux mais qu'à la fin, ils aient
175 quand même l'information. Je vais quand même leur dire, je ne vais pas passer à côté sans leur dire.
176 Mais je vais l'amener plus doucement et puis voilà, je vais expliquer peut-être un peu plus. Je vais
177 expliquer différemment d'une personne à une autre mais ça, ça dépend de la personne qu'il y a en face
178 de moi. Je n'ai pas de techniques particulières.

179 **Q : Et souvent, le fait d'expliquer davantage, est-ce que vous remarquez que ça permet de**
180 **diminuer le taux d'anxiété chez le patient ?**

181 E2 : Oui je pense que c'est important. Il comprend ce qui se passe et à partir du moment où il comprend,
182 il sait qu'on sait ce qu'il a. Du coup, il est plus rassuré parce qu'il se dit « bon okay, c'est bon, si j'ai mal
183 là, c'est à cause de ça, si j'ai ça, c'est ça ». Il l'explique, il le rationalise plus ou moins, il arrive mieux à
184 progresser grâce à ça. Il n'est là à se dire « je ne sais pas, je ne comprends pas, nanan ». Il est moins
185 dans l'interrogation du coup il comprend mieux je pense.

186 **Q : Vous aviez du mal tout à l'heure à trouver un exemple de patients présentant de l'anxiété. Du**
187 **coup, est-ce que les patients présentant de l'anxiété représentent une minorité dans votre**
188 **patientèle ou pas ?**

189 E2 : Ouais, je n'ai pas d'idée (réfléchit), mais ouais quand même. Après, je ne sais pas, ils ne le montrent
190 pas. Les gens ont toujours de l'anxiété mais la plupart est pas mal gérée je trouve. Je n'ai pas eu de cas
191 qui avait vraiment du mal à le gérer, chez qui j'ai dû faire intervenir chez des spécialistes ou quoi que ce
192 soit. Pas pour l'anxiété. Je l'ai fait pour d'autres choses mais pas pour l'anxiété.

193 **Q : Est-ce que vous pensez que les personnes sont toujours anxieuses de la même manière ?**

194 E2 : Non, je pense qu'il y a des différences. Ils le montrent différemment, ils le gèrent différemment aussi.
195 Et ils ne sont pas forcément stressés de la même chose. Certains, ça va être le travail, d'autre ça va être
196 la famille, certains ça va être les enfants, comment ils vont faire, certains ça va être leurs douleurs, ils
197 ne comprennent pas, ça les stresse.

198 **Q : Est-ce que ça va modifier votre façon de faire, est-ce que ça va être le même type d'approche**
199 **selon l'anxiété ?**

200 E2 : Ça va changer mon discours, après moi, mon traitement, je ne pense pas. Ça va changer mon
201 discours, mon attitude, mais après je ne sais pas si mon traitement sera différent. Si mon traitement va
202 peut-être changer quand même. Si j'ai une personne plus stressée, plus angoissée, je ne vais peut-être
203 pas faire la même chose. Il y a des gens, si on fait des techniques un petit peu plus structurées, ils vont

204 tout de suite un peu moins bien réagir. Donc là, je vais aussi adapter en fonction des gens Après, je ne
205 sais pas si c'est vraiment de l'anxiété mais mon traitement, il va changer en fonction de comment les
206 gens ils vont se comporter ouais. Si on a un sportif, un costaud qui a besoin vraiment qu'on le manipule
207 vraiment pour que ça aille mieux, bah là on va y aller. Si on a quelqu'un de plus fragile, plus refermé sur
208 soi-même, on ne va pas lui faire les mêmes techniques parce que ça ne va pas lui faire du bien et qu'elle
209 ne va pas l'accepter.

210 **Q : Quelles techniques vous utilisez pour une personne plus fragile ?**

211 E2 : Ça va être plus doux. Ça va être plus de massage, plus d'étirement au début, plus de mobilisations
212 douces, sans agresser. Chez eux, ça ne va pas marcher si on y va en force, on force, on force. Des
213 techniques où on est plus à l'écoute du corps en fait. Et quand on est plus à l'écoute du corps, on est
214 plus à l'écoute de sa personne en fait, et du coup, ça passera mieux. Vraiment des petites techniques
215 plus douces, des petites décoaptations, des petites mobilisations, et pas des grandes amplitudes

216 **Q : Est-ce que selon vous, il y a un moyen qui fonctionne relativement bien pour diminuer**
217 **l'anxiété, pour détendre les gens ?**

218 E2 : Euuuh (sourire), moi je fais de l'ostéo quand c'est comme ça, mais en kiné, non, je ne sais pas.
219 Euuuh, quand c'est comme ça, je travaille surtout au niveau cervical, au niveau des muscles sous-
220 occipitaux, au niveau des os du crâne. Parce qu'on a vachement de centres nerveux à ce niveau-là, et
221 pour avoir vraiment un effet parasympathique chez la personne, et permettre de stimuler plus le système
222 parasympathique, et du coup, que la personne se relâche en fait. Parce que quand ils arrivent, ils sont
223 en ortho à fond et du coup, le fait de travailler plus sur le parasympathique, ça va déjà les apaiser et on
224 pourra peut-être un peu plus travailler. Moi je fais comme ça si vraiment, j'ai quelqu'un de très stressé,
225 mais ça dépend pour quoi il vient. S'il vient pour une entorse de cheville, je ne vais pas forcément
226 travailler le crâne. S'il vient pour le dos, la moitié supérieure du dos, je vais pouvoir bien travailler dessus.
227 Sinon, moins. Sinon, ça va être plus dans le dialogue, dans des techniques que je vais faire au début.

228 **Q : Est-ce qu'il y a des pathologies en particulier qui selon vous vont générer davantage d'anxiété**
229 **que d'autres.**

230 E2 : Ouais, moi je dirai tout ce qui est douleurs nerveuses. Tout ce qui est sciatique, tout ce qui est une
231 CB, ça c'est quand même stressant pour les gens parce que c'est des douleurs qui sont difficiles à gérer.
232 Ils les ont tout le temps et je pense que ça, c'est ce qu'il y a de plus dur. Quand on a une hernie discale,
233 c'est très long et au final, ils se sentent un peu paumés les gens parce que le corps médical ne sait pas
234 trop quoi faire, nous on fait ce qu'on peut, et je pense que là, ouais ils se sentent perdus. Quand ils n'ont
235 plus de soutien au niveau médical et qu'ils savent qu'ils vont chez le kiné pour que ce soit plus antalgique
236 en fait que rééducation, là je pense que c'est là que les gens sont le plus stressés. Ils savent qu'on est

237 limité, qu'on a essayé beaucoup de choses et qu'ils se retrouvent de plus en plus limités avec leurs
238 options et je pense que c'est là qu'ils sont le plus stressés.

239 **Q : Est-ce que vous pensez que l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'anxiété pourrait avoir une**
240 **influence positive ou négative sur la prise en charge ?**

241 E2 : Peut-être. Moi je n'en fais pas parce que je ne saurai pas quoi faire de plus avec. Donc si j'ai un
242 bilan mais que je ne sais pas quoi faire derrière, ça va me servir à rien donc je ne le fais pas. Mais oui,
243 si on arrive à faire un bon bilan et qu'après, on sait quelle attitude avoir avec ce type de patient en
244 fonction du bilan, là oui, ça peut être intéressant. Moi je ne le fais pas parce que je ne vais pas tirer profit
245 du bilan que je vais faire donc ça va être plus au feeling qu'un bilan là-dessus.

246 **Q : Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose à cet entretien ?**

247 E2 : Non, je pense que j'ai tout dit (rire).

Enquêtrice : Hélène HERZOG

Enquêté(e) : E3

Transcriptrice : Hélène HERZOG

Date : 05 octobre 2020

Lieu : en visioconférence via ZOOM

Durée : 0h48min13s

Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Présentation sociale de l'interviewé : kinésithérapeute libéral

Contexte de l'entretien : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Relation enquêteur-enquêté : aucune avant la réalisation de cet entretien

Contacts ayant permis d'obtenir cet entretien : mail

1 **Q : Bonjour, je m'appelle Hélène HERZOG. Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'IFMK de Nancy. Je**
2 **réalise une enquête autour de l'anxiété chez les patients pris en charge en libéral. Je vous**
3 **propose donc cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Cette discussion reste**
4 **anonyme et dure environ quarante-cinq minutes en fonction de vos réponses. Acceptez-vous**
5 **d'être enregistré ?**

6 E3 : Oui, pas de souci

7 **Q : Pour commencer cet entretien, je vais vous laisser vous présenter, me donner votre âge, le**
8 **lieu d'exercice professionnel, le type de patientèle, votre parcours professionnel globalement.**

9 E3 : Alors je travaille sur Thionville, je suis kinésithérapeute libéral et microkiné. Diplômé en 2003 de
10 l'école André Vésale de Liège donc j'ai fait mes études en Belgique. On a fait pas mal de thérapie
11 manuelle, myotensif, beaucoup de travail de palpation. C'était une école qui était vraiment géniale
12 géniale. Je travaille depuis 2003. J'ai fait de la cure thermale, du milieu hospitalier et du libéral. Depuis
13 2007, j'ai commencé ma formation en microkiné avec Monsieur B. et D. G. à Pont-à-Mousson et à Metz.
14 Ça m'a beaucoup aidé sur l'anxiété, sur le travail émotionnel de la personne parce que quand on sort
15 de l'école de kiné, on a beau être très fort en théorie, tant qu'on ne pratique pas ... (grimace), c'est
16 compliqué. Donc voilà, dire que cette personne a une douleur parce qu'elle a mal, parce que c'est dans
17 la tête. La micro m'a beaucoup beaucoup aidé là-dedans et d'ailleurs aujourd'hui, je ne fais quasiment
18 plus de kiné. J'ai quelques patients qui viennent toujours en kiné mais ça fait un an et demi que j'ai
19 basculé de l'autre côté, on va dire. Voilà, j'ai dit plein de choses, je ne sais pas si j'ai oublié des choses
20 ou pas, n'hésitez pas à mes poser des questions.

21 **Q : Vous avez d'autres formations à part la formation de microkiné ?**

22 E3 : Alors, j'ai fait trois ans d'ostéopathie à Paris. J'ai oublié le nom de la formation. Et j'ai fait de la
23 thérapie manuelle sur Paris, kiné du sport aussi à Paris mais c'est vieux. J'exerce depuis pas mal de
24 temps maintenant. J'utilise de temps en temps l'ostéopathie, les techniques de manipulation, vraiment
25 dans les cas de blocage extrême mais sinon, c'est de la micro, micro, micro. Pour moi, la formation de
26 base de kiné est géniale. En Belgique, c'était vraiment fantastique, comme dans d'autres écoles. Mais
27 je trouve qu'il manque quelque chose après cette formation quand on est au quotidien. Si on a un patient
28 qui vient avec vingt séances pour un problème de coiffe des rotateurs, ce n'est pas forcément la coiffe
29 qui est en problème, il faut chercher un peu plus loin, certains organes. Et en kiné de base, je trouve
30 qu'on est un petit peu pauvre en explications.

31 **Q : Et là, actuellement, vous rencontrez quel type de patientèle, quel type de pathologie ?**

32 E3 : Alors, ce qui est quand même assez marrant, j'ai plein de potes ostéo, kinés, sophro et autre. En
33 fait, on se rend compte avec les années, on a la patientèle qui nous ressemble, et voilà, c'est comme
34 ça. Mon collègue est très manipulation ostéo, il a que des sportifs, il craque du matin au soir. Moi, j'ai
35 une grande sensibilité et en microkiné, je travaille beaucoup ce côté émotionnel. On arrive à résoudre
36 beaucoup beaucoup beaucoup de problèmes. Mais c'est vrai que c'est vraiment ce qui nous ressemble
37 comme patients quoi. Un patient qui est sportif, si toi tu n'es pas sportif ou que tu n'aimes pas le sport,
38 tu vas correctement t'en occuper. Tu vas faire ton boulot mais ça va se ressentir et il ne reviendra plus
39 quoi. Alors que quelqu'un qui aime le sport, qui aime le dynamisme et tout et tout, va tout faire pour et
40 puis, le copain va envoyer un autre, qui va envoyer un autre, qui va envoyer un autre et voilà, ça va faire
41 effet boule de neige quoi.

42 **Q : Est-ce que vous avez des prédominances en traumatologie, rhumatologie, neuro ou des**
43 **personnes en particulier ?**

44 E3 : Alors moi, j'ai beaucoup eu de cas en traumato ou de problèmes de dos rhumatismal. Le dos, ça a
45 toujours été mon dada. Je trouve ça génial parce qu'il y a deux champs d'action : soit tu renforces, soit
46 tu étires. Ça, c'est génial. Et c'est à mon sens le plus invalidant au quotidien. Quelqu'un qui a un lumbago
47 et qui ne peut pas faire son déménagement, ou qui a un lumbago et qui ne peut pas aller au travail. Et
48 en fait, on se rend compte que le test Lassègue, le truc, le bidule, c'est bien mais si cette personne est
49 en séparation avec sa femme, qu'il n'est pas bien dans sa tête et qu'en traversant la route, il a loupé le
50 trottoir, il est tombé par terre, il n'y a pas que le côté mécanique, il y a le côté émotionnel. Et il faut aller
51 travailler ça. Il y a des personnes, j'ai déjà eu des patients qui sont venus vingt/vingt-cinq minutes qui
52 n'ont fait que parler. Ils sont arrivés, je leur ai dit « installez-vous » et ils m'ont dit « attendez, faut que je
53 vous raconte ». La demi-heure a tourné et je leur ai dit « écoutez, désolé, je n'ai plus le temps
54 maintenant » et ils m'ont dit « Ce n'est pas grave, vous m'avez aidé » parce qu'il y a des gens qui ont
55 besoin de parler, qui ont besoin d'exprimer, des choses comme ça quoi. Et aujourd'hui, je ne dis pas

56 que c'est 100% de ma patientèle mais pas loin. Encore une fois, je suis kiné de base, je trouve la kiné
57 géniale. Les techniques de décoaptation d'épaule, d'étirement, de manipulation sont vraiment géniales.
58 Mais je pense que sur 10 séances, la moitié est nécessaire en éducation, en alimentaire, en tout ce qui
59 est prévention. Et les 5 autres séances, massage, étirement, on fait ce qu'il y a à faire. Mon collègue ne
60 va peut-être pas dire la même chose parce qu'il n'a pas la même patientèle mais c'est ma façon de
61 travailler.

62 **Q : Pouvez-vous me raconter comment s'est passée la première séance pour la dernière prise en**
63 **charge que vous avez eue par exemple ?**

64 E3 : J'ai un patient qui est venu, problème de dos. C'est l'ami d'une collègue à sa femme qui me l'a
65 envoyé. Il est arrivé, j'ai fait mon massage, voilà, massage, étirement, assouplissement, petit TENS
66 antalgique. On a fait l'anamnèse, le questionnement, tout ça. Et j'ai vu tout de suite qu'il y avait une
67 connotation émotionnelle ++++. On a fait une séance de massage, deux, trois, étirements et rien du tout.
68 Et un jour, j'ai pris un petit peu plus le temps de parler, d'essayer de comprendre, et encore une fois, il
69 est en phase de séparation, il a du mal à ... Le fait de parler, de verbaliser et d'orienter à faire les bons
70 choix, ça l'a vraiment aidé à se prendre en mains. Un cas intéressant. Un autre cas, pareil, j'ai commencé
71 les massages. Une personne m'avait recommandé pour des problèmes de dos. Effectivement, très
72 sédentaire, il va au boulot, il rentre à la maison, il ne fait rien de particulier. Donc là, on a attaqué avec
73 de la vraie kiné, du renforcement musculaire, travail des ischios, du quadriceps, du renforcement de
74 toute la colonne vertébrale. Et en deux séances, les résultats ont été fulgurants quoi.

75 **Q : Vous avez parlé de l'anamnèse et de l'interrogatoire, est-ce qu'il y a des questions**
76 **particulières ou des choses particulières que vous demandez à ce moment-là ?**

77 E3 : C'est à mon sens le questionnaire le plus important. L'anamnèse, c'est ce qui conditionne la séance.
78 Après, encore une fois, j'exerce depuis 2003. Au fur et à mesure des années, on développe un sens des
79 questions ; Il y a des patients qui ne sont pas toujours sincères au premier questionnement parce qu'ils
80 ont peur, parce qu'ils ont honte, parce que voilà. Après, c'est un ressenti, il y a un feeling. Mais le
81 questionnement est toujours le même quoi. Comment ça va ? et en fonction de la réponse, on sait déjà
82 à qui on a affaire. Quand c'est un « bof » ou quand c'est un « ouais, tout va bien sauf cette douleur
83 depuis tant et tant de temps », on sait déjà à qui on a affaire. Alors la micro m'aide beaucoup parce
84 qu'on a deux côtés. Le côté droit représente plutôt le côté paternel, l'élan vital, la pression qu'on se met
85 au quotidien et le côté gauche, le côté émotionnel. On sait déjà quand une personne nous dit « j'ai une
86 douleur de la tête au pied sur le côté droit, ou de la tête au pied du côté gauche », on sait à qui on a
87 affaire. Une séparation, un divorce, une peur des examens, une phobie de l'ascenseur : on sait qu'on
88 va être sur un côté gauche. Ce n'est pas toujours vrai mais il y a un conditionnement qui fait que. Tout
89 ça, c'est avec les années et le questionnement. Après, chacun son anamnèse, donc le ressenti ... Moi
90 ma première question, c'est « dites-moi tout, faites-moi rêver ». En général, les patients disent « Oh lala,

91 ah si je devais vous faire rêver, j'ai mal si, j'ai mal là ». Et en fonction de la connotation, on sait déjà un
92 petit peu à qui on a affaire. Après, il y a la palpation. Moi j'aime bien même à travers les habits palper,
93 voir s'il y a des gros spasmes entre les omoplates, dans les cervicales (se touche la nuque), des
94 tensions, si la personne se tient de travers (mime les positions), si elle est vraiment cyphosée ou pas, si
95 la personne croise les mains en me parlant, si elle est vraiment cool, décontractée. Donc tout ça c'est très
96 très important. Le visuel, le ressenti, entre la personne qui s'est parfumée et la personne qui ne s'est
97 pas lavée depuis un mois. Tout ça, c'est des signes qui ne trompent pas en fait

98 **Q : C'est en se basant sur ces signes là que vous intégrez tout ce qui sciences humaines et**
99 **sociales dans votre bilan ?**

100 E3 : Tout à fait Je pense que tout kiné a un jour envie d'enseigner. Le problème qu'il y a, c'est que quand
101 on est dans notre petit cabinet, vous verrez, on apprend à développer pas mal de sens, pas mal de
102 ressentis. Mais pour enseigner, j'aurais tellement voulu enseigner mais je ne saurais pas par où
103 commencer. Parce que quand on voit un patient arrivé, on sait déjà ce qu'il y a à faire. C'est comme je
104 vous disais, c'est pas forcément l'odeur, je ne vais pas insister là-dessus mais il y a la façon de se tenir,
105 la façon d'avancer, la façon de verbaliser, la façon de regarder quand on est dans un cabinet, quand on
106 est sur un terrain sportif ou quand on est en milieu hospitalier. Si on a un garçon qui a dix-neuf ans, qu'il
107 vient tout seul régler sa séance, qu'il sort son chéquier comme un grand et si à vingt-quatre ans, « ma
108 maman va venir régler parce que voilà », bah, on sait déjà à qui on a affaire, vous voyez ce que je veux
109 dire. Donc c'est très très important. Mais encore une fois, l'anamnèse, les tests et surtout
110 l'assouplissement est très parlant à mon sens, c'est très important de voir tout ça.

111 **Q : Quel est votre avis sur la pertinence de faire un BDK à la première séance au moment où le**
112 **patient il arrive ?**

113 E3 : Alors, moi, je n'ai jamais été très scolaire, très éduqué. On ne va pas dire que je ne suis pas un bon
114 exemple. Moi et mon collègue, on travaille beaucoup au feeling et au ressenti, comme beaucoup de mes
115 confrères. Je sais que j'ai un confrère qui est très structuré, il fait son test d'évaluation, il fait son bilan,
116 il prend sa séance. Moi, mon premier bilan, je l'intègre toujours un peu à ma première séance. Je prends
117 un peu plus de temps pour essayer de comprendre parce que si on part mal dès le départ (grimace).
118 C'est comme si vous alliez à Paris ou au Luxembourg et que vous vous trompez de direction, de sens,
119 le problème, c'est que ... (grimace), on perd du temps, il faut revenir. Donc plus l'interrogatoire va être
120 pertinent dans le sens où on va ressentir les choses, mieux ce sera dès le départ. Mais encore une fois,
121 ça fait plus de quinze ans que je suis sorti du domaine scolaire, je pense que c'est vraiment important
122 de respecter le protocole, mais il y a ce petit feeling qui au fur et à mesure des années, vient quoi.

123 **Q : Est-ce que vous avez une situation particulière en tête à me raconter où vous avez dû prendre**
124 **en charge un patient particulièrement anxieux.**

125 E3 : Oui alors j'en ai tous les jours, tous les jours, tous les jours. Le problème qu'il y a, c'est que l'anxiété
126 se transmet. Donc si on n'est pas armé, on tombe dans le piège et au bout d'un an, c'est soi-même la
127 grosse dépression, on s'arrête et on n'avance plus. Il faut toujours se protéger. Les anxieux vont toujours
128 trouver – c'est pour ça que j'ai accepté parce que l'anxiété, ça me parle vraiment beaucoup, mon
129 collègue pas du tout, lui de l'ostéo, structurel, il débloque, ça marche, ça ne marche pas, ce n'est pas
130 de sa faute. Il faut faire attention de ne pas rentrer dans leur jeu. C'est ce que je vous disais tout à
131 l'heure, c'est le questionnement. Et quand ils voient en vous plus qu'un thérapeute, un copain, un ami
132 qui pour 16 euros va écouter, va aider, va conseiller, c'est là où il faut faire vraiment attention. Tous les
133 jours, j'ai des situations pareilles, tous les jours, tous les jours. « Un jour, en fin de séance, il faudrait
134 qu'on aille boire un verre parce que vous être le seul à me comprendre » et là, il faut remettre de la
135 distance et il faut dire « écoutez, pas vous n'êtes qu'un patient mais professionnellement, je n'ai pas le
136 temps et je ne peux pas aller plus loin. Donc voilà, on verra dans une autre séance si je peux vous
137 aider ». Mais l'anxiété fait qu'on mélange un petit peu tout. Donc une personne qui a mal au dos et qui
138 ne peut pas monter à l'échelle et faire son boulot de peintre, s'il va mieux en deux séances parce que
139 vous l'avez écouté et parce que vous avez su mettre le doigt là où il fallait, bah automatiquement, ça va
140 vraiment l'aider dans sa vie de tous les jours et il va vouloir revenir tout le temps. Il y a une forme de
141 dépendance de ces patients. Je ne dis pas qu'il faut les maltraiter mais il faut essayer de trouver un juste
142 milieu, que ce soit un homme avec une femme, une femme avec un homme, un homme avec un homme,
143 il y a plein de choses qui passent. Quand on est dépendant d'une personne ou d'une technique, mais
144 quand ça nous fait du bien, on a tous envie d'y retourner. C'est le plus compliqué. Et je vous dis, j'ai
145 bientôt quarante-deux ans et des fois, je tombe dans le panneau parce que c'est si gentil d'envoyer un
146 petit texto « alors, ça a été la course ? », « alors, ça a été le marathon ? », « alors, ça a été la fête ? »,
147 « alors, ça a été la soirée ? ». Il faut vraiment laisser l'église au milieu du village.

148 **Q : Est-ce que vous auriez une anecdote d'un patient qui a été dans ce cas de figure-là ?**

149 E3 : Ah oui oui, bien sûr. Je vous dis, j'en ai eu plusieurs, plusieurs, plusieurs. C'est le cas d'un
150 marathonien qui faisait des tendinites à répétition, qui faisait des elongations à répétition. Et je l'ai
151 vraiment aidé. Lui, c'était le décès de son papa, il n'avait pas supporté le décès de son papa, très très
152 proche. Et depuis ce décès, il s'hydratait mais pas correctement, il n'était pas bien. Et un jour, j'ai fait
153 une bonne séance de micro et on faisait de la kiné en parallèle. Et il a vu en moi un sauveur parce que
154 du coup, je lui ai un peu expliqué que le deuil passait par plusieurs phases d'acceptation, de machin truc
155 bidule. Et que voilà, il fallait avancer, la vie continuait et tout, et tout. Et pareil, j'avais son portable, il y
156 avait un marathon super important en l'honneur de son papa, en mémoire de son papa. Et j'ai eu la
157 pensée de lui envoyer un petit texto « Alors, ça a été ? ». « Oui, cool, il faut qu'on se voit, il faut que vous
158 veniez manger à la maison, il faut que voilà ». Et donc après, ça a été compliqué de mettre un frein.
159 Donc j'ai expliqué qu'il ne fallait pas trop faire de séances de kiné, qu'il fallait laisser travailler le corps.
160 Il n'a pas trop compris et un jour, il m'a dit « Oui, si ma personne ne vous plaît pas, il faut me le dire ! ».

161 Je lui ai dit « Ce n'est pas votre personne, c'est juste que voilà, je suis kiné ». « Ah, je pensais qu'on
162 était devenu potes ». Je lui ai dit « Ecoutez, ce n'est pas qu'on n'est pas devenu potes, c'est que voilà,
163 j'ai un boulot, j'ai du monde et si je fais ça avec tout le monde ... ». Et je l'ai perdu pas mal de temps, ça
164 a duré 5-6 mois. Et il est revenu en s'excusant, qu'il avait compris mon attitude, qu'il s'en excusait, voilà.
165 Mais ça m'avait blessé parce que j'étais un peu en train de tomber dans le panneau. On avait plein de
166 points en commun donc voilà, il faut faire attention. Et j'ai plein d'anecdotes, bon là, ça ne me vient pas
167 en tête tout de suite. Mais pareil, pareil, pareil, quand on questionne « Ah votre collègue est sympa »,
168 « le cabinet... ». Je vous dis, l'anxiété, si on met le doigt dessus par la pensée, par le toucher par
169 l'émotionnel par le digestif, automatiquement, on gagne la confiance de la personne et on va pouvoir
170 aider. Une fois que la porte est ouverte, c'est compliqué parce qu'on a toutes les cartes en mains. Donc
171 en microkiné, en kiné, en ostéo, on travaille beaucoup sur le digestif : le foie, l'angle colique droit, le
172 gauche, je travaille beaucoup en viscéral. Quand on a un foie qui est bloqué, bah le foie c'est quoi, c'est
173 la colère, c'est la contrariété. Automatiquement, ça crée de l'angoisse, ça crée un manque de confiance
174 en soi. C'est une chaîne vicieuse. Le foie régule la vésicule, le pancréas, et je travaille ça chez tout le
175 monde, tout le monde, tout le monde pour aider le corps à libérer de ces tensions. Si on mange vite, si
176 on mange mal, si on est contrarié parce qu'on attend un colis, il est seize heures et à dix-sept heures,
177 on doit partir, ... C'est tout une régulation de l'état émotionnel. L'émotion et l'anxiété, c'est (mime
178 d'imbrication avec les mains) chou-vert et vert-chou.

179 **Q : Quand vous aviez ce patient-là ou même d'autres patients, quels sont les facteurs qui vous**
180 **ont permis de remarquer tout de suite et de vous dire « ah bah ce patient, il est anxieux, ça se**
181 **voit tout de suite qu'il y a un problème émotionnel sous-jacent ?**

182 E3 : C'est une très très bonne question, je pense que c'est la meilleure question. Encore une fois,
183 malheureusement, je ne peux pas donner une réponse type. C'est ce qu'on voit, ce qu'on ressent. Ça
184 peut être dans la parole, ça peut être dans la fréquence des rendez-vous. S'il y a une personne qui vient
185 en disant (avec un air paniqué) « le médecin m'a dit c'est trois séances par semaine, est-ce que vous
186 pouvez me donner les trois séances par semaine parce que sinon, je dois trouver un autre kiné ». Alors,
187 j'ai beau expliquer qu'en une séance, on peut faire un excellent résultat et faire de la merdouille en trente
188 séances. Tout ça, c'est des signes qui déjà au téléphone, nous explique plein de choses. Une personne
189 m'appelle et me dit « oui bonjour, oh, je suis déjà contente que vous répondiez au téléphone parce que
190 je cherche un kiné en urgence. Le médecin m'a dit de venir. J'ai de l'anxiété. Il faut que je fasse trois
191 séances par semaine ». Et puis, quand ils vous lisent l'ordonnance, vous savez déjà que c'est des
192 anxieux. Ou il y a la personne qui le masque complètement : je ne le montre pas, « ouais tout va bien »,
193 « Vous venez pour quoi ? », « Oh, ché pas, mon médecin m'a dit de venir, voilà ». Et puis, en creusant,
194 vous vous rendez compte qu'il a mal au dos, qu'il souffre de bruxisme et il a des céphalées de tension,
195 et il y a ci, il y a ça. Mais vous le voyez en quinze/vingt séances, pas tout de suite. Donc c'est vraiment
196 très très aléatoire. Encore une fois, feeling ressenti et dans toutes les professions - là je vous donne des
197 bons tuyaux – il y a toujours une recette un peu classique qu'on utilise tous. Pour certains confrères, ça

198 va être du viscéral, pour d'autres, ça va être du crânien, pour d'autres, c'est l'anamnèse. Il faut trouver
199 son plan d'action. Et une fois qu'on a son plan d'action, on se rend compte qu'on peut toujours poser la
200 même question, et ça marche avec tout le monde. Comme je vous ai dit, le mien, c'est « Bonjour,
201 pourquoi vous venez, faites-moi rêver ? ». Celui qui n'est pas là pour rigoler, il ne va pas rigoler, il va
202 être dur, il va être froid. La personne qui est anxieuse, ça va la détendre et puis, il va se lâcher très
203 rapidement. Mais en fonction de la personne à qui on a affaire, on va aller dans le sens. J'ai une anecdote
204 tiens. Une patiente qui est venue en micro mais ça s'applique aussi à la kiné. Elle m'a dit « oui bonjour,
205 je viens faire une séance de microkiné ». Puis je commence à parler d'anxiété, de tension, de voilà,
206 manque de confiance. Et puis, je ne l'ai plus revue. On a fini la séance et voilà. Tout le monde se connaît,
207 j'ai une collègue qui m'a dit « ah tiens, t'as eu madame un tel, elle n'était pas contente du tout ». Ça peut
208 arriver, on ne peut pas plaire à tout le monde. Je lui ai demandé pourquoi et elle m'a répondu « parce
209 que tu lui as dit tout ce qu'elle ne voulait pas entendre ». Donc en fait, elle n'était pas prête à entendre
210 qu'elle manquait de confiance, qu'elle n'était pas bien dans son couple, qu'il y avait des choses qui voilà.
211 Et donc, il y a des personnes qui ne supportent pas d'entendre la vérité. Donc là, encore une fois, en
212 kiné, en microkiné. Une personne qui vient pendant deux mois et qui ne s'est jamais lavée, qu'est-ce
213 que vous faites : vous lui dites, vous ne lui dites pas ? C'est compliqué. Travailler dans ces conditions,
214 ce n'est pas aidé, lui dire, elle peut se braquer et ne plus revenir. C'est le feeling, c'est le ressenti. Cette
215 personne est revenue me voir deux ans après. J'ai fait comme si rien n'était « Oh ça fait longtemps »,
216 « Oui je n'avais pas trop le temps ». Et elle m'a dit qu'elle aimerait bien refaire une séance. Donc là, j'ai
217 pris des pincettes parce que voilà. Et elle a tout dévoilé, elle m'a dit « Oui je n'ai pas aimé du tout mais
218 je comprends, je suis prête à entendre, en fait, vous m'avez beaucoup aidée mais j'ai mis du temps à
219 comprendre tout ça ». Donc j'ai trouvé ça génial quoi. Voilà.

220 **Q : Est-ce que vous avez des méthodes d'évaluation peut être propres à vous du taux d'anxiété ?**

221 E3 : Alors, encore une fois, c'est feeling au fur et à mesure de la séance. Mais j'ai un étirement classique.
222 Une personne anxieuse est toujours tendue. Une personne cool n'est jamais forcément tendue, très
223 tendue d'un point de vue musculaire. J'allonge les patients sur le dos. Et je fais une élévation des
224 membres inférieurs. Donc si déjà au bout de quinze/vingt degrés, elle dit « Ouuuuh, j'ai mal, j'ai mal »,
225 déjà, elle est tendue. Ensuite, la personne allongée sur le dos, je bascule une jambe d'un côté, je laisse
226 pendouiller la jambe en bas de la table et en controlatéral, j'ai le bras opposé donc j'étire en diagonal.
227 Et en général, c'est toujours une zone lombaire, des personnes qui souffrent de lumbago, de lombalgies,
228 qui ont tout le temps mal dans le dos, qui ont mal au ventre, dès qu'ils mangent un peu plus, il a mal au
229 ventre, voilà. Le fait d'étirer le bas du dos, ça redonne de la liberté à la cage thoracique et on redonne
230 de la liberté. Donc si au bout de deux/trois séances, l'étirement est mieux, je le fais faire à chaque fois,
231 je sais que j'ai gagné. Mais des fois, c'est un peu tendu et je trouve que c'est un bon test. Et je fais
232 télécharger une application qui s'appelle « respi-relax », je ne sais pas si vous connaissez, c'est de la
233 cohérence cardiaque. Je le fais faire à tous mes patients. Alors pareil, quand on voit le patient une fois
234 sur l'autre, « Alors, vous avez fait la respiration ? ». La personne qui est vraiment anxieuse, qui veut aller

235 mieux : « Oui oui, je l'ai fait, mais j'ai du mal, il faut que vous me remontriez ». Et la personne qui s'en
236 fou complètement : « oh non, je n'ai pas pensé ». Donc là aussi, on sait à qui on a affaire. Le vrai anxieux
237 va tout faire pour aller mieux, il ne supporte plus d'être anxieux donc il va le faire. Après, il y a l'anxieux
238 qui veut aller mieux, il y a l'anxieux qui ne veut pas forcément aller mieux et il y a celui qui veut des
239 attestations « vous pouvez me dire combien de temps, je viens, j'en ai besoin pour mon boulot ». « Ma
240 mère veut que je fasse ma chambre mais moi je ne peux pas, je suis nerveux, je suis anxieux », j'ai
241 redoublé 3 fois à l'école, mais c'est mon anxiété, ce n'est pas de ma faute », c'est des personnes qui
242 n'ont pas accepté une phase de vie et qui ne veulent pas forcément aller mieux. J'ai eu beaucoup de
243 mal avec ces patients-là, parce que ce sont des patients qui m'ont le plus pollué au cabinet. Mais voilà,
244 il en faut. Après, voilà, je ne dis pas qu'il faut faire de l'argent sur ces patients-là mais si vous ne les
245 prenez pas, ils vont ailleurs donc à voir, c'est à voir.

246 **Q : Est-ce que vous lui avez-proposé des techniques spécifiques quand vous avez remarqué qu'il**
247 **avait de l'anxiété afin d'adapter la prise en charge en fonction de ce que vous avez décelé comme**
248 **anxiété ?**

249 E3 : Oui oui, toujours. Je recommande toujours à mes patients de continuer le travail, quand je les vois
250 en microkiné ou en kiné. Alors il y a des patients à qui je dis – alors on le sent tout de suite le patient qui
251 est très anxieux, qui est bileux – « Voilà, est-ce que vous avez déjà fait une psychothérapie, est-ce que
252 vous avez déjà fait de la sophro, est-ce que vous avez déjà fait voilà ». Alors je commence par les
253 techniques classiques, des fois un peu d'hypnose, un peu de sophrologie, un petit peu de techniques
254 complémentaires. Après, s'il faut vraiment être débloqué, de l'ostéopathie, de la microkiné. Après, il y a
255 des médecins très très compétents. J'envoie beaucoup de patients chez le docteur K. à Metz, c'est une
256 référence dans le coin, qui fait des tests d'intolérance alimentaire. Vous connaissez peut-être, non ?

257 **Q : Je ne connais pas, je ne suis pas de Metz**

258 E3 : Ah, donc c'est un médecin qui teste les intolérances alimentaires. On se rend compte que dans
259 l'anxiété, il y a des personnes qui ne digèrent pas, je vais dire une bêtise, la betterave par exemple. A
260 chaque fois qu'ils mangent de la betterave, ça les crispe. Ça les crispe, ils ne sont pas bien. Si je ne suis
261 pas bien, je suis anxieux. Si je suis anxieux, un rien me perturbe : aller voir la belle-mère, ramasser des
262 champignons. Le côté émotionnel, c'est une chose, mais il y a aussi le métabolisme. Il y a des intestins
263 trop perméables, d'autres pas assez. Donc je pense que d'un point de vue digestif, il y a un grand travail
264 là-dessus aussi. De toute façon, l'intestin grêle, c'est le 2^{ème} cerveau. Donc on travaille cerveau-intestin
265 grêle, phase digestive, dos et tout ce qui est émotionnel. Alors l'anxiété, je le mets dans l'émotionnel,
266 dans le bon ou le mauvais sens. Donc tout ça, est toujours travailler quoi.

267 **Q : et quand vous avez proposé ces techniques, vous avez remarqué une évolution dans**
268 **l'immédiat, à court terme ou à long terme ?**

269 E3 : Je peux vous citer 50% de cas où ça a été spectaculaire et 50% où ça n'a rien donné, voilà.
270 J'exagère en disant cinquante-cinquante, en expliquant que voilà, il y a des personnes étaient prêtes à
271 aller mieux, il y a des personnes comme je disais tout à l'heure qui n'ont pas ce besoin ou cette envie,
272 ou qui vont trouver au travers de ce qu'on leur dit qui les aide, mais pas forcément tout de suite, tout de
273 suite.

274 **Q : Chez les personnes où ça a fonctionné, c'était dans l'immédiat ou à long terme ?**

275 E3 : Encore une fois, ça dépend d'une personne à l'autre. Mais ça marche quand même assez
276 rapidement. Encore une fois, je pourrais vous citer des milliards d'exemples. C'est toujours pareil. Il y a
277 une anxiété du transgénérationnel où le père était anxieux, la mère est bileuse, le fils est bileux. Il a peur
278 quand il est passé du collège au lycée, du lycée quand il est passé à l'école de ... voilà. Et il y a des
279 faux anxieux « je dois faire mes devoirs, j'ai envie d'aller jouer à la play-station, ça m'énerve, ah ça
280 m'angoisse, je n'ai pas envie, je n'ai pas le temps ». Quand je parle de côté droit en microkiné, le côté
281 droit, c'est le côté réactionnel. C'est le papa, c'est l'élan vital, c'est la pêche, c'est la niaque, c'est tout
282 ça. Je mets toujours tout là-dedans : le manque de confiance en soi, le côté bileux, le côté anxieux. Je
283 dis toujours, la vésicule biliaire, c'est la bile, c'est « j'ai peur ». Et le pancréas, c'est la compensation, je
284 te rentre dedans. Comme dans les films, quand un se fait taper dessus pendant des années et des
285 années, un jour il se rebelle et pouf, il nous saute dessus, vous n'avez pas compris le comment du
286 pourquoi. C'est tout un processus d'élan vital qui doit se lâcher. Des fois, il faut juste entendre le
287 comment du pourquoi. En général, ça vient du transgénérationnel (parents), contexte familial. Quand on
288 régule déjà tout ça, surtout quand on a un bébé qui vient, un bébé qui a un torticolis qui ne fait pas ses
289 nuits, si la mère est anxieuse qui a peur de la perdre, qui a peur de ... voilà, automatiquement, elle va
290 transférer son anxiété. Le bébé, c'est du wifi, c'est du Bluetooth, entre une maman et un enfant, on
291 ressent énormément de choses. C'est comme si vous voyez votre maman qui n'est pas bien, vous
292 rentrez dans la cuisine, vous savez si ça va ou si ça ne va pas, elle n'a pas besoin de vous dire « ah ma
293 chérie, ça ne va pas ». C'est un ressenti parce que vous avez grandi avec elle, votre femme, votre mari,
294 voilà, c'est toujours pareil. « Ça ne va pas chérie » « si tout va bien » mais on sait que ça ne va pas.
295 Donc voilà, il y a des personnes, faut les laisser boudier dans leur coin, d'autres il faut y aller, et cette
296 anxiété peut remonter à la surface et peut venir dominer tout ça quoi. Mais pour moi, ce sujet-là, c'est
297 vraiment l'avenir. Et si les kinés s'orientaient un peu plus sur ce côté émotionnel pour libérer ces
298 anxiétés, on règle 100% des problèmes. Encore une fois, il y a le problème mécanique. Si on a une
299 rupture de la coiffe des rotateurs, voilà, ou il faut opérer ou il faut renforcer, ou voilà. Mais en plus de ça,
300 le côté émotionnel est très très important.

301 **Q : Est-ce que vous arriveriez à me donner un pourcentage de personnes présentant de l'anxiété**
302 **dans l'ensemble de votre patientèle ?**

303 E3 : Un pourcentage, c'est compliqué de vous dire exactement. Pour moi, je dirai plutôt en échec ou en
304 réussite. Encore une fois, il y a kiné et kiné. Si on fait une kiné classique, on fait 10 séances de massage,
305 on pose deux électrodes, au revoir, je pense qu'on arrive à 20% de résultats en faisant ça. Maintenant,
306 je parle en micro, ou en kiné où on ressent vraiment les choses, je dis toujours sur dix patients, il y en a
307 sept qui repartent en courant et trois avec qui ça ne marche pas. Voilà ce que je dis toujours à mes
308 patients. Pour moi, il y a entre 60 et 70% d'amélioration et il y a toujours 30% de cas résistants. Donc je
309 dis toujours à mes patients, si vous êtes dans les trois personnes sur dix, malheureusement, on fait ce
310 qu'il faut mais le corps n'est pas prêt, n'a pas l'arme pour pouvoir ... Et sur ces 30% de patients, ceux
311 qui reviennent, je dirais qu'il y en a la moitié qui vont mieux et l'autre moitié qui n'iront jamais mieux
312 parce que voilà, le père s'est suicidé, la maman est alcoolique, j'ai manqué d'argent, j'ai été attouchée
313 quand j'avais treize ans. Pffff ... C'est compliqué d'être complètement serein. Je pense qu'il y a un facteur
314 chance qui fait que, voilà quoi.

315 **Q : Et les troubles anxieux, ils concernent la majorité de votre patientèle ou pas ?**

316 E3 : 90%. Je vous dis, c'est pour ça que ça m'a intéressé votre sujet parce que si on ne met pas le doigt
317 là où il faut, on ne peut pas aider les personnes. J'ai une telle demande en kiné, microkiné, on n'imagine
318 même pas. Tous les jours, j'ai entre trente et quarante coups de fil pour des nouveaux rendez-vous.
319 Encore une fois, mon collègue que j'adore est très (mime avec ses mains) cartésien, très structuré, il
320 a peut-être 5% d'appels que j'ai. Parce qu'il est très compétent, parce qu'il est très bien dans sa branche
321 mais aujourd'hui, l'anxiété représente -pour ne pas dire 100% - 90% de nos patients. Tout le monde
322 court après ... Alors je ne suis pas macho mais la femme travaille, l'homme travaille, on veut des enfants,
323 on veut une belle maison, on veut une belle voiture, on veut un bon boulot, on veut performer dans son
324 boulot, on veut faire des formations, on veut une belle tapisserie, on veut un beau collier, on veut de
325 bonnes vacances, ... à un moment, il y a des priorités. Donner son enfant à une nounou toute la journée,
326 le récupérer à dix-neuf heures, le ramener à six heures du matin, (grimace) ce n'est pas forcément notre
327 conception d'une vie de famille. Mais après je ne discute pas. Je vois des patients anxieux le matin à
328 sept heures quarante-cinq, pffff (lève les yeux au ciel). Ils rentrent de vacances, ils sont anxieux, avant
329 de partir ils sont anxieux, en milieu de vacances ils m'appellent pour prendre rendez-vous parce qu'ils
330 sont anxieux, ils s'énervent parce que ça ne roule pas vite, ils s'énervent parce qu'il y a des bouchons,
331 ils s'énervent parce que voilà ... (lève les yeux au ciel) Pfff... ça sert à quoi de vivre dans cet état d'esprit.
332 Après, encore une fois, moi je suis kiné, ma femme ne travaille pas et ma femme, c'est mon équilibre.
333 C'est elle qui m'aide beaucoup dans mon boulot. Je pense que la vie de couple, c'est vraiment être à
334 deux et avoir son équilibre. Si vous êtes anxieuse et votre chéri ne l'est pas, bah il va vous tirer vers le
335 haut, il va vous aider. Le problème, c'est quand j'ai deux patients anxieux qui me ramènent les trois
336 enfants qui sont anxieux, pffff. Je dis toujours, on va tout faire, mais je reste un être humain donc je
337 donne les possibilités au corps et puis après, il faut que le corps se débrouille avec ce qu'on fait. Moi je
338 suis toujours sûr de ce que je fais, je fais toujours le meilleur et après, c'est au corps de se débrouiller.

339 **Q : Est-ce que les patients qui viennent vous voir sont anxieux de la même manière ou est-ce**
340 **qu'il y a des différences entre chaque ?**

341 E3 : Non non non, chacun a son anxiété. Comme je vous disais, il y a l'anxiété de la personne qui
342 transpire, il y a la personne qui rigole, la personne qui a peur d'être manipulée, il y a la personne qui a
343 peur de la séance, il y a la personne qui a besoin de parler, il y a la personne qui a besoin de vous
344 donner son portable et d'aller boire un verre avec vous. Chacun a sa manière d'exprimer l'anxiété. Mais
345 le résultat est le même : fatigue, maux de tête, c'est toujours les mêmes symptômes quoi, lumbago,
346 bloqué trois/quatre fois dans l'année, souvent en arrêt de travail. C'est souvent des réactions en chaîne,
347 les réactions sont assez souvent similaires.

348 **Q : Est-ce qu'il y avait des pathologies qui généraient plus d'anxiété que d'autres au cours de**
349 **votre pratique professionnelle**

350 E3 : Comme je dis toujours, la plus grande des anxiétés, c'est les problèmes de dos, de cervicales. Mais
351 chez le sportif, c'est de ne pas se reposer, la tendinite, la déchirure musculaire. Beaucoup de personnes
352 ont aussi des problèmes de peau, d'eczéma, de psoriasis, de pelade, de perte de cheveux. J'ai une
353 personne qui est venue – en kiné, je n'ai jamais réussi à l'aider – on a fait une séance de micro, ça a été
354 spectaculaire. C'est une pelade de tout le corps. La personne n'avait plus un poil dans le corps, plus de
355 sourcil, plus de cils, plus de cils dans le nez, plus rien du tout. C'était après un choc émotionnel, c'était
356 après une naissance. Comme j'explique toujours, une naissance, c'est positif mais elle s'est mis une
357 pression, une anxiété, peur de la mort du nourrisson, peur de ne pas être un bon père, peur de voilà.
358 Alors là pareil, quand vous massez un dos, vous parlez. Et quand vous parlez, vous vous rendez-compte
359 qu'il a une respiration paradoxale, une respiration haute donc il faut travailler le diaphragme, libérer
360 l'intestin, libérer le foie, étirer le dos comme je vous disais droite-gauche, travail « respi-relax », et après,
361 toucher ce qu'il y a à toucher. Il y a des personnes avec qui on parle du passé. En micro, on arrive ...
362 pas à revenir dans le temps mais à rentrer dans une ligne de conduite qui peut dire que ça, ça, ça a pu
363 perturber. Et encore une fois, il me faut un exemple, un cas précis pour vous dire. Ce n'est pas toujours
364 facile, même après tant et tant d'années de travail, parfois, on passe à côté de certaines choses. Après,
365 il faut les voir plusieurs quand même pour être sûr de ne pas se tromper.

366 **Q : Dans votre pratique professionnelle, est-ce qu'il y a eu un moyen plus efficace que les autres**
367 **pour essayer de diminuer l'anxiété chez vos patients.**

368 E3 : Encore une fois, tout dépend du type d'anxiété. Il y a les personnes qui ont besoin de parler, d'autres
369 personnes qui ont besoin d'être massées, d'autres qui ont besoin d'être manipulées. Une personne qui
370 a des vertiges, qui a un blocage dans le dos, tant que vous ne le débloquez pas, son anxiété ne va pas
371 disparaître. Il va toujours être tendu, toujours être crispé. Une personne, tant que son mariage n'est pas
372 passé il n'arrivera pas à être détendu. C'est comme une anxiété avant un examen, il y a des personnes

373 qui en vomissent, il y a des personnes qui n'en mangent plus. C'est compliqué, je vous dis. Chaque
374 nouveau patient, je me mets du gel hydroalcoolique et je me frotte les mains, je pose ma question et je
375 ne sais pas où on va aller. C'est bien parce qu'on n'a jamais de routine. J'ai eu beaucoup d'enfants la
376 semaine dernière qui sont venus, qui ne dorment pas. Les enfants qui ne dorment pas la nuit, c'est
377 normal si les parents sont anxieux. Avant d'aller se coucher, ils commencent déjà (mime l'enfant anxieux)
378 à dire « Ah j'espère que cette nuit il va dormir parce que je suis fatigué, parce que j'en peux plus, il faut
379 que je reprenne le boulot dans deux mois, parce qu'ils culpabilisent ». Vraiment, aucun cas n'est similaire
380 mais il y a des familles. Les anxieux de famille en famille, les anxieux perfectionnistes, ceux qui veulent
381 que tout soit tout bien à sa place et tout et tout. Donc ça dépend, désolé pour cette question mais je
382 n'arrive pas à donner une ligne de conduite vraiment très précise. De toute façon, le corps humain, ce
383 n'est pas comme une voiture. Comme je dis toujours à mes patients, si je pouvais, je vous arrache le
384 bras, je le remets en place et je vous le remets demain. C'est ce qui fait qu'une capsulite rétractile n'est
385 pas la même chez tous les patients. Moi j'ai, en microkiné, traité des capsulites ou des algodystrophies
386 qui traînaient depuis des années. Alors les patients, ils me disent « mais qu'est-ce que vous avez
387 fait ? » : « Je n'en sais rien ». J'ai corrigé tout le corps, j'ai libéré des attaches osseuses on a libéré le
388 bassin, on a libéré des zones à distances. Est-ce que c'était le foie qui déconnaît, qui a fait des
389 infiltrations parce que la personne mangeait vite ou autre. Mais des fois, on ne sait pas toujours ce qu'on
390 fait quoi.

391 **Q : Pour conclure cet entretien, qu'est-ce que vous pensez de l'utilisation d'un outil d'évaluation**
392 **de l'anxiété ? Est-ce que ça pourrait avoir une influence sur la prise en charge ?**

393 E3 : Oui, oui, je dis « Oui » à 100%. Par contre, il faut un bon outil. Alors, je suis un peu la mauvaise
394 personne parce que moi, je suis kiné manuel, les papiers, les trucs, c'est toujours un peu le ressenti, le
395 feeling. Mais je pense que s'il y avait une fiche vraiment bien établie, ce serait faisable. Mais il faudrait
396 vraiment bien l'orienter et faire ça consciencieusement. Mais je pense que oui, ce serait utile pour tous
397 les patients Mais en tout cas, il faut vraiment persévérer dans ce domaine. Parce qu'encore une fois, j'ai
398 eu un exemple où un patient est venu, un retraité, qui est très connu ici dans le coin, qui est venu et qui
399 avait envie de parler. Il était anxieux, il était voilà. Et en 45 minutes, je n'ai quasiment rien dit. J'ai dit
400 « oui », « peut-être », « pourquoi vous n'allez pas voir plus loin ». Il a parlé, il a parlé et fin de séance, il
401 m'a dit « merci, mes problèmes ont disparu ». Et j'ai recroisé un ami d'un ami qui le connaît, et il me dit
402 « ah il te vante, il dit que tu es le meilleur kiné ». Je n'ai vraiment rien fait, je l'ai juste écouté mais voilà,
403 personne ne l'écoutait. Tout le monde le coupait. Il avait besoin d'extérioriser, il avait besoin de vider
404 son sac comme dirait l'autre. Moi, ça a été une belle expérience. C'est une charmante personne, très
405 cultivée, plus de quatre-vingt-deux ans à l'époque. Mais je pense qu'un outil bien adapté pourrait
406 révolutionner le monde de la kiné, ça c'est clair, ouais ouais.

407 **Q : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose à cet entretien**

408 E3 : Non, pour moi, ça m'a fait plaisir. A développer. Comme je l'ai répété au cours de cet entretien, à
409 développer l'état émotionnel, l'anxiété, c'est 90% de nos problèmes donc vraiment à développer, à
410 développer. Voilà.

Enquêtrice : Hélène HERZOG

Enquêté(e) : E4

Transcriptrice : Hélène HERZOG

Date : 09 octobre 2020

Lieu : en visioconférence via ZOOM

Durée : 0h30min20s

Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Présentation sociale de l'interviewé : kinésithérapeute libéral

Contexte de l'entretien : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Relation enquêteur-enquêté : aucune avant la réalisation de cet entretien

Contacts ayant permis d'obtenir cet entretien : mail

1 **H : Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je me présente, je m'appelle**
2 **Hélène HERZOG. Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'IFMK de Nancy. Je réalise une enquête**
3 **autour de l'anxiété chez les patients pris en charge en libéral. Je vous propose donc cet entretien**
4 **dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Cette discussion reste anonyme et dure environ**
5 **quarante-cinq minutes en fonction de vos réponses. Acceptez-vous d'être enregistré ?**

6 E4 : Oui, je me doute qu'il faut pour tout reprendre, c'est du boulot ça.

7 **Q : Oui, je demande toujours (sourire). Et oui, c'est pas mal de boulot (rire). Du coup, pour**
8 **démarrer cet entretien, je vais vous laisser vous présenter, me donner votre âge, le lieu d'exercice**
9 **professionnel, l'année d'obtention de votre diplôme, en gros votre parcours et les formations.**

10 E4 : J'exerce à Mulhouse en libéral. Je suis diplômé de 2009 de l'école de Strasbourg. Alors, les
11 formations, j'en ai fait tellement que ... (rire). Alors les plus marquantes, c'est mon master deux en santé
12 publique, c'est les DU, DU de sport-santé et DU de diététique, nutrition, nutrithérapie. Puis bon après,
13 c'est tout ce qui est formation kiné, toutes les petites formations qu'on fait : Taping, fascia, trigger point,
14 et ainsi de suite, enfin celles qu'on accumule au fur et à mesure des années. Echographies aussi, j'en
15 ai fait quelques-unes. Et en gros, c'est ça (sourire).

16 **Q : Dans votre parcours professionnel, vous avez toujours travaillé en libéral ?**

17 E4 : Euh, depuis le début en libéral, d'abord en remplacement, ensuite assistantat et enfin titulaire de
18 cabinet. J'ai tout fait dans l'ordre (rire).

19 **Q : Dans votre cabinet actuel, quel type de patientèle, quel type de pathologie vous rencontrez ?**

20 E4 : On a un peu de tout. Pour moi, je trouve que c'est une chance d'être en grande ville. On ne dépend
21 pas d'un seul médecin généraliste comme c'est souvent le cas en cabinet de campagne. On a vraiment
22 plein de prescripteurs différents, on a l'hôpital aussi, on a beaucoup de monde qui viennent de l'hôpital.
23 Et les patients de l'hôpital, c'est particulièrement varié comme pathologie. On a vraiment tout de la
24 bronchiolite à la personne âgée. On a des jeunes, on a vraiment tout, c'est très varié.

25 **Q : Au cours de la dernière prise en charge que vous avez eue, vous choisissez celle que vous**
26 **voulez, comment s'est déroulée la première séance du patient ?**

27 E4 : Les séances en général, c'est toujours un peu pareil. On va chercher le patient dans la salle
28 d'attente pour faire son accueil. Comme c'est COVID, on lui met un peu de gel dans les mains avant de
29 la faire entrer. On l'installe dans sa salle, on lui laisse le temps de s'installer une ou deux minutes. Puis
30 on revient et on commence à discuter avec lui, voir comment ça va aujourd'hui par rapport à la séance
31 d'avant si on l'a déjà vu avant. Et on continue notre traitement des séances précédentes.

32 **Q : Et si c'est la première fois que vous le voyez, comment ça se passe ?**

33 E4 : Si c'est la première fois, alors là, on ne l'emmène pas tout de suite en salle. On passe d'abord au
34 bureau. On enregistre l'ordonnance, carte vitale, mutuelle, enfin l'administratif classique. Et après, on va
35 en salle et on reprend. (Réfléchit) Euh, non, c'est un peu différent parce qu'on fait le bilan. On fera
36 d'abord le bilan quand c'est la première séance en général.

37 **Q : Comment vous le construisez ce bilan ?**

38 E4 : En fonction de la pathologie. Alors moi, j'ai BDKapp, c'est une application sur tablette compatible
39 avec VEGA, le logiciel qu'on a au cabinet. Donc on a déjà une liste de pathologies avec des bilans type.
40 Selon le temps qu'on a, on a « express », « normal » ou « détaillé ». Selon les périodes, je prends
41 l'express ou le normal si j'ai un peu plus de temps à accorder au bilan. Et je suis les items. S'il y a
42 quelque chose que le patient me dit qui n'est pas dans les items, je le rajoute. Avec BDKapp, on peut
43 ajouter des cases et des items nous-mêmes. Donc c'est assez pratique. En général, la trame est bien
44 faite. La plupart du temps, il n'y a pas besoin de rajouter grand-chose parce qu'il y a de toute façon une
45 case « observation » à la fin, où on écrit directement ce qu'on observe et qui n'était pas dans des cases.

46 **Q : Quel est votre avis sur la pertinence de faire un BDK comme ça en début de prise en charge ?**

47 E4 : Moi je pense que c'est mieux de le faire au début, avis personnel parce qu'on est plusieurs au
48 cabinet. Si le patient après en fonction de ses heures ou de ses disponibilités, s'il se retrouve à switcher
49 avec quelqu'un d'autre du cabinet, et bah avec la tablette, il aura tout de suite le bilan. Il n'aura pas

50 besoin de reposer toutes les questions, de faire toute l'anamnèse. C'est presque comme si c'était un
51 patient qu'il avait déjà eu lui, il aura déjà tout devant les yeux. Donc pour nous, c'est plus pratique pour
52 l'organisation. Puis même, pour les transmissions entre nous. Alors, la plupart du temps, quand on se
53 passe un patient de l'un à l'autre, qu'on se croise, on se fait les transmissions oralement. Mais bon, si
54 on se fait les transmissions le lundi pour un patient qui va être vu jeudi ou vendredi, parfois le collègue
55 il aura oublié entre temps. Donc c'est quand même mieux d'avoir l'application sur la tablette, pour qu'il
56 puisse voir en cas de besoin.

57 **Q : Est-ce qu'il y a des questions particulières que vous posez à l'interrogatoire, je ne sais pas**
58 **s'il y a une trame avec des questions prédéfinies sur l'application ?**

59 E4 : Oui, oui, oui. Bah en fait, sur toutes les pathologies, il y a déjà des petites trames prédéfinies. En
60 général, ce qu'ils font au début, c'est la partie administrative. C'est le nombre de séances, le lieu, cabinet,
61 domicile, est-ce que le patient avait déjà eu des séances pour le même motif avant ? Oui/non, est-ce
62 qu'il y a une balnéo de prescrite ? Oui/Non. Donc ça, il y a sur quasiment chaque début de bilan, c'est
63 les items de départ de l'appli. Et après, en fonction de la pathologie, on va avoir des choses plus ou
64 moins différentes. Si c'est de l'ortho/traumato, on peut prendre la photo d'un genou en flexion, avec les
65 doigts, on met trois points et ça nous donne une valeur un peu comme en gonio. Ça c'est pas mal aussi.

66 **Q : Est-ce que l'application ou vous en plus, est-ce que vous intégrez la notion psychosociale**
67 **pendant le BDK ou l'interrogatoire ?**

68 E4 : Oui, oui, oui. Alors selon le bilan, le BDKapp ne met pas forcément de case, d'items là-dessus. Mais
69 c'est quelque chose qu'on rajoute en observation. Et c'est quelque chose qu'on se dit beaucoup aussi
70 pendant les transmissions. Justement avec les patients qui sont anxieux, on en a qui arrivent plus ou
71 moins à le gérer que d'autres. J'ai un confrère qui est plutôt axé actif, actif, renforcement musculaire,
72 sport. Il est un peu moins intéressé par des prises en charge de patients qu'il va falloir déjà rassurer
73 dans un premier temps, accompagner très progressivement. Il va préférer prendre en charge des
74 patients tout de suite sportifs. Lui il va avoir plus tendance quand il va avoir un patient un peu plus craintif,
75 à l'envoyer à moi ou aux autres collègues par exemple pour le début.

76 **Q : Est-ce que vous avez une situation particulière à raconter avec un patient anxieux ?**

77 E4 : Oui, rien que ce matin, j'en ai encore eu une. Après, c'est un peu l'habitude, l'expérience qui fait
78 qu'on arrive. Comme je dis toujours, il faut qu'on arrive à cerner le patient, et il faut aussi voir ses attentes
79 à lui. C'est important. Ils ne vont pas tous avoir des attentes sportives les patients, les personnes âgées,
80 voilà, on ne va pas leur faire faire courir un marathon. Mais c'était une dame, on le voyait tout de suite,
81 la façon dont elle tenait l'épaule comme ça (mime la position en élévation d'épaule), avec le bras plié.
82 Elle n'arrivait pas à se relâcher.

83 **Q : C'était dans quel cadre, dans quelle pathologie ?**

84 E4 : Alors, l'ordonnance du médecin était assez basique. C'était « tendinite épaule » (rire). C'est des fois
85 des ordonnances qu'on voit comme ça, où il y a juste noté « genou », ou « épaule », et c'est un peu
86 « démerdez-vous après ». et là, il y avait juste marqué « tendinite épaule » (rire).

87 **Q : Ce n'était pas très fourni (rire)**

88 E4 : Ce n'était pas très détaillé, non (rire)

89

90 **Q : Vous m'avez parlé de son épaule qu'elle tenait comme ça (je mime une élévation d'épaule),**
91 **est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui vous ont fait penser que cette patiente était anxieuse ?**

92 E4 : Pour celle-ci, c'est vraiment son attitude. Après, selon les patients, c'est vrai que ça peut être autre
93 chose. Rien que des fois, quand ils arrivent au cabinet, il y en a quand on va ouvrir la porte et les appeler,
94 ils vont tout de suite se lever et ils vont venir vers vous, d'autres il va falloir leur dire « vous pouvez
95 venir », « vous pouvez me suivre », « suivez-moi ». Donc là, c'est des patients qui sont déjà un petit
96 moins sûr d'eux. On peut voir un peu à ce moment-là. Après, ça ne présage pas forcément d'un patient
97 anxieux du fait qu'il soit un peu moins sûr de lui ou autre, mais il y a plein de choses différentes. Là pour
98 celle-ci, c'était flagrant. Elle avait son coude fléchi, son épaule qui remontait, et impossible pour elle de
99 relaisser tomber l'épaule en fait, de laisser pendre l'épaule, elle était vraiment dans cette position.

100 **Q : Pour tous les autres patients, c'était les mêmes facteurs qui vous ont fait dire que c'était des**
101 **patients anxieux ?**

102 E4 : C'est à chaque fois un peu différent, ouais, c'est à chaque fois un peu différent selon les patients. Il
103 faut que je vois si je trouve d'autres exemples (Réfléchit). Il y en a d'autres, ça va être plus dans leur façon
104 de parler. Ils vont dire, dès qu'on va les toucher, « j'ai mal ici, j'ai mal là ». Mais ça, ce n'est pas forcément
105 lié à l'anxiété mais ça peut des fois. Je n'ai pas d'autre exemple qui me vient là, à l'esprit mais bon, ça
106 va peut-être me venir. (Silence) Il y a aussi ceux qui posent beaucoup de questions, oui, il y a ça aussi.
107 Ceux qui vont nous demander « est-ce que vous pensez que ... ? », « est-ce qu'il faut que je fasse
108 ça ? », « est-ce qu'il faut que je fasse ça ? ». Donc là aussi, on peut se douter qu'ils sont à la recherche
109 de réponses, qu'ils ont beaucoup de questions, ou qu'il y a quelque chose qui les travaille en fait.

110 **Q : Et à ce moment-là, quand vous êtes face à un patient anxieux, est-ce que vous l'évaluez de**
111 **manière objective ou subjective ?**

112 E4 : C'est-à-dire, le niveau d'anxiété, c'est ça ?

113 **Q : Oui, c'est ça ?**

114 E4 : Pas vraiment. A part voilà, « un peu anxieux », « très anxieux », assez rapidement en fait, dans les
115 commentaires du bilan. C'est quelque chose qu'on peut mettre effectivement « assez anxieux. A
116 rassurer ». Mais c'est vrai qu'on ne l'évalue pas particulièrement. On a plutôt tendance à mettre s'il est
117 anxieux, parce que ce n'est quand même pas la plupart des patients. Donc en général, oui, on met
118 « patient anxieux » mais c'est vrai qu'on n'évalue pas forcément le niveau d'anxiété.

119 **Q : Est-ce que vous adapter votre prise en charge ? Avez-vous une approche différente si le**
120 **patient est anxieux ?**

121 E4 : Dans tous les cas, on adapte, oui, oui. On sait qu'on ne pourra pas tout de suite aller une mob
122 active, peut-être sur des amplitudes extrêmes ou du renforcement musculaire pour ce type de patient.
123 On va déjà y aller doucement. Ça va plutôt être de la mob passive légère, du petit bras de levier, des
124 exercices légers et plus de discussions. Beaucoup de discussions je pense avec ces patients-là. Après,
125 on ne s'en rend pas forcément compte. Enfin, on se rend compte quand le patient est anxieux et puis
126 après, c'est assez instinctif la façon dont se comporter avec lui. On voit qu'il est anxieux donc forcément,
127 on parle plus avec lui pour essayer de le rassurer. Mais de là à pouvoir dire que je parle 50% ou 60%
128 plus qu'avec un autre patient, je ne pourrais pas dire ça. C'est lié à l'habitude de prise en charge. Tant
129 que ce patient il n'arrivera pas à avoir confiance en nous, qu'il n'arrivera pas à être un minimum rassurer,
130 on va se détendre et se relâcher en séance. On attend avant de passer aux exos suivants en fait.

131 **Q : Quand vous parlez de discussions, ça va plutôt être des discussions personnelles sur sa vie**
132 **de tous les jours ou sur sa pathologie ?**

133 E4 : Alors les deux. Je commence plus souvent par le patient en lui-même donc les questions
134 personnelles effectivement. Essayer de voir ses habitudes de vie, est-ce qu'il y a quelque chose. Parfois,
135 ça peut être des choses bêtes qui peuvent les rendre anxieux. Il suffit qu'il y ait eu un décès récemment
136 dans la famille ou autre. Dans ce cas-là, on sait que ce n'est pas une anxiété qui va forcément durer
137 longtemps, c'est plus temporaire. Ou alors, il y a d'autres patients, quand ils vont nous dire – on a des
138 pathologies de type fibromyalgie ou autre, ou les capsulites ou ce type de pathologies qui sont plus à
139 même de développer ces symptômes d'anxiété.

140 **Q : Est-ce que vous avez observé une évolution du taux d'anxiété au moment où vous avez**
141 **proposé ce type d'intervention ?**

142 E4 : En général, oui. En général, on y arrive bien. Enfin, moi j'y arrive bien et j'ai un collègue qui y arrive
143 aussi très bien là-dessus. Après le problème qu'on a plus, c'est quand on veut prendre des congés ou

144 autres, et que du coup, ils ne veulent pas les remplaçants. Parce qu'ils se sont habitués à nous, donc
145 ça, c'est le problème qu'on a après. C'est une fois qu'on a réussi à les rassurer, que le contact passe
146 bien et qu'ils ont confiance dans la prise en charge, c'est que du coup, ils ne veulent plus changer. Donc
147 c'est des patients après qui sont plus compliqués à donner à un remplaçant ou même à un autre collègue
148 du cabinet.

149 **Q : C'était une évolution qui était remarquable à court terme, à long terme ou progressivement,**
150 **de quelle manière cette évolution s'est-elle manifestée ?**

151 E4 : L'évolution de la confiance que le patient nous accorde ou ... ?

152 **Q : L'évolution de l'anxiété suite à vos interventions ?**

153 E4 : Ça dépend vraiment de chaque patient. Ça je ne peux pas vraiment dire, il me faut une séance ou
154 quatre séances, parfois plus ou moins. Ça dépend vraiment de chaque patient et de sa source d'anxiété
155 en fait.

156 **Q : Vous m'avez dit tout à l'heure que ça ne concernait pas la majorité de vos patients de**
157 **manifestar cette anxiété. Est-ce que vous arriveriez à m'estimer un pourcentage de personnes**
158 **qui viennent chez vous avec des symptômes d'anxiété.**

159 E4 : Ah ce n'est pas évident. Aller, à la louche, je dirai 20%. Mais c'est complètement à la louche. C'est
160 un ordre d'idée par rapport à une matinée, ou à une journée, ça doit être de cet ordre d'idée. Peut-être
161 plus, peut-être 30%. Bah, 20-30% à peu près, je dirais.

162 **Q : Est-ce que les patients sont toujours anxieux de la même manière ?**

163 E4 : Il y en a, comme dit, ça va vraiment être la posture. Ils vont être crispés, ils vont être tendus. D'autres
164 à l'inverse ne seront pas crispés, tendus mais ils parleront moins, ce sera plus compliqué à communiquer
165 avec eux. On a eu le cas, bon ce n'était pas moi, c'était un collègue qui m'a raconté. Il avait eu un patient
166 qui pensait qu'il ne parlait pas bien français, qu'il avait des difficultés à comprendre parce qu'il parlait
167 très peu. Et en fin de compte, il s'est rendu compte, parce qu'ils se sont trouvés un sujet de conversation
168 en commun – alors je ne sais plus si c'était le foot ou le tennis, c'était un truc tout bête – de discuter de
169 ça, de discuter d'un truc qui n'avait rien à voir avec la séance et la pathologie du patient. Ils ont discuté
170 un peu et le patient a pris confiance en lui et il lui a dit, et maintenant, il n'y a aucun souci, il arrive à lui
171 donner une évaluation de la douleur EVA, il répond à ses questions. Ils arrivent beaucoup mieux à
172 communiquer qu'au début où il avait l'impression qu'il ne répondait pas quand il posait des questions
173 pour son bilan.

174 **Q : Est-ce que l'anxiété peut venir de différentes choses selon vous ? Est-ce que vous arrivez à**
175 **déceler au début de la prise en charge d'où l'anxiété peut provenir ?**

176 E4 : Quand on voit le patient qui est tout de suite crispé, qu'on n'a pas encore discuté avec lui, c'est
177 différent du patient où on aura plutôt des difficultés à discuter avec lui pour son bilan, à parler. En fait,
178 entre celui qui va beaucoup parler mais qui aura l'attitude qui montre qu'il est anxieux et celui qui va peu
179 parler et qui n'aura pas forcément l'attitude de celui qui est anxieux, c'est sûr que ce n'est pas pareil.

180 **Q : Selon vous, l'anxiété peut venir de quoi ?**

181 E4 : Ola, je pense que ça peut venir de beaucoup de choses. Il y a tout l'aspect biopsychosocial, la
182 sphère environnementale, familiale. Il y a le travail, il y a des gens qui ne sont pas bien dans leur travail.
183 Il y a des gens qui sont régulièrement en maladie, ou autres. Il y a les pathologies chroniques qui font
184 que les gens perdent confiance en eux par rapport à ce type de pathologie. Ils pensent qu'ils ne s'en
185 sortiront pas parce que voilà, c'est une pathologie qui va toujours revenir, régulièrement, tous les
186 deux/trois mois, ils vont avoir ça qui va revenir. Et il y a ceux qui auront ou qui penseront avoir un
187 handicap physique associé. La personne qui va avoir son épaule crispée, parfois, il y a des gens qui
188 s'imaginent vraiment avoir quelque chose de grave à leur épaule, à leur épaule ou autre part. Alors des
189 fois, c'est tout bête. Le fait de parler avec le patient, ça détourne aussi son attention de ce qu'on est en
190 train de faire. Donc un patient qui va être très crispé de l'épaule, si on ne parle pas et qu'on va voir qu'il
191 bloque, peut-être qu'en communiquant, en parlant avec lui, ça va détourner son attention et on arrivera
192 un peu mieux à mobiliser son épaule, à le relâcher. Et on va lui dire au bout de 5-10 minutes : « Ah bah
193 vous voyez, votre épaule, on arrive quand même pas mal à la bouger finalement ». Et ça parfois, ça leur
194 fait plaisir, ils se disent « ah oui, effectivement, c'est bien ».

195 **Q : Est-ce que vous avez déjà remarqué que certaines pathologies génèrent davantage d'anxiété**
196 **que d'autres ?**

197
198 E4 : Je pense toutes les pathologies chroniques parce que les gens ont l'impression de ne pas voir le
199 bout du tunnel. Des pathologies chroniques, il y en a beaucoup, on a la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrose
200 aussi. Là j'ai eu un patient, un ancien sportif d'assez bon niveau, qui faisait du judo et qui en fait encore,
201 avec une arthrose de hanche assez importante. Lui, son gros souci, ce qui le rend anxieux, c'est qu'il
202 sait qu'il va devoir à un moment ou à un autre passer par la case prothèse. Mais il a peur de ne pas
203 pouvoir refaire tous les mouvements qu'il fait en judo une fois qu'il aura sa prothèse.

204 **Q : Dans votre pratique professionnelle, est-ce qu'il y a eu un moyen particulièrement efficace**
205 **pour diminuer l'anxiété ?**

206 E4 : Alors c'est tout bête. C'est de leur parler, de discuter avec eux plus qu'avec d'autres. Quitte à passer
207 du temps à ne pas mobiliser, ou à ne pas forcément toucher le patient. Le fait de les regarder et de leur
208 dire « expliquez-moi, dites-moi, on en discute, on prend cinq/dix minutes, on a le temps ». C'est tout
209 bête mais je trouve que ça les met déjà plus en confiance plutôt que de leur dire « allongez-vous là,
210 racontez-moi » (rire). Le fait qu'il soit assis, face à nous, et qu'on puisse discuter en se regardant, yeux
211 dans les yeux, il y en a que ça apaise déjà au départ. Pas tous hein, forcément. Mais en général, la
212 discussion, je trouve que c'est un bon point de départ, d'accorder peut-être plus de temps de discussion
213 à ce type de patient, qui en a plus besoin qu'un jeune sportif qui lui arrive, il sait qu'il arrive pour sa
214 cheville. Il a un match dans trois semaines, donc lui, vaut mieux y aller direct. Donc lui, on va peut-être
215 moins passer de temps à discuter de tout ça, on va peut-être aller plus vite sur du renfo, sur de la proprio,
216 sur ce genre de choses.

217 **Q : Est-ce que vous pensez que l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'anxiété pourrait avoir une**
218 **influence de la prise en charge du patient ?**

219 E4 : C'est une idée, c'est une idée, c'est une idée (Réfléchit). Je me demande s'il n'y a pas dans un des
220 bilans types une échelle d'ailleurs, comme sur l'EVA de zéro à dix sur l'anxiété, c'est possible. Il y a
221 peut-être. J'avoue que je ne l'utilise pas. Mais c'est possible.

222 **Q : Quels seraient les avantages et les inconvénients à proposer ce type d'outils ?**

223
224 E4 : Je pense que les inconvénients, c'est que ça doit être quand même thérapeute-dépendant. On n'a
225 peut-être pas la même vision d'un patient stressé de l'un à l'autre. Il y avait des collègues, devant qui un
226 patient va paraître très stressé, très anxieux. Ils vont vouloir nous l'envoyer à nous, puis nous on va se
227 rendre compte qu'en fait, non, il n'y a rien de bien méchant. Voilà, c'était peut-être que c'était sa première
228 séance, qu'il ne savait pas trop où il mettait les pieds. Puis il a peut-être tout de suite été mis dans le
229 gymnase, sur une machine, il ne sait pas comment il s'est retrouvé là (rire). Ouais, je pense que c'est
230 ça le plus grand biais, le biais du thérapeute, qui n'aura pas lui-même la même vision du niveau d'anxiété
231 qu'un patient pourrait avoir.

232 **Q : Si on proposait une échelle avec des items précis, est-ce que ça pourrait palier à cet**
233 **inconvénient-là selon vous ?**

234 E4 : Ah oui, oui, bien sûr. Je pense que ça pourrait déjà améliorer ça ouais.

235 **Q : Et pour le patient, qu'est-ce que ça pourrait avoir comme avantage ? Et pour le thérapeute ?**

236 E4 : Pour le thérapeute, l'avantage, c'est que si on arrive à un outil qui serait plus ou moins fiable, je ne
237 sais pas si ça fait un peu comme une EVA sur dix, ça permet de savoir un petit peu plus précisément

238 les niveaux d'anxiété du patient. C'est peut-être mieux pour les transmissions entre équipe ou autre, de
239 dire « voilà, mon patient a une anxiété à sept, ou quatre, ou huit, ou trois », c'est peut-être mieux.

240 **Q : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose à cet entretien ?**

241 E4 : Comme ça, je n'ai pas d'idées qui me viennent. Mais c'est un sujet qu'on a tous en cabinet. On n'est
242 pas formé particulièrement là-dessus, et puis même, on n'a pas tous la même patience avec ces
243 patients, chacun. Donc c'est vraiment quelque chose qui va dépendre d'un kiné à l'autre, d'un thérapeute
244 à l'autre. Il y en a qui se sentiront bien avec ces patients, d'autres pas bien (sourire). Comme un patient
245 peut ne pas se sentir bien avec un thérapeute, ne pas se sentir en confiance et bien avec un autre. Mais
246 c'est un sujet intéressant, c'est vraiment un sujet intéressant. C'est vrai qu'on en a tous en cabinet, des
247 patients qui ont de l'anxiété.

Enquêtrice : Hélène HERZOG

Enquêté(e) : E5

Transcriptrice : Hélène HERZOG

Date : 07 octobre 2020

Lieu : en visioconférence via ZOOM

Durée : 0h25min24s

Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Présentation sociale de l'interviewé : kinésithérapeute libéral

Contexte de l'entretien : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Relation enquêteur-enquêté : aucune avant la réalisation de cet entretien

Contacts ayant permis d'obtenir cet entretien : mail

1 **Q : Bonjour, je vous remercie déjà d'avoir accepté de participer à cet entretien.**

2 E5 : Oh tu peux me tutoyer

3 **Q : Je me présente, je m'appelle Hélène HERZOG. Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'IFMK de**
4 **Nancy. Je réalise une enquête autour de l'anxiété chez les patients pris en charge en libéral. Je**
5 **propose donc cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Cette discussion reste**
6 **anonyme et dure environ quarante-cinq minutes en fonction des réponses. Acceptes-tu d'être**
7 **enregistré ?**

8 E5 : Si c'est que pour toi, il n'y a pas de souci.

9 **Q : Ça ne sera pas diffusé, c'est vraiment que pour la retranscription (sourire). Du coup, pour**
10 **démarrer cet entretien, je vais te laisser te présenter, me donner ton âge, le lieu d'exercice**
11 **professionnel, l'année d'obtention du diplôme, en gros le parcours professionnel**

12 E5 : J'ai vingt-sept ans. J'ai été diplômé en 2015 et j'ai fait la formation en Allemagne, à côté de Kehl.
13 Euuuh, après, j'ai fait des remplacements pendant un moment. Après, je me suis installée dans un
14 cabinet. Mon collègue était parti à la retraite il y a deux ans et demi, et du coup, j'ai repris le cabinet, à
15 Duttlenheim.

16 **Q : Actuellement, c'est quel type de patientèle dans le cabinet ?**

17 E5 : C'est plutôt de l'orthopédie, de la rhumato. Ouais surtout ça.

18 **Q : T'as fait des formations particulières depuis le diplôme ou est-ce que tu aimerais faire des**
19 **formations dans l'avenir ?**

20 E5 : J'ai fait quelque chose qu'ils nomment l'ostéo-thérapie, donc c'est la base de l'ostéopathie, sur un
21 an. Il y avait plusieurs weekends pour apprendre les techniques de base, d'ostéo. J'ai fait le drainage
22 lymphatique. Ça je l'ai fait en Allemagne, c'était sur un mois aussi, formation qui était très complète.
23 Euuuuh, j'ai fait le K-tape. Et voilà.

24 **Q : Du coup, ça fait 2 ans et demi que tu travailles en libéral, c'est ça ?**

25 E5 : Nan, ça fait depuis que je suis sortie de l'école, 2015, mais ça fait deux ans et demi que j'ai mon
26 cabinet quoi.

27 **Q : Oui avant, c'était des rempla, c'est ça ?**

28 E5 : Ouais.

29 **Q : Au cours de la dernière prise en charge que tu as eue, que ce soit aujourd'hui, peu importe,**
30 **tu peux choisir un patient que tu as eu aujourd'hui, comment s'est déroulée la première séance ?**

31 E5 : Euh, baaaah, je demande pourquoi ils viennent. Ensuite, j'essaie de faire un bilan en fonction de ...
32 Je ne sais pas maintenant, si c'est un traumatisme, à quoi c'est dû. Je regarde les mouvements qu'il
33 peut faire. Après, je m'adapte en fonction de la douleur. Voilà.

34 **Q : Quel est ton avis sur la pertinence de faire un bilan en début de prise en charge ?**

35 E5 : Bah, on va dire qu'il y a des patients chroniques qui reviennent régulièrement avec une ordonnance.
36 Donc là, honnêtement, je ne fais plus de bilan. On sait que c'est entre guillemets des douleurs qui ne
37 partiront plus donc on ne fait que soulager, donc là, je n'en fais plus. Après, là où je trouve que c'est le
38 plus intéressant d'en faire, c'est pour les patients avec des affections neurologiques ou orthopédiques.

39 **Q : A cause de quoi c'est plus intéressant pour ces patients-là ?**

40 E5 : Bah parce que l'orthopédie, ça permet de voir combien il a gagné d'amplitude, et neurologique, ça
41 permet de savoir, entre autres, si on fait les bons exercices pour avoir une bonne évolution quoi.

42 **Q : Au moment de l'interrogatoire, est-ce qu'il y a des questions particulières que tu leur poses ?**

43 E5 : C'est un peu comme ça vient. Après, ils te donnent des informations tout seuls. Et il y a des choses
44 auxquelles tu ne penses pas. En fait, quand je reçois un premier patient, je ne me pose pas et je ne
45 pose pas plein de questions. Je commence mon travail et c'est au fur et à mesure que je pose mes
46 questions, je regarde par moi-même.

47 **Q : De quelle manière tu intègres dans le bilan les notions psychosociales ?**

48 E5 : Bah en fait, moi en général, j'arrive à percevoir les gens, s'ils sont plutôt anxieux. En général, moi
49 en tout, j'arrive à cerner les gens assez vite. Après, moi je fais une formation à côté qui ... On ne peut
50 pas vraiment l'encadrer dans la kiné, c'est de la médecine chinoise. Et du coup, on travaille énormément
51 sur les émotions, donc ça, ça m'aide aussi. Après, il y a des zones que je vais travailler en pensant
52 médecine chinoise.

53 **Q : Par rapport à quoi la médecine chinoise aide par rapport aux émotions ?**

54 E5 : Bah, t'as des points précis, admettons pour calmer l'esprit, les gens qui sont très stressés, t'as des
55 points spéciaux à masser pour les calmer. Ou par exemple, les gens qui s'énervent très très vite, on
56 arrive à les calmer, des choses comme ça quoi.

57 **Q : Est-ce que tu aurais une situation particulière à me raconter où tu as pris en charge un patient
58 qui était particulièrement anxieux ?**

59 E5 : (Réfléchit) Bah j'en ai un qui pareil vient régulièrement. C'est un patient très anxieux. Maintenant
60 avec le COVID, ça n'arrange pas les choses on va dire. Donc il a des fois des douleurs au niveau des
61 lombaires. En fait, il a une douleur dans la poitrine et personne ne sait d'où ça vient. Et moi, je pense
62 qu'en partie, c'est dû à son anxiété. Et du coup, je travaille beaucoup pour détendre tout ce qui est au
63 niveau du thorax. Et pareil, j'utilise quelques points de médecine chinoise pour le calmer quoi.

64 **Q : Est-ce qu'il y a des facteurs particuliers à part la douleur de poitrine, qui te fait dire que tu es
65 en présence d'un patient anxieux ?**

66 E5 : Euh, les épaules qui sont remontées ou les trapèzes qui sont très durs. Après, on le remarque à la
67 manière de parler, c'est quelqu'un qui n'est pas trop sûr de lui, des choses comme ça. Sinon, qu'est-ce
68 qu'il y a ? Ouai c'est surtout ces deux points qui me font remarquer ça.

69 **Q : Est-ce que chez ce patient ou un autre patient que tu as eu, tu as déjà voulu faire ou fait une
70 évaluation de l'anxiété ?**

71 E5 : Non. En général, je ne vais peut-être pas lui en parler tout de suite à la première séance. Mais
72 après, généralement, au fur et à mesure des séances, les gens ils te connaissent mieux et des fois, ils

73 s'ouvrent aussi d'eux-mêmes. Et donc ça te permet de juger. Et ce monsieur, ça fait depuis que je suis
74 dans ce cabinet que je le suis, bah au fur et à mesure, il me raconte des choses et je me dis « oui il y a
75 ça en plus qui fait que ... ». Après, moi je tends une perche, s'ils ont envie de parler, ils parlent, et s'ils
76 ne veulent pas parler, ils ne parlent pas, moi je ne vais les forcer.

77 **Q : Justement, tu dis « je leur tends une perche », ça veut dire quoi ?**

78 E5 : Généralement, c'est quand je commence à masser les trapèzes par exemple et que je sens que
79 c'est très très tendu, je leur dis « ah vous n'êtes pas quelqu'un de stressé ? », et là, il me dit « Ah si si ».
80 Donc là, c'est une porte ouverte. Après, généralement, soit ils commencent, soit ils ne disent rien. Ils
81 savent que j'ai remarqué ça, s'ils ont envie d'en parler, ils en parlent mais je ne vais pas chercher à
82 savoir les causes ou quoi.

83 **Q : En dehors des techniques de médecine chinoise, est-ce qu'il y a d'autres techniques que tu**
84 **proposes pour les patients anxieux, pour essayer de les détendre et de les calmer un petit peu ?**

85 E5 : Certains, je leur dis de faire du sport pour essayer de penser à autre chose. Généralement, le sport,
86 ça aide pour essayer de décompresser. Ou alors, un peu style kiné respi, se poser et se concentrer sur
87 la respiration. (Réfléchit). Là on a récemment fait du Chi Kong en médecine chinoise. Chi Kong, ça peut
88 être quelque chose à part, ou à intégrer dans la médecine chinoise. Ceux que ça intéresse, je leur initie
89 un peu le Chi Kong. Après, j'essaie de les aider par les mots, mais ce n'est pas toujours évident.

90 **Q : Et ces techniques-là, en général quand tu les pratiques, tu vois assez rapidement ou à long**
91 **terme une évolution de l'anxiété.**

92 E5 : Après, c'est des conseils que je donne, mais je ne leur fais pas pratiquer. A part maintenant sur une
93 dame, là récemment, qui est très très anxieuse aussi. Je lui ai initié le Chi Kong donc j'ai commencé
94 avec elle la semaine dernière. Elle m'a dit qu'elle l'a fait ce weekend, je l'ai revue lundi. En fait, moi je
95 fais des séances d'une heure. Ça permet d'être en partie avec les patients et en partie de les laisser
96 faire des exercices et tout ça. Parce que c'est une dame qui a toujours plein de choses à faire, je sais
97 que pendant cette heure-là, elle prend le temps pour elle quoi. Après, à voir si elle continue à le faire et
98 si elle sent une amélioration ou pas.

99 **Q : Est-ce que tu arriverais à me donner un pourcentage de gens stressés qui viennent dans ton**
100 **cabinet sur l'ensemble de ta patientèle ?**

101 E5 : Euh, je pense qu'il y a quand même une bonne partie. Maintenant, donner un chiffre comme ça. Je
102 pense que c'est aussi notre société qui fait qu'on est de plus en plus stressé ou anxieux. Mais là, je
103 pense qu'il y a quand entre 60 et 70%.

104 **Q : L'anxiété se manifeste-t-elle toujours de la même manière ?**

105 E5 : Euuuh, non, pas forcément. Là, le monsieur que je te parlais, à part les douleurs de poitrine, il a des
106 maux de tête aussi, je pense que c'est dû à ça aussi. Après, il y a des gens, ce sera plutôt les lombaires.
107 Après, il y a des gens, ça va se déclencher sur les épaules à force de tout le temps être les épaules en
108 l'air. Je pense qu'on a chacun notre manière de ... Après, moi, je suis anxieuse aussi mais j'essaie de
109 ne pas le montrer. Donc je l'intériorise et il y a des gens qui vont l'extérioriser.

110 **Q : Est-ce qu'il y a des pathologies qui selon toi vont générer plus de stress que d'autres ?**

111 E5 : Euh, je pense que oui. Genre tout ce qui est algodystrophie, AVC, tout ça, je pense que les gens
112 sont plus anxieux qu'un simple mal de dos. En général, ce que j'ai remarqué avec des gens qui ont eu
113 des AVC, c'est quand même des gens plutôt nerveux. Et pareil pour les algodystrophies.

114 **Q : Là dans ce cas, l'anxiété venait de la pathologie mais est-ce qu'elle peut venir d'autre chose
115 selon toi ?**

116 E5 : Oui, bah de la vie de tous les jours. Je pense que ça fait aussi. Maintenant avec le COVID, encore
117 plus. Des fois, il y a des choses débiles pour nous et les gens, ils se prennent la tête. Ça peut être dû à
118 tout et n'importe quoi.

119 **Q : Est-ce qu'il y a plus de proportion d'anxiété qui vient d'une cause en particulier ou est-ce que
120 c'est variable ?**

121 E5 : Je pense que c'est beaucoup le travail et beaucoup la famille. Je pense que c'est les deux gros
122 facteurs qui créent l'anxiété.

123 **Q : Est-ce qu'il y a un moyen, une technique que tu as utilisée, qui a été particulièrement efficace
124 pour diminuer l'anxiété chez les patients ?**

125 E5 : Euuuh, masser, on va dire que ça va les détendre sur le moment mais après, c'est un travail à faire
126 sur soi-même entre guillemets. Nous, on peut donner des conseils, mais après, s'il y a vraiment une
127 technique, ça m'étonnerait.

128 **Q : Est-ce que tu penses que l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'anxiété pourrait avoir une
129 influence sur la prise en charge du patient ?**

130 E5 : (Silence) Après, je pense que ça dépend des kinés aussi parce que moi, je suis plutôt du genre à
131 m'adapter en fonction de la personne. Je suis quelqu'un de très ouverte et compréhensive mais ce n'est
132 peut-être pas le cas de tous les kinés non plus quoi.

133 **Q : Est-ce que ça pourrait apporter quelque chose au patient ou pas ?**

134 E5 : Généralement quand on remplace, et qu'on a des gens très anxieux, on le notifie quand même au
135 remplaçant. Et ça, c'est vrai que ça aide parce qu'on fait plus attention, même si c'est pour ... Maintenant,
136 j'ai un exemple. J'ai une dame qui vient de se faire une fracture de l'humérus. C'est une dame très
137 anxieuse. Je sais qu'elle a déjà eu une algodystrophie. Donc est-ce que l'algodystrophie est venue suite
138 à son anxiété ? Après, l'algo a pu la rendre encore plus anxieuse parce qu'elle sait qu'elle a déjà eu ça.
139 Donc là, on va dire que je fais très attention pour la rééducation quoi. Ce qui serait peut-être moins le
140 cas si j'avais quelqu'un en face de moi qui n'est pas anxieux. C'est vrai que moi, je le prends quand
141 même en compte. Après, dans le bilan, le bilan de toute façon il est pour toi donc que tu le gardes en
142 tête ou que tu le notes, (grimace)

143

144 **Q : T'as dit juste avant que ça a été « notifié », c'était juste marqué « patiente anxieuse » sur le**
145 **bilan ?**

146

147 E5 : Ouais

148 **Q : Est-ce que tu penses que ce serait intéressant d'avoir plus d'informations concernant cette**
149 **anxiété ?**

150 E5 : Bah je ne sais pas maintenant, si c'est un sujet dont on ne doit pas parler parce que ça va tout de
151 suite la stresser, oui, c'est peut-être intéressant de le savoir. Je ne sais plus dans mes remplacements
152 si on ne m'avait pas déjà dit ... En tout cas, oui, si on sait qu'elle vient de perdre son mari et que c'est
153 très dur pour elle, on va éviter de parler de son mari et des choses comme ça quoi, pour éviter qu'elle y
154 pense, tout ça quoi.

155 **Q : Existe-t-il un intérêt par rapport au suivi ?**

156 E5 : Bah après, je pense que si les patients, ils voient que toi tu es très calme et que tu les écoutes, ils
157 prennent confiance en toi et du coup, peut-être que la thérapie ira mieux aussi que si c'est quelqu'un qui
158 est dans son truc et qui s'en fout quoi. Je pense que ça doit aider quand même.

159 **Q : Est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose à cet entretien ?**

160 E5 : Nan, il n'y a rien qui me vient là maintenant tout de suite (sourire). J'espère que ça t'a un petit peu
161 aidé. Par contre, je pense que les gens vont l'être de plus en plus, vu le monde dans lequel on vit. A
162 mon avis, il faut s'adapter et puis, voilà quoi. De toute façon, je pense que si on veut avoir une bonne
163 thérapie, je pense qu'il faut que le patient, il ait confiance en son kiné aussi. Si le kiné, il est là, qu'il fait
164 juste son truc et qu'il ne s'intéresse pas, à mon avis, ça joue quand même.

Enquêtrice : Hélène HERZOG

Enquêté(e) : E6

Transcriptrice : Hélène HERZOG

Date : 03 octobre 2020

Lieu : en visioconférence via ZOOM

Durée : 1h15min23s

Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Présentation sociale de l'interviewé : kinésithérapeute libéral

Contexte de l'entretien : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Relation enquêteur-enquêté : aucune avant la réalisation de cet entretien

Contacts ayant permis d'obtenir cet entretien : mail

1 **Q : Bonjour, je me présente, je m'appelle Hélène HERZOG. Je suis étudiante en 4ème année à**
2 **l'IFMK de Nancy. Je réalise une enquête autour de l'anxiété chez les patients pris en charge en**
3 **libéral. Du coup, je vous propose cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études,**
4 **qui dure environ quarante-cinq minutes. La discussion reste anonyme. Acceptez-vous d'être**
5 **enregistré ?**

6 E6 : Si tu veux

7 **Q : c'est la méthodologie de l'entretien qui demande une retranscription au mot à mot.**

8 E6 : Nan, mais tu peux y aller, je suis déjà une star.

9 **Q : Pour démarrer cet entretien, je vais juste vous demander de m'apporter quelques**
10 **renseignements sur vous : votre âge, le lieu d'exercice professionnel, le type de patientèle, un**
11 **peu le parcours professionnel que vous avez eu, la date du diplôme, depuis quand vous travaillez**
12 **en libéral, si vous avez fait des formations particulières, etc ?**

13 E6 : Ok, ok, ok, ok, ok, je suis prêt. Je n'ai pas tout retenu (rire).

14 **Q : je le redirai au fur et à mesure, ne vous inquiétez pas (rire)**

15 E6 : D'accord, parce que ... (rire). Je suis désolé, je prépare un petit café pendant qu'on discute. J'ai fait
16 mes études à Liège, à l'école André Vésale. A l'époque, c'était intéressant pour moi parce que je n'avais
17 pas de concours. Les études à l'époque, c'était en quatre ans en Belgique. Je n'ai rien d'exceptionnel à
18 te raconter, c'est des études de kiné quoi. La seule différence c'est que j'ai eu la chance, comme j'avais

19 que quatre ans d'études de kiné pure, on avait un cursus de thérapie manuelle en écoute tissulaire.
20 Donc ça, c'était cool parce que je suis sorti de l'école, je suis rentré à l'hôpital militaire Legouest en tant
21 que civil. J'ai bossé trois ans là-bas. Enfin, j'ai bossé trois mois en tant que civil et après, je me suis
22 engagé en tant que militaire. Donc j'ai bossé trois ans en tant que kiné militaire à Legouest. Au bout de
23 trois ans, je m'ennuyais grave parce qu'on voyait toujours le même type de patients, etc. C'était
24 intéressant mais c'était toujours de l'ortho, de la neuro. On a eu des cas très intéressants : on a eu deux
25 tétraplégiques qu'on a réussi à refaire marcher. Ça ne remarche jamais un tétraplégique, autant te dire
26 que là, on était fier de nous. C'était quand même compliqué, au bout de trois ans, j'ai demandé à casser
27 le contrat. Le chef de service était d'accord et du coup, je suis parti en libéral. Après, je voulais bosser
28 à côté des militaires été démarcher un kiné qui était à côté des militaires à Montigny les Metz. Il n'avait
29 pas besoin d'assistant mais je lui ai dit « Ce n'est pas grave, moi je vais faire ma clientèle, tu ne t'affoles
30 pas, moi la seule dont j'ai besoin, c'est d'un local ». Il était d'accord, j'ai bossé trois ans avec lui. Ça a
31 très très bien marché à part que je ne m'entendais pas du tout avec lui parce qu'il ne faisait rien. Il faisait
32 vélo, massage, chaud. Voilà, l'essentiel de son traitement, c'était ça. Sur les trois ans, je n'ai vu que ça.
33 Du coup, ça allait pas du tout. Moi je massais énormément parce que je n'avais pas beaucoup d'outils
34 dans la main en sortant de l'école. Je faisais faire beaucoup d'étirements au patient. L'essentiel de mon
35 traitement, c'était ça. Je ne renforçais jamais. Je trouve que le renforcement ne sert à rien dans la
36 kinésithérapie. Euh, la kinésithérapie pour les douleurs, pas pour la rééducation ortho, des choses
37 comme ça. Quand les gens ont mal, leur faire faire du renforcement, ça n'a vraiment aucun sens. Parce
38 qu'ils rentrent chez eux, ils ne font plus et comme ils ne font plus, ils perdent tout ce que tu leur as fait
39 faire. Du coup, j'ai toujours travaillé en étirement et les résultats étaient plutôt pas mal. J'avoue que
40 j'étais assez content de moi. Je ne suis pas réveillé, je n'ai encore pas réussi à mettre de l'eau dans ma
41 cafetière. Donc je suis resté trois ans avec lui. Ensuite, j'ai eu une petite rupture sentimentale
42 compliquée, du coup je suis parti voyager deux ans. J'ai fait une formation de massage thaïlandais
43 complète de 1 mois et demi en Thaïlande, que je n'ai jamais utilisée mais j'ai quand même beaucoup
44 aimé cette formation quand même. Euh, j'ai raté le shiatsu au Japon parce qu'à l'époque, je ne savais
45 pas qu'on faisait du shiatsu au Japon, c'est dommage. Et je suis rentré, et j'ai acheté une maison et j'ai
46 ouvert mon cabinet au rez-de-chaussée. Donc le cabinet là est ouvert depuis septembre 2011. Donc
47 jusque-là, à part la formation de massage Thaï, je n'avais pas fait de formation. Enfin, je te dis ça. Si si,
48 j'avais cru comprendre qu'il y avait des DEP, tu sais ce que c'est des DEP ?

49 **Q : Non**

50 E6 : T'as deux types de formation en fait. T'as les formations qui sont en DEP, c'est des formations qui
51 sont intégralement remboursées par la sécurité sociale. Ça, c'est l'URSAFF qui te le paye entre
52 guillemets parce que tu payes chaque année cinquante euros je crois au titre de ta formation. Et en
53 toutes petites lignes en bas du formulaire, en tout petit avec une grosse loupe, ils te mettent un petit site
54 où tu peux voir des formations et c'est là que tu commences à te dire « mais pourquoi je paye un truc
55 de formation alors qu'on ne me propose jamais rien » et en fait, si, voilà. Le DEP, c'est cool, parce que

56 c'est souvent des formations le weekend et ils parlent de tout. Tu peux avoir un peu d'uro-gynéco, tu
57 peux avoir de la cervicalgie, de la lombalgie, du dry needling, des choses comme ça. Et la caisse te
58 paye ta formation et en plus, t'indemnise, comme si tu avais bossé. Donc c'est de la formation vraiment
59 sympa. Et après, tu es le FIFPL. C'est un autre organisme qui te rembourse tes formations. Il n'a rien
60 avoir avec le DEP. Le FIFPL se contente lui, de te rembourser ta formation, il ne t'indemnise pas pour
61 le manque de travail, voilà. Au final, si tu calcules tout, le FIFPL, c'est pas super intéressant parce que
62 puisque tu peux défalquer le prix de ta formation de tes impôts – on va dire que tu vas déflaquer 30%
63 du prix de ta formation - et dans l'autre sens, si le FIFPL te rembourse, c'est considéré comme un revenu.
64 Tu vas payer des impôts sur ce que le fifpl va te donner. Du coup, au final, déclarer au fifpl ou pas, ça
65 ne change pas grand-chose. Globalement, j'ai fait quelques formations, et je ne me suis jamais fait
66 rembourser par la fifpl. Le DEP, je me suis fait rembourser parce que tu es indemnisé mais le fifpl, ça
67 n'a pas beaucoup de sens. Donc avant de faire mon voyage, j'avais peut-être une petite formation ou
68 deux sur les cervicalgies, les lombalgies, des trucs comme ça. J'ai ouvert le cabinet, j'ai pris une
69 assistante. Et là, j'ai fait la formation de thérapie manuelle en deux ans avec l'ITMP, tu connais peut-
70 être. Ils font parler d'eux assez souvent, ils ont un bon réseau de comm'. Ma problématique, c'est que
71 quand j'ai commencé la thérapie manuelle, je pratiquais déjà beaucoup la thérapie manuelle en écoute
72 tissulaire. Ça n'a jamais marché, c'est ce que j'ai vu à l'école, ça n'a jamais marché. J'en ai fait pendant
73 des années, j'ai refait, j'ai refait et j'ai refait, je n'avais rien d'autre en techniques de soin, et ça ne
74 marchait, ça ne marchait pas, ça ne marchait pas. Je suis un acharné donc moi, je continue. Je m'ennuie
75 assez vite donc quand j'ai quelque chose, je fais quoi (sourire). Et quand je suis arrivé à ma formation
76 de thérapie manuelle, j'avais déjà beaucoup de sensations dans les mains. Je pouvais te dire en mettant
77 la main sur une articulation si elle était bloquée ou pas, ou des choses comme ça. Et la formation ne m'a
78 pas vraiment convenu. Il y avait beaucoup de choses sur lesquelles je n'étais pas d'accord. Ça a duré
79 deux ans. J'ai essayé de pratiquer ces techniques de thérapie manuelle au cabinet. Il y en avait plein
80 que je pratiquais très bien et il y avait des autres trucs qui ne me convenaient pas, je ne comprenais pas
81 le sens. Moi quand je ne comprends pas, je ne fais pas, ça c'est la règle. Du coup, à la fin des deux ans,
82 je n'ai pas passé le diplôme parce que ça faisait deux ans que je faisais des choses complètement
83 différentes de ce qui nous apprenaient. Donc je prenais les techniques qu'ils nous faisaient puis je les
84 transformais ou je les faisais différemment, ou je ne faisais pas les bilans comme eux. En vrai, le
85 weekend où je devais faire l'examen, je n'étais pas dispo donc je n'y suis pas allé. Je pensais qu'il y
86 aurait un rattrapage et il n'y en avait pas. Donc je ne suis pas allé faire le rattrapage et en même temps,
87 les diplômes, ils ne servent à rien. Le seul diplôme qui est valable en France, c'est l'ostéopathie, la
88 chiropraxie et la kiné. Donc tu peux avoir tous les diplômes que tu veux à côté, c'est que des diplômes
89 de texte. Donc j'ai fini ce cursus de deux ans de thérapie manuelle. J'ai vraiment, drastiquement changé
90 ma façon de travailler. J'ai fait quasiment plus que de la thérapie manuelle. Du coup, j'ai appliqué toutes
91 les techniques d'écoute tissulaire. J'ai appliqué vraiment tout ce que j'avais appris, que je l'ai modifié
92 avec ces techniques d'écoute tissulaire. C'est-à-dire que moi, j'ai passé beaucoup de temps à écouter
93 les articulations des patients, et en fait je corrigeais en fonction de ce que je sentais sous mes mains.
94 Le seul bilan que je faisais, c'était un bilan postural au départ, voir s'il y avait des zones plus

95 problématiques, genre un flexum, une scoliose que les gens ne savaient pas. Et après, je faisais
96 quasiment que du traitement ostéo sur la table. Et quand le traitement ostéo fonctionnait pas, je faisais
97 de la kiné. Bon, il y a eu des petites formations avant la thérapie manuelle. J'avais fait des formations
98 sur la nuque, les lombaires, les machins comme ça en DEP comme je t'ai dit. Pendant mon voyage, j'ai
99 fait un stage de méditation de dix jours à Hong Kong. Je suis resté sur un tapis pendant neuf heures par
100 jours, c'était très intéressant. Quand tu ne mourrais pas au bout du 3ème jour, c'était sympa (sourire).
101 Et en fait, à la fin du stage, tu ressens ce qu'ils appellent le « free flow ». C'est une vague d'énergie qui
102 rentre, qui monte et qui descend dans ton corps. Et j'ai senti vraiment bien à la fin de cette formation de
103 méditation. Et j'avais deux amis qui étaient avec moi et du coup, on a re-médités un peu ensemble quand
104 on était à l'hôtel à Hong Kong. Et je me suis rendu compte que j'arrivais à sentir ce « free flow » sur eux.
105 Et je me suis dit à ce moment qu'il doit y avoir une possibilité pour moi de me servir de ça pour travailler
106 avec mes patients. Je dois pouvoir en faire quelque chose si je ressens un flux chez un patient, c'est
107 que je peux sentir quelque chose quoi. Voilà, c'est resté en tête, et après la thérapie manuelle, j'ai tapé
108 dedans pendant un an ou deux sans formation, et après, je suis allé faire une formation de biokinergie
109 à Paris. C'est un truc un peu perché. Ils cherchent des espèces de rotation sur le corps et ils vont
110 travailler sur ces rotations-là. J'ai fait cette formation pendant un an, malgré que la formation durait deux
111 ans. Mais je ne m'y retrouvais pas, je n'arrivais pas à comprendre la façon dont ils travaillaient. Je
112 trouvais ces rotations assez facilement mais je n'arrivais pas à les débloquent. Ça n'allait pas donc j'ai
113 laissé tomber. Après, j'ai glissé, je suis passé du côté sombre de la force (sourire). J'ai fait une formation
114 qu'on appelle « thérapie énergétique en revers ». C'est une technique psy. Tu vas t'asseoir devant un
115 patient, tu vas faire le vide dans ta tête et tu vas essayer de ressentir ce que le patient est et quelles
116 sont ses problématiques. C'est très perché. Il faut faire toute la formation pour commencer à te dire que
117 c'est pas si perché que ça (rire). Quand j'en parle comme ça, c'est toujours un peu perché. Globalement,
118 tu te connectes à un plan dimensionnel où il y a toutes les informations du monde. Et quand tu es face
119 à quelqu'un, tu fermes les yeux et en fait, tu vas recevoir des images de ce plan dimensionnel qui vont
120 expliquer les problématiques du patient qui est en face de toi. Je ne sais pas comment ça marche, j'ai
121 toujours été très dubitatif sur le sujet, mais néanmoins, je ne peux pas te dire, c'est très bizarre, ça
122 marche vraiment. C'est vraiment des images qui n'appartiennent qu'à la personne en face de toi. Et du
123 coup, tu peux créer une forme thérapie grâce à ça. Je m'en sers très très peu, j'ai quelques patients qui
124 viennent pour faire ça, c'est pas mon trip, je ne suis pas psy, je suis vraiment dans la sphère physique.
125 Néanmoins, ça m'a ouvert plein d'horizons, notamment sur les chakras dont je n'avais aucune
126 connaissance avant. Je connaissais le mot Chakra mais ça s'arrêtait là. Ça m'a ouvert des horizons sur
127 certaines sensibilités, sur certaines intuitions, sur certaines manières d'écouter les structures mais où
128 on ne fait pas attention. Donc ça, c'était une formation très très intéressante, très libératrice pour moi
129 aussi. Après, j'ai fait des petites formations. J'ai fait des formations type « kinésio » parce que j'avais
130 envie de voir un peu ce qu'il y avait là-dedans. J'ai été voir une dame en Ardèche qui fait de la
131 fasciathérapie. La fasciathérapie, globalement, c'est un peu comme de l'écoute tissulaire. Tu te mets en
132 contact avec le tissu, et tu vas écouter ce tissu, tu vas l'accompagner dans cette lésion et tu vas le
133 déverrouiller comme ça. Et en fait, je ne faisais pas ça au cabinet et en fait, elle m'a montré en cinq

134 minutes sa manière de toucher et en 5 minutes, j'ai compris ce qu'elle voulait me dire. Je lui ai dit « Nan,
135 c'est bon, j'ai compris ». Sur le coup, elle n'a pas compris, je crois qu'elle ne m'a jamais cru (rire). Puis
136 du coup, je suis rentré et j'ai commencé à pratiquer la fascia au cabinet pour certaines articulations parce
137 que je trouve que ça ne marche pas pour tout. J'ai continué la glissade : quand j'étais en biokinergie, on
138 avait des exercices à faire. On devait trouver des lésions, des choses comme ça et ils nous avaient
139 donné un exercice intéressant où on devait se mettre au bout du patient, poser ses mains sur ses
140 chevilles et visualiser les lésions du corps. Donc eux, ils pratiquaient par étape : cheville, genou, hanche,
141 etc. Et en fonction de l'endroit où tu étais sur le corps, les mains réagissaient différemment sous les
142 chevilles. Et du coup, l'année dernière en Janvier, je me suis dit « Oh bah, si je peux le faire comme ça,
143 cheville-genou-hanche, je peux le faire sur le corps entier ». Donc j'ai commencé à fermer les yeux, à
144 visualiser le corps en entier, et là, je me suis rendu compte que je voyais des flux. C'est-à-dire que quand
145 je me représentais le corps, j'avais l'impression que le corps était liquide et qu'il y avait des zones sur
146 lesquelles le liquide se heurtait. Et du coup, j'ai commencé à pratiquer en double aveugle. Je faisais
147 d'abord avec les mains sur le corps en entier et après, j'allais tester sur les zones. Et je me rendais
148 compte qu'à chaque fois que j'allais sur la zone, j'avais une lésion. Et après, je l'ai fait sans toucher. J'ai
149 testé, je me mettais aux pieds du patient, je ne mettais pas les mains sur le patient et je visualisais le
150 corps en entier. J'avais l'impression que dans des zones, le flux était bloqué et à chaque fois que j'allais
151 mettre la main dessus, je me retrouvais effectivement avec un blocage. Voilà, ça c'était en Janvier de
152 l'année dernière et maintenant, je ne travaille plus que comme ça. Je me mets aux pieds du patient, je
153 me mets à la tête du patient, je visualise les flux qui sont sur le patient et ça me donne les zones de
154 blocage sur lesquelles je vais travailler en ostéopathie Soit je travaille en manip', soit je travaille en
155 fasciathérapie en fonction de là où je suis. Après, j'arrive à utiliser en diagnostic les chakras, les choses
156 comme ça. Voilà, et maintenant c'est un peu compliqué pour moi de trouver des gens qui comprennent
157 ce que je ressens, et qui peuvent me faire avancer sur ce chemin-là. Ça, c'est plus compliqué
158 maintenant. La question que tout le monde me pose, c'est « ah, tu as un don ? » (rire). Mais non en fait,
159 je n'ai pas de don parce que j'ai une stagiaire qui est en 2ème année dans ton école, et en fait, en 5
160 semaines, elle était déjà capable de me donner en mettant les mains sur les pieds du patient, les flux
161 majeurs sur le corps, en me disant « là j'ai une descente de flux, là, j'ai une montée de flux, là, ça se
162 croise à cet endroit-là donc il doit y avoir quelque chose à faire dans cette zone-là ». Et là, elle s'appelle
163 Elise, elle est revenue en deuxième stage parce qu'avec le COVID, vous n'aviez pas assez de stage. Et
164 là, on a vraiment perfectionné le truc et en mettant les mains sur les chevilles, elle était vraiment capable
165 de me donner les zones de lésions qui étaient sur le corps du patient. Globalement, c'est accessible à
166 tous mais la problématique, c'est que tu ne sais pas comment faire. Tu ne sais pas quoi chercher. Donc
167 voilà, j'en suis là aujourd'hui. Ça, c'est mon cursus.

168 **Q : Actuellement, c'est quel type de patientèle, quel type de pathologies que vous rencontrez le**
169 **plus souvent ?**

170 E6 : Alors, c'est essentiellement de la rhumato donc des douleurs. J'ai deux hémiparétiques qui viennent
171 dans la semaine donc deux neuro. J'ai un tout petit peu d'ortho, très rarement, mais essentiellement,
172 c'est de la rhumato. Alors, ça devient compliqué parce que je suis arrivé à un stade où les gens viennent
173 me voir pour n'importe quoi. (Sourire). Genre là, j'ai un monsieur qui est venu parce qu'il avait une
174 douleur là (montre une petite partie du crâne à droite), ou des gens qui viennent parce qu'ils ont une
175 douleur derrière l'œil, ou des choses comme ça. Donc j'ai de plus en plus de demandes de gens qui
176 viennent pour des choses inhabituelles, et qu'on arrive à soigner pour la plupart. Mais sinon,
177 globalement, j'ai des gens qui viennent pour leur dos, leur nuque, leurs épaules, ou leurs genoux-
178 chevilles, c'est ce que j'ai habituellement sur la table. Et moi, j'ai une clientèle plutôt jeune parce que les
179 manip' ne sont pas très confortables. Donc les petits papis, ils n'aiment pas trop. Les petites mamies
180 non plus. Je fais très peu de massage, je fais quasiment que de la thérapie manuelle donc ceux qui
181 cherchent du confort ne trouvent pas leur bonheur chez moi. Je n'ai pas d'appareil, j'ai un ultrason, c'est
182 le seul que j'ai dans le cabinet. Avant, je mettais du chaud, maintenant je n'en mets même plus. Et des
183 TENS, il y en a un ou deux que je prête au patient pour la maison si vraiment je n'arrive pas à régler
184 leurs douleurs. Mais je fais vraiment que du manuel. Donc ce n'est pas simple pour les patients parce
185 que mon traitement n'est pas très confortable, autant te le dire, ils le savent que quand ils vont monter
186 sur la table, ils vont en baver, je ne suis pas doux. Mais du coup, j'ai une clientèle qui est très jeune. J'ai
187 un peu de papis mais ce n'est clairement pas la majorité de ma clientèle.

188 **Q : Au cours de la dernière prise en charge que vous avez eue, comment s'est déroulée la**
189 **première séance du patient ?**

190 E6 : Je le fais entrer dans le box après avoir rentré ses papiers. S'il a une ALD, je lui demande pourquoi
191 il a une ALD, ça nous donne une première information. Je le mets en slip systématiquement, même si
192 c'est pour une entorse de cheville. Je travaille depuis un an et demi, deux ans avec une tablette. Avec
193 la tablette, je note les informations majeures : son nom, son prénom, son âge, ça c'est important. Parce
194 que les gens quand ils viennent, il y en a qui ressemblent à des cinquantenaires et qui ont soixante-dix
195 ans, et il y en a d'autres à l'inverse où on dirait qu'ils ont soixante-dix ans alors qu'ils en ont cinquante.
196 Du coup, pour moi dans le traitement, je vais être beaucoup frileux dans mes manip' sur une personne
197 qui a cinquante ans que sur une personne qui en a soixante-dix. Et je lui pose des questions en rapport
198 avec sa pathologie : je lui demande de me décrire ses douleurs. J'ai besoin qu'il soit très précis sur où,
199 quand et comment parce que ça me donne beaucoup d'informations. Une fois qu'il m'a bien décrit les
200 douleurs, souvent je leur pose beaucoup de questions parce qu'il te donne souvent leur vocabulaire à
201 eux sur leurs douleurs et souvent, ça porte à confusion. Par exemple, j'ai une dame qui me disait « ah
202 je suis venue pour mes genoux, j'ai mal aux genoux, il me faut une minute pour pouvoir tenir sur mes
203 genoux quand je marche ». Et chez tous les médecins qu'elle est allée voir, elle leur a dit qu'elle avait
204 mal aux genoux, ils ont fait des radios, des scans, etc. Mais en fait, elle ne leur disait pas qu'il lui fallait
205 une minute pour pouvoir se tenir sur ses genoux sans qu'ils lâchent. Et après réflexion, quand tu lui as
206 posé des questions, que tu es revenu dessus à la troisième séance, tu te rends compte qu'elle n'a pas

207 vraiment mal aux genoux mais le problème, c'est que son genou, il lâche. Donc les médecins, ils ont fait
208 plein de tests pour rien au final. Donc j'essaie vraiment d'être très précis, de revoir avec eux les questions
209 sur les types de douleur, etc jusqu'à ce que je comprenne bien ce qu'ils veulent dire. Euh, le trajet
210 douloureux, je suis très rigoureux aussi là-dessus, si ça passe sur la rotule, si ça passe sur le côté de la
211 jambe, ça j'ai besoin de savoir. Et après, je leur demande un peu leur historique. Est-ce qu'ils ont été
212 opérés ? Très important parce que moi, ça me permet de savoir s'ils ont des cicatrices et si ça peut créer
213 des zones de tension sur le corps. S'ils ont des médicaments ou des pathologies parce que ça, ça me
214 donne des informations : certains types de médicaments peuvent créer des douleurs. Ou quand ils
215 oublient de me dire qu'ils ont des pathologies et qu'ils me donnent la liste de leurs médicaments, on voit
216 qu'ils ont oublié de nous dire ça, ça, ça. J'avoue que je ne me soucie pas trop sur la première séance
217 de la partie psy. Je ne leur demande pas comment ça va dans leur vie parce qu'en général, ils me le
218 disent sur la table après donc pour moi, c'est plus secondaire. Je suis plus dans la sphère physique
219 comme je te l'ai déjà dit. Une fois que tous ces questionnaires ont été faits, une fois qu'ils m'ont expliqué
220 leurs opérations, leurs douleurs, depuis quand ils ont mal, s'ils ont des autres endroits où ils ont mal. Ça
221 c'est important pour moi, je leur demande s'ils ont mal à la cheville par exemple, est-ce qu'ils ont mal à
222 la nuque, au cou, à la tête, etc parce que ça, ça me donne aussi beaucoup d'informations. Et après, je
223 les mets debout face à moi et je fais un bilan postural. Je vais vérifier leur posture, je vais vérifier les
224 courbures : est-ce qu'ils ont des courbures au niveau vertébral équilibrées, je vais voir s'ils ont une
225 antépulsion de la tête, je vais vérifier s'il a un flexum de genou, est-ce qu'il y a une scoliose. En général,
226 quand je les déshabille, c'est de voir s'il y a un truc qui me saute à la tronche ou pas. Il y a deux types
227 de patients. Il y a le patient qui vient, je le mets debout, il n'a rien de spécial. Il a des trucs mais rien de
228 grave, qui te dit que lui, normalement, après les séances de thérapie manuelle, il ne devrait plus avoir
229 de douleur, il n'y a pas de raison physique pour qu'il traine sa douleur. Et tu as les autres, quand tu les
230 mets debout, tu sais pourquoi ils ont mal. Je te donne des exemples si tu veux. Là, j'ai eu un petit jeune
231 de vingt-six ans. Ça fait sept ans qu'il a fait une ligamentoplastie au genou gauche. Il s'est pété les
232 croisés. Et en fait, il a mal au pied tout le temps, tout le temps, tout le temps, quand il va fait du sport,
233 quand il marche, il a mal au pied. Il a vu plein de médecins. On lui a proposé de porter des semelles,
234 etc. Et finalement, je le mets debout en slip et je vois qu'il a un flexum presque de 6° sur le genou gauche.
235 Voilà. Et son flexum, il est tellement important que du coup, il s'est fait une scoliose parce que du coup,
236 son sacrum est vers le bas. Et du coup, ça change ses rotateurs au niveau des hanches. Ça change le
237 fait que quand il est debout, il a un quadriceps en tension, des mollets toujours en tension pour maintenir
238 sa jambe tendue quand il est debout, encore plus quand il fait du sport. Et du coup, il génère des douleurs
239 partout. Ça fait sept ans qu'il a un flexum de genou et personne ne lui a dit. Personne n'a pensé à lui
240 dire que tant qu'il n'aurait pas résorbé ce flexum du genou, il aurait mal partout (sourire). Ça, c'est des
241 choses qui sautent aux yeux. Quand tu vois le patient, tu vois qu'il y a ce genou qui ne se verrouille pas.
242 Je sais que lui, quand j'aurais fini ma rééducation avec lui, il a eu une rééducation pour sa ligamento
243 quand il a été opéré mais il est tombé sur un kiné qui lui a fait du chaud, du TENS. Le kiné, il n'a pas
244 pensé que redonner l'amplitude complète à son articulation serait sans doute plus bénéfique. Il a fait
245 zéro exercice d'étirement donc voilà. Donc lui, une fois que j'aurais récupéré son genou en extension

complète, il n'aura plus de douleur, il n'aura plus besoin de moi. Voilà. J'avais un autre monsieur qui était venu, quand je le mettais debout, il était comme ça (mime une attitude), quand tu le vois de dos j'entends. Je crois qu'il m'a dit que ça faisait 10 ans que tous les matins, il avait tellement mal au dos – il était prof de fac – il arrivait à la fac, il me disait qu'il disait « bonjour, je me tourne vers le tableau et j'écris, j'écris, j'écris ». Et c'est au bout de 2h que la douleur était suffisamment supportable pour que je puisse commencer à parler aux élèves. Et en fait, il avait été opéré quand il était nourrisson et il a poussé autour de sa cicatrice. Et sa cicatrice était au centre de sa courbe en fait. Et du coup, je lui ai redonné des exercices. Alors lui, c'était évident, quand je l'ai vu arriver avec sa virgule, je me suis dit, si je règle son problème de virgule, ce monsieur-là n'aura plus de problème. Je suis tombé sur un monsieur très sérieux, il a fait ses exercices tous les jours, tous les jours, tous les jours. En trois mois, il n'avait plus de douleur. Mais tu vois, si je ne l'avais pas mis debout, je n'aurais pas vu ça. J'en ai plein, je pourrais t'en donner à longueur de temps, j'en ai plein plein plein des exemples comme ça. Mais simplement, tu mets ton patient debout. Bon là, on avait une scoliose du feu de dieu, le patient n'était pas au courant, il y a plein de choses à faire sur une scoliose : tu peux améliorer l'état, la souplesse, etc. Donc je le mets debout, je fais mon bilan postural, je tatouille un peu. Je vérifie les mollets, le quadriceps, les genoux, je vérifie que la rotule bouge bien, les ischio, les fessiers, je tatouille un petit peu le dos, je regarde si les tissus bougent, je regarde l'état de la peau aussi. Tu as des zones où la peau va être plus serrée, plissée, ridée, parce que ça, c'est souvent des zones d'infiltrat. Je fais bouger le tissu aussi sur le dos, sur le ventre pour voir si le tissu descend normalement ou pas. Ça me donne des indications sur ses postures. Je vérifie son équilibre, savoir s'il a un équilibre normalement, en antérieur ou s'il a plutôt un équilibre postérieur, parce que s'il a un équilibre postérieur, ça fout tellement le bordel qu'il va falloir que tu rééduques aussi ça. Donc voilà, il y a quasiment à la première séance globale, ce n'est que ça, ce n'est que des questionnements. Et après tout ça seulement, après avoir tout noté sur ma tablette où je mets plein de smileys maintenant (sourire) - petits smileys pour « tiens faudra faire attention à ça, faudra que je fasse un exercice dessus » donc j'ai des smileys « exercice », j'ai des smileys « attention », des smileys quand c'est des sujets qui me préoccupe, des postures que je n'ai jamais vues. J'en ai eu deux la semaine dernière des postures que je n'avais jamais vues, qui étaient clairement problématiques. Du coup, j'essaie de faire vivre un peu mon bilan parce que quand je reviens dessus après, j'aime bien avoir les informations importantes tout de suite. Parce que j'écris beaucoup, enfin beaucoup. J'écris à chaque fois ce que je fais. Donc quand je reviens au bout d'un certain temps sur le patient et que ça fait longtemps et que je trouve que je n'ai pas de résultat, ça permet de revenir très rapidement sur les choses importantes que j'ai peut-être oubliées pendant le traitement. Ensuite, je les mets sur la table et du coup (silence), je fais de l'écoute tissulaire, je me mets à la tête du patient, et j'écoute son corps. Ça va me donner ma première grosse lésion. Première séance, je fais très peu de manip', les gens ne sont pas prêts psychologiquement donc première séance, si c'est des jeunes-jeunes, je peux faire quelques manip' sans problème. Ils encaissent facilement. Si c'est des enfants, encore plus facile. Par contre, quand ils ont passé quarante/quarante-cinq ans, là je vais peut-être manipuler la plus grosse zone de lésion que je trouve sur le corps, et après, je leur dis « au revoir ». Globalement, j'ai passé l'intégralité des vingt minutes sur le bilan. J'ai le temps de faire une petite bidouille ou deux en trois/quatre minutes

285 et après, je leur dis « je suis désolé, je n'ai pas eu le temps de faire plus, c'est normal parce que j'ai fait
286 votre bilan, la prochaine séance, on commencera plus sérieusement ». Là, tu m'as demandé juste pour
287 la première ou je t'explique la suite ?

288 **Q : juste pour la première séance**

289 E6 : Voilà, donc ma première séance, c'est ça. Globalement, je touche très peu au patient la première
290 séance.

291 **Q : Quel est votre avis sur la pertinence de faire un bilan comme ça en début de prise en charge**
292 **chez un patient ?**

293 E6 : Moi je pense qu'il faudrait abattre tous les kinés qui ne font pas ça. Voilà, leur lancer des pierres,
294 les dilapider sur la place publique. Tu ne peux pas concevoir de faire un traitement kiné si tu n'as pas
295 fait un bilan avec au départ. Ne serait-ce de poser simplement des questions, c'est déjà énorme, si en
296 plus tu as l'intelligence de les mettre debout et de voir comment ils bougent, c'est encore mieux. Si tu
297 voyais le nombre de patients qui viennent me voir d'autres kinés ou pire d'autres ostéo et qui me disent
298 « ah mais il m'a mis sur la table et il a fait crac crac, et je suis reparti, j'avais toujours mal ». Bah ouais,
299 t'as vu ton flexum de genou par exemple. Et là, tu te dis que c'est complètement aberrant que le système
300 accepte qu'on fasse un soin à ces gens-là sans qu'ils aient un bilan. Alors par contre, soyons clairs, à
301 domicile, je ne fais jamais de bilan parce que j'ai des patients qui ont quatre-vingts ans, ils sont vraiment
302 très âgés, ils sont cassés de partout, je ne peux pas faire de thérapie manuelle avec eux. A domicile, je
303 fais très peu de bilan parce que c'est quasiment que du massage et de réentraînement à l'effort. Les
304 patients sont très âgés quand je les vois à domicile donc c'est vrai que je discute avec eux mais je me
305 rends assez rapidement compte de ce qu'ils sont capables de faire ou pas. Quasiment tous les
306 traitements à domicile sont du réentraînement à l'effort. Je ne fais quasiment jamais d'analytique sur les
307 gens-là. Voilà, Donc à domicile, je ne fais pas de bilan. Je n'en fais qu'au cabinet.

308 **Q : Et du coup, pour tout ce qui est psychosocial, est-ce que vous posez des questions**
309 **spécifiques ou avez-vous une approche particulière au moment du bilan ? Comment intégrez-**
310 **vous les sciences humaines et sociales ?**

311 E6 : La problématique, comme je t'ai dit, c'est que je suis beaucoup dans la sphère physique. Je vais
312 me rendre compte au fur et à mesure qu'il y a des lésions sur le patient que je n'arrive pas à lever -alors
313 je te parle de lésions ostéo, une vertèbre coincée par exemple. Alors j'arrive toujours à les lever, 2ème-
314 troisième séance, j'arrive toujours à les lever mais elles reviennent. Et quand je suis dans ce cas-là, je
315 sais que la problématique de ce patient n'est pas une problématique physique mais une problématique
316 - attention, accroche-toi à ton siège. C'est soit une problématique émotionnelle, soit psychologique, soit
317 spirituelle. Ça peut être aussi bien la maman de cette dame est morte quand elle avait treize ans et elle

318 l'a très mal vécu psychologiquement, et du coup, pour gérer cette douleur, elle l'a mis dans son corps.
319 Ça peut être l'arrière-arrière-arrière grand-mère du côté de son papa qui a perdu sa maman quand elle
320 avait 12 ans, qui l'a très très mal vécu et qui l'a transmis à ses descendants jusqu'à elle et elle qui a
321 encore mal à cause de ça, et qui peut être levé par des techniques kinésio, d'énergétique, des choses
322 comme ça. Ou alors, ça peut être des problèmes simplement psy, des choses qui sont trop lourdes à
323 porter. Par exemple, un travail qu'ils n'arrivent pas à gérer. Effectivement, là, ils vont se mettre des
324 douleurs d'épaule, des douleurs de vertèbres qui vont se recoiner, etc. En fait, je pose très peu de
325 questions sur la partie psychologique parce que je sais que moi, je n'y ai pas accès. C'est-à-dire que je
326 ne vais pas moi en tant que kiné en vingt minutes, faire une séance de psy. S'ils ont envie de discuter
327 un peu avec moi, je vais leur apporter toutes les solutions qu'un homme – parce qu'un homme ne sait
328 pas écouter, c'est comme ça, un homme sait apporter des solutions, les femmes savent écouter et
329 compatir, moi j'écoute et j'apporte des solutions, c'est comme ça, c'est la règle – (sourire). Les hommes
330 c'est plus rare qu'ils me racontent leurs histoires psy, c'est souvent les femmes qui me racontent, les
331 hommes de temps en temps. Et à ce moment-là, j'essaie de leur donner des pistes. C'est là que la
332 thérapie manuelle énergétique ou les différentes formations que j'ai faites sur la partie psy me servent
333 parce que je leur donne des possibilités de réflexions, ou de voir les choses différemment, des choses
334 comme ça. Mais ce n'est pas quelque chose qui est intégrée dans mon traitement. Du coup, je pose très
335 peu de questions sur la partie psy. Souvent, les patients se mettent spontanément eux-mêmes à parler.
336 J'ai voulu à un moment dans ma vie, je me suis dit « je vais tout faire, je suis un super warrior, je vais
337 gérer leur corps et leurs émotions, je vais leur faire des soins globaux » et je me suis rendu compte que
338 je n'aurai sans doute pas assez de cette vie-là pour faire tout ça. Du coup, j'ai trouvé une kinésio avec
339 qui je travaille, qui travaille incroyablement bien, c'est la Formule 1 de la kinésio, genre la nana, elle est
340 super forte. C'est quelqu'un de bienveillant et c'est important pour le traitement. Et du coup, j'ai décidé
341 qu'à partir de maintenant, quand j'avais des problématiques qui revenaient sur le corps régulièrement et
342 d'un autre abord que physique, j'allais envoyer chez elle, pour qu'ils aillent soigner leur cœur et leur tête
343 chez elle. C'est comme ça que je travaille maintenant. Je n'ai pas d'interrogatoire particulier sur la partie
344 psychologique parce que ceux qui ont besoin d'en parler, ils vont en parler et ceux qui ne veulent pas
345 en parler, de toute manière, je ne vais pas avoir de solutions à leur donner. Je ne suis pas psy. S'ils
346 m'en parlent, je peux avoir des petites réponses pour eux bienveillantes mais ce n'est quand même
347 clairement pas un traitement complet. Donc j'ai décidé de faire moi, ce que je faisais bien, c'est-à-dire la
348 partie physique dans laquelle je continue d'évoluer tous les ans et chaque mois, j'apprends de nouvelles
349 choses. Au fur et à mesure des nouvelles formations, je me rends bien compte que je continue à
350 m'améliorer sur cette partie physique mais que si je veux vraiment être bon dans ma partie, il faut que
351 je reste là. Donc voilà, ça n'écoute pas beaucoup le patient, je te l'accorde.

352 **Q : Est-ce que vous avez déjà rencontré une situation particulière avec un patient qui était**
353 **relativement anxieux et où vous avez remarqué que ça a peut-être eu un impact ou une incidence**
354 **sur la prise en charge ?**

355 E6 : Mmmmmmh, tout le temps, surtout quand tu fais de l'ostéo. Il y a des gens qui sont flippés du «
356 crac » ou flippés de la manip. Certains, tu ne peux pas toucher leurs pieds, tu ne peux pas toucher leur
357 nuque, tu ne peux pas toucher leur tête, il y a plein de choses qui sont comme ça. Il y en a – ceux-là, ils
358 vont souvent voir Catherine, je peux te le dire (rire) – ils arrivent au cabinet, ils sont durs. J'ai déjà
359 rencontré quand j'ai fait la thérapie énergétique, des gens très particuliers, dont Jessica, une black, une
360 haïtienne. C'était impressionnant. Si tu la touchais, tout son corps était dur. Tu ne pouvais rentrer aucun
361 de tes doigts dans aucun de ses muscles, nulle part. C'était un bloc. Et elle, c'était clairement dans sa
362 tête que ça se passait. Elle était coincée sur un milliard de choses. Et du coup, quand tu as un patient
363 comme ça sur la table – alors c'est compliqué, je ne te parle pas beaucoup de kiné parce que je fais
364 quasiment de la thérapie manuelle – je suis obligé de considérer le problème dans la globalité du corps,
365 ce que je peux faire ou pas. C'est-à-dire que tu ne peux pas passer une vertèbre sur un corps qui n'est
366 pas d'accord. Voilà. Donc effectivement, il y a une grosse dimension de répercussion du stress sur le
367 corps. Il y a plein de choses que tu ne pourras pas faire sur un patient qui est très stressé. A ce moment-
368 là, je vais effectivement – alors toujours pas faire de psy – mais à ce moment-là, je vais faire d'autres
369 choses. J'ai eu un patient qui a été opéré si tu veux un exemple. C'est un patient qui a toujours été hyper
370 actif. Il a toujours fait un milliard de choses : il s'occupait de son jardin, il bricolait, il allait à droite, à
371 gauche, je pense que le mec se levait en bleu de travail le matin. Et il a été opéré de la prostate. Et il
372 s'est tapé un flip' d'enfer tout à coup. Je pense qu'il a vu sa mort, ou qu'il a dû rencontrer sa mort quelque
373 part et tout à coup, il est devenu hyper anxieux, hyper stressé, il ne dormait pas, il répétait en boucle les
374 mêmes choses, etc. Et en fait, je l'ai pris en charge : j'ai fait du massage du visage. En fait, j'ai fait des
375 choses avec lui qui pouvaient le relâcher. C'est la première chose que je voulais faire avec lui parce que
376 de toute manière, je n'avais accès à rien d'autre. Il n'y avait pas la place pour faire d'autres choses.
377 Donc tu vas vite voir dans ta vie professionnelle qu'il y a un gros impact du stress ou du psychologique
378 sur ce que tu peux faire ou pas avec un patient. J'entends, si tu travailles avec le patient parce que pour
379 mettre un TENS ou du chaud, j'avoue que ça n'a pas beaucoup d'importance (rire). Stressé ou pas, le
380 pack va pas se mettre à léviter au-dessus du patient et le TENS ne va pas se décrocher parce que le
381 patient est un peu stressé. Si tu fais un travail de kiné très classique de libéral, je pense que tu n'auras
382 pas beaucoup d'impact du stress sur ta vie professionnelle. Après, si tu t'occupes vraiment du patient, il
383 faut effectivement prendre en compte ce stress dans ton traitement. Tu ne peux pas aborder un patient
384 hyper stressé – ça se ressent dans son corps, toujours, le patient tu ne peux pas le bouger, tu ne peux
385 pas le tourner, le stress est là – bah ça, il faudra que tu fasses avec. Je ne peux pas faire cette manip'
386 parce que ce patient-là est beaucoup trop stressé, bah je vais travailler en fasciathérapie. Je ne peux
387 pas faire de manip' parce que ce patient-là est trop stressé, bah je vais faire deux/trois séances de
388 massage et là, on va peut-être discuter un petit peu pour voir. Je vais discuter avec lui pas pour changer
389 les choses de sa vie – s'il a envie de me parler de sa vie, je peux éventuellement lui donner quelques
390 pistes – mais ça va me permettre qu'il se sente bien dans mes bras et qu'après quelques séances, il se
391 détende et que je puisse aborder mon traitement. Des fois, je suis obligé de prendre du temps pour ça.

392 **Q : A part les techniques de fascia ou les techniques de massage, il y a d'autres techniques que**
393 **vous utilisez qui peuvent aider à détendre le patient si vous remarquez qu'il est particulièrement**
394 **anxieux ?**

395 E6 : Euuuuuuh (réfléchit), ma technique principale, c'est de les envoyer chez Catherine, c'est une très
396 bonne technique (sourire). Je leur fais souvent travailler l'Uddiyana Bandha qui est une technique de
397 relaxation du diaphragme en yoga, quand je vois que ça vient impacter au niveau du ventre. Mais sorti
398 de ça, non, je n'ai pas de technique pour leur proposer de se relâcher. Attend, je te dis ça mais j'espère
399 que c'est vrai. Alors, t'entends des techniques physiques ou pas ?

400 **Q : toutes techniques confondues, ce n'est pas forcément physique**

401 E6 : Alors les choses que j'utilise régulièrement, c'est Catherine (rire), en premier. J'utilise l'Uddiyana
402 bandha qui est le yoga du ventre, que j'utilise assez régulièrement. Je l'ai même mis sur la page
403 Facebook du cabinet, il y a un tuto. J'utilise les « petits bonhommes allumettes » (cherche son livre). Ça,
404 c'est une technique qui a été inventé par Jacques MARTEL, je crois que c'est un canadien. C'est une
405 technique qui te permet en fait d'assainir les relations de dépendance affective par rapport à une situation
406 ou par rapport à des gens. C'est très mignon comme technique et ça marche incroyablement bien. Au
407 fur et à mesure, tu te rends compte qu'il y a plein de petits outils qui sont hyper pratiques et ça, ça fait
408 partie des petits outils que j'utilise moi-même très régulièrement. Et je ne peux pas t'expliquer. L'essentiel
409 de ce que je fais, je ne peux pas t'expliquer ce que je fais parce que je ne sais pas (sourire). Ça marche
410 alors je le fais mais voilà, les petits bonhommes allumettes, ça marche très bien mais je ne sais pas
411 comment ça marche (me montre une page du livre pour expliquer la technique). Voilà, tu dessines un
412 petit bonhomme en haut à gauche, étape une. Tu dessines avec le nom et le prénom, donc souvent
413 c'est toi. Ensuite, étape deux, tu vas faire un deuxième petit bonhomme. Le plus souvent, c'est avec des
414 gens mais tu peux le faire avec des situations. Donc tu te dessines toi avec ton nom et ton prénom puis
415 tu dessines un 2^{ème} petit bonhomme souriant de la personne avec qui tu as une problématique. Etape
416 trois, tu vas dessiner un petit cercle de lumière autour de toi avec des rayons de lumière qui te disent
417 que tout va se passer dans le meilleur des mondes pour toi. Ensuite tu fais la même chose avec la
418 personne d'en face. Pourtant, ça c'est très difficile pour beaucoup de gens, c'est souvent des personnes
419 que tu as envie de tuer de l'autre côté. Après, ça peut être des enfants, des gens de la famille, des amis
420 mais quand c'est des gens que t'as envie de tuer, c'est un exercice très difficile à faire. Tu vas donc
421 dessiner en étape quatre un petit cercle de lumière autour de la personne avec qui tu as un problème
422 de relation et te dire que tu souhaites la meilleure chose pour cette personne-là. Ensuite, tu refais un
423 petit cercle de lumière autour de l'ensemble et tu dis dans ta tête « je veux que tout se passe dans le
424 meilleur des mondes pour la relation entre nous ». Ensuite, étape six, tu vas dessiner des petits traits
425 entre les sept chakras – Bon il faut les connaître un petit peu mais ce n'est pas difficile. Donc tu fais tes
426 petits traits qui te lient avec cette personne-là. Et à l'étape sept, tu prends ta feuille et tu la découpes ou
427 tu la déchires en deux pour simplement rompre le lien qui n'est pas sain avec cette personne. Tu ne

romps pas le relationnel avec cette personne, mais tu romps la relation d'interdépendance émotionnelle que tu peux avoir avec à cette personne. Si tu as de la colère par rapport à cette personne, bah tu n'en n'auras plus. Si tu as une dépendance affective, tu peux par ce biais-là régler cette problématique. Alors, comme beaucoup de choses que j'utilise, je ne sais pas comment ça marche, Monsieur M. est un petit génie. Il a inventé cette technique-là et ça marche très très bien. Très souvent, je conseille les petits bonhommes allumettes à mes patients. Je leur donne la petite page Youtube sur laquelle ils ont développé ça et je leur demande de faire ça. Après, ça fait partie des petites techniques que j'ai. Je pense que j'ai d'autres trucs mais c'est en fonction du patient, là comme ça, je ne saurai pas te dire. Souvent, ce n'est pas des petits conseils psy mais c'est peut-être juste des petits conseils de relativisation de leur vie. Et voilà, je ne fais pas trop de psy, ce n'est pas mon job.

Q : Et vous avez quand même pu observer une évolution positive ou négative suite à ces interventions ou alors pas d'évolution et ça n'a rien changé, au cours ou au long terme ?

E6 : Clairement, quand ils vont chez Catherine, quand ils reviennent, ils sont mieux. Ça leur fait vraiment vraiment du bien. Je pense que la question, c'est surtout « est-ce que le fait de les soulager psychologiquement, est-ce que ça a un impact sur le traitement physique ». C'est ça la question ?

Q : Est-ce qu'il y a une évolution du taux d'anxiété en fonction des techniques que vous avez utilisées, peu importe la technique ?

E6 : Alors, on va juste séparer deux choses dans la question. Il y a toujours une amélioration du patient du point de vue psy quand il y a une interaction comme ça. C'est-à-dire que si je demande au patient de faire les petits bonhommes allumettes et que le patient les fait, il revient, il va mieux. S'il va faire un peu d'Uddiyana Bandha ou un peu de yoga – je conseille souvent du yoga - ou de la méditation, en général, assez rapidement, ils vont mieux, pas complètement mieux mais ils vont mieux. Moi quand je mets en place des massages ou des massages du visage, ou quand je fais des techniques très douces, quand ils sont dans un état de stress qui m'amène à penser qu'ils n'accepteraient pas une manip', je sens que quand ils reviennent, ils vont mieux. Après, ils ne vont pas forcément mieux physiquement mais on n'est pas là que pour ça. Je suis dans la sphère physique mais quand je vois un patient arriver avec un problème psy, je sais que ce n'est pas son corps que je vais soigner, il faut que je lui apporte du bien-être pour faire en sorte que quand il sort de sa séance, le soir il dorme mieux, il se sent plus confortable, plus rassuré. S'il revient dans la séance d'après en me disant « J'ai vraiment bien dormi après que vous m'ayez pris en charge la dernière fois, ça m'a fait du bien », c'est tout ce qui est important. Il a encore ses douleurs mais je m'en fous, ce n'est pas l'idée. Donc oui, il y a toujours un mieux chez le patient mais un mieux dans la sphère psy, pas forcément en application à sa problématique physique. Il y en a forcément une mais ce n'est pas forcément énorme. J'ai un petit exemple, il y a une petite mamie qui est venue avec son déambulateur qui a super mal qui est complètement coincée. Je lui ai passé une vertèbre cervicale et après, je lui ai dit « au revoir madame, je suis désolé, je n'ai rien d'autre à faire sur

463 vous ». Elle est partie et le lendemain, elle n'avait plus du tout mal. C'est un peu le principe : des fois, je
464 vais toucher une chose dans le corps et c'est cette chose-là qui va être responsable de l'essentiel des
465 douleurs dans son corps et du coup, quand je fais sauter cette petite chose là, les douleurs sont
466 nettement moins fortes sur tout le reste du corps quand il va revenir. Là c'est un peu pareil. Tu vas
467 améliorer la sphère psychologique, et du coup, il va avoir globalement un peu moins de douleurs dans
468 son corps, même si ça ne va pas être extrêmement important.

469 **Q : Vous avez abordé le fait qu'il y avait souvent une hypertonie, les muscles qui étaient tout**
470 **durs, qui manifestaient que la personne était assez stressée. Est-ce qu'il y a d'autres facteurs**
471 **qui vous indiquent que la personne en face de vous est stressée ou anxieuse ?**

472 E6 : Alors tu as le visage. Les gens ont le visage assez fermé quand ils sont stressés. Ça, c'est quand
473 même un paramètre important. Tu as le son de la voix et tu as bien entendu la première réaction à la
474 première manip' (rire). Ou simplement de mettre dans la posture de la manipulation. Là, tu vois déjà que
475 le patient est stressé parce que tu ne peux pas le tourner, ou si tu le tournes, il a déjà mal. Il est déjà
476 inconfortable dans la position. Ça, ce sont des paramètres qui ne ratent jamais. Essentiellement, ça fait
477 un peu partie de la thérapie énergétique, de l'intuition du patient. Tu sens quand le patient rentre dans
478 ton cabinet, déjà au premier coup d'œil, tu peux déjà voir que ce patient est stressé. Il a tous les
479 paramètres. Et une fois que tu as mis la main dessus, tu peux la sentir. Tu vas sentir que son corps, il
480 est un peu plus dur, tu vas sentir que son corps est moins mobile que les autres. Les gens qui sont
481 stressés sont souvent en grosse perte d'énergie. Tout les épuise. Donc la moindre mobilisation que tu
482 vas faire, le moindre effort que tu vas leur demander de faire, tu sens que ça leur demande beaucoup
483 d'énergie parce qu'ils sont déjà en burn out d'énergie dans leur corps. Moi je le ressens comme ça.

484 **Q : Est-ce qu'il y a un pourcentage assez élevé dans votre patientèle de personnes qui arrivent**
485 **en étant stressées, peu d'où vient le stress, que ce soit un stress qui vient de la pathologie, qui**
486 **vient de la première séance, qui vient de la manipulation, qui vient de leur situation familiale ou**
487 **psychosociale ?**

488 E6 : (réfléchit) C'est une bonne question. Je ne sais pas, je ne pourrais pas te donner de pourcentage.
489 J'ai très clairement, très souvent des patients qui sont très stressés à cause de tout ce que tu m'as dit :
490 à cause de la douleur, à cause de la frustration parce qu'ils ne peuvent plus rien faire, à cause de
491 l'entourage familial, de leur situation professionnelle, de leur situation maritale, de leurs enfants. Comme
492 ça, à l'œil, je te dirais un bon 5-10% arrive avec un stress un peu palpable. C'est difficile de te le coter
493 parce qu'une fois que t'as retiré tous tes patients ortho qui viennent parce qu'ils se sont cassés la jambe,
494 une fois que tu as retiré ton patient hémiparétique parce qu'il a fait son AVC. Et moi, je ne suis pas très
495 représentatif je pense parce que je fais énormément de rhumato parce que je soigne des douleurs que
496 les autres ne font pas. Du coup, j'ai très peu de soins d'ortho, très peu de soins de neuro. Les gens ne

viennent pas chez moi pour ça. Et du coup je pense que j'ai plus de patients qui ont un problème psy que chez un kiné classique. Mais je dirais bien 5-10%

Q : Est-ce qu'il y a des pathologies qui pour vous peuvent générer davantage d'anxiété que d'autres ?

E6 : Ah bah déjà, le neuro. C'est un gros travail psychologique à faire quand tu as une problématique neuro. Tu sais que c'est quelque chose que tu ne vas pas régler, Tu peux l'améliorer mais tu ne peux pas le régler. Donc c'est une énorme charge émotionnelle pour les patients. La douleur invalidante génère énormément de stress chez les patients. Si tu as un patient qui vient et qui ne peut plus faire ce qu'il faisait avant, c'est très très anxiogène car c'est un deuil à faire quand ils savent qu'il n'y a pas de marche arrière. Dans son deuil, il va y avoir de la tristesse, de la colère, toutes ces choses-là. Et sinon, tu as tous les autres qui ne sont pas forcément liés à leur pathologie. C'est plutôt leur histoire familiale, leur histoire de vie. Mais ouais, essentiellement, je te dirai : la douleur invalidante sur le long terme. Alors, il faut nuancer. Si on a quelqu'un qui est très très très actif, trois mois, pour lui, ça va être le long terme. Si ça fait trois mois qu'il ne peut plus rien faire, il va arriver dans une phase très avancée. Là, j'ai une patiente, ça fait un an qu'elle a des douleurs extrêmement fortes au niveau du genou. C'est son chéri qui fait tout à la maison. Elle déclenche des douleurs parfois où son genou va se plier, elle va crier. Elle ne peut quasiment plus bosser. Elle, ça fait un an qu'elle a ça. Pour elle, c'était assez anxiogène. D'autant plus qu'elle fait plus que deux séances. J'en ai une autre, au bout de deux semaines, c'était déjà une boule de stress parce qu'il ne pouvait pas faire tous les choses qu'il avait envie de faire. Globalement, la douleur invalidante de plus de 6 mois, elle est vraiment très anxiogène. Après, il y a les douleurs d'inquiétude. C'est-à-dire que j'ai une douleur, je ne sais pas pourquoi. Je vais voir un médecin, il ne sait pas ce que c'est. Je vais voir un deuxième médecin, il ne sait pas quoi me dire. Je vais voir un troisième médecin, il ne sait pas quoi me dire. Je vais faire un bilan radio, il n'y a rien sur la radio. Je vais faire un bilan écho, il n'y a rien sur l'écho. Celui qui arrive ici avec sa douleur d'origine inconnue, il est très anxiogène. Voilà, globalement je dirai ça. Neuro, parce qu'il y a le deuil à faire, dans la période de deuil parce qu'une fois que la période de deuil est passée, il va réussir, il va reprendre sa vie et il a une vie équivalente aux autres. La douleur invalidante et la douleur d'origine inconnue, idiopathique je crois que ça s'appelle.

Q : Parmi les 10% que vous avez considéré comme anxieux dans votre patientèle, est-ce qu'ils sont toujours anxieux de la même manière ou est-ce que ça peut varier ? Est-ce que c'est toujours les mêmes formes de stress que vous voyez arriver ?

E6 : Alors, est-ce que ça varie pour la même personne ou pour des personnes différentes ?

Q : Pour des personnes différentes ?

530 E6 : Oh oui, très clairement, très très clairement. C'est toujours un problème de deuil. Si t'as une douleur
531 invalidante, c'est un problème de deuil de ce que tu pouvais faire avant. Si t'as un problème
532 neurologique, c'est un problème de ta vie d'avant. Si t'as un problème de douleur idiopathique, c'est un
533 problème de deuil d'un point de vue de la santé. Tout le monde a un problème de deuil, en fonction de
534 l'histoire de la personne, tu as toujours des réactions qui vont être différentes. Tu as des gens qui vont
535 être pour exactement la même pathologie – proposons la prothèse de genou qui a mal été opéré et qui
536 est douloureuse tout le temps. Note, quand les chirurgiens te disent que c'est à cause du patient, ce
537 n'est pas à cause du patient. Une prothèse de genou qui fait mal, c'est une mauvaise opération. Il faut
538 réopérer mais il ne veut pas te le dire. Donc la problématique du genou qui fait mal est vécue très
539 différemment pour tout le monde. Parce que cette personne-là, c'est quelqu'un qui en a chié toute sa vie
540 et du coup, son genou il fait mal mais ce n'est pas pire de ce qu'il a vécu toute sa vie donc il va continuer
541 à marcher dessus. Ça va lui générer un stress mais c'est quelqu'un qui a eu l'habitude d'en baver, il va
542 le mettre de côté et il va continuer sa vie. Ça va générer un stress plutôt moyen chez lui. Celui qui n'a
543 jamais rien eu et qui se retrouve avec un genou qui fait mal tout le temps quand il marche dessus, et qui
544 ne va plus pouvoir faire ses activités qu'il avait l'habitude de faire, lui il va avoir un stress assez haut.
545 L'histoire du vécu du patient, surtout familial va te donner une variation dans le niveau de stress.

546 **Q : Donc si j'ai bien compris par rapport à ce que vous avez dit tout à l'heure, le meilleur moyen**
547 **ou du moins le plus efficace pour diminuer l'anxiété chez les patients, c'est Catherine ?**

548 E6 : (Sourire) Ouais. Alors, on entend bien. Il n'y a pas de solution ultime. Moi je commence à être
549 intimement convaincu que toutes les techniques qui sont utilisées en termes de soins, que ce soit de la
550 kinésio, que ce soit de la sophrologie, que ce soit de l'astrologie, que ce soit de la taromancie, tout ce
551 qui peut aborder la partie psychologique du patient, est potentiellement fonctionnel et efficace. C'est très
552 opérateur dépendant. Quand tu as de bonnes intuitions de ce que tu fais, quand le patient il arrive, tu
553 vas utiliser les outils qui sont à ta disposition pour soigner son patient. Ces outils ne vont être que des
554 excuses pour soigner ton patient. Quand tu vas envoyer ton patient chez un taromancien, personne ne
555 croit au tarot, faut être clair, même moi, je n'y crois pas ; le tarot, c'est sympa, mais on ne va quand
556 même pas déconner. Je dis ça, mais j'ai dû remettre un petit peu d'eau dans mon vin par rapport à ça,
557 il y a quand même une partie qui est un peu perturbante dans ces trucs-là mais bon, voilà. Le
558 taromancien va voir le patient arriver, il va discuter avec lui, il va se faire une idée de ce que le patient il
559 est et de ce qu'il vit en ce moment. Parce qu'il arrive et il lui dit « Alors, pourquoi vous venez me voir »
560 alors le patient, il va lui expliquer en quelques mots. Il va lui dire « j'ai cette problématique-là, j'ai ça,
561 j'aimerais bien voir avec vous ce que je peux faire pour lever cette problématique ». C'est rare que tu y
562 ailles pour le plaisir. Il y en a mais bon. Et du coup, il va t'expliquer sa problématique, et toi, tu vas
563 entendre sa problématique, toi tu vas réagir par rapport à ton propre schéma de vie par rapport à cette
564 problématique en te disant « ah bah c'est bizarre qu'il voit les choses comme ça parce que moi, c'est
565 pas du tout comme ça que je le vois », tu as déjà une autre façon de voir par rapport à lui. Et si tu as un
566 tout petit peu de recul thérapeutique, tu te rends compte que cette problématique avec laquelle il vient,

567 elle peut provenir de ça, de ça, de ça. Tu sais tout ça. Tu sais que quand le patient il vient, sa
568 problématique peut venir de plein de choses. Mais lui, quand il va venir, il va te dire « c'est ça, j'ai mal à
569 cause de ça ». Souvent, ils sont convaincus qu'ils ont une douleur à cause de quelque chose. Et du
570 coup, tu vas prendre ton petit tarot, tu vas poser tes cartes. Tu vas avoir plein d'images, plein de choses
571 positives. Tu vas lui expliquer grâce à ses cartes qui sont posées devant toi. Ça va te permettre de lui
572 donner un support en disant « ah bah vous voyez cette carte-là, ça peut vouloir dire que votre vie, ce
573 n'est pas tout à fait comme ça » ou « Ça va se passer comme ça ». Ça va permettre de faire relativiser
574 au patient son schéma de vie, pour qu'il puisse revoir sa problématique autrement. Et en fait, tu peux
575 avoir cette manière pour tout. Le thérapeute qui va s'occuper de ton cœur et de ta tête, il va se servir de
576 son intuition et des outils qu'il a dans la main pour obtenir exactement le même résultat. Tu vas voir le
577 taromancien, il va te faire relativiser ta vie et t'expliquer les choses différemment grâce aux cartes. Tu
578 vas voir ton astrologue, il va analyser les astres après t'avoir écouté et après avoir une bonne intuition
579 de ce que tu es et il va te donner des pistes, des choses différentes parce que les astres ont dit que
580 c'était ça. Tout est teinté par ta propre psychologie. Et du coup, quel que soit l'outil que tu utilises, si tu
581 es bon psychologue et que tu as une bonne intuition, tu vas apporter une solution au patient avec des
582 supports différents. Voilà, je te dis Catherine, Catherine elle fait de la kinesio. C'est quelqu'un de bon,
583 ça c'est important. Quand tu vas travailler avec des gens, il faut que tu sois intimement convaincu que
584 ces gens sont bons. Si ces gens sont axés sur l'argent, si ces gens sont axés sur leur couple, qu'ils
585 n'arrivent pas à se séparer, si ces gens ont des problématiques que tu sens quand tu discutes avec eux,
586 qu'ils t'en parlent et que tu sens que derrière, il y a quelque chose de lourd, c'est des gens chez qui tu
587 ne vas pas envoyer. Catherine, elle pourrait faire de la kinesio comme elle ferait de la sophro comme
588 elle pourrait faire de la microkiné comme elle pourrait faire ces choses-là, elle aurait des résultats. Je te
589 parle d'un bon thérapeute qui va s'occuper du cœur et de la tête du patient en conscience avec une
590 bonne intuition. C'est chez cette personne-là que j'envoie, et pas chez quelqu'un d'autre. Si j'avais un
591 panel de trois personnes avec chacun leurs caractéristiques, j'enverrais chez ces trois personnes-là. En
592 revanche, en 9 ans, c'est la seule personne que j'ai rencontrée qui est bonne, qui est honnête et qui a
593 un bon feeling et qui apporte des vraies solutions aux patients. Maintenant, je suis intimement
594 convaincue que l'intervention pluridisciplinaire sur le patient pour la prise en charge émotionnelle,
595 psychologique et spirituelle est très importante. Et après, moi, j'ai d'autres petits outils que je peux mettre
596 en place si les gens n'ont pas envie d'aller voir Catherine. Voilà.

597 **Q : Pour conclure cet entretien, est-ce que vous pensez que l'utilisation d'un outil d'évaluation**
598 **de l'anxiété au moment du BDK pourrait avoir une influence sur la prise en charge ou pas ?**

599 E6 : Bah écoute, franchement, je dirai que oui. Enfin (réfléchit), on va s'entendre, on n'est pas tous tout
600 à fait égaux face à la nature. Moi, je suis très peu empathique. Je suis surtout dans la sphère physique
601 comme je te l'ai dit. C'est vrai que si j'avais dans mon questionnement initial cette simple question de «
602 ça va » mais genre un vrai « ça va », je pense que ça m'apporterait pas mal de choses en plus. Chez
603 tous les gens qui n'ont pas une intuition des problématiques des gens, avoir ça dans le bilan, c'est une

bonne idée. Après, c'est toujours pareil. Tu mets ça dans ton bilan mais tu as une bonne intuition, ça n'a aucun intérêt. Tu perds ton temps à ta première séance parce que tu vas le savoir assez rapidement au bout de la 1ère-2ème-3ème séance que la personne, elle a besoin d'un accompagnement autre. Effectivement, s'il te le dit tout de suite, tu vas le sentir tout de suite. Mais la problématique en libéral, c'est le temps. Tu es payé au temps. Donc moi, j'ai déjà un gros bilan où je ne touche quasiment pas le patient à la première séance, donc si en plus, je rajoute la dimension psy et que le patient passe dix minutes à me raconter sa vie – ce qui ne serait pas inutile hein – il me faudrait quasiment deux séances pour faire ma première séance. Et au niveau des impératifs économiques, ça ne colle pas très bien. Je te dirai donc que d'un point de vue économique, rajouter la dimension psychologique dans notre travail de kiné sur le premier bilan, c'est compliqué et peut-être inutile parce que tu vas avoir ces informations par la suite, ou pas. C'est aussi compliqué parce que si le patient n'a pas envie de te parler de ça, il ne va pas te parler de ça. Donc tu peux éventuellement le mettre dans ton bilan mais ce n'est pas garanti qu'il va y avoir une réponse sur la question. Souvent, ils ne te connaissent pas, ils n'ont pas envie de le partager avec toi. Donc pour répondre à ta question, oui il faut mettre un bilan émotionnel ou psychologique dans le BDK parce que certains kinés n'ont pas d'empathie et qu'ils ne vont pas le deviner. Il faut mettre ça éventuellement avec des patients qui ne t'auraient pas parlé de ça à la base, parce qu'ils pensent que ce n'est pas ton problème. Et finalement, tu te rends compte que c'est un peu ton problème. Et c'est tout, globalement, c'est ça. Je sais que j'ai souvent réfléchi à le rajouter dans mon bilan mais c'est vrai que la problématique, c'est que je prends énormément de temps sur le bilan initial et c'est compliqué pour tout gérer. Les impératifs économiques de notre métier en libéral impliquent que ce bilan psychologique peut se faire dans tes séances suivantes. Ça va être fait de toute manière, c'est-à-dire que tu ne l'as pas dans ton BDK de base mais ça va être fait, parce que tu vas discuter avec ton patient si tu es un thérapeute normal. Dans l'impératif économique, dans le bilan initial, je dirai que ce n'est pas impératif pour le libéral. Si tu es en hôpital, tu as largement le temps de le faire. Mais objectivement, tu peux le rajouter dans les séances d'après en discutant avec le patient, t'as le temps, il est sur la table quand on commence à travailler, tu peux discuter avec lui. Et c'est impératif pour le patient qui n'a pas envie d'en parler parce qu'il ne sait pas qu'il peut avoir une solution chez toi par rapport à ça. Parce que tu peux leur apporter des solutions même si ce n'est pas toi qui la donnes. Déjà le fait de leur donner un pont pour aller chez Catherine, c'est déjà énorme. Et aussi pour le kiné qui n'en a rien à foutre, ça peut être une bonne idée de lui donner dans son BDK initial une petite information sur l'émotionnel et le psychologique parce que comme à la base, il ne s'en occupe pas, peut-être que ça lui ferait du bien de se dire « ah il y a quand même des gens derrière ces corps ». Donc ouais, je dirai que ce serait bien si on pouvait avoir ça. Juste, je pense que ça va être de plus en plus compliqué parce qu'en libéral, on gagne de moins en moins de sous, et on est de plus en plus pressurisé au niveau financier, et on prend de moins en moins de temps pour s'occuper de ce genre de problématique.

Q : Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose à cet entretien ?

640 E6 : Il est bien fait ton questionnaire (rire). Non, je crois qu'avec tout ce que je t'ai raconté, je vais être
641 complètement hors sujet, je n'ai rien d'autre à ajouter.

Enquêtrice : Hélène HERZOG

Enquêté(e) : E7

Transcriptrice : Hélène HERZOG

Date : 09 octobre 2020

Lieu : en visioconférence via ZOOM

Durée : 0h36min04s

Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Présentation sociale de l'interviewé : kinésithérapeute libéral

Contexte de l'entretien : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Relation enquêteur-enquêté : aucune avant la réalisation de cet entretien

Contacts ayant permis d'obtenir cet entretien : mail

1 **Q : Bonjour, merci de vous rendre disponible pour cet entretien. Je me présente, je m'appelle**
2 **Hélène HERZOG. Je suis étudiante en 4ème année à l'IFMK de Nancy. Je réalise une enquête**
3 **autour de l'anxiété chez les patients pris en charge en libéral. Je vous propose cet entretien dans**
4 **le cadre de mon mémoire de fin d'études. Cette discussion reste anonyme et dure environ**
5 **quarante-cinq minutes en fonction des réponses. Acceptez-vous d'être enregistré ?**

6 E7 : Oui

7 **Q : Pour démarrer cet entretien, je vais vous laisser vous présenter, me donner votre âge, le lieu**
8 **d'exercice professionnel, l'année d'obtention de votre diplôme, votre parcours professionnel, si**
9 **vous avez fait des formations, etc**

10 E7 : Je suis masseur-kinésithérapeute et ostéopathe. Je suis diplômé depuis 2004 de l'université de
11 Liège en Belgique. Après, en tant qu'ostéopathe, j'ai été diplômé au collège d'ostéopathie européen en
12 juin 2010. Sinon, dans les formations que j'ai pu faire, j'ai fait kiné respi pédiatrique. J'ai fait beaucoup
13 sur les massages parce que moi j'aime beaucoup le travail manuel : massage californien, massage
14 bébé. D'ailleurs, le massage californien, je l'enseigne à l'IFMK de Reims. J'exerce à Reims, en cabinet
15 libéral. On était trois et depuis le trente-et-un aout, nous sommes quatre. Donc voilà, parce qu'on avait
16 beaucoup de travail, et la 4ème qui est arrivée a déjà son agenda qui est rempli. Voilà. Pour les
17 formations que j'ai pu faire, j'ai fait urogynécologie. J'en ai pratiqué beaucoup et maintenant, j'ai arrêté.
18 Euh, ce que je veux développer maintenant, je fais beaucoup plus de formations en ostéopathie, et
19 notamment autour de la périnatalité, femmes enceintes et bébés, parce que c'est ce qui me plaît et ce
20 vers quoi j'aimerais tendre un peu plus.

21 **Q : Vous avez toujours été en libéral ?**

22 E7 : J'ai toujours été dans le même cabinet en fait, ça va faire quinze ans que je suis dans ce cabinet.

23 **Q : Est-ce qu'il y a un type de patientèle particulier que vous avez dans le cabinet dans lequel**
24 **vous êtes ?**

25 E7 : C'est variable. On est beaucoup, comme dans la plupart des cabinets, sur des pathologies du rachis,
26 que ce soit cervicalgie, lombalgie principalement. Après, tout ce qui va être traumato, entorse, tout ça.
27 Un petit peu de neuro mais pas beaucoup. Et puis, kiné respi, on en avait pas mal aussi, surtout
28 pédiatrique surtout au moment des bronchiolites l'hiver. Mais après, on reste assez généraliste.

29 **Q : Au cours de votre dernière prise en charge, vous pouvez choisir n'importe quel patient à votre**
30 **guise, comment s'est déroulée la première séance ?**

31 E7 : Bah j'en ai eu une aujourd'hui donc ça va être simple, je vais prendre celle-ci en exemple. En
32 général, la première séance, il m'apporte un peu tous les examens complémentaires qu'ils peuvent avoir,
33 suivant ce que c'est, par rapport à la pathologie. Je sais que je suis très observatrice. Dès la salle
34 d'attente, la façon dont il arrive, dont il s'assoit. Quand je leur indique la salle, j'essaie de rester derrière
35 pour les voir marcher. Notamment, cette dame-là, je voulais voir comment elle marche, parce qu'elle me
36 disait que parfois, elle avait son pied qui faisait un peu n'importe quoi. Donc voilà, c'est l'observation dès
37 la salle d'attente. Et puis après, je les écoute beaucoup, je refais les examens complémentaires. En
38 général, j'ai mon anamnèse qui est un peu toute faite, par rapport à mes questions que j'ai à leur poser.
39 Les premières séances, je peux noter pour mon bilan mes grands principes. Après, mes autres séances,
40 je ne note plus, mais la première séance, j'ai tendance à noter pour mettre dans le dossier des choses.
41 Et j'ai une copie de tous les examens complémentaires aussi que je peux avoir.

42 **Q : Est-ce qu'il y a des questions particulières que vous posez lors de l'interrogatoire ?**

43 E7 : Alors, souvent, ce qui revient dans les questions traditionnelles pour tout le monde, c'est la
44 profession. Même s'ils sont retraités, leur demander ce qu'il exerçait comme profession, justement pour
45 voir s'il y a des problèmes de posture au travail, pour tout ce qui est cervicalgie, lombalgie et tout ça,
46 c'est important de savoir. Même pour une pathologie du genou, si c'est un carreleur à la retraite, par
47 exemple, il a été toute sa vie sur les genoux, des choses comme ça. Donc la profession toujours, la
48 situation familiale. Parce qu'un divorce, ou quand ils sont veufs, ou quand ils viennent d'être parents,
49 peu importe l'âge, la situation pour savoir l'à côté. Parce que pour moi, le psychologique a une grande
50 part d'intérêt. S'ils font du sport. Souvent, après je demande aussi s'il s'hydrate bien pendant, c'est les
51 questions qui reviennent fréquemment. (Grimace : réfléchit). Voilà, le motif de la consultation aussi parce
52 que je peux avoir une ordonnance du médecin avec quelque chose mais je veux avoir aussi le ressenti

53 du patient parce que parfois, le diagnostic posé par le médecin n'est pas forcément en corrélation. Je
54 prends l'exemple d'une patiente. Elle venait soi-disant pour une tendinite au niveau de l'ischio-jambier
55 et en fait, ça ne faisait pas trop tendinite, ça venait plutôt des lombaires et notamment du piriforme qui
56 était coincé. Donc je regarde l'ordonnance mais je me fie plutôt à mon bilan que ce que me donne le
57 médecin.

58 **Q : Comment est-ce que vous arrivez à intégrer cette approche psychosociale dans**
59 **l'interrogatoire ou au sein du bilan ?**

60 E7 : Alors, ça, c'est vrai que je l'aborde plus quand je fais mes séances d'ostéopathie. Parce qu'en
61 ostéopathie, je trace ce qu'on appelle une ligne de vie, qui part de la naissance à l'instant T de la séance.
62 D'un côté, je vais mettre les problèmes physiques qu'ils ont pu avoir, même en dehors des problèmes
63 de kiné. Ça peut être un accident cardiaque par exemple, des choses comme ça. Donc d'un côté, tout
64 ce qui est médical et de l'autre côté, tout ce qui est psychologique. Ça peut être un licenciement, la retraite,
65 un mariage, un divorce. Même un élément heureux, ça peut jouer, il n'y a pas que les problèmes. Mais
66 je prends le cas que j'ai pris pour mémoire de fin d'ostéo. Par exemple, il y avait eu le décès de sa sœur
67 (mime avec ses doigts), et c'était son premier accident cardiaque, le décès du père, 2^{ème} accident
68 cardiaque, la retraite, le déclenchement - j'avais fait sur les maladies auto-immunes – déclenchement
69 de sa maladie auto-immune. J'essaie de mettre en corrélation – alors c'est vrai que dans les séances
70 de kiné, c'est plus court et je fais moins ce tracé mais j'essaie quand même de savoir s'il n'y a pas des
71 grosses choses, notamment dans le milieu du travail je demande beaucoup. Mais ça, c'est plus pendant
72 la séance parce que les patients quand ils sont assis, ils ne pensent pas toujours à dire mais une fois
73 sur la table, ils disent « ah au fait, il y a ça », « Oh, au travail, mon patron, il m'a mis la pression ». Enfin
74 voilà, ça va être plus des confidences entre guillemets sur la table. Donc j'essaie de garder ça en tête.

75 **Q : Quel est votre avis sur la pertinence de proposer un bilan en début de prise en charge ?**

76 E7 : Alors, le début de prise en charge, moi j'essaie d'être ... ils ne disent pas tout à la première séance
77 en fait. Donc il faut gagner leur confiance aussi pour qu'ils puissent se livrer. Il y a des choses que j'ai
78 apprises de patient au bout de quatre/cinq séances seulement. Donc en début de prise en charge, les
79 généralités donc la situation familiale, combien ils ont d'enfants. Et après, ça va être dans les
80 discussions, « tiens bah vos enfants, qu'est-ce qu'ils font ? », et là, c'est la mamie qui me dit « ah bah
81 c'est mon fils, il se sépare, donc ça ne va pas, il est revenu habiter à la maison ». Voilà, c'est des choses
82 comme ça. Mais ça va être ... Il ne faut pas qu'il le ressente comme vraiment la question et où ils nous
83 voient écrire les choses, il faut vraiment les écouter, plus en confidence je trouve. Mais ça nous apporte
84 beaucoup ce qu'ils nous disent sur la table. Ils ne se rendent pas compte des fois, ils pensent nous avoir
85 tout dit et en fait, sur la table, ils nous disent « Ah au fait ... ». Ou alors, même au niveau médical, « nan
86 je n'ai jamais eu de chirurgie » et finalement, on apprend qu'il s'est fait opérer d'une ligamentoplastie.
87 C'est une chirurgie ça (rire), mais ça lui était passé par la tête. Parce que des fois, je dis « bah c'est quoi

88 cette cicatrice ? », « Ah oui, j'ai été opéré du genou » (rire). Ils ne pensent pas forcément à tout dire au
89 début.

90 **Q : Vous avez parlé de la ligne de vie où d'un côté vous mettez les troubles physiques et de**
91 **l'autre côté, les troubles psy. Est-ce que vous le remplissez dès le début ou au fur et à mesure ?**

92 E7 : En ostéo, je demande dès le départ surtout au niveau physique on va dire. Et puis après, je la
93 remplis ... En ostéo, des fois je les vois assez peu donc je pose un peu plus de questions. En kiné, ce
94 serait plus au fur et à mesure, le remplissage, sur les choses plus psychologiques. Sur les choses
95 physiques, en général, je pose les questions, mais en psy, ça se remplit petit à petit.

96 **Q : Est-ce que vous avez une situation particulière à me raconter où vous avez dû prendre en**
97 **charge un patient anxieux ?**

98 E7 : Euuh, oui. Alors je ne sais pas dire si c'était de l'anxiété ou ... Parce qu'il y avait un contexte
99 psychiatrique aussi. Il y avait le côté anxiété du toucher on va dire dans les premières séances sur une
100 patiente ayant subi des sévices sexuels dans l'enfance. Le côté toucher était assez compliqué mais la
101 première fois que je l'ai vue, c'était pour une entorse de cheville, où elle faisait des bonds et c'était très
102 compliqué au départ de travailler. C'est le plus gros cas d'anxiété que j'ai eu. Après, des personnes qui
103 ont peur d'avoir mal. Il faut les motiver, les encourager, il faut être dans le positif. Mais sinon, le plus
104 gros cas d'anxiété que j'ai eu je me souviens, c'était cette patiente pour cette entorse de cheville. Pareil,
105 je savais qu'il y avait quelque chose mais ... La cheville, on ne réfléchit pas autant. Souvent, je dis quand
106 je vais poser mes mains. Sur un sacrum, je dis « je vais poser les mains sur le sacrum », des choses
107 comme ça. La cheville, elle me voyait donc c'est vrai que je n'ai pas .. Et même moi, elle m'a fait sursauter
108 parce qu'à partir du moment où j'ai posé mes mains, elle a retiré son pied, ça a été assez violent dans
109 sa réaction. Et j'ai mis quelques séances à pouvoir vraiment lui toucher le pied.

110 **Q : Ça, c'est une information que vous n'aviez pas au départ ?**

111 E7 : Non non

112 **Q : C'est la patiente qui vous l'a dit au fur et à mesure ?**

113 E7 : Voilà, ça s'est vraiment fait ... Au départ elle dit « oh je n'aime pas être touchée » et je l'ai su
114 plusieurs séances plus tard. Donc en fait, elle avait été victime d'inceste. En plus on arrivait dans une
115 période de prescription par rapport au fait de porter plainte. Parce que ça lui était arrivé petite et elle
116 avait plus de trente ans et je crois que c'est trente ans, la période de prescription. Donc on arrivait dans
117 cette période qui était vraiment pour elle très difficile à passer parce qu'elle n'avait jamais passé le cap
118 d'aller au niveau juridique quoi.

119 **Q : Chez cette patiente, est-ce qu'il y avait d'autres facteurs qui vous ont permis de dire qu'elle**
120 **était anxieuse ?**

121 E7 : Physique, il y avait toutes les traces d'automutilation. Elle avait les bras vraiment ... On voyait qu'elle
122 s'était coupée, mutilée les bras. Et dans la posture. Elle était très fermée, dans le fauteuil, comme ça
123 avec son sac devant elle. En protection, elle avait un gros sac à dos, je me souviens elle venait toujours
124 avec un gros sac à dos et elle l'avait sur elle en protection.

125 **Q : Chez d'autres patients, c'était le même type de facteurs ou est-ce que vous avez d'autres**
126 **facteurs qui n'étaient peut-être pas présents chez elle mais chez d'autres patients qui vous ont**
127 **montré que de l'anxiété était présente ?**

128 E7 : Pas mal, mais ils ont toujours une espèce de repli avec les épaules avancées, un peu fermées ou
129 les bras croisés, ou des choses comme ça. Oui, je suis en train d'essayer de réfléchir sur d'autres cas.
130 (Silence). Ouais, ça va être pas mal de fermeture sur soi-même, ou une façon ... Par exemple, au lieu
131 de se déshabiller, ils ont mal au dos, ils vont juste remonter ... Moi je dis « j'ai besoin de voir le bassin
132 aussi » et ils me disent « Ah bon » (sourire). Ou alors, pour l'épaule, ils vont remonter le t-shirt comme
133 ça (mime la remontée du t-shirt), moi je dis « j'aurais besoin que vous retiriez le t-shirt ». Ça va être plus
134 le côté « on reste fermé », un peu pudique aussi.

135 **Q : Est-ce que vous avez essayé d'évaluer cette anxiété, ce taux d'anxiété de manière subjective**
136 **ou objective ?**

137 E7 : (grimace) Euuuh, non, je ne crois pas. Parce que je l'ai eu – nan, je n'étais pas en début de carrière
138 – mais je l'ai eu assez jeune et je ne savais pas trop comment gérer ça. D'ailleurs elle m'a quelques
139 crises de tremblements, panique ou faire comme si elle allait s'évanouir. Et ça, j'avais beaucoup de mal
140 à le gérer au départ.

141 **Q : Et dans d'autres cas, avec d'autres patients, à l'heure actuelle, est-ce que vous vous sentez**
142 **plus à l'aise pour réagir à ce genre de situation ?**

143 E7 : Oui oui. Alors moi, j'ai quand même le toucher, j'aime beaucoup. Donc quand ils ne sont pas
144 réticents au toucher, il y a toujours la main sur l'épaule, des choses comme ça pour les apaiser. Je leur
145 parle mais je garde une main sur eux, c'est ... Même pour une jambe, même s'il discute, moi des fois
146 j'arrête ce que je suis en train de faire et je garde la main posée sur eux. Ce contact, t'es un peu
147 cocooning (souffle). Je viens de souffler, ça me fait penser à la respiration abdominale. Je leur fais faire
148 des exercices de respiration abdominale et je leur explique comment faire à la maison aussi, s'il y a des
149 problèmes pour s'endormir, s'il y a des choses comme ça donc on travaille un petit peu, des fois avec

150 un poids sur le ventre pour qu'ils essaient de ressentir eux-mêmes. Mais ça, je m'en rends compte que
151 je le fais de plus en plus de leur faire faire la respiration abdominale.

152 **Q : Est-ce qu'il y a d'autres techniques que vous proposez aussi dans le cadre d'un patient**
153 **anxieux ?**

154 E7 : (Réfléchit) Un petit peu d'étirement, d'auto-étirement, se grandir des choses comme ça. Euh, je n'ai
155 pas vraiment (silence), ouais non, je n'ai pas vraiment de techniques particulières.

156 **Q : Et quand vous utilisez les techniques de respiration ou en gardant le contact, est-ce que vous**
157 **avez observé une évolution de l'anxiété chez ces patients anxieux ?**

158 E7 : Le contact, c'est vrai qu'on sent qu'ils se relâchent parce que souvent, ils sont quand même assez
159 sur le qui-vive. Donc ils arrivent un peu à se relâcher, à relâcher cette fermeture qu'ils avaient peut-être
160 au départ. Ça c'est important. Puis (grimace), ouais c'est ça, c'est le côté relâchement un peu.

161 **Q : Du coup, il y a une diminution de l'anxiété et un relâchement qui se fait sur le moment. Est-**
162 **ce que les techniques que vous avez mises en place se remarquent aussi au long terme ?**

163 E7 : Au long terme oui, mais après, est-ce que ça va être la technique ou est-ce que ça va être le fait
164 qu'il commence à être habitué à moi ou aux séances, je ne pourrais pas dire. Je n'ai jamais fait attention
165 j'avoue.

166 **Q : Dans toute la patientèle que vous avez eue jusqu'à maintenant, est-ce que vous arriveriez à**
167 **m'estimer à peu près un pourcentage de patients qui sont venus et qui présentaient des**
168 **symptômes d'anxiété ?**

169 E7 : Est-ce que dans l'anxiété, vous mettez le stress ?

170 **Q : Oui**

171 E7 : (Réfléchit). Je pense que maintenant ... Parce que je pense que beaucoup, ça va être lié au travail.
172 Je m'en rends compte, c'est énorme. Comme on a beaucoup de problèmes du rachis, je me rends
173 compte que c'est quasiment tous. Aller, on va dire 80% qui sont liés au stress. Pas exclusivement mais
174 il y a une part de stress qui joue on va dire. Oui, à mon avis, ouais (réfléchit). On sent les gens stressés.
175 Même là, la période actuelle, le côté automnal, on en parlait justement avec mes collègues hier, on sent
176 les gens un peu plus ... pas forcément agressifs, mais sur la défensive. Enfin ils arrivent un peu plus
177 tendus mais lié à la période où il commence à faire nuit plus tôt, il fait moche, il pleut, voilà. Donc voilà,

ça on le ressent, on en parlait hier avec les collègues. On sentait les patients plus tendus quand ils arrivent.

Q : Vous avez parlé du métier, de la période. Est-ce qu'il y a d'autres étiologies qui peuvent faire que le patient soit stressé ?

E7 : Bah ça, ça va vraiment dépendre de l'âge. Sur un jeune parent, enfin une jeune maman, le bébé ne fait pas ses nuits par exemple, il y a ce côté-là. Un parent qui a son enfant qui passe ses examens, voilà, ils vont stressés pour eux. En disant ça, je me rends compte que les parents stressent beaucoup, les jeunes parents jusqu'aux grands parents qui se stressent pour les enfants et les petits-enfants. Donc ouai, c'est assez familial aussi. Mais ils sont stressés dans la bienveillance, je ne sais pas comment dire ça. Parce qu'ils ont peur pour les autres, pas stressés, enfin ... On voit la différence avec ceux qui sont stressés lié au travail, à leur patron, ou à leurs collègues. C'est vrai que des fois, je me dis « on a de la chance de bien s'entendre ». Mais des mauvaises ententes entre collègues sur des open-space, où ça s'envoie des pics et tout ça, c'est, ça crée pas mal de dégâts. Donc il y a cette part de stress au travail et après, c'est du stress de la bienveillance, mais pour l'autre. Je ne sais pas si c'est clair ce que je veux expliquer (rire).

Q : Est-ce que les patients sont anxieux de la même manière ou est-ce qu'il existe des différences ?

E7 : Alors, je sais qu'il ne faut pas genrer mais je genre quand même. Les hommes et les femmes l'expriment différemment. Les hommes vont être beaucoup plus ... ouais ce côté un peu je pense un peu éducation patriarcale, il ne faut pas qu'ils montrent qu'ils pleurent, il ne faut pas qu'ils montrent qu'ils sont stressés. Mais alors, on retrouve des personnes qui sont comme ça, les épaules en l'air (mime une élévation des épaules), tendus comme des ... Ouais, c'est super dur, c'est des vrais bouts de bois. Mais ouais, je pense que c'est assez genré. Les femmes vont beaucoup plus le verbaliser par rapport aux hommes.

Q : Et chez les hommes, à part les épaules en l'air et la tension musculaire, ça se matérialise comment ?

E7 : Ouais, ça va être ça et puis, ça va être aussi la jambe. C'est assez typique des hommes. A la première séance, ils sont assis et on voit la jambe qui gigote, qui saute comme ça. Ouais (réfléchit), je suis en train de chercher. En fait, j'ai l'exemple d'un patient que j'ai pu voir en massage californien, à qui on avait offert un massage californien. Donc cadre supérieur, avec un très gros ..., qui est arrivé en disant « pourquoi je viens », je perds du temps limite avec son attaché-case, en me disant « bon l'heure, si on peut raccourcir. Et à la fin, ça m'a presque émue parce qu'il avait les larmes aux yeux en me disant « vous êtes plus jeune que moi, et j'avais l'impression de me retrouver dans les bras de ma maman »

211 parce que ce côté englobant du massage, parce que je lui ai dit « bon allez, c'est une heure pour vous,
212 on éteint tout, on éteint le portable, on met la musique ». Et puis, en général, dans ces cas-là, quand je
213 fais mes massages californiens je n'ai pas de téléphone, mes collègues ne rentrent pas dans la salle,
214 enfin c'est vraiment un dispositif pour le patient, qu'il soit dans sa petite bulle. Et ce patient qui est venu,
215 pff, limite on m'a offert un cadeau mais je perds du temps, j'ai du boulot, faut que ça aille vite, à la fin, il
216 a même pris du temps pour se rhabiller. Je le voyais, il avait vraiment les larmes aux yeux. C'est ça qui
217 m'a émue aussi parce que je me suis dit « ouah, je ne le voyais pas du tout comme ça ». Et puis, il me
218 dit « mais c'est fou, parce que j'ai eu l'impression de me retrouver dans les bras de ma maman. Et ça
219 lui a fait du bien. Et j'ai vu, quand il est arrivé, très rapide, et puis là, c'est le côté il a pris le temps pour
220 se rhabiller, moi après je les laisse dans la salle le temps de s'étirer, tout ça. Mais il a mis du temps, le
221 temps de revenir dans l'entrée, au contraire de la salle d'attente (imite un souffle de soulagement). Au
222 départ, je pensais qu'il allait entrer et sortir quoi, dans sa façon d'être quand il est arrivé.

223

224 **Q : Est-ce qu'au cours de votre expérience professionnelle, il y a des pathologies qui ont généré**
225 **d'avantage d'anxiété que d'autres ?**

226

227 E7 : (Réfléchit) Après, toutes les personnes que j'ai eues qui ont déclaré un cancer, des grosses
228 maladies. Voilà, ça, c'est la peur de mourir, c'est la peur du traitement, la peur de laisser son conjoint,
229 la peur de devenir dépendant. Donc ça va être sur de la grosse pathologie. Je pense à une patiente
230 parkinsonienne, qui était embêtée parce qu'ils étaient boulangers tous les deux, elle travaillait à la caisse.
231 Et c'était la peur de devenir un boulet entre guillemets pour son mari. Et malheureusement, c'est ce qui
232 est arrivé. Elle ne pouvait plus travailler après en boulangerie, ça s'est aggravé. Et après, tout ce qu'elle
233 me disait avant, c'est qu'elle ne voulait pas être dépendante ne serait-ce que pour aller aux toilettes des
234 choses comme ça. Elle me disait « oui je ne veux pas que ce soit mon mari ... » et voilà, maintenant, ça
235 y est, c'est son mari qui doit gérer, lui donner la douche, des choses comme ça. Donc voilà, sur des
236 grosses pathologies, les cancers, comment je vais gérer ma chimio, pour des choses comme ça. « Je
237 n'ai plus de cheveux », « je n'ai plus de sein ».

238 **Q : Est-ce que pour vous, il y a un moyen efficace pour diminuer l'anxiété chez vos patients ?**

239 E7 : Par rapport à notre métier, c'est surtout le toucher, le massage. Moi ma patiente qui a eu une
240 mastectomie et je l'ai eu en kiné. Et elle m'a demandé un massage californien. Et c'est vrai qu'elle m'a
241 dit « vous m'avez réconcilié avec mon corps ». Donc ça, c'est ... Le toucher, c'est très important.

242 **Q : Est-ce que vous pensez que l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'anxiété pourrait avoir une**
243 **influence sur la prise en charge ?**

244 E7 : C'est tellement subjectif, c'est assez compliqué (sourire). Et c'est à quel moment le faire, comme je
245 vous disais, la première séance, c'est un petit peu compliqué d'aborder les choses comme ça parce que

246 le patient ne va pas nous faire confiance tout de suite. Donc (grimace), je ne sais pas vraiment comment
247 l'évaluer. Je n'arrive pas à donner des degrés. Je n'imagine pas comment l'évaluer, comment faire même
248 si des fois, on part comme sur une EVA. C'est assez subjectif aussi quoi donc bon, c'est compliqué.

249 **Q : Avec des items un petit peu plus précis, qui nous permettraient de le faire soit d'emblée, soit**
250 **au fur et à mesure pour ne pas que ce soit direct, quels seraient les avantages et les**
251 **inconconvénients de proposer ce type d'échelle ?**

252 E7 : Oui, pourquoi pas, je pense, quelque chose qu'on puisse remplir tout au long de la prise en charge
253 de la personne, pourquoi pas. Il faut avoir les questions adéquates. Ouais, ça peut se faire. Mais c'est
254 clair, je le vois pour moi dans ma pratique quotidienne, c'est lié, on ne peut pas séparer le physique et
255 le psychologique. Mais oui, si on arrive à l'évaluer, pourquoi pas.

256 **Q : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose à cet entretien ?**

257 E7 : Comme je vous disais, on ne peut pas séparer le physique et le psychologique, c'est trop lié. Après,
258 on ne peut pas tout mettre sur le psychologique. Et des fois, il faut savoir l'aborder avec le patient parce
259 que j'ai déjà eu aussi des patients qui me disaient « oui de toute façon, on m'a dit que c'était dans ma
260 tête ». Et ils le prennent mal du coup. C'est là qu'il faut leur dire « oui, votre douleur ... ». Moi je leur dis
261 toujours « je vous crois », c'est important aussi de ne pas ... Voilà, si vous me dites que vous avez mal,
262 je vous crois. Alors c'est vrai que ce n'est pas objectivé. Mais ça peut venir d'autre chose. Mais déjà,
263 rien que de leur dire « oui, je vous comprends, vous avez mal », c'est une façon de le dire et de se sentir
264 entendu. Et ça, je trouve que notre métier est important pour ça, parce que quand il voit un médecin ...
265 Alors, il y a des généralistes qui sont top hein, je ne mets pas non plus tous les médecins dans le même
266 panier, les généralistes un quart d'heure, les spécialistes c'est cinq minutes des fois. Là c'est vrai que
267 c'est avec nous qu'ils ont du temps. C'est notre façon de travailler aussi, nous on fait un patient à la
268 demi-heure, donc même si c'est quelqu'un qui vient et qui fait quasiment que des exercices, on est
269 quand même là aussi parce que justement, c'est important la parole, de discuter avec son patient, de
270 savoir comment il va, ça joue aussi de l'écouter. Je trouve qu'on a une bonne place pour écouter le
271 patient et pour l'aider aussi là-dessus. Enfin une bonne place, une place importante pardon. Parce que
272 dans le médical, on est ceux qui avons un peu plus de temps pour les écouter. C'est ce que je fais dans
273 ma pratique, après je sais que tous les kinés ne font pas comme ça. Je ne critique pas non plus les
274 autres façons de faire, mais c'est mon ressenti qui est comme ça, c'est comme ça que je travaille.

Enquêtrice : Hélène HERZOG

Enquêté(e) : E8

Transcriptrice : Hélène HERZOG

Date : 29 septembre 2020

Lieu : en visioconférence via ZOOM

Durée : 2h26min08s

Source du document : annexes de mémoire de fin d'études

Présentation sociale de l'interviewé : kinésithérapeute libéral

Contexte de l'entretien : dans le cadre d'un mémoire de fin d'études

Relation enquêteur-enquêté : ami

Contacts ayant permis d'obtenir cet entretien : messenger

1 **Q : Avant de commencer, est-ce que tu peux me donner des renseignements généraux (âge, où**
2 **est-ce que tu exerces actuellement, si tu as fait des rempla à plusieurs endroits, si tu as toujours**
3 **été au même endroit depuis que tu as commencé, ou pas, le type de patientèle que tu as**
4 **actuellement, si tu as déjà suivi des formations ou si tu en envisages, pour quelle raisons, etc :**
5 **présentation générale) ?**

6 E8 : J'ai vingt-trois ans, j'ai eu ma PACES heureusement du premier coup. Pour les rempla, j'en ai fait
7 plusieurs. J'ai commencé qu'en août parce que j'étais en vacances en Juillet. J'ai fait Saint Maurice sur
8 Moselle, vers Bussang dans les Vosges, c'est là où j'ai fait mon clinicat. Donc c'est bien, j'ai pu les
9 remplacer et en plus, ils ne trouvaient personne. Ensuite, j'ai fait Bulgnéville dans les Vosges aussi. J'ai
10 fait une semaine à Bulgnéville. Ensuite, j'ai pris une semaine de vacances pour fêter le diplôme (sourire).
11 Ensuite, j'ai fait deux semaines en Alsace à Weyersheim, c'est juste à côté de Strasbourg. Donc c'était
12 un peu le bordel parce qu'ils ne faisaient que des agendas papier. Là je suis à Contrex pour trois
13 semaines, donc il m'en reste deux. Après, je retourne à Bulgnéville parce qu'elle ne trouve pas de
14 remplaçant pour trois semaines aussi. Et après, je veux faire le tour de la France. Je vais faire le Jura,
15 la Haute Savoie, tout ça, je vais faire un peu plus loin. Au niveau de la patientèle, ça dépend des endroits
16 où j'ai été. En gros, c'est plus orienté traumato, beaucoup beaucoup, avec un nombre considérable
17 d'épaules, de tendinopathies de la coiffe, de ruptures de la coiffe, calcifiées ou pas d'ailleurs. C'est vrai,
18 c'est ce qu'il y a de plus, presque une personne sur deux que je vois, que ce soit à Bulgnéville, à saint
19 Maurice sur Moselle ou même maintenant, c'est presque que de l'épaule. Ensuite, qu'est-ce que j'ai ?
20 J'ai un peu de chevilles. Je dois avoir deux/trois chevilles, je dois avoir une ou deux personnes respi
21 mais il n'y a pas beaucoup, neuro c'est très peu, c'est un peu AVC, tout ça. Et le reste, c'est tout ce qui
22 est rhumato : spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde et pas mal aussi d'arthrose, arthrose
23 cervicale et puis lombaire. En plus largement, c'est l'épaule, souvent c'est la coiffe : tendinopathie,
24 rupture partielle, rupture totale, calcification, mais largement, quasiment une personne sur deux. Après
25 le reste, c'est divers et varié. Ça peut être le rachis, les cervicales avec de l'arthrose, ça peut être

26 névralgie d'Arnold donc la racine C2. Ça peut être des lombalgies chroniques, des lombalgies aiguës où
27 on ne sait pas trop. J'ai fait mon mémoire sur le massage dans la lombalgie, mais c'est compliqué la
28 lombalgie, de savoir exactement d'où ça vient. Donc globalement, c'est épaule ou rachis avec surtout
29 cervicales et lombaires et souvent c'est de l'arthrose. Et après, c'est plus global. En gros, c'est au moins
30 95% de traumatisme, presque les 5% restant c'est de la rhumato et après, respi-neuro, c'est extrêmement
31 rare. J'en avais reparlé avec Lucas tout ça, ils ont à peu près pareil. C'est quasiment que de la traumatisme.

32 **Q : Pour le parcours professionnel, tu envisages de faire des formations particulières, ou il y a**
33 **peut-être un domaine qui t'intéresse un petit peu plus, où tu aurais envie de développer un peu**
34 **tes connaissances, ou pas pour le moment ?**

35 E8 : Ouai ! Je veux faire beaucoup de formations. Je vais avoir un parcours assez atypique. En gros, les
36 formations que je voudrais faire, déjà, c'est sur l'épaule ; sur le massage parce que j'ai fait mon mémoire
37 dessus et que ça ne coûte pas très cher et que personne ne les fait donc personne ne peut profiter des
38 techniques qui sont délivrées par le massage et tout ce qui est médecine chinoise. Ça, je vais faire.
39 Après, surtout l'épaule, formation sur l'épaule, un peu ce qu'on voit à l'école mais je me suis renseigné,
40 j'ai déjà noté des trucs parce que ça coûte très cher. Et dans certaines formations que j'ai pu voir, parce
41 que j'ai des gens qui m'ont passé leurs disques durs pour voir les formations, et bah tu payes plus de
42 sept-cents euros et au final, tu n'apprends pas grand-chose. Tu perds presque 700 euros et ce n'est pas
43 remboursé. En gros, je vais faire pas mal de formations. Après, je vais choisir, je vais faire tout ce qui
44 est Trigger Point en premier. Le dry needling, je ne sais pas trop, parce qu'il n'y pas trop de gens qui
45 vont accepter de se prendre des aiguilles comme ça donc je ne sais pas trop ce que ça vaut, même si
46 tu as de très bons résultats au niveau des études. Et après, ça va vraiment être atypique parce que je
47 vais faire six/sept ans de remplacement, comme ça je vais pouvoir avoir mon diplôme d'ostéo. Et après,
48 j'en ai déjà discuté, j'ai déjà eu des contacts, j'aimerais aller travailler en Afrique. Je vais aller travailler
49 au Bénin, au Togo et au Sénégal et je vais aller m'installer là-haut parce que je pense que c'est les gens
50 qui en ont le plus besoin, ils sont là-haut. Donc je vais faire beaucoup de formations pour être « le
51 meilleur » et être rodé sur tout, et après, je vais pouvoir aller là-haut, j'ai déjà eu des contacts. En gros,
52 je vais faire quelques formations sur l'épaule et tout ce qui est traumatisme-rhumato, et surtout sur
53 l'appareillage parce que là-haut, t'as beaucoup besoin de l'appareillage, faut être pointilleux là-dessus.
54 Je veux vraiment faire remplaçant pendant six/sept ans, comme ça j'aurais mon diplôme d'ostéo à côté avec
55 des équivalences. Comme c'est des pays francophones, t'as pas besoin des équivalences particulières
56 au Bénin, au Togo ; contrairement à la Suisse où il faut que tu fasses des équivalences. Donc c'est plus
57 simple.

58 **Q : Deux mois de libéral en gros, sans compter les petits moments de pause pour fêter le diplôme**

59 E8 : ouais c'est ça (sourire)

60 **Q : Au cours de la dernière prise en charge que tu as eue, comment ça s'est déroulée pour la**
61 **première séance, la première fois que tu as vu le patient ?**

62 E8 : la toute dernière personne que j'ai eue ?

63 **Q : Ouais**

64 E8 : La toute dernière personne que j'ai eue aujourd'hui vers les environs de 8h, c'était pour une
65 tendinopathie de la coiffe calcifiante des deux côtés, avec un côté plus important. Il avait plusieurs trucs.
66 Il avait une tendinopathie calcifiante du supra-épineux, enthésopathie du subscap', et rupture partielle
67 de l'infra-épineux. A gauche et à droite, c'était à peu près pareil mais ça le gênait moins. Et comment ça
68 s'est passé ? En premier, je lui ai fait le bilan. J'ai pris les amplitudes, j'ai regardé un peu la force. Ça, je
69 l'ai plus fait dans les séances d'après parce qu'il avait mal donc ça ne servait à rien de forcer pour voir.
70 J'ai testé un peu tout ce qui était supra-épineux, la force qu'il avait, les amplitudes globalement, j'ai fait
71 la gonio. Et après, je lui ai demandé dans son parcours s'il avait déjà eu d'autres pathologies, ce qu'il
72 avait fait, voilà j'ai fait un peu une anamnèse assez globale. Après, j'ai regardé en fonctionnel ce qu'il
73 savait faire. Et après, pour la première séance, je n'ai pas voulu faire que du bilan parce que voilà. Après,
74 les mouvements, je ne pouvais pas tous les faire, je pouvais pas voir s'il y avait de décentrage antéro-
75 sup ou en spine, il avait trop mal. Il avait aussi de l'arthrose et vu qu'il avait de l'arthrose au niveau
76 acromio-claviculaire, donc j'ai pas trop travailler les articulations là, j'ai fait un truc global. J'ai fait
77 amplitude, un peu force en fonction de comment c'était, du fonctionnel et après, l'anamnèse pour voir si
78 je ne suspectais pas des choses particulières. Tu peux avoir des trucs vraiment particuliers, des scapula
79 alata, des choses comme ça donc ça, je vérifie toujours au cas où. Lui n'avait pas ça. Et après, j'ai fait
80 massage et j'ai fait un peu de mobilisations en gros, pour qu'à la première séance, tu n'aies pas que le
81 bilan. Les gens viennent parce qu'ils ont mal donc c'est bien que tu fasses un petit peu de traitement
82 dans ton bilan. Après, j'ai tout rentré sur le logiciel Vega parce que j'ai coté un bilan donc il faut quand
83 même le faire (sourire), un minimum. Tu rentres tout dans Vega et après, je complète en fonction de ce
84 que je fais. Et comme là, il a encore vraiment mal, je n'ai pas trop fait la force quoi. Il a vraiment mal,
85 c'est calcifié, c'est encore plus douloureux, je crois qu'il avait en plus des signes de bursite, c'est presque
86 ce qui fait le plus mal au niveau de l'épaule. Donc je ne vais pas m'amuser à tester vraiment en force.
87 C'est plus du massage, je mobilise et je lui donne des exos pour faire un peu de passif chez lui, voilà, je
88 lui donne des conseils et ça suffit largement. Après, ça fait de trop.

89 **Q : Justement, pour ce patient-là, quel est ton avis de l'intérêt d'avoir proposé le bilan lors de sa**
90 **prise en charge.**

91 E8 : Il y a un terrain assez multiple parce que le bilan. Le bilan permet déjà toi de savoir ce que tu vas
92 faire (se touche le menton). Je ne sais pas, j'ai déjà eu des personnes qui avaient une tendinopathie
93 calcifiante et ils avaient quasiment plus mal et ça ne gênait plus. Lui, c'était vraiment hyperalgique. Donc

déjà, le bilan va t'orienter dans ce que tu vas faire parce que sinon, tu masses rapidement et tu ne sais pas trop où tu vas. Ça, c'est le premier point positif. Le deuxième point positif, c'est par rapport au patient. Il se dit qu'il est quand même qu'il est tombé chez quelqu'un qui essaie d'être professionnel et qui essaie de faire son boulot correctement. T'as des mesures et de temps en temps, je lui demande s'il veut revoir les mesures pour voir si on a évolué ou pas quoi. Tu as le professionnalisme, le fait que tu sais où tu vas, c'est déjà deux points essentiels. Ensuite, t'as aussi le point psychologique, le point de vue du patient. Ils sont un peu mieux pris en charge, ils se disent qu'ils peuvent voir leur progression. Alors que si tu dis « alors oui, là je pense que c'est moins tendu », le patient n'a pas de données chiffrées, il ne sait pas trop si tu mamailles un peu ou si ce que tu racontes, c'est vrai. Y a le fait que tu puisses savoir également si tu progresses de ton côté. En gris, ça va être un point de repère pour le patient et pour toi. Donc parfois, ça peut être intéressant pour voir si tu dois faire deux séances dans la semaine, plus ou moins. Ça peut te permettre d'être bon aussi là-dedans je pense. Après voilà, c'est tout ce qui touche au professionnalisme. T'as déjà l'aspect psychologique pour toi parce que tu as fait ce que tu devais faire et pour le patient, parce que lui, il sent qu'il est vraiment pris en charge, que si ça n'évolue pas, tu vas adapter ta prise en charge et que si ça évolue bien, t'as des données chiffrées. Ce n'est pas du « à peu près », c'est que ça évolue vraiment. Après, sur le moment, je n'en trouve pas d'autres mais je pense que c'est multiple. T'as tout l'aspect pour le patient, tout l'aspect pour le praticien et tout l'aspect pour la profession. Si t'as quasiment tous les kinés qui font ça, qui vont coter leur bilan et s'ils font un bilan sérieux à chaque fois, peut être que ça va revaloriser la profession, même si je trouve qu'elle est déjà bien valorisée, mais au moins montrer que les masseurs-kinésithérapeutes sont bons dans leurs bilans et que le BDK, ce n'est pas juste les fameuses trois lettres qu'on dit et qu'on apprend à l'école, c'est vraiment quelque chose d'important. Pour résumer et pour pas faire trop long, je dirais que c'est ça : le psychologique à la fois pour le kiné et pour le patient, et c'est la notion d'évolution pour le kiné et pour le patient. Et après, tu modifies en fonction des résultats. Si t'as trop forcé, par exemple une fois, il m'a dit qu'il avait eu mal, je ne sais pas si c'est à cause de la séance ou s'il était trop inflammatoire, j'ai rediminué et on verra la prochaine fois. Et il y a des fois où il m'a dit qu'il n'avait rien alors que j'avais l'impression d'avoir fait beaucoup, d'avoir beaucoup mobilisé. Donc le bilan, c'est super important. Mais si tu fais dans ta première séance que du bilan, le patient va quand même être un peu déçu. Il a quand même mal, il vient, tu lui fais les mesures donc ça va lui faire mal et il repart, il a encore plus mal, donc il se dit (sourire) que ça ne lui plaît pas de trop. Au moins la moitié du temps, tu fais le bilan + rentrer le dossier, ça, ça prend du temps, et après, un peu de traitement quand même. Tu lui expliques que le bilan, ça ne sera pas à toutes les séances et que c'est particulier.

Q : T'as parlé de l'aspect psychologique, tant pour le kiné que pour le patient, comment tu intègres justement cette notion psychosociale dans l'interrogatoire au départ ou dans ton bilan ?

E8 : Comment je le fais transparaître ?

131 E8 : (se touche le menton, réflexion) Umh ... Après, c'est toujours des choses assez délicates sur ce
132 point, parce que tu ne peux pas le montrer comme ça. Par exemple, quand t'entends les patients qui
133 disent que parfois, les médecins disent que c'est dans leur tête, que le problème est psychologique, ça
134 ... (cherche ses mots). La psychologie, ce n'est pas assez vieux pour qu'on en parle vraiment de manière
135 ouverte, y a toujours, même sur plusieurs sujets, massage y compris, y a toujours des à priori. Le fait de
136 l'aborder un peu frontalement, ce que je ne fais pas, je pense que ça ne marche pas spécialement. Je
137 l'aborde en fait de manière indirecte. Le patient ne s'en rend pas compte tout de suite en gros. Je ne
138 l'aborde pas cartes sur table, ça se fait tout seul, c'est implicite. C'est dans l'anamnèse, je lui ai demandé
139 s'il avait déjà eu d'autres pathologies, combien de temps ça a pris, s'il a bien été pris en charge par les
140 kinés avant, savoir s'il a déjà des à priori sur ce qui a été fait. Savoir combien de fois il a vu un kiné, s'il
141 trouvait qu'il était bien pris en charge avant avec l'autre kiné. En gros, tu vois un petit peu comment c'est.
142 Si tu vois une personne qui a déjà été mal prise en charge avant ou s'il s'est senti mal pris en charge
143 avant, avec d'autres kinés ou d'autres thérapeutes, et que tu sens que la personne est un peu réticente,
144 tu vas pas t'orienter directement sur ça mais tu vas essayer dans les séances que tu vas avoir de parler
145 plus, de faire peut être un petit plus de massage, pour pouvoir discuter avec et voir si toi, en tant que
146 thérapeute, tu peux régler le problème ou pas. C'est toujours implicite. Je trouve ça drôle ceux qui
147 mettent des questionnaires. Le patient, il s'en rend compte, et au lieu de lui dire directement ou de lui
148 faire comprendre, je trouve que c'est un peu malaisant de faire tous les questionnaires qui existent, HAD,
149 tout ça, tous les trucs d'anxiété. Après, c'est validé, c'est recommandé, mais je trouve que ça ne se fait
150 pas. Vaut mieux essayer de voir comme la personne se sent, essayer d'avoir une bonne relation avec
151 déjà, donc ça c'est hyper important au niveau du savoir-être. Et quand on sent qu'on peut un peu blaguer
152 avec et que la personne nous raconte quand même des choses intéressantes et importantes : j'avais eu
153 un cas comme ça. Il y avait une personne que je voyais pour une épaule, un cas assez normal,
154 tendinopathie de la coiffe. Et elle, elle avait eu des problèmes avec ses parents, son père qui la battait,
155 elle s'occupait de ses frères et sœurs toute seule. Et le fait d'en parler une fois comme ça, alors que je
156 ne la connaissais pas beaucoup puisque je remplace à chaque fois donc je ne les vois pas beaucoup
157 les gens, c'est l'inconvénient du remplacement, et bah, ça lui a fait du bien. La séance d'après, je n'avais
158 rien fait de transcendant mais elle avait moins mal, comme si elle avait largué d'un poids. C'est délicat,
159 je pense que chacun a sa manière. Soit tu vas avoir des gens qui vont être un petit peu rentre-dedans
160 mais ils sont comme ça, c'est dans leur nature, et là, les patients ils vont bien aimer parce que ça va
161 montrer quelqu'un d'honnête et d'intègre dans ce qu'il doit ; soit tu vas avoir une personne comme moi,
162 c'est pas que j'aime pas être direct, mais qui va essayer d'avoir tendance à avoir une bonne relation
163 avec la personne pour être sûr de pouvoir lui dire. C'est compliqué de lui dire parce que t'es jamais sûr
164 à 100% que le problème vient de là. C'est mon avis, je n'ai pas la vérité absolue mais moi, je ferai comme
165 ça, plutôt de manière implicite. Donc je verrai anamnèse, interrogatoire, un peu comment c'est,
166 indirectement, savoir si la personne a déjà bien été prise en charge, si elle a eu beaucoup de prises en
167 charge, pour quelle(s) raison(s) elle a eu ses prises en charge, si elle s'entend bien avec son médecin,

des choses comme ça. C'est des choses qui ne sont pas trop grillées d'avance non plus, mais ça donne beaucoup d'infos de manière indirecte. Et la personne, elle ne va pas s'en rendre compte donc elle va le dire de manière plus cool on va dire. Elle va dire plus de choses indirectement sans se rendre compte que tu veux l'interroger sur ce domaine précis. Et je trouve que c'est plus intéressant parce que la personne, elle se livre plus, et elle a pas l'impression que tu t'es moqué d'elle ou que tu t'es joué d'elle en fait. Elle se livre parce qu'elle a envie de se livrer. Cette manière implicite, je trouve que c'est assez efficace et en plus, après, tu peux y revenir et ça n'a pas dérangé la personne parce que tout ce que tu sais, c'est ce que la personne t'aura dit. Après tu vois si la personne est plus ou moins chatouilleuse, gênée sur le sujet. Si tu vois que c'est gênant, tu ne t'appesantis pas dessus et tu passes à autre chose. T'essaies de voir d'autres séances si tu peux mais c'est vrai que la question n'est pas facile, je ne sais pas si j'ai répondu mais ce n'est pas facile de répondre à la question-là. Donc soit c'est direct, soit si la personne elle hésite un peu entre les deux, ça va faire un peu hypocrisie. Soit la personne pense que tout est dans la tête de la personne, soit elle ne sait pas trop et elle va dire quand même des choses pour faire croire qu'elle est intelligente et qu'elle a compris des choses alors qu'au final alors que c'est pas vrai. Donc pour moi, soit t'as la méthode un peu directe mais le patient, il sait que tu es direct de base ; soit t'essaies de faire les choses de manière implicite, comme ce que je fais. Après, peut-être qu'y a d'autres façons. Moi je vois les deux-là qui me semblent intéressantes.

Q : C'est des questions que tu poses de manière systématique à l'interrogatoire, le fait qu'il y ait eu un relationnel avec des précédents kinés ou ce genre de choses, tu poses régulièrement ces questions-là à l'interrogatoire ou pas ?

E8 : Ça dépend. Moi je pense que si y a un truc que j'ai retenu dans le mémoire ou dans la kiné, c'est qu'il ne faut jamais faire de trucs systématiques. C'est pour ça que j'ai un peu horreur des appli de bilan, où ils te disent « il faut faire ça, ça, ça et ça », où t'as l'impression d'avoir un truc carré et tout ça, alors qu'au final, tu passes peut être à côté de l'élément essentiel dont tu aurais besoin directement. Donc ça, je ne le demande pas tout le temps. Il y a des gens, tu vois tout de suite. Je ne sais pas, par exemple, c'est la première fois qu'un patient vient chez le kiné, bah là, je ne m'appesantis pas dessus. Ou souvent, les gens, quand ils vont avoir un problème avec leur médecin, on leur demande s'ils prennent des médicaments, si ça ne les dérange pas et là, ils vont nous dire d'eux-mêmes « ah mon médecin, il fait n'importe quoi » et ça va venir tout seul. Ça dépend aussi de la personne que tu as en face. Par exemple, l'avant-dernière personne que j'ai eue aujourd'hui, elle était venue pour une entorse de cheville avec fracture de la malléole externe. Et elle, c'était la première fois qu'elle avait de la kiné et elle ne voyait quasiment jamais son médecin. Donc la personne là, je vais prendre mon temps à lui poser les questions-là. Je vais préférer lui demander ce qu'il fait comme métier, depuis combien de temps on lui a enlevé sa résine, qu'est-ce que le chirurgien a fait, est-ce que le médecin s'est plus penché sur la radio ou sur l'écho pour savoir s'il y avait une potentielle pseudarthrose, tout ça, je vais être plus là-dessus. Alors qu'une personne qui vient par exemple pour une fibromyalgie, et qui a été découverte il y a peu de temps par le rhumatologue, dans ce cas, je vais lui poser plus de questions dans ce sens-là, même si la

205 fibromyalgie, on n'y comprend encore pas grand-chose. Mais par exemple, il y avait une autre personne,
206 on pensait qu'elle avait une fibromyalgie aussi, j'ai fait les tests, j'ai fait les tender spot, je lui ai posé des
207 questions sur le sommeil, tout ça, et elle avait aucun critère positif pour la fibromyalgie. Donc dans cet
208 exemple, je lui ai demandé par rapport à son rhumatologue, si elle jugeait qu'il était compétent, par
209 rapport à son médecin, ce qu'elle en pensait également, et ce que l'autre kiné lui avait dit aussi quoi.
210 Tout le monde n'a pas la même formation, ça dépend de la pathologie. Après, tu ne peux pas toujours
211 systématiser. Par exemple, la personne-là, c'était marqué « fibromyalgie » sur son ordonnance ... après,
212 je ne suis pas médecin mais je suis quasiment sûr avec les tests que j'ai faites, les recherches que j'ai
213 fait après encore le soir pour voir, c'est quasiment sûr qu'elle a pas ça. Donc au final, elle, (grimace) est-
214 ce que c'est toujours utile d'orienter vers des questions comme ça, pas forcément. Ce n'est pas parce
215 que tu as une fibromyalgie que tu vas toujours t'orienter vers le psychologique et ce n'est pas parce que
216 t'as quelqu'un qui a juste une entorse de cheville que tu ne vas pas t'orienter vers le psychologique.
217 Parce que l'entorse de cheville, tu as énormément de SDRC, donc c'est hyper important à savoir. Pareil
218 pour l'épaule, c'est super fragile. (Grimace) Mais je ne demande pas à chaque personne que je vois, ou
219 qui a une tendinopathie de la coiffe ou qui a une calcification ou une bursite, si elle s'entend bien avec
220 son médecin ou autre. Ça dépend de comment tu vois les gens. Ce qui est important, c'est que des fois,
221 tu as des études sur les piliers des gens au niveau psychologique. T'as pilier un, pilier deux, pilier trois,
222 et en fonction de la personnalité des gens, tu vas pouvoir te permettre de poser certaines questions ou
223 pas. Y a des études qui ont été faites dessus et c'était intéressant. En gros, c'est ça qui est compliqué,
224 t'as des gens qui vont te paraître ultra dépressifs et au final, ils ont rien de particulier, tout va bien et ils
225 vont se faire un sang d'encre pour pas grand-chose, c'est un peu des hypochondriaques ; et t'as des
226 gens hyper bien dans leur peau, qui ont fait plein de choses, ils sont hyper contents d'eux et au final, tu
227 te rends compte que c'est eux qui ont le plus morflé et qui sont vraiment pas bien. C'est ça le truc, il ne
228 faut pas systématiser mais ce n'est pas parce que t'as quelqu'un qui arrive avec un grand sourire, qui
229 fait tout ce que tu lui demandes, qui est hyper content, qu'il ne va pas falloir s'orienter sur ces questions-
230 là. Et que ce n'est pas parce que tu as quelqu'un qui paraît dépressif, qui a l'air un peu paumé, tout ça,
231 qu'il faut forcément lui poser des questions. C'est ça la difficulté du métier, et la qualité d'un bon
232 kinésithérapeute je pense, c'est de ne pas systématiser. Pour moi, c'est une erreur. C'est pour ça que
233 je fais du remplacement aussi, parce qu'après, tu as tendance à avoir ton petit plan et à chaque fois à
234 suivre, et à chaque fois que tu vas avoir des patients qui ne correspondent pas aux cases que tu t'es
235 fixées, soit tu vas te dire c'est des patients qui ont des problèmes mentaux ou qui sont à part, soit tu vas
236 te dire qu'ils ont mal réagi mais que ton plan, il est bon quand même. Tu ne remettras jamais en question
237 ton plan si tu systématise tout le temps. C'est ça le petit piège. Il faut l'apporter de manière implicite et
238 pas avec tout le monde. C'est pour ça que je trouve que ton sujet de mémoire est intéressant parce que
239 t'as au moins deux difficultés : comment je l'amène et pour qui je l'amène, et (grimace), est-ce que ça
240 va être bien reçu ou pas par la personne. En tant que remplaçant, il faut aussi que tu ne mettes pas en
241 péril tout ce que la personne a fait avant même si tu es indépendant dans ce que tu fais. Moi je dis
242 toujours que je fais différemment mais que ce n'est pas mieux que ce qu'a fait la personne avant. Donc
243 ça, c'est encore plus compliqué en tant que remplaçant d'avoir cet aspect-là parce que t'es pas là

244 longtemps et tu bouleverses un peu tout ce qui a été fait avant. Donc c'est encore plus compliqué quand
245 tu es remplaçant.

246 **Q : Est-ce que tu as déjà rencontré une situation particulière qui te vient en tête, sur un patient**
247 **qui a été particulièrement anxieux et que tu as du prendre en charge ?**

248 E8 : ça, y a dû en avoir plusieurs. Y en a eu une mais c'était vraiment particulier. Elle a une histoire
249 assez longue, mais je vais la résumer rapidement. En gros, c'était une personne qui s'était fait opérer
250 pour une appendicite je crois, qu'elle n'avait pas d'ailleurs. Elle a fait une péritonite qui s'est généralisé.
251 Ils l'ont opérée, je crois que c'était à Brabois, ils ont dû l'opérer quatre ou cinq fois, ça n'a pas marché.
252 Ça s'est réinfecté. Elle a re-eu des problèmes urinaires après donc c'était un truc absolument
253 scandaleux. Là, elle était en procès contre eux parce qu'elle ne peut plus marcher, elle ne peut plus
254 travailler, elle ne peut plus rien faire. La cicatrice, elle est énorme, ça lui fait mal tout le temps, elle ne
255 peut quasiment plus rien faire. Marcher, elle en peut plus, elle n'arrive plus bien à dormir. Enfin, c'est un
256 véritable scandale, c'est vraiment ... (grimace). Bah, elle ne supporte plus rien. C'est une personne que
257 j'ai vu à Bugnéville quand j'étais là qu'une semaine en plus. Elle, ça a été un peu particulier. Je faisais
258 massage abdominal. Après, il fallait aussi mettre de la presso, tout ça, mais c'était plus du relationnel
259 que j'essayais de faire. Parce qu'après, les cicatrices étaient quand même belles, je ne pouvais pas faire
260 grand-chose. Je n'ai pas de formation particulière en viscéral, j'ai lu des choses dessus mais voilà, elle
261 aurait réagi mal parce que c'est tellement fragile que tu ne peux pas faire grand-chose. Et au final, c'est
262 beaucoup plus du relationnel. Donc c'est hyper compliqué parce que tu veux aider la personne. Faut
263 quand même que la personne te parle et te dise où est le problème. Moi je prends qu'un patient par
264 demi-heure, c'est pour ça que je finis des fois tard, parce qu'il y a des gens qui en prennent plusieurs en
265 même temps, moi j'ai dit nan, j'en prends qu'un seul par demi-heure, comme ça, ça me laisse le temps
266 de faire. Et en gros là, une demi-heure, presque pour tout le monde, mais là, ça me paraissait court.
267 Parce que la personne, il faut qu'elle puisse te dire ce qu'elle pense, ce qu'elle ressent. Elle m'avait
268 montré les photos et tout. Toi, tu essayes de reconforter quand même mais ça peut être maladroit. Parce
269 qu'on a toutes les phrases « ça aurait pu être pire », « vous vous en sortez quand même bien parce qu'il
270 y a des gens qui ne marchent plus, qui sont dans leur lit », tout ça. Ça, c'est un peu les arguments qu'on
271 utilise tous. Et ça ne marche pas forcément bien. Donc essayez de vraiment apporter quelque chose,
272 parce qu'on n'est pas psy d'ailleurs donc c'est un peu normal, mais essayez d'apporter vraiment quelque
273 chose de nouveau. Je lis pas mal de philo, tout ça, donc j'essaie d'avoir des stratagèmes un peu
274 différents. Mais c'est extrêmement compliqué de faire autre chose que d'acquiescer par rapport à ce
275 que la personne dit. La personne, elle a beaucoup de choses à dire. Umh Elle ne voit quasiment
276 personne donc on est quasiment les seuls intermédiaires. Son médecin, elle doit le voir cinq/dix minutes
277 même pas, et c'est fini. Il renouvelle ce qu'elle a à prendre. Elle a un régime très particulier à prendre,
278 donc la diététicienne la voit aussi cinq/dix minutes aussi et c'est réglé. Donc forcément, c'est hyper
279 compliqué parce que tu ne peux pas être juste là à acquiescer et dire « oui » à tout ce qu'elle va te dire.
280 Et tu ne peux pas essayer non plus de trop nuancer les choses parce que sinon, elle va le prendre

281 comme une atteinte. Moi, j'ai dû la voir deux ou trois fois, trois fois par semaine, c'était un remplacement.
282 Et moi, je n'essaie pas forcément de me mettre les gens dans la poche, j'essaie de faire ma personnalité
283 et d'apporter le meilleur par rapport à ce que je pense. Et forcément, là, c'est un peu délicat parce que
284 tu ne peux pas acquiescer à tout ce que la personne va te dire mais tu ne peux pas t'y opposer totalement
285 même si tu n'es pas du tout d'accord avec elle. Après, il y a des types de langage que tu peux utiliser.
286 Moi souvent, j'aime bien utiliser des citations. Je lis beaucoup et parfois j'ai des citations, et je trouve
287 que ça sonne mieux que des phrases lancées comme ça au hasard (se touche le menton). C'est assez
288 complexe parce qu'il faut que la personne puisse accepter. Faut qu'elle puisse accepter sa pathologie
289 et accepter le fait que tu peux ne pas être d'accord avec elle, et que sa vision des choses, bien que tu
290 ne sois pas à sa place, même si on essaie d'être empathique, on n'est pas à sa place, que sa vision des
291 choses est peut-être à nuancer aussi. Voilà, qu'elle a tendance peut être à voir tout noir alors qu'en fait,
292 y a quand même un peu de blanc, voir même beaucoup plus de blanc que ce qu'elle pense en fait. Et
293 ça, c'est difficile à amener parce que ça crée une opposition. Le problème, c'est que si tu ne crées pas
294 un peu cette opposition indirectement, tu vas acquiescer à tout ce qu'elle va te dire alors qu'un final, elle
295 est venue, elle est repartie avec son idée fixe, un peu comme la systématisation. Elle a son idée fixe et
296 il n'y a rien qui a changé le début et la fin de ta prise en charge. Alors que si tu crées une opposition,
297 après le mot « opposition », ce n'est peut-être pas le bon mot, mais si tu crées une nuance, un ton dans
298 ta façon de se comporter, là, elle va y réfléchir. Moi je sais que je lui avais dit des choses, pas assez
299 particulières mais qu'on va dire qui n'allaient pas toujours dans son sens, et elle m'a dit qu'elle avait eu
300 du temps, qu'elle avait pu y réfléchir chez elle, et que ça lui avait fait du bien de voir qu'en fait, il y a pas
301 mal de choses qui sont intéressantes. Parfois, elle me disait qu'elle ne pouvait plus manger certains
302 aliments et je lui disais (sourire) « Mais vous avez vu les reportages dessus, ce qu'ils mettent dedans,
303 c'est quand même bien de ne plus pouvoir manger ça ». Je lui disais que moi, je mangeais ça, mais que
304 c'est un peu dégueulasse comme truc (sourire). Donc c'est difficile de s'en passer, je lui disais que ça
305 lui faisait une drogue en moins ou des trucs comme ça. Faut le prendre sur le ton de l'humour et à la
306 fois, c'est sérieux en même temps. C'est un peu comme avec le bilan et l'implicite. C'est toujours pareil,
307 c'est savoir si la personne va plutôt tolérer l'humour, ou s'il faut plutôt être franc et direct avec la
308 personne. Même si on connaît un peu l'histoire, même si on connaît un peu la personne, c'est compliqué
309 parce que ça m'est déjà arrivé et ça ne fait pas longtemps que je remplace, d'essayer de faire de
310 l'humour et d'être sérieux avec quelqu'un et il l'a mal pris directement. Après, ça fait un peu un blanc et
311 c'est compliqué, et quand tu ne restes pas longtemps, tu n'as pas dix milles occasions de rattraper non
312 plus. Donc c'est ça en gros, créer une nuance dans la vision des gens. Ce n'est pas forcément leur
313 changer leur vision comme ça, c'est essayer de comprendre que leur vision des choses n'est peut-être
314 pas la meilleure ou peut-être pas la bonne, voilà. Et ne pas essayer d'être toujours dans la validation de
315 ce que fait la personne. Au début, on peut être un peu dans la validation si on ne connaît pas trop
316 l'histoire, tout ça, et forcément, j'étais d'accord avec elle quand elle disait que c'était n'importe quoi
317 d'avoir fait quatre/cinq opérations, et que c'est toujours la même personne qui a fait les opérations. Ça,
318 on peut qu'être d'accord mais il y a des choses à nuancer je pense. Et ça, c'est hyper important parce
319 que ce n'est pas facile à faire mais c'est efficace quand c'est bien fait. Je ne prétends l'avoir bien fait

320 mais c'est ça le problème. C'est efficace quand c'est bien fait mais comme nous, on n'est pas trop formé
321 là-dessus donc on ne sait pas trop comment bien le faire. Donc on va choisir la facilité et on va choisir
322 d'acquiescer en fait. Donc c'est un peu les travers de ces problèmes-là. En résumé (rigole).

323 **Q : Tu m'avais donné plusieurs exemples, il n'y a pas que l'exemple là, mais est-ce qu'il y a des**
324 **éléments que tu remarques en particulier qui peuvent te mettre sur la voie que le patient que tu**
325 **as en face de toi est un patient anxieux ou qu'il y a peut-être ce genre de problème psychosocial,**
326 **et qu'il faut justement prendre des pincettes ? Quels sont les facteurs que tu arrives à déceler**
327 **chez une personne anxieuse ?**

328 E8 : tu vas en avoir plusieurs. C'est bête, mais quand t'as un patient qui chute, on dit que c'est bête mais
329 pour les facteurs, c'est exactement la même chose. La personne anxieuse, c'est la personne qui va
330 poser beaucoup de questions. C'est la personne qui va dire « combien de temps ça dure ? », « ah là,
331 vous m'aviez dit que ça consolidait au bout de trois mois, j'ai encore mal, ça marche pas, est-ce que j'ai
332 une pseudarthrose ? ». C'est des gens qui font des recherches souvent. « J'ai vu qu'une pseudarthrose,
333 c'était au bout de 6 mois, je me pose des questions, parce qu'on peut avoir des retards de consolidation,
334 c'est trois mois ». C'est des gens qui sont hyper blindés sur le sujet. Ils vont être hyper anxieux donc ils
335 vont poser plein de questions. Ce n'est pas des gens narcissiques ou autre, mais c'est souvent des gens
336 qui connaissent bien leur sujet et c'est des gens qui sont tellement anxieux qu'ils ont fait plein de
337 recherches sur Google tout ça, qu'ils ont regardé. Parfois, c'est impressionnant, ils ont même croisé les
338 sources et tout, ils savent te dire la différence entre le retard de consolidation et la pseudarthrose alors
339 que normalement, c'est ce qu'on voit à l'IFMK. T'as besoin d'une formation médicale pour savoir tout ça.
340 Globalement, c'est toujours pareil, on ne peut pas faire de catégorie, mais en gros, il y a des choses
341 qu'on repère. Pour moi, ce sont des gens qui posent beaucoup de questions. C'est des gens qui sont
342 pointilleux sur le sujet. C'est des gens qui ont pu voir plusieurs professionnels de santé, ça m'est déjà
343 arrivé, une personne qui est prise en charge et que me dit qu'elle va voir son autre kiné après alors que
344 la personne ne nécessite pas d'être prise en charge 5 fois par semaine. En respi, il y a des gens, t'as
345 besoin d'avoir deux kinés différents parce que tu ne peux pas la voir 5 fois par semaine. Donc t'as des
346 gens qui voient plusieurs thérapeutes. Le fait que la personne ait pu changer plusieurs fois de médecins
347 ou de thérapeutes, ou qu'elle se plaigne de différents thérapeutes parce que ça n'a pas été efficace ou
348 autre. Ça, c'est important. Après, y a un facteur extrêmement important, que je pense qu'on ne met pas
349 suffisamment en avant, c'est tout ce qui est en rapport avec la respiration. Moi, quand je m'occupe du
350 rachis, que ce soit les cervicales, les lombaires ou autre, je regarde à chaque fois comment la personne,
351 elle respire. Souvent, par exemple en lombaire quand tu veux étirer un piriforme ou des choses comme
352 ça, quand tu veux étirer des ischio-jambiers, ou au niveau cervical quand tu veux faire des tractions, des
353 pompages, des choses comme ça, c'est toujours sur le dos. En tout cas, moi je le bosse sur le dos. Et
354 à chaque fois, un des premiers trucs que je regarde, c'est la respiration. Est-ce que la personne a une
355 respiration abdomino-diaphragmatique, ou est-ce que la personne a une respiration costale haute ou
356 basse ? Si la personne a déjà une respiration costale haute ou basse, je vais lui demander dans mes

357 techniques d'inspirer au maximum et d'expirer. Et là, je regarde comment c'est pour voir si c'est juste
358 une attitude ou si c'est vraiment la personne qui ne respire qu'avec les côtes. Et ça, tu vois déjà un peu
359 comment c'est. Généralement, les gens qui ont une respiration abdomino-diaphragmatique, soit c'est
360 des gens qui ne sont pas très anxieux, soit c'est des gens qui font souvent du Pilate, du Yoga, c'est des
361 gens qui ont appris à bien respirer ou qui ont déjà eu de la kiné avant mais ça tu le sais puisque tu l'as
362 demandé avant. Et si tu ne le sais pas, tu demandes si on lui a déjà dit si elle respirait bien ou pas.
363 Après, quand tu connais un petit peu mieux la personne, tu peux demander s'il n'y a pas eu des troubles
364 vésico-sphinctérien. Mais ça, il faut connaître un peu plus la personne, c'est plus délicat je trouve. Par
365 exemple, il y a une personne qui venait pour une lombalgie il n'y a pas si longtemps que ça. Et en fait,
366 au niveau des métamères, ça ressemblait un peu à la projection de la vessie, tout ça. Et en fait, je me
367 suis rendu compte qu'elle avait eu un prolapsus il n'y a pas longtemps. Je lui ai conseillé de faire de la
368 rééducation pelvi-périnéale, juste parce que j'ai vu la respiration qui se faisait mal, et apparemment, elle
369 est en train d'en faire et ça va mieux, elle n'a plus mal au dos. Donc ça, la respiration, c'est hyper
370 important que ce soit pour les lombalgies ou tout. Les cervicalgies, c'est pareil parce que tu vas avoir
371 des tensions dans les SCOM, tension dans les scalènes, et ça, c'est hyper important. Quelqu'un qui va
372 avoir une respiration plutôt costale, c'est quelqu'un qui est plutôt stressée. C'est quelqu'un qui va être
373 un peu speed, qui va être stressé. Ces gens-là, j'aime bien, même si c'est une cervicalgie ou autre, faire
374 des exos respiratoires. Donc ça, la respiration, c'est hyper important. T'as aussi le point que je viens
375 d'évoquer, c'est les gens qui sont speed. Les gens qui sont stressés, c'est souvent des gens qui sont
376 speed où tout doit être fait nickel, correctement, et ça, ça se repère assez vite. Après, ça ne veut pas
377 dire que t'as pas des personnes qui sont un peu plus cool, relâchées qui ne sont pas stressées pour
378 autant. Des fois, moi je les appelle les « faux cool », les « faux relâché », parce qu'au final ils sont hyper
379 stressés mais ils veulent juste donner le style d'être relâché, d'être bien alors qu'en fait, ils sont hyper
380 stressés. Mais ça, ça se voit souvent parce qu'ils ont une respiration costale haute. T'as aussi, et ça se
381 voit encore plus avec le COVID-19, t'as aussi ceux qui vont te demander si tu as bien changé l'alaise, si
382 les oreillers que tu prends, tu as pchité dessus, t'as désinfecté, ça c'est des signes aussi. Ils sont un peu
383 hypochondriaques, ça j'ai déjà eu. Il y a en a plein des signes, mais en gros, c'est voir si la personne est
384 speed, la respiration, voir si la personne elle est calée sur son sujet, voir si la personne elle pose
385 beaucoup de questions, elle veut toujours savoir où elle en est, elle te demande toujours des
386 progressions. C'est pour ça que les gens là, c'est extrêmement bien de faire des bilans. C'est bien et
387 pas bien parce qu'ils vont te demander tout le temps de refaire des mesures pour voir s'ils ont progressé
388 ou pas parce qu'ils ont vraiment l'impression que dans leur tête, ça ne bouge pas. C'est des gens qui
389 vont être calés sur leur sujet, des gens qui vont toujours vouloir voir comment ils ont progressé. C'est
390 plutôt des gens speed, et c'est plutôt des gens qui ont une respiration costale haute. Après, ça dépend,
391 mais ça peut être aussi des gens qui ont un peu des maux de crâne, des choses comme ça. Ils font un
392 peu style névralgie d'Arnold mais où tu as des sous-occipitaux qui sont détendus. Ça peut être aussi ça,
393 c'est plus rare mais les gens qui ont un peu des névralgies d'Arnold, qui ont un peu des migraines tout
394 le temps, tu ne sais pas trop ce que c'est, ce n'est pas des migraines ophtalmiques, ce n'est pas des
395 migraines dues aux hormones, ça n'a pas l'air d'être une névralgie d'Arnold, c'est un peu confus, on ne

396 sait pas trop ce que c'est, c'est possible aussi. Pareil, ça joue aussi beaucoup au niveau du visage.
397 Quand je m'occupe des cervicales ou autre, je regarde toujours le visage. C'est avoir des tensions au
398 niveau des masséters, tout ça, au niveau des ATM. Après, ce n'est pas toujours présent, c'est comme
399 tous les signes mais des gens qui vont avoir des masséters tendus, qui vont avoir des souffrances au
400 niveau des ATM, tout ça, ça va aller un peu avec les gens qui sont speed. Ça va être des gens qui sont
401 speed, qui font toujours plein de choses, qui n'ont pas le temps de se reposer. Voilà, souvent, tu vas
402 avoir des souffrances au niveau des ATM, les points au niveau des yeux qui fait penser à la névralgie
403 d'Arnold au niveau des orbiculaires des yeux. Ça, c'est important je pense, t'as tout ce qui est points de
404 tension. T'as le fait de respirer en haut, le fait que la personne soit calée sur son sujet, le fait qu'elle pose
405 beaucoup de questions. C'est les trucs principaux. Après, c'est plus quand tu vas dans l'anamnèse et
406 plus en fonction de savoir si la personne a eu plusieurs thérapeutes ou pas, et si elle s'est sentie avancer
407 ou pas. C'est en gros les signes principaux mais si je me retrouvais devant une personne anxieuse, je
408 me ferais ces points là en gros. Et je me dirais que si t'en as 2-3 qui sont présents, c'est que tu as de
409 fortes chances. Même si pour moi, le plus important quand la personne est anxieuse, c'est la personne
410 qui est calée sur son sujet, la personne speed, et la personne qui pose beaucoup de questions, qui est
411 un peu hypochondriaque. Après, le fait d'avoir mal aux ATM, de respirer en haut, ce n'est pas toujours
412 significatif, c'est un plus. Mais comme dans l'anamnèse, je le regarde automatiquement, ça se fait tout
413 seul, c'est un plus. Mais ce n'est pas les éléments essentiels quoi. Mais souvent, les gens qui ont une
414 respiration costale haute, c'est des gens qui sont (grimace) stressés, qui ont de l'anxiété. Ils n'arrivent
415 pas à respirer parce qu'il faut que ça aille vite. Voilà, speed et respiration costale haute, ça va souvent
416 ensemble. Mais ce n'est pas toujours le cas.

417 **Q : Justement, tous ces facteurs que tu essaies de repérer chez tes patients, c'est un moyen pour**
418 **toi d'évaluer toi-même si tu as une personne très très anxieuse, un petit peu anxieux,**
419 **moyennement ou pas du tout, en fonction du nombre de facteurs que tu as en face de toi, ou est-**
420 **ce que tu le fais de manière subjective ? Quelle est ton approche pour évaluer le taux d'anxiété**
421 **chez ces patients-là ?**

422 E8 : En gros, c'est par rapport à ces facteurs-là. Après, là, je t'en ai donné trois sur cinq, ce n'est pas la
423 règle. Je suis toujours, même si les gens n'aiment pas trop ça, je suis toujours un peu subjectif. C'est
424 compliqué de réduire à chaque fois et de dire à chaque fois comme ils aiment le faire dans les études
425 scientifiques. Le mieux, c'est d'être subjectif. Des fois, tu vas avoir des critères qui vont apparaitre, tu
426 vas quasiment tous les avoir et au final, la personne elle ne sera pas anxieuse. Tu vas te rendre compte
427 qu'en fait, elle a eu un souci avec sa famille juste avant, ou alors tu vas te rendre compte que c'est une
428 personne qui était juste en retard, elle était à la bourre, elle a le cœur qui bat alors qu'en fait, elle n'est
429 pas anxieuse du tout. Ou alors tu vas te rendre compte qu'il y a des gens qui sont juste un peu
430 hypochondriaques, qui ont juste des tocs mais qui ne sont pas plus anxieux que ça par rapport à la
431 pathologie qu'ils ont. C'est ça qui est important à savoir, savoir si la personne, elle est anxieuse de base
432 ou si elle est anxieuse à cause de sa pathologie. Et c'est ça qui est compliqué à deviner. Parce que les

433 facteurs que j'ai donnés, c'est plutôt pour anxieux global. Et à part les questions posées sur la pathologie
434 et le fait d'être pointilleux sur le sujet, là, ça oriente plus sur l'anxiété par rapport à la pathologie. Mais
435 sinon, les autres thèmes, c'est anxieux en général. Et c'est là que ça va être intéressant de lui poser des
436 questions en plus, c'est là où le BDK est important, c'est là où tu vas pouvoir poser des questions plus
437 sur sa vie de tous les jours. Moi je demande toujours aux patients ce qu'ils ont fait le weekend, ce qu'ils
438 ont fait la semaine aussi, s'ils ont eu de la visite et ça donne déjà des petits trucs. Il y a des gens qui
439 vont être visité presque tout le weekend, ils vont avoir les petits-enfants, ils sont bien entourés. Et il y a
440 des gens qui vont rester tout seul chez eux, qui ne vont jamais avoir de visite et qui sont heureux comme
441 ça ou déçu que personne ne leur rende visite. Des fois, t'as cette anxiété qui peut se créer par rapport
442 au fait d'être tout seul ou pas. Et là, c'est plutôt une anxiété globale. Mais cette anxiété, elle peut se
443 refléter sur la pathologie. En fait, des fois, t'as des personnes qui vont se dire qu'elles sont toute seules
444 qu'elles voient personne et que c'est du fait de leur pathologie. Alors qu'en fait, c'est peut-être plutôt
445 l'inverse, c'est le fait d'être anxieux et d'être tout seul qui a généré la pathologie. Donc ça, c'est toujours
446 assez compliqué. Donc t'as les trucs globaux. Pour moi, dans tout ce qui est gonio, tout ça, il faut être
447 objectif, mais dans la plupart des choses en kiné, surtout qu'il n'y a pas grand-chose qui est prouvé,
448 pour moi, il faut être subjectif. Et après, c'est l'expérience qui va te guider, c'est les fameux trois piliers :
449 méthode scientifique, expérience clinique et le patient. Et en gros, ce sera plus ton expérience clinique
450 et le patient qui vont le plus faire ton anxiété que les études je pense, même s'il y a beaucoup de choses
451 dessus et qu'on apprend beaucoup de choses intéressantes mais souvent, dans les études, c'est pour
452 un patient moyen, c'est une moyenne. La personne que t'as en face de toi, ce n'est jamais le patient
453 moyen, c'est toujours un patient particulier. En gros, je n'ai rien lu, c'est ce que je fais habituellement.
454 L'appliquer pour toutes les personnes, ce n'est pas toujours forcément valable, exactement comme avec
455 mes questions au moment de l'anamnèse. C'est compliqué à dire, c'est un peu comme le massage ou
456 des fois quand tu fais de la fascia, tu vas sentir ou ressentir quand tu vas le faire. Ça paraît un peu
457 perché quand tu le dis comme ça parce qu'on ne peut pas trop le prouver et que c'est du ressenti, mais
458 moi je pense que c'est important de l'expliquer que c'est du subjectif qui va être fait de ce point de vue-
459 là. T'as des critères principaux et après, t'as des critères particuliers. Et le problème, c'est que les critères
460 particuliers, tu ne peux pas en faire une liste. Ça dépend des gens. Hum (se tient le menton). Je ne sais
461 pas, par exemple, une personne qui venait pour une douleur cervicale avec suspicion d'une névralgie
462 d'Arnold parce que ça faisait vraiment une douleur en casque. Il y avait douleur dans le trapèze, tout ça,
463 donc plusieurs indices pour dire que c'était ça. Et apparemment, c'était ça après. Et cette personne-là,
464 elle avait toujours une boule au ventre. Quand je m'occupais de ses cervicales, elle disait que ça lui
465 faisait du bien et qu'elle était bien mais, je ne sais pas, elle avait toujours des gargouillis ou des choses
466 comme ça. Donc on avait l'impression que ça lui faisait du bon, qu'elle savait que ça lui faisait du bien
467 mais que c'était plus fort qu'elle, et elle se sentait anxieuse parce qu'elle devait se dire que je pouvais
468 lâcher sa tête, je ne sais pas, et que ces cervicales, il pouvait y avoir un problème, alors qu'elle me faisait
469 confiance. Ça, c'est un peu les points pour voir si la personne est anxieuse de manière particulière. Et
470 ça, c'est les plus importants je dirai, parce que les principaux, tu vas les retrouver chez plusieurs
471 personnes. C'est difficile à définir, c'est un peu comme une couleur : tu ne peux pas donner la définition

d'une couleur sans te rapporter à quelque chose. Là c'est pareil. Tu ne peux pas donner la définition d'une anxiété particulière sans te faire un exemple, sans te représenter quelqu'un. C'est ça qui est difficile dans notre métier, c'est subjectif. Si je devais le résumer en une phrase, c'est une phrase banale mais c'est vrai : ça se résume au patient, et ça se résume au fait que c'est subjectif. T'as ton plan global pour chaque pathologie mais tu ne vas jamais suivre la même chose. Je ne sais pas si j'ai répondu à la question, mais en gros, ce n'est pas une question rhétorique mais c'est dur d'avoir une bonne réponse à la question. Chacun va dire : certains vont dire qu'il faut être objectif, qu'il y a tel ou tel critère, et on va avoir l'impression qu'ils sont plus intelligents ou plus calés sur ce qu'ils font parce qu'on a l'impression que l'objectif, c'est toujours mieux que le subjectif ; et t'as des personnes qui vont dire subjectif et qui vont faire un truc niquel ; et t'as des gens qui vont dire subjectif pour pas trop s'embêter, parce qu'ils ne savent pas quoi dire et qui vont dire qu'ils le font subjectivement parce qu'ils n'ont pas de critères objectifs. C'est ça qui est important à savoir, si la personne pense de manière subjective parce qu'elle juge que c'est les critères particuliers qui sont importants ou savoir si la personne fait ça parce qu'elle n'a pas de critère objectif de base. En gros, je ne sais pas si j'ai tous les critères objectifs mais je préfère être subjectif parce que je me dis le stress est une entité particulière, propre à chacun, plus importante à déceler que des critères principaux que tu pourras retrouver chez plusieurs personnes qui ne sont pas anxieuses d'ailleurs.

Q : T'as parlé du relationnel, t'as parlé du massage, t'as parlé de la respiration, est-ce qu'il y a des techniques ou des traitements spécifiques que parfois tu adaptes dans ta prise en charge si tu es en présence d'un patient anxieux.

E8 : Je le fais dans toutes les prises en charge mais je l'exacerbe chez les patients qui sont anxieux, c'est que la personne doit toujours être bien positionnée. Que ce soit pour le massage ou autre, c'est le point principal. Les gens qui sont anxieux, je vais peut-être passer un peu plus de temps sur l'installation. Je vais lui demander « est-ce que vous voulez le coussin, est-ce que vous ne le voulez-pas ? », « est-ce que vous êtes mieux sur le dos, sur le ventre ? ». Je vais leur faire essayer plusieurs postures à chaque fois, je vais leur faire essayer les chaises un peu particulières qu'on utilise en entreprise qui sont vraiment pas mal et qui marche quasiment chez tout le monde dans les problèmes rhumatismaux. Je vais voir par rapport à la position, où ils sont le mieux, où ils sont le plus détendus. Est-ce que la chaise sur laquelle ils sont le plus détendus, ils sont mieux (grimace) ? Ça dépend des gens. Ça va souvent faire une posture de fermeture (grimace), et est-ce que ce n'est pas mieux de les mettre allongé sur le dos ou sur le ventre où ils seront plus en position d'ouverture. C'est ça qu'il faudra voir : est-ce que la personne se sent mieux par rapport à la posture, si elle se sent mieux en posture fermée ou en posture ouverte. Et après, savoir comment elle est tendue. Est-ce que la personne se sent mieux quand elle est positionnée sur la chaise, ce qui permet de détendre les épaules et pour lutter contre la lordose lombaire. Donc est-ce que la personne, elle se sent mieux dans telle ou telle position. Ça, c'est déjà le premier point, je passe plus de temps pour les placer dans une bonne position. Deuxième point, je le fais avec tout le monde mais je l'exacerbe une fois de plus chez les personnes qui sont anxieuses : quand je

prends en charge quelqu'un, je lui dis toujours ce que je vais faire. Je dis que je fais telle chose pour telle raison, et je vais faire telle chose après pour telle raison. S'il y a des changements d'une séance à l'autre, je lui explique. Je lui dis que la première séance va permettre de bien se relâcher pour lutter contre la douleur, et la prochaine séance, on sera plus sur des étirements et du renfo si tout va bien. C'est important aussi, de dire ce que tu fais, pourquoi tu le fais et dans quel ordre tu le fais, et d'essayer de respecter schéma, ton plan. Comme ça, la personne, elle voit que tu es structuré, elle voit que tu sais ce que tu vas faire et que c'est bien fait. Soit tu sais déjà le plan que tu vas faire parce que tu connais la personne, que tu sais ce que tu vas faire donc tu structures ton plan dès le départ ; soit souvent, moi j'aime bien commencer par le massage parce que le massage va me permettre de parler avec la personne. Tu sais ce que pense la personne, tu sais si la personne se sent bien ou pas, et tu sais où est-ce que c'est contracturé, où est-ce que tu as des zones indurées. Donc tu sais quel muscle est en souffrance, quel muscle est plus faible que l'autre donc tu sais ce que tu vas faire après. Et tu sais si la personne est sensible ou pas quand tu l'as touchée. Donc tu sais très bien si tu peux faire des étirements directement, tu peux faire du renfo, ou si c'est mieux de rester sur des mobilisations douces et autres. Donc en gros, la position, expliquer ton plan. Si t'as pas de plan, tu fais ton massage et tu dis que ça va aller au fur et à mesure et réexplique bien ton plan précis. Pareil, quelque chose qui peut paraître un détail : pour tout ce qui est rendez-vous, tout ça, il faut aussi être précis. Moi souvent, je mets les rendez-vous à la personne, je leur montre, je prends l'agenda avec moi, et comme ça, la personne se met à côté de moi, je suis assis à côté d'elle. En gros, je lui dis « vous voulez quelle heure ? », et elle voit que j'ai bien orthographié son prénom, que je l'ai écrit à la bonne heure, tout ça. Après, je lui reprends un petit post it, et je lui réécris les horaires précisément en lui expliquant que c'est de la kiné, tout ça. Je lui explique tout, il y a tout dans l'agenda, elle sait exactement comment c'est. En gros, les consignes au niveau de ton plan, tout ce qui est par rapport à ton agenda, le faire avec. La personne que je remplace, elle ne veut pas que les gens rentrent à cause du COVID-19. Moi, en ce moment, il ne fait pas beau donc je leur ai mis une chaise et je leur ai dit qu'ils pouvaient rentrer. Ça, il faut leur expliquer. En début et en fin de séance, il faut leur dire « bah voilà, si vous mettez la solution hydroalcoolique et le masque, ça ne risque rien ». J'ai fait beaucoup de recherche sur le Sars-Cov-2, il n'y a aucune étude qui prouve que le masque est réellement efficace pour lutter contre le virus. Après, même si les personnes restent dehors, elles se croisent quand même, ça fait moins d'un mètre. Il faut tout expliquer au patient : comment il doit rentrer dans la salle, quand elle s'installe, à partir de quand elle peut y aller, dire exactement et précisément dans l'agenda son nom, son prénom, tout ça. Ça paraît tout bête mais c'est hyper important et c'est des trucs qui ne coûtent rien en plus. L'installation, ça prend un tout petit peu plus de temps, l'agenda ça prend deux minutes et on arrive à un bien meilleur résultat, ça c'est des trucs un peu basiques. Après, t'as des trucs un petit peu plus poussés on va dire : il y a la respiration, souvent qui est costale haute et il y a tout ce qui est en rapport avec les migraines, en avoir plein la tête en gros. Donc souvent, je vois avec les gens par rapport à ce qu'ils ont et je dis « bah cette séance-là, on va plutôt travailler la respi ». Ça dépend si la personne, elle le sait ou pas. Il y a des personnes qui vont dire directement qu'ils sont anxieux tout ça. Dans ce cas on propose une séance où on va faire de la relaxation pour voir si ça fait du bien et si ça peut être plus bénéfique pour une autre fois. Et des fois, il

548 y a des gens qui venaient pour autre chose et au final, je faisais quasiment que de la relaxation parce
549 que c'est ce qui marchait le plus. Donc tu fais de la respiration abdomino-diaphragmatique, tu fais
550 travailler un peu avec le ballon, tu fais des étirements des grands pecs et des petits pecs, tu fais un peu
551 du travail avec ce qu'on appelle des grands leviers où tu vas te mettre derrière et tu vas ouvrir pour
552 vraiment que ça fasse respirer les gens. T'as plein de choses comme ça qui peuvent être hyper
553 intéressantes au niveau de la respi. Après, au niveau du crâne, tu ne peux pas travailler au niveau des
554 os parce que c'est suturé. J'ai vu des formations où ils faisaient ça, c'est un peu bizarre parce que tout
555 est ossifié donc ça ne bouge pas mais tu peux faire un travail qui est plus global. Tu peux travailler tout
556 ce qui est traction, qu'on voit à l'IFMK sur l'occiput. Après, tu peux faire ce qu'on appelle un pompage
557 du 4ème ventricule. Tu ne pompes pas vraiment le 4ème ventricule mais c'est une technique qui est
558 bien au niveau de la base du crâne, c'est vraiment pour relâcher. Ça ressemble un peu à une traction
559 mais ce n'est pas tout à fait ça. Ça marche super bien, ça déstresse, c'est vraiment efficace. Tu peux
560 aussi avoir tout ce qui est étirement au niveau du SCOM, au niveau des scalènes que tu peux faire en
561 douceur. Après, tu as aussi tout ce qui est massage du visage. Ça marche vraiment bien parce que tu
562 vas toujours avoir des gens ... soit au niveau des masséters comme j'ai dit, soit ça peut aussi être au
563 niveau des frontaux où ils ont des migraines et c'est gênant. Et t'as les fameux points qui sont
564 caractéristiques de la névralgie d'Arnold, c'est les orbiculaires des yeux qui sont un point de tension
565 énorme. Le simple fait de venir en appui dessus comme si c'était des trigger points, et de faire des petits
566 cercles comme ça, ça marche vraiment bien. Il y en a plein mais en gros, il y a l'installation, expliquer
567 ton plan, tout ce qui installation en dehors des salles, agenda, tu lui expliques tout, tu lui montres bien
568 que tu as bien écrit son nom, et tout ça, l'horaire est fixé, et tu évites d'être en retard (sourire). Mais le
569 fait d'être carré, à l'heure, c'est super important. Et les deux points que j'ai trouvés en plus pour l'anxiété,
570 c'est la respiration et les techniques au niveau crânien, sans dire crânien au niveau ostéopathique tout
571 ça, mais voilà, et les cervicales. Et après, t'essayes toujours d'orienter un peu plus la sophrologie, si la
572 personne connaît le Chi-Kong, si elle connaît le Tai-Chi, ça tu peux aussi en parler. Le fait d'en parler,
573 et de voir les autres activités que la personne pourrait faire et qu'elle n'a pas testées, ça lui montre toutes
574 les solutions qu'elle pourrait avoir et qu'elle n'a pas encore testées. Ça c'est hyper important je pense.
575 Parce qu'il y a des gens qui vont dire qu'ils ont fait des cures, des choses comme ça, mais ils n'ont
576 jamais testé le stretching, le Tai-Chi ou des choses comme ça. Parfois, il y a des gens pour des
577 pathologies cancéreuses ou des pathologies rhumatismales très importantes, parfois, je conseille
578 l'hypnose en précisant que ce n'est pas du Messmer ou autre, que c'est du sérieux et que c'est prouvé,
579 qu'il y a des études dessus, qu'on peut opérer par hypnose. Parce que les gens, ils imaginent tout de
580 suite Messmer, etc, ça ne le fait pas trop. Le but, c'est d'avoir un grand panel d'autres thérapies à côté
581 en expliquant qu'il peut y avoir l'ostéo, il peut y avoir l'hypnose, il peut y avoir les cures. Il peut y avoir
582 des gens qui n'y pensent pas. Il peut y avoir aussi le stretching, le Tai-Chi, le Chi-Kong, ça leur fait plein
583 de solutions et ils se disent « bah ouais, c'est super, la kiné, ça fait déjà du bien et en plus, j'ai encore
584 plein de solutions à côté et c'est bien, la personne elle est carrée, elle me fait les choses comme il faut,
585 elle a essayé de me relaxer, elle m'a proposé plein de choses à côté ». Il y a aussi l'aquagym, il y a plein
586 plein de choses qu'on apprend. Donc en gros, pour résumé, pour faire simple, c'est tout ce qu'il y a dans

587 l'organisation, que ce soit pour la position du patient ou pour tout ce qui est agenda, tout ça, la respi et
588 les cervicales, et expliquer tout ce que tu fais, comme ça la personne n'est pas surprise. Le dernier point,
589 c'est aussi lui donner d'autres opportunités qui pourront peut-être l'aider à la soulager. En gros, c'est
590 ces 4-5 points là que je trouve essentiels. Après, ce n'est que mon avis. Après, y en a plus, mais moi, je
591 me suis centré là-dessus. On ne peut pas dire que ça marche bien parce que je n'ai pas encore assez
592 de recul dessus mais sur les personnes qui étaient anxieuses, elles ont quand même été contentes
593 d'être bien prises en charge.

594 **Q : Il y a une technique parmi celles que tu viens de citer qui a très bien marché, quasiment à**
595 **coup sûr chez les patients anxieux que tu as eu en charge, ou peut-être qu'il n'y en a pas eu une**
596 **qui s'est démarquée ?**

597 E8 : Souvent, j'utilise deux techniques, je pourrais peut-être t'envoyer des articles dessus. Y en a une,
598 c'est le fameux pompage du 4ème ventricule. Là, ça fait un peu bizarre. Y en a qui te décrivent la
599 technique en disant qu'ils pompent le 4ème ventricule, moi n'y crois pas de trop. Mais en gros, la
600 technique est assez simple. Ça ressemble un peu à une traction au niveau de l'occiput. Tu viens un peu
601 en manchette au niveau de ton occiput et tu viens le tracter par rapport à la respiration. Après, moi je ne
602 crois pas trop aux mouvements de respiration primaires ou autre mais en fait, quand t'inspires ou quand
603 t'expirés, tu vas avoir des mouvements du crâne qui vont se faire. Quand tu inspires, tu vas aller un peu
604 en extension et quand tu expirés, tu vas aller un peu en flexion. Ça dépend des gens donc c'est pour ça
605 que c'est important à faire. En fait, souvent, au niveau du pompage du 4ème ventricule, tu vas exagérer
606 sur l'inspiration. Sur l'inspiration, tu vas venir tracter vers toi, sur l'expiration, tu vas venir maintenir. Ce
607 qui est bien avec cette technique-là, c'est que t'es obligé de le faire sur la respiration d'après ce que j'ai
608 lu. Donc tu forces à avoir une bonne respiration abdomino-diaphragmatique et en plus, tu travailles au
609 niveau cervical. La personne, elle ferme les yeux, elle est détendue, des fois je le fais dans le noir. Tu
610 tractes tranquillement, ça se fait de manière toute douce jusqu'à ce que tu sentes entre guillemets qu'au
611 niveau du crâne, ça résiste moins. Mais ça, ça prend du temps à faire. Généralement un bon pompage
612 du 4ème ventricule, d'après ce que j'ai lu, il faut au moins 5-6 minutes. Et cinq/six minutes pour une
613 technique, ça peut être long quand tu as déjà passé du temps à masser et que tu as déjà fait d'autres
614 choses avant. Donc ça, ça peut être une technique qui marche bien. Ça ne marche pas à chaque fois.
615 Je sais que c'est des choses j'utilise souvent dans les cervicalgies, pompage du 4^{ème} ventricule +
616 tractions occipitales. Et ça calme bien les gens. Après, les gens ont l'air un peu shootés, ça leur fait du
617 bien, ça leur enlève un peu un poids. Cette technique-là, je l'ai découverte sur des disques durs où il y
618 a des formations. En 2^{ème} année, j'étais avec un ostéo et il utilisait cette technique-là, et il faisait souvent
619 chez les gens qui étaient stressés avant les exams. Il avait déjà eu des prescriptions comme ça avant
620 les exams, et il leur faisait ça, et les gens, ça allait mieux. Je pense que c'est efficace. Je n'ai pas fait de
621 formation, donc je ne pense pas que je le fasse hyper bien non plus, mais même en le faisant de manière
622 inexpérimentée comme ça, bah ça a l'air de bien fonctionner quand même. Et t'as en plus la respiration
623 abdomino-diaphragmatique donc y a les deux que tu bosses. Moi souvent je fais ça, et ensuite, je fais

quelque chose de basique, c'est assez simple : position décubitus, coussin sous les genoux, je ne mets pas de coussin sous la tête pour qu'il y ait plus d'ouverture au niveau de la tête, que tu sois moins en position de fermeture, et tu fais la respiration abdomino-diaphragmatique avec le bâton. Tu prends un bâton, tu prends large pour étirer un peu les pectoraux, et tu fais l'inspiration où tu montes et l'expiration où tu descends. Je mets ma main au niveau de l'abdomen et l'autre au niveau des côtes. Je fais sentir au patient en premier la respiration abdomino-diaphragmatique, dans le vide, sans le bâton sans rien. Quand elle le fait bien, tu le fais seulement avec le bâton pour étirer les pecs, elle inspire elle monte, elle expire elle descend et l'expiration doit être plus longue que l'inspiration, c'est le but, c'est que ce soit à peu près le double. Elle repose puis elle fait sa pause. Souvent, je le fais à côté puis après, je laisse la personne toute seule, je la mets dans le noir et je lui fais faire le mouvement les yeux fermés. Je lui dis d'en faire une dizaine, de bien faire les pauses. Et souvent, je suis de retour après parce que la personne, elle le fait tranquillement de manière bien posée. Et ça, ça marche bien. Après, il n'y a pas de technique vraiment que j'utilise à chaque fois mais les deux que j'utilise le plus souvent, c'est vraiment celles-là. C'est le pompage du 4ème ventricule au niveau cervical et celle avec le bâton qui étire un peu au niveau des pecs et qui travaille la respi. Respi et au niveau du crâne pour moi. Après, il peut y avoir d'autres trucs, mais c'est ce que je fais le plus souvent.

Q : Et t'as pu observer de manière significative, subjectivement toujours, une évolution suite à ces interventions là sur le taux d'anxiété à cours ou à long terme chez les patients.

E8 : A long terme, c'est compliqué parce que comme je remplace, c'est toujours court. Par exemple, pour le massage, quand ils disaient long terme, c'était au moins 6 mois donc long terme, c'est plus compliqué. Mais à court terme, oui. Après, « significative », c'est toujours compliqué à dire. C'est ce que je voulais montrer dans la méthode scientifique, il y a beaucoup de chercheurs qui ont montré que « significative », ça ne voulait rien dire en fait. Même au niveau des stat, ça voulait tout et rien dire. Donc ça, je me méfie toujours du « significatif » mais j'ai compris ta question. Le truc, ça va surtout être le retour du patient. C'est toujours ça le problème (se tient le menton), et c'est ce que je dis au patient parce que j'essaie toujours d'être honnête. Le patient va te dire « ça va mieux, je me sens mieux », « j'ai trouvé que ça allait bien le soir, le lendemain aussi, niquel », et toi, tu vas te demander si c'est que tu as fait ou si c'est ce que la personne a fait à côté, si la personne a fait un peu moins de sport ou qu'elle s'est un peu plus reposée par exemple, c'est peut-être juste ça qui a permis de diminuer l'anxiété, ou y a un copain/copine qui est passé la voir, et ça a diminué son anxiété et toi, t'y es pour rien. Soit il y a l'autre revers qui est un petit peu plus compliqué. Elle va dire qu'elle était anxieuse juste après la technique et qu'un ou deux jours après, elle n'était plus anxieuse. Donc est-ce que la technique que tu fais, elle est à retardement ou est-ce que ça agit tout de suite (grimace). Ça c'est un petit peu compliqué. Il y a aussi quelque chose que je ne comprends pas trop et qui revient souvent, c'est les patients qui se sentent moins bien quand il ne fait pas beau. Quand le temps est un peu maussade comme ce qu'on a en ce moment, t'as beaucoup de patients qui ont plus mal, presque tous alors qu'ils n'ont rien fait de particulier. Donc là, c'est un peu l'effet inverse au niveau du stress. Est-ce que c'était une belle journée,

la personne se sentait bien et au final c'est ça qui a fait ou est-ce que c'est vraiment ta technique qui a fait ? C'est compliqué à faire mais en gros, j'ai déjà fait la technique plusieurs fois, et souvent, les gens disent que ça va mieux le soir ou dans la journée. Donc c'est un peu plus significatif parce que généralement ça dépend de ce que tu fais. Quand tu fais des manipulations, quand tu repositionnes avec des trusts, tout ça, tu redonnes de l'amplitude à la personne qu'elle n'avait pas avant, et des fois, ça peut faire mal et faire du bien après, ce n'est pas la règle. Là, au niveau de l'anxiété (grimace), logiquement, ça devrait faire du bien juste après et devrait se maintenir un petit peu. Mais des fois, c'est un peu complexe parce que ça n'allait pas mieux juste après et un ou deux jours après, ça allait bien et ils étaient convaincus que c'était toi qui leur avais fait du bien. Donc moi, je leur ai dit que normalement, ça devrait faire du bien directement. Après, t'as les deux côtés, soit t'es honnête directement et tu leur dis que ça doit marcher maintenant (grimace) et tu perds un peu de ton professionnalisme, que ce que t'as fait, ça n'a pas marché. Ça, c'est ce que je fais souvent. Soit tu dis « bah oui, c'est normal, ça peut arriver 2 jours après » alors que t'y crois pas 2 secondes. Mais d'un autre côté, ça a un effet rassurant et la personne se dit que tu es quand même professionnel. Moi je préfère toujours l'honnêteté personnellement mais est-ce qu'à ce moment-là, mieux vaut être honnête « ça n'a pas marché et je n'ai pas été trop efficace », ou alors est ce qu'il faudrait dire « oui ça peut agir un ou deux jours après », ça rassure la personne quand tu vas refaire ta thérapie, ça va marcher dans la journée même parce que la personne va être convaincue que ça va marcher. Mais t'auras pas été honnête dessus, moi je préfère l'honnêteté quand même. Je dis à chaque fois au patient que je vois « je vais être honnête directement : si je fais un truc qui ne vous plait pas, vous le dites. Si vous avez eu plus mal que d'habitude, vous le dites ». Je débute donc il faut que je me calibre et vous pouvez avoir autant d'expérience que vous voulez, vous ne pourrez jamais vous occuper de tout le monde parfaitement bien quoi. Moi je pense que l'honnêteté, c'est le plus important. Après, ça dépend, il y a des arguments qui se défendent dans les deux camps. Généralement, tu dois quand même avoir – après il n'y a pas tellement d'études dessus donc encore une fois, c'est subjectif – des résultats juste après l'avoir fait et quelque temps après. Tu ne dois pas avoir des résultats deux/trois jours après parce qu'il s'est passé tellement de trucs entre temps que tu ne sais pas si vraiment, ça a fonctionné. A long terme, je ne peux pas dire mais à court terme, en gros, si y en a une qui a le plus fonctionné, c'est le pompage du 4ème ventricule. Je pense que c'est celle que j'ai fait le plus et je pense que c'est celle qui est le plus efficace à faire. Après, ça dépend des gens. T'as des gens qui vont avoir des croyances un peu plus larges. T'as des gens qui vont être à fond pour l'homéopathie, qui ont eu l'ostéo qui lui a fait bouger les os du crâne, voilà. Avec ces gens-là, tu pourrais dire que tu fais des trucs un peu plus poussés et les gens, ça les rassure un peu plus des fois. Ça, je ne le fais pas, mais c'est possible. C'est peut-être celle que j'ai utilisé le plus, donc c'est compliqué à dire. Est-ce que si j'avais utilisé autant l'exercice avec le bâton, est-ce que j'aurais eu autant de résultat (grimace), je ne sais pas. Au final, je n'ai pas 50 000 personnes qui étaient vraiment anxieuses, où j'ai vraiment pris des séances exprès pour l'anxiété, ça m'est arrivé très rarement. Mais en gros, c'est ça, s'il y avait deux trucs à retenir, c'est pompage du 4ème ventricule et le travail avec le bâton sur la respi. Donc il y a toujours une notion de respi dans ce que je fais pour l'anxiété.

699 **Q : Est-ce que tu arriverais à estimer à peu près un pourcentage de patients anxieux sur**
700 **l'ensemble de la patientèle que tu as eu jusque maintenant ? Minorité ou majorité, si tu en as**
701 **beaucoup rencontré ou pas, même si ce n'est pas un pourcentage précis, peu importe ?**

702 E8 : J'allais dire, un pourcentage précis, question difficile (sourire). Moi je suis allé à la fois en Alsace,
703 j'ai fait un peu les Vosges partout, ça aurait même été bien que tu me demandes après quand je serais
704 dans le Jura, comme ça j'aurai pu avoir encore des trucs différents. Mais en gros, c'est plutôt une
705 minorité. Après, moi je n'ai pas trop fait et je ne veux pas trop faire dans les villes, c'est un petit peu plus
706 bourrin au niveau des horaires et ça, je n'aime pas de trop. Mais dans les campagnes généralement,
707 c'est ce que j'ai pu observer, les gens, ils sont un peu moins stressés. Même s'ils gagnent moins, ils ont
708 leur petite vie, ils ont leurs enfants, ils ont leur famille qui est souvent unie tout ça. Ils n'ont pas besoin
709 de beaucoup de choses et souvent, ils ont ce dont ils ont besoin. Donc la plupart des gens, ils ne sont
710 pas anxieux. Ils s'intéressent à leur pathologie, ils se demandent quand est-ce que ça va aller mieux,
711 mais ça, c'est tout le monde, ce n'est pas forcément que les personnes anxieuses. Mais en gros, je dirais
712 qu'il n'y en a pas tant que ça. Soit c'est des personnes qui ont vraiment eu un traumatisme très important
713 comme la personne qui a eu la péritonite, qui a été opérée 5-6 fois. Elle, c'est normal qu'elle soit
714 anxieuse, à sa place, je serais anxieux aussi. Pareil, les personnes que j'avais et qui étaient
715 fibromyalgiques : celle qui n'était pas fibromyalgique, elle n'était pas du tout anxieuse pour le coup. Et
716 j'avais une patiente qui était vraiment fibromyalgique – on pense, parce qu'il y avait les points, les tender
717 spots, elle ne dormait pas bien, il y avait plusieurs trucs qui allaient dans la direction de la pathologie –
718 bah, elle, elle était anxieuse. Mais en gros, ça fait quand même une minorité. La majorité des gens que
719 je vois - la plupart du temps, c'est des épaules – c'est souvent des gens qui ont fait des métiers
720 physiques. Souvent, c'est des gens qui travaillent à l'usine du coin. Là, à Contrex, c'est par rapport à
721 ceux qui travaillent dans l'eau. Souvent, c'est des gens qui ont un travail physique, qui ont travaillé dur
722 toute leur vie et qui n'étaient pas stressés plus que ça. Ils ont fait un travail qu'ils aimaient bien, qui
723 malheureusement était dur physiquement et qui aura créé tous ces maux, ces tendinites et ces ruptures
724 de coiffe. Mais ils aimaient bien leur métier. Et d'un autre côté, t'en as moins mais j'ai surtout vu ça en
725 Alsace, t'as des gens qui sont plutôt secrétaires et tout ça, et qui ont des horaires pas possibles, qui
726 sont sur trois entreprises en même temps, et là, ils sont hyper stressés parce qu'ils peuvent se faire virer
727 quasiment à tout moment. Ils sont obligés de se faire virer, ils ne peuvent pas prendre des sortes de
728 retraite ou une part de leur retraite parce que l'entreprise ne veut même pas. Donc ça, c'est une ou deux
729 personnes, mais c'est un pourcentage très faible. Si je devais donner un chiffre, à la louche, je dirais
730 (grimace) ... Après, il y a 100% des personnes qui s'intéressent à leur pathologie mais il y a en gros
731 même pas 5% des personnes qui sont répertoriés comme anxieux et qui sont vraiment hyper stressés.
732 C'est pour ça, j'en n'ai pas vu beaucoup. C'est vraiment une minorité mais cette minorité, il faut savoir
733 la prendre en charge quand même quoi. C'est pour ça que c'est compliqué, parce qu'on en a peu. Moi
734 en tout cas, j'en ai vu peu qui sont très stressés et qui sont au bout du rouleau. C'est encore plus
735 compliqué parce que les gens qui vont bien où ça va, où c'est juste la pathologie, il y en a énormément,
736 quasi 95%. Et les 5% restant, tu vas en avoir très peu. Donc plus tu vas en avoir, plus tu vas t'améliorer

737 mais comme tu n'en vois pas beaucoup, c'est compliqué de savoir comment réagir. A chaque fois que
738 tu vas avoir une personne comme ça qui va être stressée ou hyper stressée, ça va être une personne
739 un peu à part. Il y a une faible probabilité que tu en rencontres une. Par rapport à ce que j'ai eu moi, il y
740 a peu de chance que tu rencontres une personne vraiment anxieuse. Donc tu ne sais pas toujours
741 comment te débrouiller parce que t'as pas l'habitude d'en voir souvent quoi. C'est ça le problème.

742 **Q : Justement, t'as parlé de l'anxiété qui venait de la pathologie qui était assez fréquente, de**
743 **l'anxiété due à la profession, métier, vie familiale. Est-ce que tu as rencontré d'autres types**
744 **d'anxiété ou est-ce que c'est globalement les deux seules que tu as rencontrées ?**

745 E8 : Dans l'anxiété, c'est les deux que j'ai dit. Il y en a d'autres mais les deux principales, c'est vraiment
746 ça. Soit la pathologie en elle-même parce qu'il y a vraiment eu des problèmes : la chirurgie n'a pas
747 fonctionné, il y a eu plusieurs SDRC, c'est possible aussi. On a donné des dates particulières à la
748 personne et les objectifs ne sont pas remplis. Ça, c'est tout ce qu'il y a en rapport avec la pathologie,
749 c'est presque le plus important. Il y a le métier : souvent, c'est dans des conditions un peu atroces. C'est
750 des personnes qui ont un métier physique et qui ne peuvent plus le faire parce qu'ils ont fait ça toute
751 leur vie, et au final, ils sont remplacés par des machines. Ils ne peuvent pas partir avec un pourcentage
752 de retraite aussi parce que pour l'entreprise, ils sont jugés comme inutiles donc ils ont un pourcentage
753 d'invalidité mais voilà, qui n'est plus valable sur le long terme. Ça, c'est les deux principaux. Après, il y
754 en a un qui est un peu moins important pour la globalité des patients, c'est par rapport aux loisirs. Quand
755 je dis loisirs, c'est assez vaste, c'est aussi par rapport aux activités de la vie quotidienne en gros. C'est
756 la personne qui va se demander : « est-ce que je vais pouvoir retourner faire mon jardin ? », « est-ce
757 que je vais pouvoir conduire pour aller voir mes petits-enfants ? », des trucs comme ça. Ça paraît tout
758 bête, mais les activités de la vie quotidienne chez les personnes, parce qu'on a plutôt un public qui est
759 tourné vers les personnes âgées ou au moins dans les cinquante ans. Il y en a d'autres que j'ai
760 rencontrées une fois, c'était particulier. C'était plutôt quelqu'un qui était un sportif d'assez haut niveau.
761 Lui, c'était par rapport à son loisir, c'était par rapport à la reprise du sport. Même si ce n'était pas son
762 métier, c'est vraiment le sport qu'il voulait reprendre. Le reste, ça le gênait moins on va dire. Après, je
763 n'ai pas eu beaucoup de gens jeunes donc je pense qu'y a tout ce qu'il y a en rapport avec les études
764 aussi qui joue énormément. Mais la plupart des gens que j'ai eus, jeunes, c'était aux alentours de dix-
765 neuf/vingt ans et ça va, ils n'étaient pas spécialement anxieux. Sur les trois que j'ai eus, les trois avaient
766 besoin de semelles. Ils avaient tous mal au dos et ils ont vu avec le podologue, ils avaient tous des
767 semelles. Donc eux, ils n'étaient spécialement anxieux, ils avaient juste mal au dos. Comme on n'est
768 pas censé avoir mal au dos aussi tôt sans rien faire, je me suis posé des questions et pour la plupart,
769 c'était des semelles qu'il fallait et ça suffisait. Mais en gros, je pense que tout ce qui est du stress par
770 rapport aux études, c'est important aussi mais ça, je ne l'ai pas rencontré. C'était vraiment par rapport
771 au métier, par rapport à la pathologie et par rapport aux activités de la vie quotidienne, et un peu moins
772 par rapport aux loisirs. Après, il y en a d'autres mais ceux que j'ai rencontrés, c'est ceux-là.

773 **Q : Par rapport à la pathologie, est-ce qu'il y a des pathologies spécifiques où tu as remarqué**
774 **qu'il y avait de l'anxiété plus souvent dans le cadre de pathologie-là ou pas du tout ? Est-ce que**
775 **l'anxiété était présente peu importe la pathologie ? Dans quelles circonstances tu l'as le plus**
776 **souvent observée ?**

777 E8 : Souvent, après comme tu sais il n'y a pas de règles, mais souvent, les quelques personnes que j'ai
778 eues et qui étaient fibromyalgiques étaient très stressées. Elles étaient presque au bout du rouleau,
779 presque dépressives, très anxieuses. Tous les patients qui ont une fibromyalgie quasiment sauf celle
780 qui n'avait pas donc elle, ça allait bien. Sinon, les patients qui viennent pour des cervicalgies souvent.
781 Enfin, souvent, comme je dis, c'est une minorité. Mais dans les cas les plus anxieux que j'ai rencontrés,
782 c'est les cervicalgies. Et très souvent, c'est des points de tension au niveau du visage. Ça fait vraiment
783 névralgie d'Arnold. Les patients qui étaient anxieux, ça faisait vraiment un schéma de névralgie d'Arnold.
784 Et souvent, ils avaient vraiment ça + anxiété. Après, le reste, c'est plus diffus on va dire. Ce qui est
785 dommage, c'est que je n'ai pas eu beaucoup de patients respi et neuro où je pense qu'il peut y avoir de
786 l'anxiété. J'en n'ai pas eu assez. Je n'ai pas eu de patients neuro ou respi qui soient vraiment anxieux.
787 C'est surtout les deux-là, sinon ... J'ai même été surpris, les gens qui ont de l'arthrose ou des
788 spondylarthrites ankylosantes, des gros rhumatismes, ils ne sont pas plus anxieux que ça. Ils savent
789 qu'il y a des phases où ça va aller mieux et des phases où ça va aller moins bien. Voilà, ils font leur cure
790 tout ça, ils savent bien et ils ont leur truc réglé et ils ne se posent pas plus de questions que ça. Après,
791 je n'ai pas eu de pathologies super graves, je n'ai pas eu de SLA, de choses comme ça vraiment très
792 très ... ou des myopathies de Duchenne, des choses comme ça. Ça, je pense qu'il doit y en avoir quand
793 même pas mal, de l'anxiété. Mais les pathologies-là, je n'ai pas trop eu. Moi je dirai pour être bref et
794 pour ne pas être trop long, je dirai que c'est vraiment ce qui est cervicalgie -même s'ils sont minoritaires
795 – et tout ce qui est fibromyalgie. Après, je n'ai pas beaucoup de recul, même si j'ai des grosses journées,
796 je vois beaucoup de monde, je n'ai pas trop de recul. Mais en gros, c'est les deux grandes familles où
797 c'est vraiment présent. Après, il peut y en avoir dans la lombalgie mais il y a tellement de patients
798 lombalgiques et très peu de patients anxieux par rapport à ça (grimace) que moi, je ne dirai pas que
799 c'est fréquent. Vraiment, la cervicalgie où ça fait un peu migraine, un peu Névralgie d'Arnold et
800 fibromyalgie. Je dirai, c'est les deux importantes, selon moi.

801 **Q : Dernière question pour conclure : est-ce que tu penses que l'utilisation d'un outil d'évaluation**
802 **de l'anxiété pourrait avoir une influence sur la prise en charge du patient ?**

803 E8 : L'outil, il aura forcément une influence sur la prise en charge. La bonne question à se poser, c'est
804 savoir si ça va avoir une influence positive ou négative. Comme je l'ai dit, je ne suis pas trop pour les
805 questionnaires. Après, il y a des arguments pour : c'est objectif, c'est carré, ça permet au patient de
806 l'amener implicitement à se poser des questions. Donc il y a quand même pas mal de points positifs
807 pour le fait d'établir un questionnaire comme ça, où c'est normé. C'est intéressant à faire je pense. Après
808 de mon point de vue, c'est par rapport à ce que je pense, je suis très subjectif et je n'aime pas trop ce

809 qui est case et conformité. J'aime bien faire un peu mes trucs à moi, et je pense que c'est pour ça qu'on
810 a des formations qui sont presque de 5 ans et on apprend la physiologie, l'anatomie de cette manière-
811 là, c'est pour permettre de se débrouiller par rapport à ses propres moyens. Donc le but, c'est de pouvoir
812 être subjectif. En gros, être objectif quand y a vraiment besoin pour des mesures tout ça, mais être
813 subjectif quand on est sur des choses qui sont subjectives. Parce que l'anxiété, c'est ce que j'ai dit avant,
814 c'est comme une couleur, c'est tellement difficile à définir. Et vraiment pouvoir dire qu'on va faire un truc
815 normé pour dire ce que c'est l'anxiété, bah comme faire un questionnaire précis pour dire qu'est-ce qu'un
816 bon kiné. C'est comme ce que j'avais dit dans le TD quali-kiné que vous aurez après, c'est hyper
817 compliqué. Pour moi, c'est un peu impensable de dire qu'on peut faire ça parce que t'arriveras jamais à
818 faire un truc qui va satisfaire tout le monde, et qui permettra de faire rentrer tout le monde dans les trucs.
819 Donc tu auras forcément un grand nombre de « faux négatifs » et un grand nombre de « faux positifs ».
820 En plus, ce qui va être un peu pervers avec le fait d'utiliser des tests, c'est que tu vas avoir un grand
821 nombre de « faux positifs », un grand nombre de « faux négatifs » et que tu vas être convaincu par
822 rapport aux chiffres que tu as obtenus. Par exemple, la HAD, si tu as un chiffre qui est suffisamment
823 grand, tu vas pouvoir dire que la personne a de grandes chances d'avoir plutôt des troubles
824 psychologiques ou autres. T'as le résultat, le patient est quasiment convaincu qu'avec les résultats que
825 tu as, il a des troubles psy. Toi tu as la feuille devant les yeux, tu lis, tu vois et t'es quasiment convaincu
826 que la personne a des troubles psy. Au final, avec le test, t'as réussi à la fois à convaincre le patient et
827 à la fois toi qu'il a des troubles psy alors que si ça se trouve, elle n'avait rien du tout. C'est objectif, c'est
828 intéressant mais à la fois, c'est un peu induire en erreur. Alors que quand tu vas être plus subjectif,
829 quand tu vas plus te baser sur ton ressenti et autre, tu vas toujours pouvoir avoir cette limite, d'avoir ce
830 qu'on appelle l'arrogance épistémique. C'est-à-dire qu'au final, tu diras toujours que c'est subjectif. Tu
831 vas dire c'est ce que je pense mais je n'en suis jamais sûr. Il n'y a rien qui est posé. Et c'est ça qui est
832 compliqué parce que tu es toujours dans l'incertitude. Tu vas dire qu'à chaque fois que tu parles avec ;
833 c'est plutôt de ce point de vue là, ça tend de plus en plus vers des problèmes psy ou au contraire, ça n'a
834 rien à voir, je me suis trompé depuis le départ. T'auras jamais une validation concrète complète. Et ça,
835 ça va permettre de te remettre en question à chaque fois si tu veux. Alors il y a des gens qui n'arrivent
836 pas à se remettre en question parce que c'est hyper dur. Dire que tu t'es trompé du début à la fin et que
837 tu avais tout faux, ça, y a personne qui aime, personne n'aime avoir faux. Mais si t'as un test qui te dit,
838 qui te revalide que tu as juste, tu vas te dire « tiens, j'ai une preuve supplémentaire pour dire que j'ai
839 juste ». Donc dans certains cas, ça va être formidable parce que tu auras effectivement juste mais dans
840 d'autres cas, c'est plus délétère parce que tu auras faux quand même. T'auras faux et en plus tu seras
841 convaincu, ça va faire comme un effet placebo. Tu seras convaincu que ce que tu dis depuis le début,
842 c'est vrai, et t'auras en plus un argument à montrer au patient « voilà, j'avais raison depuis le début ».
843 Pour moi, le fait d'avoir le questionnaire, ça me dérange un peu parce que ça te fait comme une preuve
844 en plus, c'est comme si tu avais quelque chose à prouver au patient, c'est comme si tu avais besoin
845 d'une preuve en plus pour expliquer au patient qu'il a des troubles psy ou non. Après, on n'est pas
846 psychologue. C'est comme si le fait de dialoguer avec quelqu'un, de lui parler, de prendre du temps
847 avec, ça n'avait pas suffi pour savoir s'il y avait des troubles psy ou non. Peut-être que je n'aurai pas la

même vision que tout le monde, j'ai une vision un peu différente et c'est ça qui est bien, il faut faire des choses un peu différentes. Le kiné lambda, ça n'existe pas vraiment, tout le monde fait différemment. Mais en gros, si tu fais des trucs vraiment normés, forcément, tu ne seras jamais convaincu, tu ne seras jamais sûr à 100% de ce que tu fais – de toute façon, même avec le test, tu ne seras pas sûr à 100% non plus – mais j'aurai toujours l'état d'esprit de me dire que je me suis peut-être trompé ou que je peux avoir raison. C'est plutôt avec le dialogue avec le patient, en parlant, avec les signes que j'ai pu citer que j'ai cité avant que tu vas avoir le gros. Après, ça dépend. Je ne vais pas être réfractaire non plus au questionnaire. S'il y a une personne qui ne veut pas vraiment voir la réalité en face, et qui est hyper carré, qui connaît bien son sujet, tout ça, je lui dis qu'on peut peut-être faire le truc, je barre le score comme ça elle ne sait pas. Elle remplit en toute objectivité et en fonction du score, on lui demande pourquoi elle pense qu'on lui a donné ce questionnaire-là, est-ce qu'elle pense que le score qu'elle a obtenu, c'est plutôt positif. Ou est-ce que ça veut plutôt qu'il y a des troubles un peu différents que je ne suis pas à même de traiter. Il faut l'amener un peu avec des pincettes. Et là, tu vas mettre la personne devant le fait accompli. Ça, c'est important, c'est des personnes qui ne veulent pas voir la réalité. C'est à double tranchant parce que ces personnes qui ne veulent pas voir la réalité en face non plus, ils vont toujours vouloir qu'on aille dans leur sens aussi. Donc est-ce que ce n'est pas se confronter au patient et perdre cette notion de nuance au profit de l'opposition. C'est ça le problème. Donc c'est intéressant d'en faire, si jamais tu veux en faire un, ça peut être vraiment top je pense. Mais peut être le garder pour toi. Le faire et le garder pour toi parce que le patient, on ne sait jamais comment il va réagir face à ça. Quand il va répondre aux questions, le patient, il n'est pas bête. Il va savoir pourquoi on lui pose ces questions-là. Et si c'est pas du tout le cas, le patient va se dire « ouais le kiné il pense que j'ai des troubles psy, tout ça, il ne prend pas ma pathologie au sérieux, il pense que c'est dans ma tête ». Donc c'est pour ça que c'est délicat. Donc même si on le garde pour soi, ça reste délicat parce que le patient a quand même dû le remplir donc il sait qu'on a un à priori sur sa vision des choses et il sait qu'on pense qu'il est anxieux alors que ce n'est peut-être pas le cas. Donc pour moi, le plus intéressant mais le moins confortable, c'est plutôt d'être subjectif. Ou alors de pouvoir le remplir soi. Ça pourrait être pas mal ça aussi. C'est nous qui le remplissons. C'est-à-dire qu'on pose des questions au patient, on note pendant certaines séances ce qu'il a pu nous dire et en fait, c'est nous qui le remplissons le truc. C'est une idée que je viens d'avoir à l'instant et qui n'a pas été pensée, c'est pas mal. Comme les exos que tu trouves des fois, c'est hyper intéressant. Voilà, le mieux, ce serait de le remplir soi. On pose des questions au patient, comme ça, directement, si le weekend s'est bien passé. Après, faut bien connaître les items, faut bien avoir l'échelle en tête. Et après, tu remplis toi, t'as un truc que tu gardes toi et que tu ne montres pas au patient et tu vois un peu ce que c'est. Après, si c'est toi qui le remplis, peut être que le patient ne l'aurait pas rempli pareil et peut-être que t'as des loupés dedans donc peut-être que si tu remplis toi tout seul sans montrer au patient, peut-être que tu aurais plusieurs avantages. Peut-être que tu aurais quelque chose d'objectif, le patient il ne le sait pas et en plus, toi tu peux toujours avoir cet aspect un peu subjectif en disant qu'on s'est peut-être gourré, que le patient n'aurait peut-être pas répondu ça. Donc peut-être que la solution si on veut vraiment utiliser ça, c'est de le remplir soi-même et de la garder pour soi. Et peut-être d'en faire plusieurs pour voir comment ça évolue, si l'état d'anxiété augmente ou

887 si notre niveau de crédance, de croyance en ça augmente ou diminue au fur et à mesure du temps.
888 Après, je ne vais pas faire plus long, il y aurait plein de trucs à dire dessus. En gros, je viens de le trouver
889 sur l'instant mais je pense que ça pourrait accorder l'aspect objectif et subjectif, subjectif dans le sens
890 où on va se remettre en question et objectif dans le sens où on a déjà un outil. Et en plus, le patient ne
891 sait pas qu'on a fait ça donc il ne le prend pas mal. Moi je l'aurais fait comme ça je pense même si je
892 resterai plus sur du subjectif. Si je devais faire une étude, je l'aurais vraiment fait comme ça mais là, je
893 pense qu'en règle générale, je resterai quand même plus sur du subjectif

894 **Q : Merci, est-ce que tu veux ajouter quelque chose suite à toutes ces questions ?**

895 E8 : Je parle beaucoup, il y a beaucoup d'idées, c'est un sujet très intéressant. (sourire)

ANNEXE V : Protection des données

Les entretiens ont été pour 7/8 réalisés via Zoom. Un enregistrement de chaque entretien a été fait via Zoom, protégé par un compte personnel et enregistré sur l'espace personnel de l'ordinateur sous le pseudonyme « Ex » (x étant un chiffre de 1 à 8, correspondant au numéro de l'entretien). Un enregistrement par l'enregistreur vocal spécifique de l'ordinateur a également été réalisé, également enregistré sur l'espace personnel de l'ordinateur sous le même pseudonyme que l'enregistrement via Zoom, dans un dossier commun. Un troisième enregistrement a été réalisé via l'enregistreur vocal propre d'un téléphone portable. Ce dernier a été transféré sur l'espace personnel de l'ordinateur sous un pseudonyme équivalent aux deux enregistrements précédents, dans un dossier commun. Ce même procédé a été effectué pour les 6 autres entretiens. Un des entretiens s'est réalisé par whatsapp donc seulement deux enregistrements ont été faits, via l'enregistreur vocal spécifique du téléphone portable et l'enregistreur vocal spécifique de l'ordinateur. Les informations contenues dans les entretiens correspondent à des « données sensibles », relatives au point de vue et à l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute interrogé. Les enregistrements Zoom représentent le plus gros risque sachant que le visage du masseur-kinésithérapeute est affiché. L'utilité d'enregistrer le visage du masseur-kinésithérapeute interrogé a été justifié par l'intérêt d'observer les mimiques des kinésithérapeutes lors de la retranscription. L'ensemble des enregistrements sera supprimé dès la validation du mémoire de fin d'études. Les retranscriptions écrites seront disponibles dans le document écrit et seront également supprimées de l'ordinateur.

Enfin, cette étude correspond à un travail de recherche de niveau 3 : observationnelle et non interventionnelle. Par conséquent, il n'y a pas d'action propre au niveau des patients et les recherches ne comportent aucun risque ni contraintes. Les prises en charge du patient ne sont pas modifiées, les actes sont pratiqués à l'identique et les produits sont utilisés de manière habituelle. Cette étude est dite « hors champ » et ne nécessite donc pas une démarche auprès du comité de protection des personnes (demande CPP). Afin de respecter strictement cette protection des données recueillies lors des entretiens semi-directifs, il aurait été recommandé (en axe d'amélioration) de soumettre une demande spécifique à la CNIL. Néanmoins, des précautions ont été prises dans cette étude, garantissant la sécurité des informations recueillies.

ANNEXE VI : le bilan général et bilan de l'anxiété

- A l'interrogatoire : « Est-ce que vous êtes stressés ? » (E1), « Vous avez peur que ça vous fasse mal » (E1), « Après, j'en ai déjà eu, quand ils sont très stressés, ils le disent : « ah je suis très très anxieux » » (E1), « Mais je ne pose pas la question de but en blanc : « Comment ça va du côté psy ? », ça je ne pose pas » (E2), « J'ai déjà eu des patients qui sont venus 20-25 minutes qui n'ont fait que parler » (E3), « Puis je commence à parler d'anxiété, de tension, de voilà, manque de confiance. Et puis, je ne l'ai plus revu. On a fini la séance et voilà. [...]. Et donc, il y a des personnes qui ne supportent pas d'entendre la vérité. [...] Travailler dans ces conditions, ce n'est pas aidé, lui dire, elle peut se braquer et ne plus revenir. [...] Et elle a tout dévoilé, elle m'a dit « Oui je n'ai pas aimé du tout mais je comprends, je suis prête à entendre, en fait, vous m'avez beaucoup aidé mais j'ai mis du temps à comprendre tout ça » » (E3), « En général, je ne vais peut-être pas lui en parler tout de suite à la première séance. [...]. Mais après, généralement, au fur et à mesure des séances, les gens ils te connaissent mieux et des fois, ils s'ouvrent aussi d'eux-mêmes » (E5), « Je pose très peu de questions sur la partie psychologique parce que je sais que moi, je n'y ai pas accès. C'est-à-dire que je ne vais pas moi en tant que kiné en 20 minutes, faire une séance de psy » (E6), « Souvent, les patients se mettent spontanément eux-mêmes à parler » (E6), « Il ne faut pas qu'il le ressente comme vraiment la question et où ils nous voient écrire les choses, il faut vraiment les écouter, plus en confiance je trouve » (E7), « Elle va dire plus de choses indirectement sans se rendre compte que tu veux l'interroger sur ce domaine précis » (E8)
- Être attentif à des informations sur la vie du patient ("Ce qui est important aussi dans l'anamnèse, c'est que je note des petits détails pour ne pas les oublier") (E1)
- "La première fois, ça va être difficile, parce que je ne le connais pas, je ne sais pas comment il est, je ne sais pas s'il est angoissé, si c'est l'angoisse de la blouse blanche, si c'est une angoisse plus profonde, si c'est voilà. Mais à force, ça je trouve que c'est un bilan qui se fait à force de travailler avec lui, au fur et à mesure des séances." (E2)
- « Le côté droit représente plutôt le côté paternel, l'élan vitale, la pression qu'on se met au quotidien et le côté gauche, le côté émotionnel » (E3)
- « J'allonge les patients sur le dos. Et je fais une élévation des membres inférieurs. Donc si déjà au bout de 15-20°, elle dit « Ouuuuh, j'ai mal, j'ai mal », déjà, elle est tendue. Ensuite, la personne allongée sur le dos, je bascule une jambe d'un côté, je laisse pendouiller la jambe en bas de la table et en controlatéral, j'ai le bras opposé donc j'étire en diagonal » (E2)
- « « un peu anxieux », « très anxieux », assez rapidement en fait, dans les commentaires du bilan » (E4)
- « Généralement, c'est quand je commence à masser les trapèzes par exemple et que je sens que c'est très très tendu, je leur dis « ah vous n'êtes pas quelqu'un de stressé ? », et là, il me dit « Ah si si ». Donc là, c'est une porte ouverte [...]. Ils savent que j'ai remarqué ça, s'ils ont envie d'en parler, ils en parlent mais je ne vais pas chercher à savoir les causes ou quoi » (E5)

- « Je vais me rendre compte au fur et à mesure qu'il y a des lésions sur le patient que je n'arrive pas à lever » (E6), si les blocages articulaires reviennent : « C'est soit une problématique émotionnelle, soit psychologique, soit spirituelle [...] Ou alors, ça peut être des problèmes simplement psy, des choses qui sont trop lourdes à porter » (E6)
- Ligne de vie : « je trace ce qu'on appelle une ligne de vie, qui part de la naissance à l'instant t de la séance. D'un côté, je vais mettre les problèmes physiques qu'ils ont pu avoir, même en dehors des problèmes de kiné. [...] Donc d'un côté, tout ce qui est médical et de l'autre côté, tout ce qui est psychologique. Ça peut être un licenciement, la retraite, un mariage, un divorce » (E7)
- « Ce n'est pas parce que tu as une fibromyalgie que tu vas toujours t'orienter vers le psychologique et ce n'est pas parce que t'as quelqu'un qui a juste une entorse de cheville que tu ne vas pas t'orienter vers le psychologique » (E8)
- « Tu as des études sur les piliers des gens au niveau psychologique. T'as pilier 1, pilier 2, pilier 3, et en fonction de la personnalité des gens, tu vas pouvoir te permettre de poser certaines questions ou pas » (E8).

Tableau IV : Manière de réaliser son bilan selon les kinésithérapeutes interrogés

Techniques de bilan	Nb de kinés
Interrogatoire	7 (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8)
Bilan sur plusieurs séances	1 (E2)
La latéralisation des douleurs	1 (E3)
Test d'élévation des MI pour estimer la tension musculaire	1 (E2)
Utilisation d'une échelle subjective (« un peu anxieux », « très anxieux »)	1 (E4)
Question directe au patient sur le stress s'il remarque une tension dans les trapèzes	1 (E5)
Si les douleurs persistent ou reviennent (lésions, blocage, etc)	1 (E6)
Ligne de vie avec d'un côté les événements physiques et de l'autre les événements psychologiques	1 (E7)

ANNEXE VII : Facteurs prédictifs

Tableau V : Détail des facteurs prédictifs d'anxiété

	Détail des facteurs prédictifs d'anxiété
A l'interrogatoire	<u>Troubles cognitifs</u> : Fatigue (E3) (E6), perte d'énergie (E6), trouble du sommeil (E7) Crises de panique (E7), Coup de blues (E2) <u>Douleur</u> : Somatisation : capsulite rétractile, torticolis, ulcère à l'estomac (E1), lumbago récidivant (E3), douleurs lombaires/thoraciques (E5) (E6), douleurs d'épaule (E6), Boule au ventre (E1) (E8), boule dans la gorge (E1), trouble de l'appétit (E3), nausées (E3), bruxisme (E3), souffrance au niveau des ATM (E8), Céphalée de tension (E3), maux de tête (E3) (E5) <u>Parcours de soin</u> : Le patient qui a vu plusieurs professionnels de santé (E8) <u>Mode de vie</u> : Le patient qui ne sait pas comment se mettre (E2) (E6) Observance du patient (E3) Arrêt de travail (E3) Le patient qui n'arrive pas à se reposer (E8)
Visible A l'appréciation du kiné	<u>En cutanée</u> : Rides (E1) « Etat d'esprit figé dans le regard » (E1), visage fermé (E6) Eczéma, rougeur de peau (E1) Phobie du toucher (E7) Transpiration (E2) (E3) <u>Aspect global</u> : Tremblement (E1) (E7) Voix (E2) (E6), difficulté à s'exprimer (E2), façon de verbaliser (E3), rire compulsif (E3), manière de parler (E4) (E5), persévérance verbale (E6), verbalisation surtout des femmes (E7) Le patient qui va être speed (E8) Le patient qui veut toujours savoir comment il a progressé (E8)

	Le patient qui pose beaucoup de questions (E2) (E4) (E8), personnes qui font des recherches sur internet (E8) Assurance de la personne (E3), manque de confiance en soi (E4) (E5), repli sur soi (E7) Manière de se déshabiller (E7) La fréquence des rendez-vous (E3) <u>En respiratoire :</u> Le patient qui a du mal à reprendre son souffle (E2) Respiration paradoxale (E3), respiration costale haute (E3) (E8) <u>Tension :</u> Spasmes, tensions musculaires (E3) (E6) (E7) (E8), difficulté de relâchement (E4), contractures/tension au niveau des trapèzes (E5), tension au niveau des masséters (E8) <u>Attitude posturale</u> (statique et dynamique) : Posture (E3) (E7), attitude en élévation d'épaule (E4) (E5) (E7), attitude en protection (E7), enroulement des épaules, bras croisés (E7), posture de fermeture (E8) Oscillations de la jambe surtout des hommes (E7)
--	--

ANNEXE VIII : Traitements

Tableau VI : Détail des traitements contre le stress selon les kinésithérapeutes interrogés

Techniques	Nb de kinés	Détails des traitements contre le stress
Travail relationnel	8 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8)	Expliquer au patient (E1) (E2) (E8) Être honnête (E1) (E2) Ne pas être à côté du patient quand il se déshabille (E1) Être ponctuel (E1) (E8) Être à l'écoute (E1) (E3) (E5) (E7) Laisser le patient parler (E3) Être souriant (E1) Être doux (E1) Réputation, bouche à oreille (E1) Rassurer le patient (E1) (E2) (E4) (E8) Encourager le patient (E7), motiver le patient (E7) Être positif (E7) Prendre son temps (E1) Proposer un verre d'eau (E1) Parler d'autre chose (E1) (E4), plus de discussions (E4) (E5) (E6) (E7) (E8) Essayer de les mettre à l'aise (E2) Utilisation de citations (E8) Utilisation de l'humour (E8)
Travail ostéoarticulaire	5 (E1, E2, E3, E4, E8)	Ne jamais rater la première manipulation (E1) Eviter ce qui pourrait faire mal (E1) Mobilisations douces de faible amplitude (E2) (E4) Travail crânien (E3), traction cervicale (E8), pompage du 4^{ème} ventricule (E8) Légères décoaptations (E2) Ostéopathie (E1) (E3) (E8) Favoriser la bonne installation du patient (E8)
Travail musculo-tendineux	6 (E1, E2, E3, E6, E7, E8)	Etirement (E2) (E3) (E7) (E8) Masser (E1) (E2) (E3) (E6) (E7) (E8)
Travail viscéral	1 (E3)	Travail viscéral (E3)
Travail respiratoire	4 (E3, E5, E7, E8)	Travail respiratoire (E3) (E5) (E7) (E8)

Psychothérapie	5 (E1, E3, E5, E6, E8)	Psychothérapie (E3) Donner des pistes de type sophrologie (E1) (E8), méditation (E1) (E3), hypnose (E3) (E8), Chi Kong (E5) (E8), relaxation (E8), Tai Chi (E8), aquagym (E8), cures (E8) Thérapie énergétique (E6), techniques kinésio-énergétiques (E6) Yoga comme l'Uddiyana Bandha (E6) Petits bonhommes allumettes (E6) Travail de relativisation de leur vie (E6) (E8)
Micro-kinésithérapie	1 (E3)	Micro-kinésithérapie (E3)
Médecine chinoise	1 (E5)	Médecine chinoise (E5)
Education	1 (E3)	Education (E3) Alimentation (E3) Prévention (E3)
Activité physique	1 (E5)	Activité physique (E5)
Fasciathérapie	1 (E6)	Fasciathérapie (E6)

ANNEXE IX : Pathologies

Tableau VII : Pathologies les plus fréquemment cités par les Masseurs-kinésithérapeutes

Domaines	Nombre de kinésithérapeutes	Détail des pathologies
Pathologies chroniques	3 (E2, E4, E6)	Pathologies chroniques (E2) (E4), douleur invalidante de plus de 6 mois (E6)
Neurologie	5 (E2, E5, E6, E7, E8)	Douleurs nerveuses (E2), névralgie d'Arnold (E8) AVC (E5), neuro (E6) (E7)
Rhumatologie	4 (E3, E4, E5, E8)	Lumbago, lombalgie (E3) (E8), cervicalgies (E3) (E8) : « Après, il peut y en avoir dans la lombalgie mais il y a tellement de patients lombalgiques et très peu de patients anxieux par rapport à ça (grimace) que moi, je ne dirai pas que c'est fréquent » Algodystrophie (E5) Fibromyalgie (E4) (E8) Capsulite (E4)
Viscéral	1 (E3)	Maux de ventre (E3)
Ostéoarticulaire et musculo-tendineux	3 (E3, E4, E7)	Déchirure musculaire, tendinopathie (E3) (E4) Entorse de cheville (E7)
Problèmes cutanés et trophiques	1 (E3)	Problèmes cutanés et trophiques (E3)
Handicap physique	1 (E4)	Patient présentant un handicap physique (E4)
Douleurs idiopathiques	1 (E6)	Douleurs idiopathiques (E6)
Cancer	1 (E7)	Cancer (E7)

Grosses maladies	1 (E7)	Grosses maladies (E7)
---------------------	--------	-----------------------

ANNEXE X : Avantages et inconvénients

Tableau VIII : Avantages de la mise en place d'un outil d'évaluation de l'anxiété

Avantages	Nb de kinés
Dans le cadre d'un protocole	1
Connaitre plus précisément le niveau d'anxiété	1
Avantage pour les transmissions	2
Utile pour ceux qui n'ont pas une bonne intuition	1
Utile pour des patients qui ne le diraient pas d'eux-mêmes	1
Amener le patient à se poser des questions	1
Utile pour le suivi	1

Tableau IX : Inconvénient à proposer un questionnaire d'évaluation du stress

Inconvénients	Nb de kinés
Ne pas savoir quoi en faire	2
Trop de papiers administratifs	1
Trop thérapeute-dépendant	1
Inutile si on a une bonne intuition	1
Inutile d'un point de vue économique et temporel	1
Le patient peut le prendre mal	2
Peut induire le kinésithérapeute en erreur	1

Tableau X : Détails des avantages/inconvénients à proposer un questionnaire d'évaluation du stress

Avantages	Inconvénients
Dans le cadre d'un protocole (E1) : « Par contre ça peut être intéressant si on veut développer des techniques de soin pour faire un protocole et vérifier qu'il marche sur un plan scientifique » « Mais oui, si on arrive à faire un bon bilan et qu'après, on sait quelle attitude avoir avec ce type de patient en fonction du bilan, là oui, ça peut être intéressant » (E2)	Inutile (E1) : « je ne sais pas ce qu'on en ferait finalement » « Moi je n'en fais pas parce que je ne saurai pas quoi faire de plus avec » (E2) Trop de papiers, trop d'administratif (E3) Thérapeute-dépendant : « On n'a peut-être pas la même vision d'un patient stressé de l'un à l'autre » (E4) « Après, je pense que ça dépend des kinés aussi parce que moi, je suis plutôt du genre à m'adapter en fonction de la personne. Je

« Mais je pense qu'un outil bien adapté pourrait révolutionner le monde de la kiné, ça c'est clair, ouais ouais » (E3) « permet de savoir un petit peu plus précisément les niveaux d'anxiété du patient » (E4) « mieux pour les transmissions » (E4) (E5) « Chez tous les gens qui n'ont pas une intuition des problématiques des gens, avoir ça dans le bilan, c'est une bonne idée » (E6) « Il faut mettre ça éventuellement avec des patients qui ne t'auraient pas parlé de ça à la base, parce qu'ils pensent que ce n'est pas ton problème » (E6) "Et c'est impératif pour le patient qui n'a pas envie d'en parler parce qu'il ne sait pas qu'il peut avoir une solution chez toi par rapport à ça. [...] Parce que tu peux leur apporter des solutions même si ce n'est pas toi qui la donne » (E6) « Quelque chose qu'on puisse remplir tout au long de la prise en charge de la personne, pourquoi pas » (E7) « Mais c'est clair, je le vois pour moi dans ma pratique quotidienne, c'est lié, on ne peut pas séparer le physique et le psychologique » (E7) « Les généralistes un quart d'heure, les spécialistes c'est 5 minutes des fois. Là c'est vrai que c'est avec nous qu'ils ont du temps » (E7) « C'est objectif, c'est carré, ça permet au patient de l'amener implicitement à se poser des questions » (E8)	suis quelqu'un de très ouverte et compréhensible mais ce n'est peut-être pas le cas de tous les kinés non plus quoi » (E5) « Tu mets ça dans ton bilan mais tu as une bonne intuition, ça n'a aucun intérêt » (E6) « C'est aussi compliqué parce que si le patient n'a pas envie de te parler de ça, il ne va pas te parler de ça » (E6) « Je te dirai donc que d'un point de vue économique, rajouter la dimension psychologique dans notre travail de kiné sur le premier bilan, c'est compliqué et peut-être inutile parce que tu vas avoir ces informations par la suite, ou pas » (E6) « Comme je vous disais, la première séance, c'est un petit peu compliqué d'aborder les choses comme ça parce que le patient ne va pas nous faire confiance tout de suite » (E7) « Il faut savoir l'aborder avec le patient parce que j'ai déjà eu aussi des patients qui me disaient « oui de toute façon, on m'a dit que c'était dans ma tête. Et ils le prennent mal du coup » » (E7) « Après, on n'est pas psychologue » (E8) « C'est objectif, c'est intéressant mais à la fois, c'est un peu induire en erreur » (E8) « Après de mon point de vue, c'est par rapport à ce que je pense, je suis très subjectif et je n'aime pas trop ce qui est case et conformité » (E8) « Quand il va répondre aux questions, le patient, il n'est pas bête. Il va savoir pourquoi on lui pose ces questions-là. Et si c'est pas du tout le cas, le patient va se dire « ouais le kiné il pense que j'ai des troubles psy, tout
--	--

« Le faire et le garder pour toi parce que le patient, on ne sait jamais comment il va réagir face à ça » (E8) « Et peut-être d'en faire plusieurs pour voir comment ça évolue » (E8)	ça, il ne prend pas ma pathologie au sérieux, il pense que c'est dans ma tête » » (E8)
---	---

Quels sont les intérêts de l'évaluation de l'anxiété dans la prise en charge du patient selon les masseurs-kinésithérapeutes libéraux du Grand Est ?

Introduction : Selon la HAS, « l'anxiété est un trouble de l'humeur se traduisant par des émotions de peur et/ou des inquiétudes et/ou des signes physiques de stress excessif par rapport aux dangers éventuels ». L'objectif de cette étude est de savoir, selon les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, quels sont les intérêts à proposer une évaluation de l'anxiété en début de prise en charge.

Méthode : Nous avons réalisé 8 entretiens semi-directifs auprès de kinésithérapeutes libéraux du Grand Est tirés au sort. Nous avons souhaité recueillir leur point de vue concernant les intérêts à proposer une évaluation de l'anxiété en début de prise en charge lors du bilan diagnostique kinésithérapique.

Résultats : 100% des MK interrogés utilisent un bilan dès l'arrivée du patient mais 100% d'entre eux semblent intégrer l'évaluation de l'anxiété uniquement de manière subjective. Plusieurs d'entre eux se basent sur leur observation et sur les réponses du patient au moment de l'interrogatoire pour déterminer un éventuel état de stress chez le patient. L'attitude du MK face à ces situations de stress semble très abstraite et très variée. Les réponses quant au nombre de patients concernés par le stress sont très hétérogènes. Plusieurs avantages et plusieurs inconvénients sont mentionnés en fin d'entretien pour expliquer la raison pour laquelle l'évaluation du stress reste subjective.

Discussion : En opposition avec la littérature, nous remarquons donc que les kinésithérapeutes ont tendance à ne pas utiliser les échelles d'anxiété existantes. Selon certains masseurs-kinésithérapeutes interrogés, nous sommes bien placés pour dépister un éventuel état de stress, car nous passons du temps avec le patient. Le bilan devrait ainsi être proposé chez l'ensemble des patients, indépendamment de leur pathologie. Le stress peut représenter un obstacle à la progression de la prise en charge et à l'évolution du patient.

Conclusion : Nous pouvons en conclure que la réalisation d'une évaluation de l'anxiété lors de la réalisation du BDK s'accompagne à la fois d'avantages et d'inconvénients. Il pourrait être intéressant de concevoir une fiche bilan accessible aux masseurs-kinésithérapeutes qui pourrait être remplie directement par les MK.

Mots clés : anxiété, bilan, échelle, masseurs-kinésithérapeutes libéraux, stress.

What are the benefits of the assessment of anxiety in the management of the patient according to liberal physiotherapists from the east?

Introduction : According to the HAS, "Anxiety is a mood disorder resulting in feelings of fear and / or worry and / or physical signs of undue stress in relation to possible dangers." The objective of this study is to find out, from the point of view of free-lance physiotherapists, what are the advantages of offering an assessment of anxiety at the start of treatment.

Method : We carried out 8 semi-structured interviews with free-lance physiotherapists from the Grand Est drawn by lot. We wanted to collect their point of view concerning the advantages of proposing an assessment of anxiety at the start of treatment during the physiotherapy diagnostic assessment.

Results : 100% of physiotherapists interviewed use a check-up as soon as the patient arrives, but 100% of them seem to integrate the assessment of anxiety only subjectively. Many of them rely on their observation and the patient's answers during the interview to determine a possible state of stress in the patient. Physiotherapists' attitude to these stressful situations seems very abstract and varied. Responses as to the number of patients affected by stress are very heterogeneous. Several advantages and several disadvantages are mentioned at the end of the interview to explain why the assessment of stress remains subjective.

Discussion : In contrast to the literature, we notice that physiotherapists tend not to use existing anxiety scales. According to some physiotherapists interviewed, we are in a good position to detect a possible state of stress, because we spend time with the patient. The assessment should therefore be offered to all patients, regardless of their pathology. Stress can represent an obstacle to the progression of the care and the evolution of the patient.

Conclusion : We can conclude that performing an anxiety assessment when performing physiotherapy diagnostic assessment has both advantages and disadvantages. It could be interesting to make a balance sheet accessible to physiotherapists which could be filled in directly by the physiotherapists.

Keywords : anxiety, balance sheet, scale, free-lance physiotherapists, stress