



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'ILFMK 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. articles 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>

MINISTERE DE LA SANTE
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

AUTOUR DU RAISONNEMENT CLINIQUE CHEZ LES MASSEURS
KINESITHERAPEUTES LIBERAUX : PRISE EN COMPTE DES FACTEURS DE
RISQUES PSYCHO-SOCIAUX CHEZ LE PATIENT LOMBALGIQUE CHRONIQUE,
ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Sous la direction de Madame Laurence MAUDUIT

Mémoire présenté par Solène MARCEL,
étudiante en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020



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

Je soussigné(e),MARCEL Solène.....

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, le24 avril 2020.....

Signature

REMERCIEMENTS

A l'ensemble des Masseurs Kinésithérapeutes ayant accepté de participer aux pré-tests et aux entretiens de ce mémoire. Merci d'avoir pris le temps de partager avec moi vos réflexions et vos expériences.

A Mme Laurence Mauduit, pour avoir joué son rôle de directrice de mémoire avec bienveillance et intérêt. Merci pour vos encouragements et vos nombreuses relectures malgré les événements de ces derniers mois.

A M. Jean-Pierre Cordier, que ce soit en tant qu'enseignant ou référent, merci d'avoir apporté vos connaissances et votre disponibilité à ces quatre ans.

A mes parents et à Chantal, merci de m'avoir donné la liberté d'hésiter.

A Jérémie et Vincent. Je suis heureuse de constater les liens qui se sont tissés durant ces années étudiantes. Amis et bientôt futurs collègues, félicitations pour vos efforts, ils payent et payeront encore.

A Edith, Elise, Jessica, Judith, Julie, Lise et Marina pour vos relectures et pour tout le reste. Votre présence, vos conseils et votre écoute sont essentiels.

RESUME

Autour du raisonnement clinique chez les masseurs kinésithérapeutes libéraux : prise en compte des facteurs de risques psycho-sociaux chez le patient lombalgique chronique, étude qualitative par entretien semi-directif.

INTRODUCTION Les facteurs de risques psycho-sociaux ont un rôle important dans le développement de la chronicité chez les patients lombalgiques. La littérature rapporte des éléments permettant de mieux les identifier. Ainsi nous proposons d'étudier en pratique comment les masseurs kinésithérapeutes libéraux appréhendent les facteurs psycho-sociaux des patients souffrant de lombalgies chroniques.

METHODE Nous nous sommes appuyés sur une méthode qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 7 MK libéraux prenant en charge des patients lombalgiques. Une grille d'entretien a été élaborée. Nous avons réalisé une analyse compréhensive afin de réaliser une indexation par thème.

RESULTATS Trois thèmes sont ressortis de cette analyse : 1) La chronicité comme lieu de relation thérapeutique ; 2) Les caractéristiques du patient douloureux chronique ; 3) Organisation pratique et raisonnement clinique.

DISCUSSION Nous nous apercevons que le raisonnement des thérapeutes est dynamique, avant tout orienté vers le biomédical. Tous les thérapeutes ont conscience de l'importance de ces facteurs dans la prise en charge. Malgré cela, cet aspect de la prise en charge reste un domaine flou et complexe, parfois source de difficultés. Les données de la science et les outils proposés ne satisfont pas les praticiens, alors que les MK semblent tenir une place de choix dans la prise en charge de ces patients. Proposer un cadre avec des objectifs, garder le contrôle temporel des séances et accompagner les patients en fonction de leurs caractéristiques psycho-sociales semblent être des lignes de conduite qu'il est encore nécessaire de construire.

CONCLUSION Chaque thérapeute développe sa propre méthode et les outils de la science posent des difficultés d'utilisation et d'appropriation. Il serait probablement intéressant de casser l'isolement des thérapeutes, d'échanger afin d'améliorer les pratiques sur ce sujet.

Mots clés français : « facteurs psycho-sociaux », « lombalgie chronique », « modèle bio-psycho-social », « pratique libérale », « raisonnement clinique »

ABSTRACT

About clinical reasoning in private practice : How do physical therapists consider psycho-social risk factors in chronic low back pain patients ? Qualitative study by semi-structured interviews

INTRODUCTION Psycho-social risk factors play an important rule in the development of chronicity in low back pain patients. Literature reports some ways to identify them easily. Therefore, we propose to study how do physical therapists in private practice perceive psycho-social risk factors of patients with low back pain ? »

METHOD We interviewed 7 physical therapists taking care of chronic low back pain patients using a qualitative study approach with semi-structured interviews. An interview guide has been developed. We carried out an understanding analysis to do an indexing by theme.

RESULTS Three themes emerged from this analysis : 1) Chronicity like an area of therapeutic relationship ; 2) Characteristics of the chronic pain patients ; 3) Practical organization and clinical reasoning.

DISCUSSION We observed that clinical reasoning of therapists is dynamic, primarily oriented towards biomedical topics. All therapists are aware of the importance of psycho-social factors in the management of low back pain. However, this part of management remains unclear and complex, sometimes being a source of difficulty. The science's data and the proposed tools don't satisfy practitioners, while physical therapists seem to play an important part in low back pain patients management. Proposing a framework with objectives, keeping temporal control of sessions and supporting patients according to their psycho-social characteristics seem to be guidelines that need to be developed.

CONCLUSION Each therapist develops his own method and available tools present some difficulties for clinical use. It would probably be interesting to break the isolation of therapists, to exchange and improve practices on this subject.

Keywords : "psychosocial factors", "chronic low back pain", "biopsychosocial model", "private practice", "clinical reasoning".

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1. Contexte	1
1.2. Aspects théoriques	3
1.2.1. Recommandations de prise en charge d'un patient présentant une lombalgie commune	3
1.2.2. La douleur chronique	5
1.2.3. Le raisonnement clinique	8
2. MATERIEL ET METHODE	11
2.1. Stratégie de recherche documentaire	11
2.2. Méthode	11
2.2.1. Justification de la méthode qualitative	11
2.2.2. Présentation de la population	12
2.2.3. Elaboration du guide d'entretien	14
2.2.4. Mise en place des entretiens semi-directifs	15
2.2.5. Méthode de retranscription	16
2.2.6. Analyse de contenu des résultats	17
2.3. Matériel	17
3. RESULTATS	17
3.1. Concernant la population	17
3.2. Concernant les entretiens	18
3.2.1. La chronicité comme lieu de relation thérapeutique	19
3.2.2. Le patient douloureux chronique	24
3.2.3. Organisation et raisonnement clinique	32
4. DISCUSSION	41
4.1. Qualité méthodologique et limites de l'étude	42
4.2. Discussion des résultats et validité externe de l'étude	43
4.2.1. Chronicité comme lieu de relation thérapeutique	44
4.2.2. Le patient douloureux chronique	45
4.2.3. Organisation et raisonnement clinique	47
4.2.4. Risque de passage à la chronicité et stratification du risque de chronicisation	48
5. CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	

ANNEXES	
ANNEXE I : Les différents types de drapeaux	
ANNEXE II : Exemples de structures d’entretiens retrouvés à travers la littérature.	
ANNEXE III : Représentation graphique du processus de raisonnement clinique selon l’équipe de Charlin et al	
ANNEXE IV : Guide d’entretien semi-directif utilisé pour ce travail.....	
ANNEXE V : Présentation de la population de l’étude.	
ANNEXE VI : Retranscriptions des entretiens 1 à 7.	
Entretien n°1 – 18-11-2019 – au cabinet du MK – 41 minutes.....	
Entretien n°2 – 21-11-19 – au cabinet du MK – 36 minutes.....	
Entretien n°3 - 19-11-19 – au cabinet du MK – 43 minutes	
Entretien n°4 – 29-11-19 – au cabinet du MK – 52 minutes.....	
Entretien n°5 – 16-12-2019 – au cabinet du MK – 46 minutes.....	
Entretien n°6 – 21-12-2019 - Visio-conférence – 49 minutes	
Entretien n°7 – 10-01-2020 – au cabinet du MK – 55 minutes.....	

LISTE DES ABREVIATIONS

AFTNM : Association Française des Thérapies Non Médicamenteuses

APTA : American Physical Therapy Association

AT : Arrêt de Travail

CMK : Collège de la Masso-Kinésithérapie

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

D.E. : Diplôme d'Etat

EBP : Evidence Based Practice

FABQ : Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

ICD-11 : International Classification of Diseases (n°11)

ILFMK : Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie

KCE : Belgian Health Care Knowledge Centre

MDT : Mechanical and Diagnosis Therapy

MK : Masseur-Kinésithérapeute

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

SCRIPT : Systematic Clinicial Reasoning Physical Therapy

WCPT : World Confederation for Physical Therapy

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

La réforme des études de kinésithérapie de 2015 a marqué un tournant dans la formation des étudiants. En instaurant une approche par compétences professionnelles, cette réforme vise à entremêler savoir, savoir-faire et savoir-être pour permettre au futur thérapeute d'être capable d'appliquer un raisonnement clinique aux situations multiples qu'il sera amené à rencontrer dans sa carrière. Des compétences relationnelles y sont développées au travers des compétences 1, 4 et 5 notamment (1). Sous les traits de cette réforme se dessinent ceux de *l'Evidence-Based Practice* (EBP) (2). Ce modèle de raisonnement s'applique à faire co-habiter les préférences du patient, l'expertise du thérapeute et les meilleures données de la recherche (3). A côté des données de la science, dont les recommandations professionnelles sont la synthèse, l'expérience du thérapeute est une donnée propre à ce dernier, fruit de ses années de pratique et de ses diverses formations. Elle représente un filtre d'appréciation par lequel le thérapeute réalise les soins qu'il estime les meilleurs.

La démarche centrée sur le patient revêt un caractère particulier lors des prises en charge des pathologies chroniques. La relation thérapeute-patient jouant un rôle primordial dans le suivi du patient, les prises en soin longues et complexes n'en seront que plus impactées (4,5). De plus, le traitement de ce type de pathologie nécessitera une part importante d'éducation et de participation active du patient, donc de communication avec son thérapeute (6,7). Il est nécessaire d'instaurer dès le premier abord, et donc, dès le moment de l'interrogatoire, une relation singulière, dépendante de l'expérience du kinésithérapeute.

De nouvelles recommandations concernant la prise en charge des lombalgies ont été publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2019. Il y est rappelé l'importance en santé publique de cette pathologie (8). A travers celles-ci, les experts proposent aux praticiens un arbre décisionnel à partir des meilleures preuves scientifiques. La notion de facteurs de risque de chronicisation apparaît et est présentée comme un facteur d'orientation pour le

kinésithérapeute afin que ce dernier propose une prise en charge « *avec participation active du patient* ». Cependant, même si des questionnaires validés sont cités, l'évaluation de ces facteurs reste à l'appréciation des thérapeutes. Ainsi, nous pouvons nous demander : Comment ces facteurs influencent-ils le raisonnement et la prise en charge des thérapeutes ? Comment, dans la pratique de terrain, les masseurs-kinésithérapeutes recherchent-ils ces facteurs ? Comment font-ils usage des outils fournis par la science ?

Ce travail est le fruit d'une réflexion étudiante, suite à la confrontation des savoirs acquis en formation et aux situations rencontrées sur le terrain. Chaque thérapeute rencontré à ces occasions a permis de nouvelles réflexions car les approches observées étaient à chaque fois différentes. L'abord du patient chronique a semblé, souvent, être un point délicat et complexe car de longue haleine et comportant des aspects, notamment psychologiques, avec lesquels tous les thérapeutes ne sont pas à l'aise, parfois même pouvant éveiller un sentiment d'échec thérapeutique (9,10). Le caractère récent de la publication des recommandations concernant la lombalgie chronique, ainsi que la fréquence de patient souffrant de cette pathologie ne sont que des arguments supplémentaires qui nous ont poussés vers cette question de recherche :

Comment les masseurs-kinésithérapeutes libéraux appréhendent-ils les facteurs psychosociaux des patients souffrant de lombalgies chroniques ?

L'objectif premier de ce travail est de tenter de comprendre les processus de raisonnement mis en œuvre par les thérapeutes lors de la prise en charge d'un patient lombalgique chronique en ce qui concerne les facteurs de risques psycho-sociaux. Les objectifs secondaires consistent en la compréhension des comportements des thérapeutes vis-à-vis des outils disponibles sur le sujet (formations, questionnaires, recommandations) ainsi que de faire émerger des hypothèses de solutions en fonction des stratégies développées par les thérapeutes.

Notre travail s'appuiera sur les hypothèses suivantes :

- H1 : le processus de raisonnement des Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) est un raisonnement linéaire ;
- H2 : le processus de raisonnement des MK est un raisonnement à orientation biomédicale ;
- H3 : les MK ont une place particulière parmi les professionnels de santé leur permettant le recueil d'informations personnelles ;
- H4 : les MK s'appuient sur les outils disponibles (formations, questionnaires, recommandations) pour mener leur prise en charge ;
- H5 : les MK sont relativement isolés dans les prises en charge, que ce soit par rapport à leurs pairs ou par rapport aux autres professions de santé, il y a peu d'échanges concernant les facteurs de risques psycho-sociaux ;
- H6 : les MK ont des représentations négatives des patients lombalgiques chroniques qui peuvent nuire à la prise en charge.

Il est nécessaire de comprendre que la méthodologie utilisée rend difficile l'affirmation ou non d'une hypothèse, elle cherche plutôt à dégager une tendance.

1.2. Aspects théoriques

1.2.1. Recommandations de prise en charge d'un patient présentant une lombalgie commune

1.2.1.1. Définition actuelle de la lombalgie chronique

Malgré son importance épidémiologique, la définition de la lombalgie n'est pas simple et la seule utilisation d'un terme approprié fait l'objet de controverse. Les recommandations récentes de la HAS (8), préconisent l'utilisation du terme « *lombalgie commune* » et non pas des termes « *douleurs lombaires* » ou « *lombalgie non spécifique* ». La synthèse des

recommandations en donne cette définition « *Une douleur situé entre la charnière thoracolumbaire et le pli inter-fessier inférieur [...] (qui) peut être associée à une radiculalgie correspondant à une douleur d'un ou des deux membres inférieurs au niveau d'un ou plusieurs dermatomes [...] (et qui) ne comporte pas de signes d'alerte.* »

Les lombalgies à risque de chronicisation sont les lombalgies de moins de 3 mois sans résolution et avec présence de drapeaux jaunes. Les épisodes de lombalgie récidivante (c'est-à-dire lorsque les symptômes de lombalgie aiguë récidivent dans les 12 mois) sont également des lombalgies à risque de chronicisation. La lombalgie chronique est une lombalgie de plus de 3 mois. Ces deux types de lombalgie doivent faire l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire cohérente (8,11,12).

1.2.1.2. La prise en charge de la lombalgie

Les drapeaux rouges ou « *red flags* » dans la littérature anglo-saxonne étant les principaux critères d'urgence à rechercher et à écarter dans la prise en charge de la lombalgie, ils figurent bien évidemment dans les premiers éléments de l'arbre de raisonnement du clinicien pour orienter sa prise en charge. Une fois ces éléments écartés, le facteur « *chronique ou à risque de chronicisation* » doit être exploré par le clinicien (8). Ces facteurs sont prédictifs de l'installation, de la chronicisation de la lombalgie et sont des obstacles à la récupération (13,14). En effet, il existe un lien dynamique et bidirectionnel entre la douleur chronique et les facteurs de risques psycho-sociaux (14,15). Ainsi, la littérature et les avis d'experts tendent tous à identifier les facteurs de risques psycho-sociaux comme largement impliqués dans la lombalgie chronique (10,13,16).

Tout d'abord, dans une logique préventive, les différentes recommandations européennes, tout comme l' American Physical Therapy Association (APTA), s'orientent vers une « *stratification* » du risque de chronicisation afin de réaliser une classification en sous-groupes (faible risque, risque moyen et risque élevé de passage à la chronicisation) pour

proposer une meilleure orientation dans le choix des techniques proposées aux patients (17–19). Ensuite, dans une logique curative, ces facteurs étant particulièrement présents dans les formes chroniques, il est nécessaire de les dépister. Cela permettra d'en tenir compte pour comprendre le comportement douloureux d'un patient et modifier le traitement en conséquence (13).

Toujours dans ces recommandations, la HAS propose des outils afin d'aider les thérapeutes. Des disparités existent concernant la chronologie d'utilisation de ces outils en fonction des pays (Tab. I).

Tableau I : Recommandations par pays concernant les modalités d'évaluation dans le temps des facteurs de risques psycho-sociaux.

	Quand les évaluer ?
France (HAS) (8)	Recherche précoce
Belgique (KCE) (18)	Lors d'un nouvel épisode mais pas dans les 48 premières heures
Angleterre (NICE) (20)	Dès le premier entretien avec un professionnel de santé et à chaque nouvel épisode
Canada (Top) (21)	En l'absence d'amélioration des symptômes (pas de délais précis)
Allemagne (22)	Dès le début de la prise en charge puis à 4 semaines si les douleurs sont persistantes

1.2.2. La douleur chronique

1.2.2.1. Définition

L' *International Association for the Study of Pain* (IASP) a publié en janvier 2019 l' *International Classification of Diseases* n°11 (ICD-11) (23). Dans cette classification, nous retrouvons la classification des douleurs chroniques. Le seul critère de définition permettant de

regrouper toutes les douleurs chroniques est le critère temporel : « la douleur chronique est une douleur qui dure ou qui se reproduit pendant plus de 3 mois ». Sept types de douleurs chroniques sont distingués.

La lombalgie chronique rentre dans la catégorie des douleurs chroniques primaires (Tab. II), cependant il reste à écarter les diagnostics de douleurs chroniques secondaires. Quatre diagnostics de douleurs secondaires nous semblent possibles : Douleurs chroniques secondaires à une pathologie sous-jacente, douleurs secondaires post-chirurgicales ou post-traumatiques, douleurs neuropathiques chroniques, douleurs chroniques musculosquelettiques secondaires.

Tableau II : Caractéristiques de la douleur chronique primaire selon l'ICD-11

Douleur chronique primaire	<ul style="list-style-type: none"> - dans une ou plusieurs régions anatomiques ; - persiste ou se reproduit pendant plus de 3 mois ; - associée à une détresse émotionnelle importante ou à un handicap fonctionnel (interférence avec les activités de la vie quotidienne et la participation aux rôles sociaux) ; - ne peut pas être mieux catégorisée dans un autre type de douleur chronique.
----------------------------------	---

1.2.2.2. Facteurs bio-psycho-sociaux

C'est Waddell (24) qui en 1987 utilise le modèle bio-psycho-social (25) pour l'appliquer aux lombalgies. Ce modèle s'appuie sur l'épidémiologie et l'évolution naturelle des lombalgies dont la majorité a une évolution favorable quelle que soit l'intervention. La prise en charge globale du patient est donc nécessaire pour comprendre la pathologie du patient, sachant que de nombreux paramètres de prise en charge sont subjectifs (douleurs, incapacités, stress...). Ainsi, la douleur émerge de facteurs internes : nociception physiologique et interprétation cognitive (croyance, émotion, attitude, psychologie et émotions) ; ainsi que de facteurs environnementaux (travail, famille, niveau d'éducation...) (15). De cette dichotomie découle les classifications des facteurs psycho-sociaux en drapeaux (14).

1.2.2.3. Classification en drapeaux

La classification des facteurs psycho-sociaux est issue des réflexions de l'équipe de recherche de Kendall *et al.* (26) d'une part, qui ont d'abord évoqué la notion de drapeaux jaunes, comme l'ensemble des facteurs psycho-sociaux qui influence l'invalidité et la perte d'emploi dans les pathologies musculo-squelettiques. Dans l'article original, les auteurs préconisent l'utilisation de questionnaires et d'un interrogatoire clinique. Puis, Main et Burton (27), devant les données croissantes sur ces facteurs, ont suggéré de réserver le terme « *drapeaux jaunes* » aux facteurs propres à la psychologie interne du sujet et proposent de séparer les facteurs liés au travail en deux sous-catégories. Les drapeaux bleus désignent ainsi la perception que la personne a de sa place dans son travail, alors que les drapeaux noirs désignent les caractéristiques objectives du travail de la personne, du système de santé et d'assurance (28) [ANNEXE I]. Il faut signaler que la force de leur signification pronostic provient de leur combinaison. Récemment, il a été proposé de séparer les pathologies psychiatriques (drapeaux oranges), comme par exemple la dépression ou les troubles de la personnalité, des drapeaux jaunes qui concernent des caractéristiques psychologiques (comportement face à la douleur, émotion, croyances) (18).

1.2.2.4. Recherche des facteurs de risques psycho-sociaux

D'après les recommandations de l'APTA (19) de nombreux questionnaires existent pour évaluer ces notions. Quatre scores y sont développés : le *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ), le *Pain Catastrophizing Scale*, l'*Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire* et le *Subgroups For Targeted Treatment Back Screening Tool (STarT Back Screening Tool)*.

L'abondance de questionnaires et leur utilisation permet certes de rendre plus explicite l'examen des facteurs psycho-sociaux, mais leur utilisation pratique et leur pertinence interrogent comme en atteste l'annexe III des recommandations de l'HAS (8) : « *Sauf que les*

questionnaires sont rarement utilisés en pratique quotidienne. » Association Française des Thérapies Non Médicamenteuses (AFTNM) ; « *N'est-il pas possible de fixer un critère pour décider de l'utilisation de ce type d'évaluation ? Que penseriez-vous de vous baser plutôt sur une évolution des symptômes (amélioration, stagnation, ou détérioration) pour choisir ou non l'utilisation d'une telle évaluation ?* » Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK).

En plus de ces questionnaires, l'utilisation d'un entretien avec le patient est régulièrement mentionnée (8, 26, 28). Nous proposons en annexe [ANNEXE II] plusieurs structures d'entretien retrouvés à travers la littérature.

1.2.3. Le raisonnement clinique

1.2.3.1 Définition et compétences

Le raisonnement clinique fait référence aux processus de réflexion et de prise de décisions qui guident les actions des professionnels de santé. Cette stratégie de réflexion fait souvent l'objet de processus inconscients, développés à partir de connaissances théoriques de base puis ordonnés au fur et à mesure de l'expérience du clinicien. Elle fait donc conjointement appel à la réflexion, la vision holistique du patient, et des capacités relationnelles permettant de pouvoir prendre en compte le point de vue du patient. Ainsi, des connaissances approfondies en psychologie, sociologie et en sciences du comportement, tendent à améliorer les compétences des professionnels en raisonnement clinique (29).

1.2.3.2. Identifier les schémas inconscients

La mise en lumière des processus inconscients qui rendent un raisonnement clinique performant fait l'objet de recherches et de publications dans le domaine de la didactique des sciences médicales. Ainsi, Charlin *et al.* proposent un schéma multidimensionnel élaboré auprès de médecins et de dentistes (30). Cette représentation [ANNEXE III] est

particulièrement intéressante puisqu'elle montre un processus dynamique et non linéaire. Une relation thérapeutique est en permanence régulée par les processus cognitifs du thérapeute (métacognition), par rapport aux connaissances encapsulées et à des scripts thérapeutiques élaborés à travers l'expérience du clinicien.

1.2.3.2.1. Les connaissances encapsulées et scripts de maladie

Les chercheurs ont montré que les thérapeutes experts procédaient à une encapsulation des connaissances biomédicales apprises pendant leur cursus. Il s'agit d'un « *mécanisme d'apprentissage qui peut être défini comme le rassemblement de concepts très détaillés dans un nombre de concepts plus petits mais de niveaux supérieurs* » (31).

Les thérapeutes experts formalisent également des scripts médicaux au fur et à mesure de leur expérience (31). La gestion d'un patient produit une succession de faits narratifs qui vont être enregistrés dans la mémoire du thérapeute sous forme d'un scénario. Ainsi, lors de la rencontre avec un nouveau patient, le thérapeute fait par la suite jouer le jeu des probabilités de ressemblance avec un cas précédemment rencontré pour formaliser ses hypothèses. Ces scripts sont enrichis à chaque nouvelle prise en charge. Ils sont donc le fruit d'une certaine analyse de sa pratique professionnelle et participent à l'écart d'expertise qui existe entre un thérapeute débutant et un thérapeute expérimenté.

1.2.3.2.2. Recueil des informations pertinentes

Le schéma de Charlin *et al.* [ANNEXE III] montre ainsi que le processus « catégorisation pour agir » subit l'influence de 3 grands axes (30): [1] l'organisation de connaissances afin d'agir, ce processus reposant sur les scripts de maladie et sur l'encapsulation de connaissances ; [2] la capacité de réguler ses processus cognitifs en tenant compte de l'avis du patient ; [3] la détermination des bons objectifs. Ce dernier axe nécessite un savoir-faire car il nécessite pour le thérapeute de savoir rechercher les informations pertinentes en fonction du

contexte, de savoir analyser les données récoltées pendant la rencontre clinique. Le modèle Systematic Clinical Reasoning Physical Therapy (SCRIPT) (32) cherche à rendre compte de ces processus cognitifs spécifiquement pour les MK. La section 3 de ce modèle concerne le recueil des « facteurs contributifs » : cependant, il y a peu d'indications concernant la manière de les recueillir et les auteurs attirent l'attention sur le fait que ces éléments ne doivent pas peser trop lourd dans le processus réflexif afin de ne pas passer à côté d'un véritable trouble physique. Nous retrouvons dans ce schéma des éléments se trouvant dans des modèles de raisonnement clinique établis chez les MK : le raisonnement hypothético-déductif, les scripts thérapeutiques, la prédiction clinique et enfin le raisonnement narratif afin de remettre les données dans un contexte (33,34).

1.2.3.3. L'étape de l'évaluation psycho-sociale

La prise en charge d'un patient douloureux chronique se particularise par le fait que le thérapeute doit s'attarder sur les facteurs modulateurs de la matrice de la douleur, s'il s'agit d'un patient ayant un trouble de la sensibilisation du système nerveux central. Le modèle PSCEBSM (35) donne comme modulateurs de la douleur les éléments suivants : *Pain, Somatic and medical factors, Cognitive factors, Emotional factors, Behavioral factors, Social factors, Motivational factors*. Nous retrouvons dans ce modèle les facteurs développés dans le modèle « des drapeaux », repris dans les recommandations de la HAS. Il propose d'ailleurs, comme le système « des drapeaux », d'évaluer les différents items grâce à des questionnaires, qui relèvent de connaissances approfondies en psychologie. Il apporte cependant un élément supplémentaire grâce à l'évaluation de la motivation du patient et il montre que le statut du thérapeute évolue en fonction de ces phases. Le thérapeute est ainsi « parent nourricier » lorsque le patient est en phase de pré-contemplation puis devient « enseignant » lors de la phase de « contemplation », « entraîneur » lors de la phase de préparation au changement, puis « consultant » lors des phases d'action et d'entretien. Ce modèle montre qu'une relation thérapeutique évolue dans un temps relativement long et que le thérapeute doit en avoir conscience afin d'évaluer les stades de motivation du patient et savoir s'adapter à ceux-ci.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Stratégie de recherche documentaire

De nombreux documents sont issus de recommandations françaises, étrangères ou internationales (HAS, APTA, IASP...). D'autres données sont issues des bases de données scientifiques suivantes : MedLine, Science Direct, Cochrane Library. Les équations de recherche utilisées ont été les suivantes : clinical AND assessment AND chronic pain [MeSH] ; Yellow AND flags AND Assessment AND low back pain [MeSH] ; physical therapists OR physiotherapist AND attitude AND chronic pain [MeSH] ; biopsychosocial AND low back pain. Nous avons retenu les articles utilisés dans ce travail en fonction des titres, des résumés des articles puis à la lecture de ceux-ci. Les dates (moins de 10 ans) et les auteurs des articles (groupement d'experts) ont également été des critères importants dans le choix. Quarante-trois articles ont été retenus pour appuyer ce travail.

2.2. Méthode

2.2.1. Justification de la méthode qualitative

De nombreux travaux ont montré l'importance des facteurs psycho-sociaux dans le risque de chronicisation de la douleur (28, 36, 37) et d'autres travaux ont montré l'importance de la qualité de la communication dans la relation patient-thérapeute (4, 5, 7). Or, la démarche qualitative cherche à comprendre des modes de pensées et à décrire des pratiques sociales, au travers des récits de quelques individus et donc sans traitement numérique (38, 39). C'est donc ici, tout l'objet de ce travail. De nombreux auteurs de la littérature scientifique en santé, notamment anglophones, montrent la complémentarité de la démarche qualitative, afin de tendre vers un modèle d'EBP non-uniquement orienté par les seuls résultats statistiques des recherches quantitatives (40–42). Nous utiliserons une méthodologie issue de la théorie ancrée avec une approche compréhensive car nous nous appuierons sur une récolte des données par entretiens semi-dirigés (38, 39).

Le choix de l'entretien semi-directif se justifie dans ce travail par plusieurs points. Tout d'abord, ce type d'entretien est le plus fréquemment rencontré dans les travaux qualitatifs en santé. Ensuite, il permet de recueillir des informations de bonne qualité autour de thèmes précis tout en laissant à l'interviewé une latitude pour s'exprimer sur ces réponses (au contraire d'une démarche directive). Enfin, il suit un protocole précis et structuré, bien plus aisé d'utilisation que l'entretien non dirigé (43).

Des grilles d'évaluation de la qualité d'une étude qualitative existent et sont traduites en français dans le domaine de la kinésithérapie. Nous nous efforcerons donc dans ce travail de respecter et d'explicitier le plus clairement possible les différents items présents dans la grille d'analyse *CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *QU*alitative research (COREQ) (44).

2.2.2. Présentation de la population

Comme cela est formulé dans notre question de recherche, le choix de la population est celui des masseurs-kinésithérapeutes libéraux prenant en charge des patients lombalgiques chroniques. Les critères d'inclusion sont donc : être MK diplômé d'Etat (D.E.) français ou étranger, travailler en France, exercer au moins en partie en libérale, prendre en charge des patients lombalgiques chroniques.

Dans le cadre d'une méthodologie qualitative par entretiens, nous souhaitons rencontrer des thérapeutes avec des parcours variés afin d'obtenir des réponses riches pour atteindre le critère de jugement dit de « saturation sémantique » (39, 45). Ce critère est un indicateur qui nous permettra de savoir si nous avons atteint le nombre suffisant d'entretiens ; ce nombre étant difficile à estimer *a priori*. Afin de tendre vers ce critère, nous avons recherché les MK participants à l'étude selon les caractéristiques de sélection suivantes :

- expérience en tant que MK : nombre d'années en pratique libérale, expérience ou non du salariat, année d'obtention du D.E, pratique mixte libéral/salariat ;
- nombre et intitulé des formations réalisées avant ou après l'obtention du D.E., autres diplômes obtenus ;
- mode d'exercice : exercice en tant qu'assistant, remplaçant, titulaire du cabinet ; nombre de collègues au sein du cabinet, situation du cabinet à la campagne / en ville, part d'actes réalisés en cabinet / à domicile ;
- autres caractéristiques sociologiques : âge, sexe, aspect familial, loisirs.

La récolte des coordonnées des MK a été réalisée grâce au réseau des enseignants de l'Institut Lorrain de Formation de Masso-Kinésithérapie (ILFMK) et à des recherches personnelles. Ils ont ensuite été contactés par téléphone ou par e-mail afin de leur proposer de participer à ce travail.

De plus, afin de réaliser un guide d'entretien de qualité, nous avons réalisé des pré-tests avec l'aide de 3 MK dont l'activité est tout ou partie libérale.

A chaque début d'entretien, la démarche de recherche a été explicitée et le consentement de la personne a été recueilli pour les éléments suivants : accords pour la participation, l'enregistrement audio, la retranscription, l'utilisation des propos sous couvert d'anonymat dans ce travail. Les critères d'anonymat seront respectés dans les retranscriptions et l'analyse des résultats.

2.2.3. Elaboration du guide d'entretien

Nous utilisons la méthode décrite par Pierre Romelaer (45) pour élaborer le guide d'entretien qui nous servira à recueillir le matériel nécessaire à ce mémoire. Celui-ci est présenté en annexe [ANNEXE IV].

2.2.3.1. Structuration du guide d'entretien

Après avoir présenté le contexte de l'étude, nous commençons l'entretien par une question introductive. Sous la forme d'une question volontairement large et évasive, cette phrase nous permet d'obtenir une première ébauche de l'expérience du MK sur le thème qui nous intéresse. Les relances et demandes de reformulation sont données par l'interviewer pendant l'entretien en fonction des dires de l'interviewé afin de progresser dans l'entretien. Elles doivent respecter une formulation neutre afin d'éviter d'influencer l'interviewé dans sa réponse et elles ne doivent pas trop varier d'un entretien à un autre pour permettre par la suite une comparaison entre les entretiens.

Le corps du guide d'entretien est composé de 3 parties permettant d'aborder l'ensemble des aspects soulevés dans notre thématique de recherche. Ces parties sont elles-mêmes subdivisées en notions sur lesquelles se baseront les questions. Elles ont été élaborées à partir de lectures scientifiques et d'observations de situation de soins. Autour de ce corps d'entretien, nous avons réalisé un texte de présentation du contexte de l'entretien. Une phase de présentation et de recueil des données sociologiques concernant les participants de l'étude a été également prévue avant de commencer l'entretien. Enfin, une partie de conclusion a été pensée afin de permettre à l'interviewé de conclure par les éventuels ajouts dont il n'aurait pas eu l'occasion de parler avant.

2.2.3.2. Pré-test

La phase de pré-test du guide d'entretien permet de s'assurer de plusieurs éléments : [1] de la durée et du contenu des entretiens ; [2] de la pertinence et/ou de manque dans les sous-thèmes abordés (saturation théorique (39, 45)) ; [3] confirmer les choix d'installation. Elle sert d'entraînement à l'interviewer dans l'exercice des relances, de formulations des questions et dans la manière de progresser dans l'entretien. En effet, c'est à cet endroit que se trouve une des difficultés de cette méthode d'enquête (45, 46). Suite à cette phase, les modifications suivantes sont réalisées :

- ajout d'un sous-thème portant sur l'alliance thérapeutique afin d'essayer d'explicitier l'abord éducatif dans le cas de la lombalgie chronique ;
- ajout d'un sous-thème concernant la fin de la prise en charge, car ce point nous semble être un paradoxe à creuser compte-tenu du caractère chronique de la pathologie ;
- confirmation de l'utilité d'un entretien assez long (en moyenne 45 minutes), permettant de créer un climat de confiance entre l'interviewer et l'interviewé (45) sans être trop lourd dans l'emploi du temps des professionnels rencontrés ;
- mise à disposition d'une feuille et d'un stylo pour les MK interrogés afin de pouvoir « poser » leur raisonnement s'ils le souhaitent.

2.2.4. Mise en place des entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif est par essence sujet à la subjectivité que provoque la rencontre de deux individus. Cependant il a été nécessaire de s'intéresser à la position de l'interviewer par rapport à l'interviewé afin d'établir des situations de rencontres similaires pour chaque entretien. Ainsi, grâce à la littérature et aux pré-tests, des éléments concernant le comportement à adopter sont ressortis : l'interviewer doit être le plus neutre possible, non seulement dans le ton qu'il emploie, mais également dans la formulation des questions. Pendant l'entretien, le choix a été fait de prendre des notes. Cela est discutable, car, de ce fait, l'interviewé et l'interviewer peuvent perdre le contact visuel. Cependant, différents arguments nous ont

poussés à ce choix : possibilité de noter les mots importants pour préparer les relances, de noter le fait qu'un thème ait été abordé de manière partielle et nécessite d'y revenir, *etc.* En dehors de la prise de note, l'interviewer a pratiqué une écoute active avec des hochements de tête ou des « oui » suivi d'un silence. L'interviewer s'est efforcé de respecter les temps de silence de l'interviewé, qui sont des temps de réflexion nécessaires à la construction de la réponse par l'interviewé. La progression à travers le guide d'entretien se fait selon l'intuition de l'interviewer en fonction des réponses de l'interviewé, sans toujours suivre l'ordre établi *a priori* des sous-thèmes, afin de rendre l'entretien le plus fluide possible.

En ce qui concerne le cadre de l'entretien, l'interviewer s'est muni d'un dictaphone déposé sur une table à égale distance de l'interviewer et de l'interviewé. Les phases de contextualisation et de présentation seront réalisées selon la même méthode que le reste de l'entretien, permettant à l'interviewé de se familiariser avec l'ambiance. Nous avons mené les entretiens dans un lieu calme, afin de limiter les facteurs perturbateurs. Une distance « sociale » entre l'interviewé et l'interviewer est établie (de l'ordre d'un peu plus d'un mètre) de préférence pas en face à face direct. L'ensemble des entretiens a été réalisé de cette manière sauf un, qui, pour cause d'éloignement géographique, s'est déroulé par appel vidéo.

2.2.5. Méthode de retranscription

Les propos des entretiens ont été intégralement retranscrits (partie de présentation comprise). Le choix a été fait de réaliser une retranscription mot à mot des entretiens. Les rires audibles sont retranscrits, mais aucune indication concernant l'intonation ou les réactions physiques des locuteurs n'est rapportée : ces facteurs sont d'interprétations délicates et il paraît plus simple de s'assurer de la neutralité de comparaison des propos recueillis en les traitants tous de manière identique.

2.2.6. Analyse de contenu des résultats

Pour réaliser l'analyse du matériel obtenu, nous utilisons une méthode se rapprochant de la méthode compréhensive de Kaufmann (38). Cette analyse est réalisée en différentes étapes : tout d'abord, nous avons catégorisé les propos de chaque entretien de manière à réaliser une synthèse des réponses obtenues afin que celles-ci deviennent plus claires et lisibles pour l'analyse. Ce codage s'est voulu le plus objectif possible et a permis de faire ressortir des éléments émergents. Ensuite, nous avons réalisé une étape de structuration des propos, de manière à rassembler les réponses des différents entretiens pour chaque sous-thème développé dans le guide d'entretien. Dans une phase suivante, cette fois plus interprétative, nous avons utilisé les éléments émergents des entretiens pour chaque sous-thème afin de théoriser nos résultats.

2.3. Matériel

Le logiciel de bibliographie Zotero® ainsi que le pack Office® ont été utilisés pour réaliser ce travail. Aucun logiciel de retranscription ou d'analyse de contenu n'ont été utilisés.

3. RESULTATS

3.1. Concernant la population

Nous avons pris contact avec 14 MK, correspondant aux critères d'inclusion de l'étude, afin de leur exposer notre demande. Nous avons obtenu 11 réponses positives. Nous avons retenu 7 MK dont les disponibilités étaient compatibles avec les conditions de réalisation de l'étude.

La population des MK ayant réalisé l'entretien est décrite dans le tableau présenté en annexe [ANNEXE V]. La diversité des profils (sur le plan du lieu d'exercices, de l'expérience et de la pratique professionnelle) permet de répondre en partie au critère de « saturation sémantique ».

3.2. Concernant les entretiens

Les entretiens nous ont permis de développer 3 thèmes, eux-mêmes constitués de 3 sous-thèmes (Tab. III). Certaines citations sont mentionnées afin d'illustrer les résultats : toutes les citations ne sont pas reproduites afin de faciliter la lecture. Toutes les citations sont annotées sous la forme « (E n, l.n1-n2) ». Cela signifie qu'il est nécessaire de se reporter à l'entretien numéroté *n* présent en annexe [ANNEXE VI], puis au passage entre les lignes (l pour lignes) *n1* à *n2*.

Tableau III : Thèmes et sous-thèmes ressortant de l'analyse des résultats.

Thèmes	Sous-thèmes
La chronicité comme lieu de relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - affirmation de la place particulière du MK ; - invariants de la relation thérapeutique : remise en question et recherche de solutions par les thérapeutes ; - recours à la formation continue et acquisition de compétences en psychologie.
Le patient douloureux chronique	<ul style="list-style-type: none"> - qu'est-ce qu'un patient douloureux chronique ? ; - la négociation d'objectifs ; - la fin de la relation thérapeutique : désaccord ou attente du déclic.
Organisation et raisonnement clinique	<ul style="list-style-type: none"> - approches et classifications différents ; - connaissances des recommandations et du système « des drapeaux » ; - organisations spatiale et temporelle, stratégie de recherche, trace et communication interprofessionnelle.

3.2.1. La chronicité comme lieu de relation thérapeutique

3.2.1.1 Affirmation de la place particulière du MK

Différents arguments montrent la place stratégique du MK auprès des patients présentant une lombalgie chronique. Cependant, les thérapeutes n'abordent pas les patients de la même manière et ce, dès le début de la prise en charge. Le massage conserve une place importante pour certains thérapeutes, notamment pour mettre en place une relation avec le patient.

(E2, 1.237-243) « *Je pense qu'il y a, que le kinésithérapeute a un avantage par rapport aux autres professionnels de santé. C'est qu'il touche et que s'il a travaillé un peu son sens du toucher, il peut faire la différence entre les sensations qui lui sont données, c'est chaud, c'est froid, c'est lourd, c'est léger, c'est volumineux et l'interprétation qu'il en fait. Et donc, c'est là-dessus, rien qu'en palpant je sais de quelque côté ça ne va pas. Voilà, c'est ça qui m'intéresse. Après, il y a le discours, il y a le vécu, mais la représentation du corps d'un individu varie d'une personne à l'autre.* »

(E5, 1.171-173)

Cependant, le massage est souvent un attendu des patients (le massage est un acte attaché au travail du MK dans l'inconscient collectif), ce qui peut à la fois soutenir une forme de croyances en ce qui concerne leur dos et créer une forme de dépendance envers le thérapeute. Celle-ci peut être positive ou négative pour la relation thérapeutique mais elle doit rester maîtrisée par le thérapeute.

(E3, 1.86-89) « *Le massage, comme on l'a enseigné à l'école de kiné, je ne l'utilise plus que comme une récompense. A la suite d'une séance bien chargée en correction posturale, en travail dynamique, en travail d'étirement, là, je me permettrai de faire un massage si vraiment on a exacerbé quelques tensions.* »

(E5, 1.183-185) « *C'est à ce moment là où on peut plus leur apporter grand-chose, c'est-à-dire que ce qu'ils viennent chercher c'est le massage et c'est tout.* »

(E6, 1.190-192) « *Si je vois qu'ils sont très réfractaires, je les mets sur la table et je leur dis qu'on peut commencer par du massage et des mobilisations et qu'on verra après. Je fais la pâte à modeler, je m'adapte.* »

(E1, 1.192-194) (E2, 1.201-205)

D'autres mettent en avant la fréquence régulière et rapprochée des séances et le temps passé entre le MK et le patient pendant une séance pour tisser des liens avec les patients.

(E1, 1.262-263) « *On franchit la barrière du toucher donc c'est normal qu'on ait une certaine familiarité au bout d'un certain nombre de séances, ce genre de choses.* »

(E4, 1.284-290) « *Je crois que le patient n'a pas toujours la chance de pouvoir se livrer, etc., aller au fond des choses. Nous, la chance, qu'on a, encore une fois, en kiné, c'est qu'on voit les patients sur une série de séances, on a le temps de les connaître, on a le temps de créer un climat de confiance. Et quand on arrive à 3 – 5 séances, que le patient revient car il a confiance en vous, qu'il voit que vous essayez de trouver des solutions à son problème. Souvent, ils vont se livrer, parler plus facilement et là je pense qu'on peut donner des solutions. Et pour ça, je pense qu'on a vraiment une place de choix dans l'arsenal thérapeutique.* »

3.2.1.2. Invariants de la relation thérapeutique, remise en question des thérapeutes et recherche de solutions

Certains patients chroniques portent avec eux un passé d'errance thérapeutique. Cette dernière, peut faire partie du tableau de présentation d'un patient chronique, voire parfois faire partie du phénomène de chronicité.

(E4, 1.449-453) « *Alors ça c'est aussi un des aspects qui est souvent évoqué dans les drapeaux jaunes. Plus je vois de thérapeutes, plus j'ai d'avis médicaux, plus il y a de divergences dans les pronostics, les diagnostics, les traitements et plus je rajoute de la confusion, plus je rajoute de l'effet nocebo, etc. Ouais, clairement. Il faut être humble, il faut se dire qu'on est peut-être le suivant sur la liste, qu'il y en aura peut-être d'autre après nous.* »

(E1, 1.127-132) (E2, 1.270-271)

Cette partie de la vie du patient est donc à prendre en compte dans l'histoire de la pathologie. A la fois, il ne faut pas baisser l'alerte en ce qui concerne la surveillance des drapeaux rouges et être conscient que le MK peut avoir sa part dans l'incertitude qui entoure le patient.

En réaction, des invariants ressortent sur la manière d'être avec le patient. Une attitude assurée du thérapeute provoque souvent un sentiment de confiance positive chez le patient. Cette notion doit néanmoins être nuancée, car le thérapeute n'a pas toujours de solution et se situe à côté du patient pour rechercher une issue avec lui. Le patient accepte alors l'honnêteté du thérapeute, c'est là le lieu de la rencontre entre le thérapeute et son patient.

(E3, 1.239-241) « *J'ai plein d'outils, même si on échoue sur une technique, j'aurai forcément quelque chose à leur proposer. Il faut vraiment qu'ils se sentent mis en confiance et qu'ils se sentent bien entourés.* »

(E7, 1.227-229) « *C'est évident qu'une personne qui a mal depuis 20 ans et qui a vu 35 personnes avant, qui vient et qui me dit, moi je ne veux plus avoir de douleurs, il faut que je lui fasse comprendre qu'en fait je sais pas.* »

L'écoute active et les méthodes inspirées de l'entretien motivationnel sont des techniques qui ressortent dans les manières de mettre en place une conversation « active » dans la relation thérapeutique soignant-soigné.

(E5, 1.227-230) « *On est, dès l'interrogatoire, formaté à chercher une solution. On va les entendre et puis on se dit bon je vais faire ça. Et maintenant, je les écoute. Je les laisse parler. A partir du moment où vous les laissez parler, vous avez la solution. On a la solution pour trouver un angle d'attaque et sortir de cette boucle où ils en sortent plus.* »

(E6, 1.183-186) « *Pour le bilan, j'ai pas besoin de leur expliquer, en général, ils sont super contents, parce qu'on les écoute. Si on a fait que discuter pendant une heure et que limite je me dis que je n'ai pas pu tout investiguer, je leur dis « écoutez, on a pris du temps pour parler mais*

moi j'ai besoin de prendre tous les éléments pour bien vous prendre en charge, on continue à la séance d'après. »

(E1, 1.258-260) (E4, 1.433-439) (E5, 1.236-237) ; (E5, 1.253-256)

C'est ainsi que la disponibilité et le fait d'installer le soin dans le temps sont des éléments importants à mettre en place. Donner des contours temporels à la relation permet au thérapeute de reprendre également le contrôle du soin sans se laisser dépasser par les volontés du patient. Il faut donner un temps utile, donner un espace d'expression et de choix dans le soin. Le thérapeute n'est pas un ordonnateur de soins mais un organisateur du soin : contrairement à un symptôme aigu où le thérapeute peut assez facilement proposer un traitement au patient et le traiter, le nombre de facteurs intervenants dans une pathologie chronique et la fluctuation des symptômes impliquent un changement du thérapeute par rapport aux patients. Il doit suivre et s'adapter à l'évolution du patient, permettant au fur et à mesure de placer le patient dans une position de plus en plus active et autonome vis-à-vis de sa pathologie. Le thérapeute agit donc plutôt sur un cheminement que sur un aboutissement.

(E7, 1.182-185) « *Et après, ça va être aussi, moi, j'aime bien laisser le choix dans les traitements avec les patients. Quand je disais avoir un traitement qui a du sens, c'est bête mais j'aime bien montrer plusieurs exercices et après laisser au patient le choix de prendre ce qu'il souhaite et de les focaliser aussi sur ces exercices. »*

(E2, 1.155)

3.2.1.3. Recours à la formation continue et acquisition de compétences en psychologie

Malgré la complexité de la prise en charge d'un patient chronique, les thérapeutes se sentent plutôt efficaces auprès des patients quand la relation thérapeutique se met en place.

(E1, 1.117-124) « *Non, parce que j'ai, pour moi, je pense même que dans pas mal de cas, je suis plus efficace sur du chronique que sur de l'aigu. Moi j'ai horreur des patients qui viennent parce qu'ils se sont fait un torticolis. En soi, je suis pas bon, alors là, j'ai un a priori sur de*

l'aigu par contre, c'est que j'ai une chance sur deux de les améliorer et là c'est du hasard. C'est pour ça que j'essaye d'en prendre le moins possible parce que je trouve pas ça intéressant. Sur le chronique, j'ai pas d'a priori, sauf si, si au cours de mon bilan, je commence à voir que c'est un patient avec pas mal de drapeaux jaunes et que ses douleurs qu'il m'énonce déjà, tous les autres kinés que la personne a faite, là, oui, je vais avoir un a priori sur mon bilan mais qui est basé là-dessus. »

(E7, 1.159-161) « *Ok. C'est évident qu'il y a des a priori, il y en a toujours. C'est faux de dire, j'en ai pas. J'essaye de sonder. Je le vois pas comme un défi mais plus comme, je me dis que j'ai envie d'être bon avec ce qu'il va se passer avec la personne, pour qu'il saisisse les éléments qui vont être importants pour lui. »*

(E4, 1.373-377)

C'est souvent à travers des lectures, des conférences ou des formations que la vision du patient chronique a changé. Cette vision n'a pas toujours été là d'emblée. Elle s'est installée à travers l'expérience du thérapeute et la réflexion sur ces pratiques professionnelles.

(E6, 1.194-197) « *Alors, je pense que j'en ai beaucoup moins depuis une conférence que j'ai vu à la WCPT (World Confederation for Physical Therapy) à Genève qui parlait justement des biais qu'on pouvait avoir sur des patients et ça parlait des niveaux sociaux de l'éducation et du parcours des gens et du coup je pense que j'en ai vraiment peu maintenant. Je me dis rarement, non mais celui-là c'est un psy et je peux rien y faire. Vraiment beaucoup moins. »*

(E3, 1.173-174) (E4, 1.409-414) (E6, 1.217-220) (E7, 1.289-296)

La relation thérapeutique et la connaissance de la vie du patient qu'elle implique posent question sur la place du MK parmi les professionnels de santé, notamment vis-à-vis de ses compétences relationnelles.

(E3, 1.142-146) « *Oui je vais sur ce champ-là, je vais faire parler les patients, je vais leur parler au même titre qu'un psychologue lors d'une séance en fait. Les gens restent pendant une heure, les gens ils se livrent, ils pleurent même. On essaye de leur parler, on essaye de trouver*

des solutions, on essaye de relativiser. Forcément, j'agis là-dessus. Mais de là, à forcément savoir quels sont les drapeaux dans le milieu psycho-social, je sais pas. »

(E4, 1.338-343) « *Mais j'ai conscience que ça peut être un écueil, une difficulté pour des novices, des gens qui commencent. On se sent pas forcément à cet aspect un petit peu psycho. Enfin, il faut pas se leurrer, en kiné, on fait de la psycho toutes les minutes, c'est même pas tous les jours, c'est tout le temps. »*

(E6, 1.313-316) (E7, 1.239-240) (E2, 1.222-224) (E5, 1.259-273)

3.2.2. Le patient douloureux chronique

3.2.2.1. Qu'est-ce qu'un patient chronique ? – indicateurs et autres drapeaux jaunes

Une définition temporelle efficace, mais pas toujours suffisante

Malgré une définition concise du patient chronique dans les recommandations, il semble que cette dernière soit floue et que la chronicité ait une définition plus complexe. Durant les entretiens, de nombreux thérapeutes ont reposé la question : « qu'est-ce que le chronique ? ». Cependant, la définition temporelle du patient chronique permet d'avoir une idée simple d'un profil de patient au premier abord.

(E4, 1.421-422) « *Mais qu'est-ce que c'est qu'un patient chronique ? Est-ce qu'on est sûr au départ ? Là aussi on peut challenger notre vision, notre pronostic. »*

(E2, 1.41-45)

Rester méfiant malgré le diagnostic « chronique »

Cette définition pose la question des *a priori* en ce qui concerne les patients ainsi que celui de la catégorisation hâtive. L'étiquetage trop rigide (orienté par la réponse à des questionnaires par exemple) ne doit pas effacer la recherche de problèmes biomécaniques.

(E4, 1.81-84) « *C'est pas parce qu'il a une étiquette de chronique, sous-entendu que les symptômes sont là depuis un certain temps, qu'il est un vrai chronique, sous-entendu un vrai chronique, avec un grand C. Sous-entendu qu'il y a pas mal de patient chronique qu'on arrive parfois à améliorer rapidement, à condition de trouver, si je puis dire, un mode d'emploi de leur lombalgie avec une prise en charge appropriée.* »

Classifier les patients sur la base de l'anamnèse des facteurs psycho-sociaux

Certains termes reviennent dans les propos recueillis pour présenter le patient chronique. Il est important de souligner qu'il n'existe finalement pas une frontière claire entre « vrai » et « faux » chronique.

Nous retrouvons dans les propos des thérapeutes l'idée que les éléments physiques ou psycho-sociaux peuvent être à la fois causes et/ou conséquences de la douleur. C'est alors qu'apparaît l'idée de stratification du risque de chronicisation, c'est-à-dire, une stratégie pour comprendre et anticiper les tenants et les aboutissants de la chronicité. Elle reste pour beaucoup de thérapeutes de l'ordre du « sens clinique » et les thérapeutes l'abordent par des systèmes de classification qui leur sont propres.

(E6, 1.101-104) « *Si quand je discute avec la personne, si je sens qu'il y a un environnement où des facteurs psycho-sociaux qui sont présents et qu'il va falloir traiter en premier, c'est peut-être un peu du feeling, mais ça va dépendre des réponses aux questions du questionnaire, des réponses que la personne elle va me donner dans son historique et voilà.* »

(E3, 1.196-198) « *C'est l'histoire du traumatisme, l'histoire de la douleur qui permet de savoir si on est dans du traumatique, de l'adaptatif, du postural ou de l'émotionnel en fait. Et en lisant à travers cette douleur que tu vas pouvoir adapter ton traitement.* »

(E4, 1.104-107)

Les facteurs psycho-sociaux considérés comme symptômes plutôt que moyens de classification des patients

D'autres thérapeutes ne recourent pas à des classifications mais traitent plutôt le cas du patient problème après problème.

(E7, 1.116-118) « *Le but, c'est que j'ai le maximum d'informations possibles dès le début, pour que j'ai une vue d'ensemble de la personne et de quels sont selon moi, les facteurs sur lesquels il va falloir travailler et quel axe.* »

Les facteurs psycho-sociaux évoqués par les thérapeutes

L'approche du patient par les thérapeutes est réalisée de manière bio-psycho-sociale avec plus ou moins de profondeur, par exemple, la notion de drapeaux jaunes n'est pas connue de tous. Ainsi le raisonnement concernant ces facteurs est plus ou moins automatisé.

(E2, 1.93-95) « *Disons, je vais rechercher si il y a pas des éléments stressants, c'est-à-dire de stress objectif. Il existe des grilles de stress objectif. En gros, c'est changement de boulot, divorce, décès, naissance, déménagement, tout ça, ce sont des éléments qui demandent une adaptation de la conscience.* »

(E5, 1.105-106) « *Alors des fois, je me plante mais effectivement sur la motivation, oui.* »

(E7, 1.78-81) « *Je vais évaluer aussi les risques psycho-sociaux, ça va être la kinésiophobie, du catastrophisme, du stress, de l'anxiété, des pensées erronées ou même de croyances instillées par d'autres professionnels de santé auparavant.* »

(E1, 1.72-76)

Concernant la récurrence de certains termes, le terme « kinésiophobie » revient dans 3 entretiens sur 7, « catastrophisme » dans 1 entretien, « croyances » revient dans 4 entretiens sur 7, « stress » dans 5 sur 7, « anxiété » dans 4 entretiens sur 7 et enfin « dépression » dans 3 sur 7. L'hygiène de vie (sommeil, alimentation) est abordée dans 2 entretiens.

Croyances et représentations des patients

Au-delà de la compréhension des mécanismes sous-jacents à la chronicisation, certains thérapeutes soulignent le fait qu'il faille comprendre le mode de pensée des patients afin de parvenir à la thérapeutique à laquelle il sera sensible.

(E2, 1.242-248) « *La représentation du corps d'un individu varie d'une personne à l'autre. Il y a des personnes qui sont mécanistes, donc elles ont un cardan qui va pas donc si elles vont chez un ostéopathe qui va faire clac, ça a du sens pour elle. Efficience ou pas efficience. Je parle pas de l'efficience ou de la qualité du thérapeute. Mais, je veux dire, dans la représentation que la personne a de son corps, c'est mécaniste, donc si le soin est mécaniste, ça lui va bien et elle va trouver le moyen d'aller mieux. Par contre, si c'est quelqu'un qui est fluide, comme ça, donc une technique plus douce va peut-être mieux fonctionner.* »

Croyances : le rôle des diagnostics médicaux

En ce qui concerne les croyances en sa santé et sur les professionnels de la santé, ces croyances sont constituées par le parcours thérapeutique du patient, les messages reçus (effet nocebo ou placebo des thérapeutes). Ainsi, si nous ne pouvons pas modifier les croyances, il faut savoir les détecter afin de s'en servir pour aider le patient à faire du lien, à en prendre conscience.

(E7, 1.74-77) « *Ces croyances, j'aime bien poser une question, pourquoi est-ce que vous croyez que vous avez mal, est ce que vous pensez qu'il y a une cause, j'aime bien demander aussi quelles sont, selon vous, les solutions.* »

(E1, 1.188-194) (E4, 1.449-451)

3.2.2.2. La négociation d'objectifs

Alors que pour un patient dit « aigu » les objectifs thérapeutiques peuvent être simples à fixer, dans le cas d'un patient chronique, les objectifs thérapeutiques semblent être une charnière dans la prise en soins.

(E1, 1.233-236) « *Le fait de réussir d'être sur la même longueur d'onde en allant vraiment chercher, en les laissant parler, en leur demandant des précisions sur leurs douleurs, plus que le ferait qu'un médecin par exemple. Et juste en étant à l'écoute aussi, c'est la clé quoi.* »

En effet, ils sont l'objet de négociations et de clarifications quand les soins s'étendent en longueur. Ils sont également le lieu d'une opposition entre des visions différentes, celles du court et du long terme, du bien-être et du soin.

(E1, 1.218-223) « *D'aller dans leur sens, si c'est sur du court terme dans un premier temps puis de les amener sur d'autres objectifs à long terme par la suite. Et puis au niveau des moyens, c'est de leur montrer que, ok, si on est pas d'accord sur la façon de voir les choses, sur les patients qui veulent du passif par exemple, leur montrer que, faire un peu de passif, de la thérapie manuelle, du massage, leur montrer que oui, on a un résultat à court terme et puis oui, de les emmener sur des résultats à long terme.* »

Ce type d'ambivalence peut perturber la relation thérapeutique si un désaccord persiste entre les attentes du thérapeute et celle du patient. Elle peut même être source de conflit interne pour le thérapeute, d'arrêt des soins.

(E2, 1.162-168) « *Les gens qui se laissent porter peut être. Ou les gens qui ont déjà baissé les bras. Après voilà, il faut essayer de les redynamiser autant que faire se peut. Mais ça, c'est compliqué. J'ai déjà eu des patients, j'ai en tête un patient lombalgique chronique, il venait de sortir de thérapie manuelle. J'avais tout essayé avec lui, chaine ascendante, chaine descendante, corriger la posture, renforcer le caisson, thérapie par l'extension, vraiment pas mal de chose en thérapie manuelle. Et à chaque fois, il me sortait des symptômes, ça changeait, ça augmentait, je trouvais pas de solution.* »

(E4, 1.455-460) « *Je suis pas meilleur qu'un autre. Moi aussi j'ai des patients qui viennent une fois ou deux, et puis qu'on voit plus parce que voilà ils cherchent la baguette magique, ils cherchent le quick fix, comme disent les anglophones. Il a pas réussi à venir à bout de ma douleur au bout de 2 séances, on a beau avoir expliqué que voilà il fallait se prendre en charge,*

qu'il fallait du temps. On peut pas lutter contre ça. Moi, ça c'est un aspect assez frustrant et compliqué. Je crois que maintenant c'est un des aspects qui me frustre le plus. »

(E5, 1.183-185)

Il est nécessaire pour le thérapeute de comprendre que la disparition de la douleur n'est pas toujours l'objectif commun et qu'un temps est parfois nécessaire pour qu'un « dé clic » se produise afin que l'alliance thérapeutique fonctionne.

(E2, 1.205-209) « C'est de donner un cadre sécurisé dans lequel la personne va pouvoir prendre conscience. Et je considère que pour certains chroniques c'est un peu ça. Je crée l'espace dans lequel elle peut le voir. Mais si, elle veut pas ou si elle a pas la force ou si elle a pas les moyens tout simplement, physiques ou mentaux ou émotionnels, et bien elle est bien chez moi. »

(E5, 1.237-245)

Cette compréhension des objectifs du patient n'est pas toujours aisée car le patient n'arrive pas à les formaliser par lui-même parfois.

(E6, 1.273-274) « Voir quels sont ces objectifs, les trouver avec lui quand ils en ont pas ou qu'ils ont du mal à les définir. »

(E7, 1.227-230) « C'est évident qu'une personne qui a mal depuis 20 ans et qui a vu 35 personnes avant, qui vient et qui me dit, moi je ne veux plus avoir de douleurs, il faut que je lui fasse comprendre qu'en fait je sais pas. Je sais pas. Et que s'il part avec cette attente-là, effectivement, on va dans le mur. Il va falloir renégocier un peu ça. »

D'ailleurs une interrogation de la part des thérapeutes pour leur patient revient de manière récurrente dans les entretiens : pourquoi êtes-vous là ? Qu'attendez-vous de moi ?

(E2, 1.126-128) « *Qu'est-ce que je peux apporter à cette personne-là. Maintenant. Parce que dans 3 séances, ça sera encore autrement. Et je dirais, à chaque séance, je me pose cette question-là. »*

(E5, 1.84-86)/(E5, 1.116-119) « *Donc en fait, très souvent, la réponse c'est « parce que le médecin m'a envoyé ». Et je dis « Oui, mais qu'est-ce qu'on va faire ensemble en fait ? » Et c'est pas évident. Pas évident du tout [...] Aujourd'hui, avant de répondre à leur douleur, on a déjà une mise en place effectivement de pourquoi ils sont là, comment ils sont là et comment on va faire pour qu'ils s'en sortent. Sur cette notion de leur envoyer la balle. D'être un peu moins dans leur demande, et plus dans une notion de leur prise en charge. »*

(E7, 1.312-315)

Et c'est peut être l'occasion de remettre les patients en position d'acteur, afin de leur montrer que les solutions viennent d'eux-mêmes. Le thérapeute se place finalement en accompagnateur afin de faire émerger une réponse que le patient possède déjà.

(E7, 1.222-226) « *Et là, j'aurais tendance à encore plus leur laisser le choix, à les mettre encore plus dans une position d'acteurs parce que souvent ce sont des personnes qui sont habituées à avoir des choses à faire. On leur dit, il faut faire ci, il faut faire ça. Et jusqu'à présent ça n'a pas fonctionné. Je me dis d'une certaine manière que peut être ça peut être pertinent de plutôt, de vraiment leur demander vers quoi ils veulent aller. »*

3.2.2.3. La fin de la relation thérapeutique : désaccord ou attente du déclic

Comme nous l'avons vu, le rôle du rééducateur dans le cas du traitement d'un patient chronique passe également par le fait de réussir à faire prendre conscience de certains mécanismes au patient, le fait de faire des liens entre des éléments de l'environnement et leur douleur.

(E6, 1.292-296) « *Clairement, cette patiente elle vient, elle a besoin de se décharger, elle a besoin qu'on l'écoute, qu'on s'occupe d'elle et elle m'a dit pour les exercices, non je peux pas.*

Donc cette dame, je lui dis vous venez, on fait un massage, vous venez, on discute. Elle vient et elle souffle et elle repart avec un peu d'énergie. Elle sait que ça passera pas, elle sait qu'il y aura peut-être une autre solution, mais pas là. Je les garde, et je leur dis, je suis honnête. »

(E2, 1.140-142) (E2, 1.205-209)

Mais la relation thérapeutique peut prendre une autre tournure. Parfois, savoir arrêter une prise en charge est l'occasion de reprendre de la distance par rapport aux éléments et de laisser du temps pour que le déclic se fasse aussi bien pour le patient que pour le thérapeute et d'éviter qu'une dépendance trop forte s'installe entre soins passifs du thérapeute et attentes du patient, mécanisme qui n'est pas bon pour le patient et qui peut être mal vécu par le thérapeute.

(E4, 1.573-575) « Moi j'hésite pas, si au bout de quelques séances ça ne marche pas, " bon écoutez, vous ne croyez pas qu'on pourrait peut-être faire, je crois qu'on est arrivé à notre limite, qu'est-ce que vous pensez d'aller voir untel ou untel. ". Souvent les gens sont assez d'accord. »

(E1, 1.303-307)

Or ce n'est pas toujours évident car mettre fin à une prise en charge peut être synonyme d'échec pour certains thérapeutes.

(E1, 1.197-205) « Et, après, il va y avoir deux types d'échecs qu'on va pas vivre de la même façon. L'échec de la personne qu'on va pas avoir réussi à traiter parce qu'on a pas réussi à mettre vraiment peut être le point sur vraiment le mécanisme douloureux etc. Donc ça c'est un échec en tant que kiné, on est pas content en tant que kiné. Et puis, il y a l'échec du patient qu'on arrive pas à traiter parce qu'on a pas réussi à ce qu'il se prenne lui-même en charge. Parce qu'il était le seul, parce que son hygiène de vie, c'était le traitement à long terme pour lui. Ce sont des échecs où on le vit moins mal en tant que kiné. Ou on pourrait se dire, c'est la faute du patient, mais en fait c'est la faute du kiné, parce qu'il a pas réussi à faire en sorte que le patient se prenne en charge aussi. C'est deux échecs différents, mais c'est deux échecs. »

(E6, 1.298-300)

3.2.3. Organisation et raisonnement clinique

3.2.3.1. Des approches et des classifications différentes.

Certains thérapeutes interrogés disent recevoir une proportion majoritaire de chronique parmi leurs patients lombalgiques. Or, l'interrogatoire est orienté avec plus de précisions sur des éléments biomécaniques. Les caractéristiques de la douleur sont abordées chez l'ensemble des thérapeutes de manière détaillée.

(E5, 1.62-65) « *C'est-à-dire que je vais lui demander depuis quand il a mal, quel est le type de douleurs, si il a mal le matin, le soir, la journée, tout le temps, quel a été l'élément survenant, pas très français. Après, je lui demande effectivement si sa lombalgie le gêne dans la vie de tous les jours ou pas. Et puis, après, je passe effectivement, à l'activité.* »

(E1, 1.51-52)

Cette constatation va dans le sens de ce que nous avons décrit précédemment, il est nécessaire aux thérapeutes de faire la part de ce qui fait partie du « vrai » et du « faux » chronique et de rester vigilants afin d'éviter l'ajout d'un élément contre-indiquant la prise en charge (drapeaux rouges). Par la suite, les thérapeutes utilisent des éléments de l'interrogatoire se rapportant à l'hygiène de vie des patients, ce qui correspond à la recherche des comportements de santé des patients : parmi ceux-ci, les principaux recherchés sont l'alimentation, le sommeil, la prise de médicaments, le niveau et type d'activités (professionnelles ou personnelles). Ces questions aboutissent alors à des éléments d'éducation à la santé ou à une prise en charge qui concerne un trouble postural.

(E1, 1.175-176) « *Je vais pas faire une séance dédiée à ça, mais ça va être pendant le reste de la prise en charge, on va parler alimentation, sommeil.* »

(E6, 1.126-131) « *Si par exemple, la personne, elle me dit qu'elle dort pas, que la douleur l'empêche de dormir, je vais aller investiguer d'éventuels troubles du sommeil, je vais essayer de lui donner des conseils des clés ou voir avec elle ce que l'on peut faire et là ça peut partir*

sur de la méditation ou sur de la prise de conscience ou des choses comme ça, ou orienter vers d'autres professionnels, revoir son traitement médicamenteux, voilà son hygiène de vie. »

(E1, 1.63-64) ; (E5, 1.178-180)

Ainsi se dessine un ordre dans les éléments qui sont recherchés. Les éléments sont recueillis en allant du lésionnel (caractéristiques de la douleur, drapeaux rouges), aux aspects physiques et posturaux jusqu'aux éléments psycho-sociaux. Ces éléments sont réévalués régulièrement (parfois même à chaque séance) par le thérapeute, ainsi que les objectifs du patient afin de lui proposer un plan de séance adapté pour chaque séance.

En matière de réévaluation, les éléments concernant les effets de la séance précédente sont recherchés. Ils permettent une réflexion de type essai-erreur, et au thérapeute d'avancer parmi les hypothèses émises. L'évaluation des traitements vécus avec d'autres thérapeutes est également prise en compte dans ce système d'hypothèses. Cet historique est évalué à travers le prisme des facteurs psycho-sociaux : l'émotion par rapport au discours reçu, l'installation de croyances erronées, anxiété par rapport à la multiplicité des discours et autres effets iatrogènes. Ils peuvent néanmoins être source d'orientation pour le thérapeute si certains ont pu apporter du soulagement.

(E7, 1.132-135) « *Oui. Le but, c'est ce que j'ai dit au début, c'est avoir une vision globale et de me dire, ok, j'ai ça devant moi, on va essayer d'aller voir par-là, de proposer, de voir avec le patient et faire des itérations successives en fonction de ça. Donc, je valide ou pas et je passe à autre chose en fonction. Même si ce qui a été invalidé peut revenir plus tard. »*

(E6, 1155-157)

Cependant, en reprenant encore une fois les éléments déjà analysés dans la partie II, le thérapeute n'est pas le seul à réaliser ce travail. Il associe de façon plus ou moins importante le patient à travers différentes questions : celles des objectifs, des attentes et éventuellement des

solutions et le choix des traitements. Et c'est là que les méthodes d'écoute active et d'entretien motivationnel aident les thérapeutes.

(E7, 1.74-77)/(E7, 1.84-85) « *Ces croyances, j'aime bien poser une question, pourquoi est-ce que vous croyez que vous avez mal, est ce que vous pensez qu'il y a une cause, j'aime bien demander aussi quelles sont, selon vous, les solutions, m'intéresser à toutes les croyances qui gravitent autour de la douleur [...], je peux aussi demander de déterminer les objectifs, pourquoi vous êtes là, qu'est-ce que vous avez envie d'atteindre en fait, quel est l'objectif de se voir aujourd'hui.* »

(E5, 1. 253-256) « *Mais l'écoute active, elle peut, si il y a quelqu'un qui parle 3 minutes sans s'arrêter, on peut avoir beaucoup d'informations parce que je leur réponds pas. Je suis en face et je leurs réponds pas. J'acquiesce, je souligne. Et en fait, ils vont relancer d'eux même.* »

(E4, 1.508-515) (E7, 1.97-101)

L'ensemble des informations recueillies est important et il est nécessaire pour les thérapeutes d'avoir recours à des systèmes de classification pour ordonner, hiérarchiser et mieux comprendre la situation. Un modèle de hiérarchisation des éléments est proposé dans l'entretien 2.

(E2, 1.121-128) « *Alors vous faites une croix, un tableau, alors il y a ce qui est important et urgent, c'est grand U, grand I, après il y a ce qui est urgent et moins important. Il faut traiter ces deux éléments là en premier. Puis après, il faut traiter ce qui est important mais pas urgent. Et puis après, il faut traiter en dernier ce qui n'est ni très important, ni très urgent. [...] Il est dans ma tête. C'est en 4, la question. En fait, je me pose des questions sans filtre. Je me pose la question, quels sont, qu'est-ce que je peux apporter à cette personne-là. Maintenant. Parce que dans trois séances, ça sera encore autrement. Et je dirais, à chaque séance, je me pose cette question-là.* »

Il est possible de rechercher chez les patients les modes de compréhension de leurs corps.

(E2, 1.245-248) « Mais, je veux dire, dans la représentation que la personne a de son corps, c'est mécaniste, donc si le soin est mécaniste, ça lui va bien et elle va trouver le moyen d'aller mieux. Par contre, si c'est quelqu'un qui est fluidique, comme ça, donc une technique plus douce va peut-être mieux fonctionner. Là, c'est l'espace de rencontre. »

Il faut également s'intéresser au mode de communication à utiliser pour conseiller le patient : par quel moyen, avec quel support serai-je le plus efficace pour transmettre ce message avec ce patient ?

(E7, 1.296-299) « C'est sur l'éducation, comment on explique au patient la douleur, parce que c'est pas facile en fait. Et il y a plein de formations qui existent sur le sujet, mais on a beau être hyper-formé là-dessus, on se casse toujours les dents et c'est à chaque fois différent avec les personnes et là il y a plein d'approches différentes et il faut en tester plusieurs. »

(E6, 1.1174-176)

D'autres modèles sont proposés, en fonction du type de la douleur ou de la réaction à des tests-traitements.

(E3, 1.196-198) « C'est l'histoire du traumatisme, l'histoire de la douleur qui permet de savoir si on est dans du traumatique, de l'adaptatif, du postural ou de l'émotionnel en fait. Et en lisant à travers cette douleur que tu vas pouvoir adapter ton traitement. »

(E4, 1.140-144) « Enfin bref, une fois qu'on a exclu ça, l'idée est de se dire, ce patient, il est classifiable dans ma structure MDT (Mechanical and Diagnosis Therapy), est ce que c'est un patient que je peux traiter en MDT, sous-entendu, est ce que je vais pouvoir le faire évoluer, changer rapidement. Sachant qu'il y a plusieurs présentations cliniques où il peut changer rapidement si le patient est répondant et donc on va vraiment s'arc-bouter sur cette recherche là, sur cette exploration. »

(E6, 1.223-225) (E7, 1.287-292)

3.2.3.2. La connaissance des recommandations et du système des « drapeaux ».

L'aspect psycho-social est évoqué secondairement et de manière hétérogène. Tous les thérapeutes ont conscience de l'importance de ce facteur dans la prise en charge des patients chroniques, mais ils ne l'abordent pas tous en faisant le lien avec la classification du système « des drapeaux » telle qu'elle apparaît dans les dernières recommandations de la HAS.

(E2, 1.93-95) « *Disons, je vais rechercher si il y a pas des éléments stressants, c'est-à-dire de stress objectif. Il existe des grilles de stress objectif. En gros, c'est changement de boulot, divorce, décès, naissance, déménagement, tout ça, ce sont des éléments qui demandent une adaptation de la conscience.* »

(E1, 1.111) « *J'ai pas de liste de drapeaux jaunes, là, c'est du ressenti, du relationnel.* »

(E2, 1.176-181)

Lorsque les praticiens ont connaissance des recommandations, l'analyse du discours des patients est plus catégorisée et plus fléchée.

(E7, 1.292-294)/(E7, 1.139-145) « *Sur vraiment, l'influence des risques psycho-sociaux, qui sont en gros à l'heure actuelle, qui sont les facteurs d'évolution qui sont les plus importants, enfin, ce sont des modérateurs de la douleur qui sont les plus importants [...]: Je les distingue dans ma tête, mais j'ai pas besoin de les noter, je sais ce que c'est un drapeau jaune, bleu ou noir. Après, je vais aller chercher l'ensemble de ces drapeaux. J'ai intégré ce système d'approche dès que j'ai commencé à pratiquer et donc du coup, c'est organisé dans ma tête. Je sais ce que je dois aller chercher. Je sais ce que je dois aller chercher comme drapeaux jaunes, je sais que je dois aller investiguer si il y a eu un problème avec l'employeur, si il y a eu un préjudice physique pour la personne et que du coup, cette personne est en attaque au tribunal avec telle ou telle personne, je sais qu'il faut rajouter ça.* »

(E4, 1.320-323) « *Moi, j'ai ma petite grille, qui est inspirée de la littérature bien sûr, sur les différentes rubriques pour creuser les drapeaux, ABCDEFW, j'ai quelques questions types que je pose par rapport à ça. Elles viennent à la fin du bilan, mais c'est voilà. C'est assez informel en fait, c'est pas une grille bien établie.* »

Nous avons analysé tout au long de ce travail la recherche des éléments concernant les problèmes émotionnels (la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales), les attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos (comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active) et les comportements douloureux inappropriés (en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur). Les éléments concernant les problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité) ainsi que les facteurs de risque d'incapacité prolongée au travail ou d'obstacle au retour au travail (drapeaux bleus et noirs) ont été abordés également. Cependant, les thérapeutes s'interrogent sur la possibilité d'action par rapport à ces informations.

(E2, 1.304-310)/(E2, 1.368-370) « *Le problème, y'a des patients en arrêt de travail, qui subissent un gros stress de management. Je pense à une dame, là, qui subit un gros stress à son travail, qui est en arrêt de travail (AT), lombalgique chronique vraiment elle. Suite à un changement de boulot qui ne lui plaît pas du tout pour une grande marque de distribution. A un moment donné son corps, elle avait toujours un petit peu des douleurs, quand la situation est mal vécue, le point faible se réveille. Je lui ai laissé avoir mal. Je prends en compte la situation. Là, ça se décoince un peu car elle a vu le médecin du travail, elle va passer en mi-temps thérapeutique. Mais les problèmes d'organisation du travail, on a aucune action dessus.[...] Au niveau affectif, les familles éclatées, les problématiques du travail, même dans le milieu parental, c'est pas facile d'élever un enfant, quand vous devez bosser et puis ceci, et puis cela. Il y a quand même un problème avec les valeurs occidentales. Et ça crée de la pathologie ça. »*

(E6, 1.98-102) (E3, 1.52-70) (E5, 1.161-163)

Ces éléments permettent, même s'ils sont difficilement modifiables, de remettre le patient dans un contexte et de mieux cerner par la suite la contribution des autres facteurs de risques psycho-sociaux. L'enjeu est que le patient prenne conscience de sa capacité d'action sur ces facteurs.

(E4, 1.116-122) « *La grosse question après, c'est est ce que nous en tant que kiné on est amené à éventuellement, est ce qu'on est suffisamment armé, est-ce qu'on a les bons outils pour faire le dépistage de ces drapeaux-là, est ce qu'on sait facilement les reconnaître et puis après, ça c'est une chose, et puis après, qu'est-ce qu'on peut en faire. Comment on peut aider les patients avec ça, est ce que c'est notre compétence, est-ce qu'on a les bons outils, sur quel drapeau, on est efficace, sur quels autres on est inefficace, voilà. Ça c'est des grandes questions et qui sont, vraiment au centre de la problématique actuelle sur ces pathologies chroniques.* »

3.2.3.3. Organisations spatiale et temporelle, stratégie d'enquête, trace et communication interprofessionnelle

Nous l'avons dit, l'abord du patient chronique s'inscrit sur une longue durée. Cette prise en charge comporte des moments charnières qui sont la fin de la prise en charge, le moment du « dé clic », les négociations d'objectifs et les tentatives de prise de conscience... Le début de la relation revêt également une importance. La première séance tout d'abord est l'occasion de nouer le contact, déterminant pour la suite de la relation. C'est également le moment pour le thérapeute de se présenter et de proposer au patient sa manière de voir les soins : c'est le moment de proposer une certaine forme de contrat, pour lequel le patient choisira de s'engager ou non.

(E5, 1.75-77) « *Oui, car ce que je trouve de très important, je fais depuis peu de temps, peu de temps par rapport à mes 18 ans, c'est que je leur demande de s'engager, je leur demande pourquoi ils viennent et ça c'est le point de départ.* »

(E3, 1.290-293) « *C'est à nous que les patients vont dire le plus de choses. On connaît plus leurs vies, on connaît plus leurs habitudes. Au médecin, ils ne diront pas s'ils ont pris leurs médicaments. A nous, ils le diront. Oh j'ai pas fait, j'ai pas ci. Avec l'expérience, ils ne peuvent plus nous mentir. Avec l'expérience, je le sais tout de suite. Et de toute façon, c'est dans le contrat verbal qu'on signe au début.* »

(E2, 1.347-349)

Si certains décident d'entreprendre rapidement une voie de traitement sous la forme du massage par exemple, d'autres utilisent cette première séance en guise de bilan. Cette séance a une durée et un format particuliers en fonction des choix des thérapeutes. Comme nous l'avons évoqué, la manière de faire connaissance passe à la fois par la parole et par les actes thérapeutiques (en particulier le massage). Or, de nombreux questionnaires ont été mis en place dans le but de faire ressortir les facteurs psycho-sociaux aux yeux du thérapeute. Cependant, en pratique, ils ne sont pas utilisés ou très peu : ils sont chronophages et créent de la distance entre le patient et le thérapeute. D'ailleurs leur utilité est remise en question en tant qu'outil de bilan, ils pourraient plutôt être des outils de monitoring, de dépistage ou d'aide à la prise de conscience pour des éléments particuliers, mais pour lesquels un premier tri aura été réalisé par le thérapeute. D'autres thérapeutes les utilisent partiellement, en reprenant certaines questions à leur compte pour créer leur propre outil.

(E1, 1.273-275) « *Et puis, des fois j'ai l'impression aussi que j'ai pas envie de faire ça notamment la première séance, avec mon patient, parce que ça a un côté très formel, très formulaire. Je trouve que ça réduit la relation avec le patient aussi.* »

(E6, 1.145-151) « *Alors j'aime bien les questionnaires, le souci, c'est que, en fait, comme je fais déjà remplir ça. Ça me semble compliqué à la première séance de redonner des questionnaires aux gens. En fait, oui, je m'inspire des questionnaires que je connais et si vraiment il y a quelque chose que je dois aller cibler, je vais aller chercher un questionnaire. Mais c'est vrai que j'ai du mal du coup. Je les connais, je les ai dans l'ordinateur, je les ai déjà utilisés, mais c'est vrai que spécifiquement j'ai du mal à les mettre en pratique. Je m'inspire des questionnaires et des formations que j'ai vus et de mes connaissances pour orienter les questions en fait.* »

(E7, 1.108-111) (E7, 1.238-240) (E3, 1.105-108) (E4, 1.404-407)

Les premières séances comprennent une partie de bilan et une autre de traitement dans des proportions différentes en fonction des thérapeutes. Certains vont réaliser une séance quasi exclusivement orientée sur le bilan quand d'autres vont réaliser du massage et/ou de la palpation en vue de bilans et de traitements antalgiques (Tab. IV).

Tableau IV : Organisation de la prise d'informations concernant les facteurs psycho-sociaux chez les MK entretenus.

	Réalisation du bilan	Recherche des RPS
E1	Réalise 30 minutes de bilans sur la première séance (interrogatoire + tests cliniques)	N'approfondit pas les facteurs de risques psycho-sociaux à la première séance, même s'il a déjà des indices avec le discours du patient. Se donne 5 séances pour les approfondir.
E2	Réalise un bilan observationnel du patient, puis réalise un bilan palpatoire.	échange avec le patient en même temps. Réalise le bilan et le traitement en même temps.
E3	Etale le bilan initial sur 2 ou 3 séances. Réalise des tests cliniques puis débute le traitement.	Echange avec le patient en même temps que les tests et le traitement.
E4	Réalise un bilan McKenzie sur la première séance. Première séance de 45 – 50 minutes, à la fin de la séance, proposition d'axe de traitement	Récolte des indices sur les facteurs de risques psycho-sociaux. Attends 3 à 5 séances pour approfondir cette question.
E5	Séance de 30 minutes, moitié d'anamnèse et moitié de massage sur la 1ère séance.	Recueille les éléments concernant les facteurs de risques psycho-sociaux plutôt sur les séances 2-3 et 4. A notion de la motivation du patient après 5 séances.
E6	Un quart d'heure de questionnaire écrit en salle d'attente avant la séance. 1h de séance dont 4/5ème de bilan dont 80% de verbal. Un début de proposition de traitement en fin de séance.	Utilise le questionnaire écrit pour re-questionner le patient sous la forme d'un entretien oral sans élément (mobilier, matériel informatique) entre le thérapeute et le patient (permet d'explorer les facteurs psycho-sociaux).

E7	Bilan de 45 minutes pour la première séance, sous la forme d'un entretien oral sans table interposée, proposition de traitements à la fin de la première séance.	Examine les facteurs de risques psychosociaux dès la première séance
----	--	--

Des informations non-verbales sont prises dès le tout début de la prise en charge.

(E3, 1.253-255) « *Les gens, je sais, quand ils s'installent, ils s'assoient, ou quand ils s'allongent, au niveau du faciès, ou des expressions, il y avait un nom la dessus, la science des expressions, je ne sais plus, enfin bref, je sais si ils vont craquer pendant la séance ou si ils ont pas envie de parler. Ça se sent, on arrive à le lire.* »

(E6, 1.280-283)

Enfin, en ce qui concerne la traçabilité et le recours à d'autres thérapeutes, là aussi, le comportement des praticiens est assez variable. Certains MK sont inscrits sur des réseaux de soins (relation avec un centre de rééducation, relation avec d'autres thérapeutes locaux) ce qui semble simplifier les communications et la réorientation des patients (E4, E7). D'autres sont plus isolés et n'ont pas toujours la possibilité ou le temps de communiquer avec d'autres professionnels de santé. Le médecin généraliste reste le relais principal de communication, notamment s'il est prescripteur régulier auprès du MK. En ce qui concerne la traçabilité, les thérapeutes allant plus loin dans le bilan (trame plus construite, temps dédié à celui-ci) ont un comportement traçant, en utilisant l'outil informatique (logiciel de bilan ou utilisation d'un outil propre) (E4, E6, E7). En ce qui concerne les facteurs de risques psycho-sociaux, ils ne sont pas tracés ou lorsqu'ils le sont, c'est sous la forme d'une retranscription littérale du discours du patient.

4. DISCUSSION

4.1. Qualité méthodologique et limites de l'étude

Un échantillonnage ciblé de la population a été effectué afin d'obtenir la plus grande variabilité possible permettant d'atteindre une saturation sémantique : des hommes et des femmes ont été interrogés, d'âge varié, avec des conditions d'exercice, des durées d'exercice et des formations différentes. Ces MK prenaient en charge des patients lombalgiques chroniques, mais la proportion de ceux-ci était assez variable, et il est difficile de les comparer à des données récentes de la population des MK français car les données retrouvées sont assez anciennes (47) et la définition d'un patient lombalgique chronique reste floue comme nous le constatons à travers ce travail. De plus, l'échantillonnage a été réalisé à partir de notre réseau et nous avons recherché des MK ayant une certaine expertise dans le domaine, soit parce qu'ils s'étaient formés récemment, soit parce qu'ils se démarquaient d'une certaine manière (mission d'enseignement, membre de société de physiothérapie). Cependant, compte tenu de la taille de l'échantillon, l'ensemble des « courants » de masso-kinésithérapie n'est bien sûr pas représenté (par exemple pas de kinésithérapeute formé à l'«école du dos»). La notion d'« expertise » nécessiterait peut-être d'être plus cadrée avec des critères plus précis, sans que cela nuise à la saturation sémantique d'un tel travail.

Une étude qualitative est par essence subjective et il est nécessaire de connaître les biais méthodologiques pour nuancer nos résultats. Ainsi, le biais de confusion est très présent lors d'au moins deux étapes de l'étude : lors des entretiens eux-mêmes et lors de l'analyse des résultats. Tout d'abord, il n'est pas toujours aisé pour l'interviewer de se faire comprendre sans influencer les réponses de l'interviewé. Il aurait pu être proposé une relecture des retranscriptions par les interviewés afin d'obtenir des validations et/ou de leur donner la possibilité d'ajouter des commentaires. De plus, la réalisation d'un entretien semi-directif est un exercice peu évident pour une personne non expérimentée et la qualité des entretiens aurait pu être probablement meilleure si l'interviewer avait eu plus d'expérience. Ensuite, au niveau de l'étape de l'analyse, ce biais de confusion aurait pu être atténué, si les résultats avaient pu être analysés avec un autre chercheur (étape de triangulation), même si ce travail a fait l'objet d'une validation par Mme Mauduit, directrice de ce mémoire

Ce type d'étude fait également l'objet d'un biais de désirabilité sociale, où les interviewés risquent de teindre leurs propos avec ce qu'ils pensent être la réponse attendue et non pas forcément une réponse reflétant la réalité du terrain. Une autre modalité d'étude qualitative permet de limiter ce phénomène comme l'observation et l'analyse de séances filmées.

Le guide d'entretien n'explore pas l'entièreté des étapes de raisonnement clinique et la relation des thérapeutes avec leurs patients, car la relation thérapeutique, la prise en charge d'un patient chronique ou l'organisation du thérapeute sont tous des sujets vastes. Nous nous sommes appuyés sur différentes lectures, sur notre expérience thérapeutique et sur les réponses obtenues lors des pré-tests pour faire des choix (par exemple, s'intéresser à la fin de la prise en charge semblait être un point de tension chez les thérapeutes lors des pré-tests) et réaliser un guide qui nous semblait équilibré et qui permettait de comprendre comment ces 3 composantes s'imbriquent dans un temps compatible avec le public interrogé et l'échelle de l'étude.

Notre travail comporte de nombreuses limites. D'une part, il n'est en aucun cas un travail représentatif d'une population et ne se place pas dans une recherche de signification statistique. Ce travail a plutôt une portée exploratoire afin de mieux cerner un domaine, les facteurs de risques psycho-sociaux, qui relèvent des relations humaines, du sens clinique, et vers lequel la profession de MK s'oriente en tâtonnant. D'autre part, ce travail est le fruit d'une analyse personnelle et subjective qui pourrait être débattue, cela n'en rendrait les résultats que plus riches.

4.2. Discussion des résultats et validité externe de l'étude

Des travaux similaires au nôtre ont été menés dans d'autres pays (10, 13, 16, 34, 48–51). Des éléments sont identiques à nos résultats même si certaines nuances ressortent, pouvant être probablement expliquées par l'avancée rapide des publications sur le sujet.

Nous allons étayer ces éléments en reprenant les résultats de notre travail.

4.2.1. Chronicité comme lieu de relation thérapeutique

Le MK libéral a effectivement une place particulière parmi les professions de santé. Les échanges avec le patient, qu'ils soient verbaux ou non-verbaux, lui permettent de récolter des éléments concernant l'état de santé général du patient (13, 16, 33, 34). L'hypothèse H3 (les MK ont une place particulière parmi les professionnels de santé leur permettant le recueil d'informations personnelles) semble donc se confirmer. Cependant sa place dans l'arsenal thérapeutique est discutée : peut-il traiter les déficiences du patient ou doit-il diminuer les incapacités dans le cadre de la lombalgie chronique ? (16). Ce dilemme montre les changements qui doivent s'opérer dans la relation thérapeutique (4), entre les attentes à court terme des patients et les connaissances à long terme des soignants, qui cherchent à rendre le patient plus autonome (51). La place que confère ce statut nécessite davantage de compétences, notamment en communication (51) qui n'est pas évident à développer pour les thérapeutes.

Il existe effectivement des attendus de la part des patients en ce qui concerne certains types de soins physiques (10, 16, 51) qui peuvent nuire aux tentatives d'évaluation des facteurs psycho-sociaux (les patients considèrent ne pas être là pour ça ou peuvent être gênés par le caractère intrusif de certains questions). Cet élément pouvant cependant être une première manière d'aborder le patient pour nouer une relation thérapeutique (10, 34, 51).

Il faut souligner que les thérapeutes paraissent peu confiants dans les connaissances qu'ils ont sur les facteurs de risques psycho-sociaux, ce qui serait une explication de leur moindre transfert en pratique (13, 34, 51). Les effets du comportement du MK sont également soulignés comme pouvant influencer positivement (sentiment de confiance, bonnes compétences en communication) (16, 34) ou négativement (dépendance, fausse croyance) (51) les soins.

L'errance thérapeutique est peu abordée dans ces études. Elle est plutôt évoquée à travers le sentiment de responsabilité des thérapeutes vis-à-vis des patients en terme d'informations sur les mécanismes pathologiques, sur les traitements (33)... Notre étude tend à montrer qu'elle participe en partie au profil du patient chronique. L'ensemble des thérapeutes interrogés semble avoir conscience de cela et recherche cette caractéristique. Il semble plus difficile de prendre conscience que le thérapeute lui-même est source d'errance.

Les articles mentionnés ne citent pas les méthodes d'écoute active ou d'entretien motivationnel comme notre travail a pu le faire ressortir. Cela peut être expliqué par l'engouement assez récent de ces méthodes. Elles sont intéressantes à mettre en avant car elles proposent des solutions pour que le thérapeute trouve sa juste place par rapport aux propos qu'il recueille. Elles peuvent être des ressources par rapport à la peur de certains thérapeutes de « perdre le patient » s'ils rentraient trop dans l'intimité de ceux-ci (16, 51).

Contrairement à certaines études (10, 34, 48), les thérapeutes interrogés semblaient concernés par le défi que représente le patient lombalgique chronique et sont plutôt pro-actifs dans la recherche de solutions, probablement par le gain en expérience et les différentes formations qu'ils ont vécus. L'hypothèse H6 (les MK ont des représentations négatives des patients lombalgiques chroniques qui peuvent nuire à la prise en charge) ne semble donc pas se confirmer, même si des nuances peuvent être apportées. Les questionnements par rapport aux facteurs psychosociaux non modifiables et aux patients recherchant des bénéfices secondaires restent cependant ouverts.

4.2.2. Le patient douloureux chronique

De plus, les thérapeutes connaissent les facteurs de risques psychosociaux et ont conscience du rôle qu'ils jouent sur l'état douloureux du patient (10, 13, 16, 51). Cependant, ces connaissances sont superficielles, théoriques et très peu transférées en pratique avec les patients. Les thérapeutes utilisent encore beaucoup leur « sens clinique » ou intuition pour

rechercher ces facteurs de risque et il est difficile de mettre en lumière leur raisonnement clinique à ce sujet (4, 13, 34). L'hypothèse H4 (les MK s'appuient sur les outils disponibles (formations, questionnaires, recommandations) pour mener leur prise en charge) ne semble donc pas se confirmer.

Ces études rapportent notamment le fait que le concept de facteurs de risques psycho-social est mal défini, avec des définitions variables et sans *gold standard* permettant d'harmoniser ceux-ci (13, 49). Ce facteur explique en partie le manque d'attrait des physiothérapeutes pour ce domaine. Comme dans notre étude, nous retrouvons en effet, des connaissances assez superficielles de ces données, abordées d'abord sur l'aspect physiologique de la douleur (gestion de la douleur, trouble neuro-sensoriel, explication mécaniste) et sur les échanges concernant le mode de vie (stress, sommeil, nutrition).

Il peut être pertinent que le premier abord du patient reste biomédical, permettant de rester vigilant par rapport aux drapeaux rouges et aux risques de « faux chroniques ». L'hypothèse H2 (le processus de raisonnement des MK est un raisonnement à orientation biomédicale) semble donc se confirmer. Nous pouvons néanmoins noter que dans notre étude, les MK abordent plus volontiers les aspects plus psychologiques (dépression, anxiété) que dans les articles cités. Les questions des croyances et des modes de compréhension des patients sur leur santé ressortent particulièrement de notre étude.

Alors que la gestion des facteurs de risques psycho-sociaux par les thérapeutes peut provoquer une certaine souffrance chez ceux-ci (pessimisme par rapport aux possibilités d'action et diminution de la satisfaction au travail) (10) et leur faire craindre une « perte des patients » (16), la négociation d'objectifs (34, 51) et la gestion dans le temps (33, 51) des séances permettent aux thérapeutes de garder un certain contrôle sur la situation et d'éviter la frustration d'un engagement sans retour.

4.2.3. Organisation et raisonnement clinique

Les principaux obstacles relevés dans les autres études étaient liés à un manque d'informations des MK sur le sujet, un manque de formations et un manque de connaissances sur les outils à utiliser (34, 50, 51). Nous pouvons noter dans notre cas que les MK se placent dans une démarche de recherche de solutions et de formations continues afin de palier leurs lacunes tout en déplorant un manque de formation lors du cursus initial. Ils notent également l'importance de l'expérience (10, 34) pour aborder plus facilement ces notions.

Parmi l'ensemble des éléments que nous avons retrouvés, nous retrouvons des étapes similaires au modèle de raisonnement clinique présenté par Charlin *et al.* (30) sans pour autant qu'elles soient parfaitement identiques. En effet, le contexte de chronicité des patients provoquent des modifications dans le statut du thérapeute et du patient qui vont enrichir les éléments permettant de « catégoriser pour agir » ; ainsi que des variations dans la temporalité du raisonnement.

Ainsi, sur le versant psycho-social, les thérapeutes semblent rencontrer des difficultés pour organiser leurs connaissances et parvenir à des « connaissances encapsulées », ce, malgré la publication de recommandations professionnelles qui tentent de synthétiser les connaissances sur le sujet. Nous nous apercevons également du rôle des scripts de patients pour mieux aborder ces situations complexes et multifactorielles et pour construire des schèmes de raisonnement qui leur sont propres (33, 34). Nous retrouvons donc des éléments allant dans le sens d'un raisonnement qui tend à être dynamique plutôt que linéaire, l'hypothèse H1 (le processus de raisonnement des MK est un raisonnement linéaire) semble donc ne pas être confirmée.

Les relations interprofessionnelles sont peu développées, par éloignement géographique, manque de temps ou manque de moyens de communication (peu de traçabilité) et est probablement dommageable pour une prise en charge qui devraient être pluridisciplinaires (8,11,12). L'hypothèse H5 (les MK sont relativement isolés dans les prises en charge, que ce

soit par rapport à leurs pairs ou par rapport aux autres professions de santé, il y a peu d'échanges concernant les facteurs de risques psycho-sociaux) semble donc se confirmer.

La transfert des connaissances issues de formations (10,16) et le manque d'échange inter et intra-professionnel restent des obstacles encore importants.

4.2.4. Risque de passage à la chronicité et stratification du risque de chronicisation

En ce qui concerne la détection des drapeaux jaunes pour réduire le risque de passage à la chronicité, nous pouvons nous demander où et comment cette étape doit se placer. En effet, il ressort de ces entretiens que les thérapeutes traitent peu les patients souffrant de lombalgie aiguë et prennent en général les patients à un stade avancé de douleur, voir à un stade où le seuil de chronicité est dépassé. Cependant, comme nous l'avons vu, les thérapeutes sont en bonne place pour connaître les patients et donc déceler ces facteurs, ce qui sera très intéressant si le premier recours à la masso-kinésithérapie en cas de lombalgie vient à être mis en place.

En maîtrisant davantage ces éléments, le MK peut affiner le classement d'un patient, déjà reconnu comme chronique afin de déterminer la « profondeur » de la chronicité et mieux comprendre l'intrication de chaque facteur dans la problématique du patient.

Nous constatons également que si le sujet des facteurs psycho-sociaux en santé n'est pas nouveau, il est actuellement remis à jour et sujet à de nombreuses publications. Les thérapeutes s'en emparent et expriment le besoin de se former sur le sujet après leur formation initiale. Les formations post-diplôme semblent permettre d'accélérer la réflexion sur le sujet permettant aux « jeunes » générations de faire les mêmes constatations que les kinésithérapeutes plus expérimentés. Elles représentent un bon exemple d'échanges de pratiques entre professionnels (11, 26, 52).

Ainsi, pour faire suite à ce travail, il serait intéressant de connaître les bénéfices d'atelier d'analyse de pratiques et d'échanges inter-professionnels sur le sujet du raisonnement clinique chez les patients lombalgiques chroniques à travers les facteurs de risques psycho-sociaux.

5. CONCLUSION

Il n'est pas évident de mettre en lumière le « sens clinique » des MK dans leur pratique libérale lors de la prise en charge de patients atteints de lombalgie chronique. A travers de nouveaux modèles issus de la recherche en didactique, nous pouvons mieux comprendre le cheminement suivi par les thérapeutes sur le terrain. Loin d'être un modèle linéaire, les thérapeutes catégorisent les informations en fonction de leurs connaissances initiales, avant tout d'orientation biomédicale, et des connaissances nouvellement acquises lors de leurs parcours. L'expérience permet également une lecture rapide, un « sens » nouveau pour les thérapeutes, afin de rechercher les informations les plus pertinentes et de savoir les analyser plus aisément. La contextualisation du patient dans le cadre de sa sphère bio-psycho-sociale a maintenant un sens évident pour les thérapeutes dont tous ont conscience.

Malgré l'émergence de modèles et d'outils fiables pour cerner les facteurs de risques psycho-sociaux du patient, ceux-ci semblent s'être encore peu démocratisés. Cela s'explique probablement par les difficultés de compréhension de l'implication et de la possibilité d'action sur ces facteurs.

Cependant, face aux difficultés rencontrées avec les patients chroniques, les thérapeutes développent de nombreuses compétences : le MK revêt une place particulière au sein des professionnels de santé et il doit ainsi savoir aménager ses séances afin de s'ajuster aux capacités de compréhension du patient, à sa motivation ; il doit savoir identifier les « traits » de personnalité du patient, cerner ses ressources et ses difficultés afin d'exploiter celles-ci. Il a à sa disposition un certain nombre de savoir-faire qu'il développe au gré de son expérience et l'écoute active ou l'entretien motivationnel n'en sont que des exemples.

Il est également nécessaire pour le thérapeute de rester vigilant par rapport à une situation pouvant s'engluer dans le temps. Afin de garder le contrôle de la situation, il semble nécessaire d'imposer un cadre de coopération et de guidance du patient vers une sorte de « déclic » permettant d'avancer dans la résolution du problème. Le temps est une variable à apprivoiser afin parfois de laisser « le temps au temps ». Le travail d'équipe est également une entité permettant au thérapeute, parfois un peu trop isolé de trouver de nouvelles ressources. Ce dernier rencontre de nombreux obstacles à sa mise en place et nous pouvons nous demander si l'analyse de pratiques professionnelles n'est pas une manière de mettre en place des rencontres intra ou interprofessionnelles afin d'échanger et de gagner en connaissances et en expériences.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Référentiel de compétences masso-kinésithérapeute. 2015.
2. Michon D. Enjeux, sens et innovations de la réforme de la formation en kinésithérapie : les apports de la dialogique « professionnalisation et universitarisation ». *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(167):30-6.
3. Girard J, Parent-Nichols J, Cleland JA, Pallot A. Pratique factuelle : théorie et application. *Kinésithérapie, la Revue*. 2019;19(211):16-9.
4. Hiller A, Guillemin M, Delany C. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(10):1222-8.
5. Roitenberg N. Physiotherapists' attitudes toward low back pain treatment: Do work setting and clinical experience with low back patients matter? *J Eval Clin Pract*. 2019;25(2):224-9.
6. Haute Autorité de Santé. Faire dire : Eléments bibliographiques : L'explication simple, l'adhésion, la participation et la reformulation sont des outils essentiels pour lutter contre ces difficultés. 2015.
7. Solvang PK, Fougner M. Professional roles in physiotherapy practice: Educating for self-management, relational matching, and coaching for everyday life. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2016;32(8):591-602.
8. Haute Autorité de Santé. Prise en charge d'un patient présentant une lombalgie commune. 2019;178.
9. Hahn SR. Physical Symptoms and Physician-Experienced Difficulty in the Physician–Patient Relationship. *Ann Intern Med*. 2001;134(9):897.
10. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. 2015;61(2):68-76.
11. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Back and Neck Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
12. Fouquet B, Beaudreuil J. Approche multidisciplinaire de la lombalgie chronique. *Actualités en Médecine Physique et de Réadaptation*. 2020;(1):21-7.
13. Singla M, Jones M, Edwards I, Kumar S. Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: Are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual Therapy*. 2015;20(2):328-34.

14. Rousseau L, Bacelon M. Facteurs psychosociaux, douleur et kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*. 2017;17(186):33-43.
15. O'Sullivan P, Caneiro JP, O'Keeffe M. Cognitive Functional Therapy : An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Physical Therapy*. 2018;98.
16. Zangoni G, Thomson OP. « I need to do another course » - Italian physiotherapists' knowledge and beliefs when assessing psychosocial factors in patients presenting with chronic low back pain. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;27:71-7.
17. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo prise en charge d'un patient présentant une lombalgie commune. 2019.
18. Belgian Health Care Knowledge Centre. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. 2017;41.
19. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther*. avr 2012;42(4):A1-57.
20. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s : assessment and management. NICE guideline [NG59]. NICE : London; 2016.
21. Toward Optimized Practice. Evidence-informed primary care management of low back pain. Clinical practice guideline. 3ème édition. TOP : Edmonton; 2015.
22. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F. Non-Specific Low Back Pain. Clinical practice guideline. *Deutsches Ärzteblatt* [Internet]. 2017 [cité 12 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=195482>
23. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. janv 2019;160(1):19-27.
24. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*. sept 1987;12(7):632-44.
25. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*. 2012;40:377-96.
26. Kendall NA, Linton SJ, Main CJ. Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain : Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss. Wellington : Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee; 1997.
27. Main CJ, Burton AK. Economic and occupational influences on pain and disability. In: *Pain Management : An Interdisciplinary Approach*. Edinbourg: Churchill Livingstone; 2000. p. 63-87.

28. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early Identification and Management of Psychological Risk Factors (“Yellow Flags”) in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal. *Physical Therapy*. 1 mai 2011;91(5):737-53.
29. Elvén M, Hochwälder J, Dean E, Söderlund A. Predictors of Clinical Reasoning Using the Reasoning 4 Change Instrument With Physical Therapist Students. *Phys Ther*. août 2019;99(8):964-76.
30. Charlin B, Lubarsky S, Millette B, Crevier F, Audétat M-C, Charbonneau A, et al. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation. *Medical Education*. 2012;46(5):454-63.
31. Schmidt HG, Rikers RMJP. How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation. *Medical Education*. 2007;41(12):1133-9.
32. Baker SE, Painter EE, Morgan BC, Kaus AL, Petersen EJ, Allen CS, et al. Systematic Clinical Reasoning in Physical Therapy (SCRIPT): Tool for the Purposeful Practice of Clinical Reasoning in Orthopedic Manual Physical Therapy. *Phys Ther*. 2016;ptj.20150482.
33. Langridge N, Roberts L, Pope C. The clinical reasoning processes of extended scope physiotherapists assessing patients with low back pain. *Manual Therapy*. 2015;20:745-50.
34. Widerström B, Rasmussen-Barr E, Boström C. Aspects influencing clinical reasoning and decision-making when matching treatment to patients with low back pain in primary healthcare. *Musculoskeletal Science & Practice*. 2019;41:6-14.
35. Wijma AJ, Wilgen CP van, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2016;32(5):368-84.
36. Linton SJ, Shaw WS. Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Phys Ther*. 2011;91(5):700-11.
37. Vlaeyen JWS, Maher CG, Wiech K, Zundert JV, Meloto CB, Diatchenko L, et al. Low back pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4(1):1-18.
38. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L’analyse qualitative en santé. In: *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin; 2016. p. 167-85.
39. Petty NJ, Thomson OP, Stew G. Ready for a paradigm shift? Part 2: introducing qualitative research methodologies and methods. *Man Ther*. 2012;17(5):378-84.
40. Schoeb V. La recherche qualitative en physiothérapie : quelle place mérite-t-elle ? *Kinésithérapie, la Revue*. 2012;12(127):85-93.
41. Gibson BE, Martin DK. Qualitative Research and Evidence-based Physiotherapy Practice. *Physiotherapy*. 2003;89(6):350-8.
42. Jette AM, Delany C, Lundberg M. The Value of Qualitative Research in Physical Therapy. *Phys Ther*. 2019;99(7):819-20.

43. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;102(3):23-34.
44. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015;15(157):50-4.
45. Romelaer P. Chapitre 4. L'entretien de recherche. In: *Methodes Recherches* [Internet]. 2005 [cité 11 févr 2020]. p. 101-37. Disponible sur: <https://www.cairn.info/management-des-ressources-humaines--9782804147112-page-101.htm>
46. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*. 2016;2:8-14.
47. Spaeth J, Johanet G, Allemand H. Chapitre 2 : La prise en charge des lombalgies. In: *Assurance-maladie, des soins de qualité pour tous*. 2000. p. 35-42.
48. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain : a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Journal of Physiotherapy*. 2017;63:132-43.
49. Glattacker M, Heyduck K, Jakob T. Yellow flags as predictors of rehabilitation outcome in chronic low back pain. *Rehabilitation Psychology*. 2018;63(3):408-17.
50. Driver C, Kean B, Operscu F. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2017;39(22):2237-49.
51. Cowell I, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective : A qualitative study. *Musculoskeletal Science & Practice*. 2018;38:113-9.
52. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux. *Les Cahiers de la SFETD*. 2013;(1):17-26.
53. Société Française en Médecine Générale. *Lombalgie commune en soins premiers*. 2017.

ANNEXES

ANNEXE I : Les différents types de drapeaux (17)

DRAPEAUX ROUGES

- Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit.
- Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue-de-cheval).
- Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée).
- Traumatisme important (tel qu'une chute de hauteur).
- Perte de poids inexplicable.
- Antécédent de cancer.
- Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme).
- Déformation structurale importante de la colonne.
- Douleur thoracique (rachialgies dorsales).
- Âge d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans.
- Fièvre.
- Altération de l'état général.

DRAPEAUX JAUNES

Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité

- Indicateurs d'un risque accru de passage à la chronicité et/ou d'incapacité prolongée.
- Problèmes émotionnels, tels que la dépression, l'anxiété, le stress, une tendance à une humeur dépressive et le retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos, comme l'idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave, un comportement passif avec attentes de solutions placées dans des traitements plutôt que dans une implication personnelle active
- Comportements douloureux inappropriés, en particulier d'évitement ou de réduction de l'activité, liés à la peur.
- Problèmes liés au travail (insatisfaction professionnelle ou environnement de travail jugé hostile) ou problèmes liés à l'indemnisation (rente, pension d'invalidité).

DRAPEAUX BLEUS

Facteurs de pronostic liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur

- Charge physique élevée de travail.
- Forte demande au travail et faible contrôle sur le travail.
- Manque de capacité à modifier son travail.
- Manque de soutien social.
- Pression temporelle ressentie.
- Absence de satisfaction au travail.
- Stress au travail.
- Faible espoir de reprise du travail.
- Peur de la rechute.

DRAPEAUX NOIRS

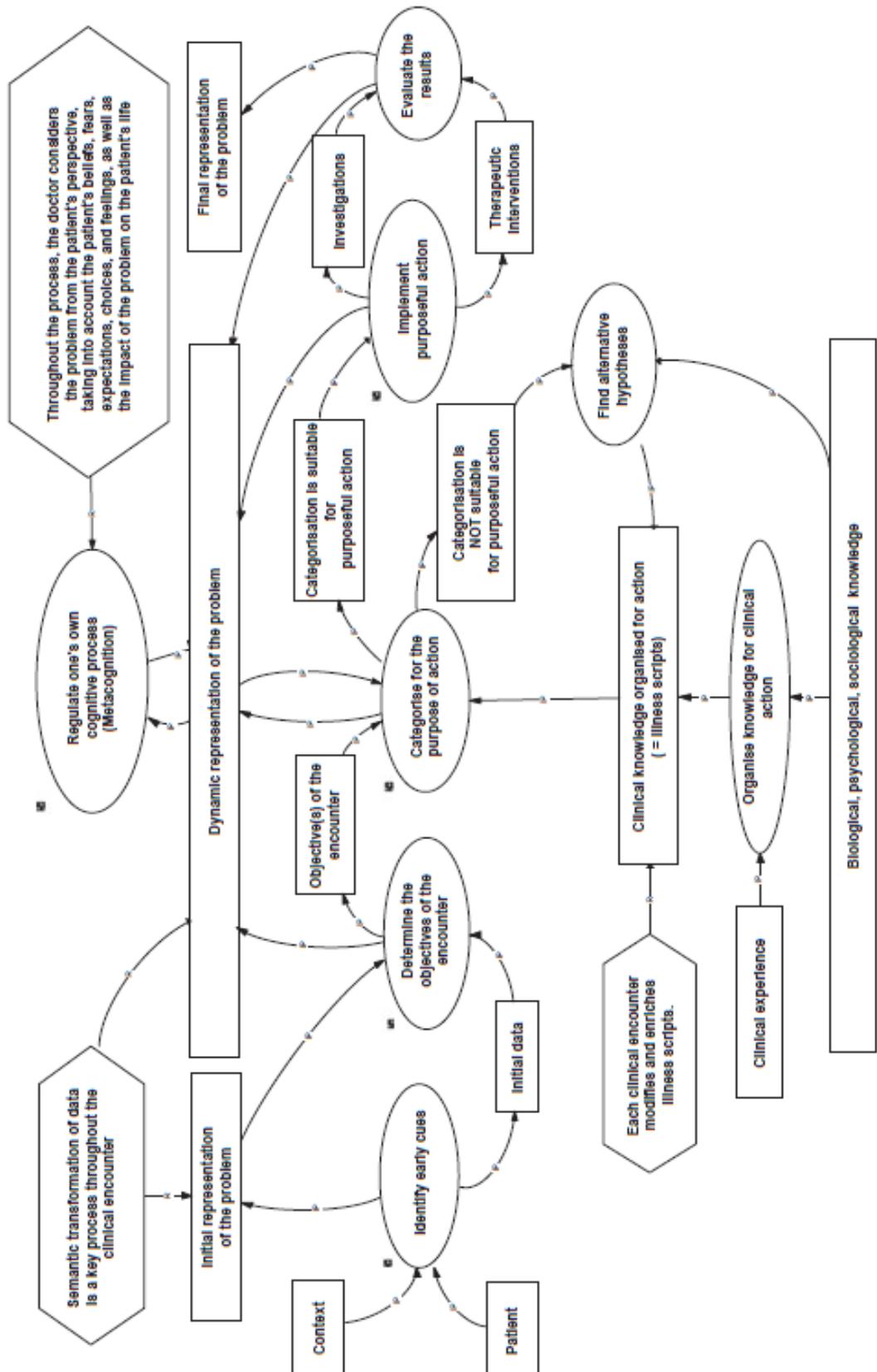
Facteurs de pronostic liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance

- Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste.
- Insécurité financière.
- Critères du système de compensation.
- Incitatifs financiers.
- Manque de contact avec le milieu de travail.
- Durée de l'arrêt maladie.

ANNEXE II : Exemples de structures d'entretiens retrouvés à travers la littérature.

<p>PSCEBSM (35)</p> <p>(Pain) Douleur (Somatic and medical factors) Facteurs somatiques et médicaux (Cognitive factors) Facteurs cognitifs (Emotional factors) Facteurs émotionnels, (Behavioral factors) Facteurs comportementaux (Social factors), Facteurs sociaux (Motivational factors) Facteurs motivationnels</p>	<p>Drapeaux (17)</p> <p>(Drapeaux rouges) Drapeaux oranges : Pathologies psychiatriques Drapeaux jaunes : Indicateurs psychosociaux d'un risque accru de passage à la chronicité (problèmes émotionnels, attitudes et représentations inappropriées, comportements inappropriés, problèmes liés au travail ou à l'indemnisation) Drapeaux bleus : Facteurs pronostics liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur Drapeaux noirs : Facteurs pronostics liés à la politique de l'entreprise, au système de soins et d'assurance</p>	<p>Stewart et al. (entretien centré sur le patient)</p> <p>1. Qui est le patient ? Ses intérêts, son travail, ses relations etc. 2. Quelles sont ses attentes à l'égard de la médecine en général ? À l'égard du médecin en particulier ? 3. Quelle est l'influence de la maladie dans sa vie ? 4. Quelle est sa compréhension (représentation) de sa maladie ? 5. Comment le patient vit-il sa maladie ?</p>	<p>ABCDEFW (26)</p> <p>(Attitude) Attitudes / croyances (Behavior) Comportement (Compensation) Indemnisation – (Diagnostic) / Traitement (Emotion) Émotions (Family) Famille (Work) Travail</p>	<p>Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ (28)</p> <p>**Exigences élevées: craignez-vous que les exigences physiques de votre travail ne retardent votre retour au travail? **Incapacité à modifier le travail: pensez-vous que votre travail pourrait être modifié temporairement afin que vous puissiez reprendre le travail plus tôt? **Exigences stressantes: y a-t-il des éléments stressants dans votre travail qui pourraient être difficiles à votre retour au travail? **Manque de soutien social sur le lieu de travail: quel type de réponse attendez-vous des collègues et des superviseurs à votre retour? **Insatisfaction au travail: est-ce un travail que vous recommanderiez à un ami? **Mauvaise attente de rétablissement et de retour au travail: craignez-vous que le compte tenu de votre situation actuelle? **Peur de se blesser à nouveau: craignez-vous des épisodes répétés de douleur (au dos) une fois de retour au travail?</p>	<p>Facteurs protecteurs (+) ou vulnérabilisants (-) (15)</p> <p>Facteurs cognitifs : + croyances positives, bonne efficacité personnelle, flexibilité cognitive, acceptation, état d'esprit « réfléchi » - croyance négative, catastrophisme, hypervigilance, faible efficacité personnelle Facteurs émotionnels : + Résistance au stress, peu d'anxiété, humeur positive - Stress, peur, anxiété, humeur sombre, colère, frustration, tristesse Capacité à « faire face » (coping) : + Bonne capacité d'adaptation, flexibilité - Capacité à faire face non-adapté – évitement ou endurance Facteurs sociaux : + Facteurs culturels positifs, support familial et environnement professionnel aidants, sécurité financière, haut niveau d'éducation - Facteurs culturels négatifs, contexte de vie stressant (histoire de vie, contexte), faible niveau socio-économique, faible niveau d'éducation Facteurs physiques : + Comportements adaptés en terme d'activité physique, niveau de charge adapté et fonctionnel, bonne condition physique - Niveau de charge inadéquat, déconditionnement physique, Comportements inadaptés (en force, activité irrégulière) Facteurs liés au style de vie : + Non-fumeur, poids de forme, actif, bonne qualité du sommeil - Fumeur, sédentarité, mauvaise qualité du sommeil, niveau d'activité physique inadéquat (trop basse ou trop grande ou de grande variation)</p>
--	--	---	---	---	---

ANNEXE III : Représentation graphique du processus de raisonnement clinique selon l'équipe de Charlin et al (30)



ANNEXE IV : Guide d'entretien semi-directif utilisé pour ce travail.

<p>Introduction</p> <p>L'entretien se déroulera si possible dans un endroit calme et fermé afin d'éviter les interruptions</p> <p>« Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui et de m'accorder un peu de votre temps. Pour rappel, le thème de ces entretiens est la partie orale du bilan chez le patient lombalgique chronique. Cet entretien est enregistré, il sera ensuite retranscrit afin de constituer le matériel d'analyse nécessaire à mon mémoire de fin d'études. Je prendrai également des notes pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées. Donnez-vous toujours votre accord pour réaliser cet entretien ? Etre enregistré ? Le temps d'entretien est estimé à une trentaine de minutes. Avez-vous des questions avant de commencer ? »</p>
<p>Présentation du kinésithérapeute</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Expérience en tant que masseur-kinésithérapeute : nombre d'années en pratique libérale, expérience ou non du salariat, année d'obtention du D.E, pratique mixte libéral/salariat ○ Nombre et intitulé des formations réalisées avant ou après l'obtention du D.E., autres diplômes obtenus, culture kinésithérapique ○ Mode d'exercice : exercice en tant qu'assistant, remplaçant, titulaire du cabinet ; nombre de collègues au sein du cabinet, situation du cabinet à la campagne / en ville, part d'actes réalisés en cabinet / à domicile ○ Prise en charge de lombalgique : quelle proportion ? proportion de chronique ? ○ Caractéristiques sociologiques : âge, vie familiale, loisirs extérieurs à la kinésithérapie.

Thème	Ce que je cherche à comprendre	Questions + relances
La prise en charge du patient chronique	<p>* Les particularités de prise en charge du patient chronique et du patient LOMBALGIQUE chronique</p> <p>* Notion de drapeaux : Connaissance/ maîtrise, évaluation</p> <p>* Représentation du patient chronique par le kinésithérapeute</p> <p>* L'évaluation de la chronicité : Evaluation des facteurs psychosociaux</p>	<p>(Q) Selon vous, dans le cas d'un patient lombalgique chronique quelles sont les points clés du bilan ? [PHRASE D'ENTAME]</p> <p>[Si besoin, ajouter une phrase de mise en place pour que l'interviewé sache qu'il peut répondre librement]</p> <p>(R1) Quelle forme prend l'évaluation des drapeaux jaunes/ facteurs de risques psycho-sociaux dans votre bilan ?</p> <p>(R2) Dans votre démarche de raisonnement clinique, comment utilisez-vous les drapeaux jaunes ?</p> <p>Connaissez-vous les drapeaux jaunes ?</p> <p>Qu'entendez-vous par facteurs psycho-sociaux ?</p> <p>(R3) Etes-vous à l'aise dans les prises en charge de patient chronique ? Si oui, pourquoi ? Si non,</p>

		<p>pourquoi ? // Selon vous, qu'est-ce qu'un patient chronique ?</p> <p>(R4) Chez un patient souffrant d'une lombalgie aigue recherchez-vous le risque de passage à la chronicité ?</p> <p>Si oui, comment ? quand ?</p>
<p>La relation thérapeutique</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Place de l'interrogatoire (la partie orale) dans le bilan * Importance de l'écoute * Détailler l'intuition professionnelle * Aisance dans le savoir-faire relationnel * Aisance avec les facteurs psycho-sociaux * Apport des formations et de l'expérience dans la relation thérapeutique * Gestion de l'errance thérapeutique 	<p>(Q) La notion de facteurs psycho-sociaux est-elle une notion avec laquelle vous vous sentez compétent ?</p> <p>(R1) Par rapport à l'ensemble des compétences développées par un masseur-kinésithérapeute, comment vous sentez vous dans le domaine des compétences relationnelles ? Si non, quels sont les points à approfondir selon vous ?</p> <p>(R2) Comment abordez-vous la communication avec un nouveau patient (un patient inconnu) ?</p> <p>(R3) Quelles influences vos formations et expériences ont-elles eu dans la manière de communiquer avec les patients ? La prise en charge de patient chronique ?</p> <p>(R4) Comment gérez-vous l'errance thérapeutique de certains patients ?</p>
<p>Organisation de l'interrogatoire et mise en évidence des stratégies personnelles de fonctionnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> * La 1ere rencontre avec le patient et l'alliance thérapeutique * Organisation de l'interrogatoire (outil, organisation temporelle * L'intimité des patients * L'utilisation des questionnaires (Start Back) : où sont-ils réalisés ? quand ? comment sont-ils amenés aux patients ? * Réévaluation des facteurs de risques psycho-sociaux du patient * Fin de prise en charge 	<p>(Q) Quelles sont les choses importantes selon vous lors de la 1^{ère} séance avec un patient ?</p> <p>(R1) Quels éléments d'une prise en charge participent à l'alliance thérapeutique ?</p> <p>(R2) Pensez-vous que votre manière d'être influence les réponses de vos patients ?</p> <p>(R3) Quelle temporalité adoptez-vous pour interroger vos patients ?</p> <p>(R4) Selon quelle modalité organisez-vous l'interrogatoire des patients ?</p> <p>(R5) Que pensez-vous de la place des questionnaires (type Startback) pour évaluer la chronicité des patients ?</p>

		(R3) Comment utilisez-vous la réévaluation dans le temps ? Comment mesurez-vous les modifications du champ psycho-sociaux ? (R4) Quand envisagez-vous la fin de traitement d'un patient chronique ? Comment vous y prenez vous ?
--	--	---

Conclusion : Souhaitez-vous ajouter des éléments qui vous semblent ne pas avoir été évoqué durant cet entretien et qui vous semblent important ?

ANNEXE V : Présentation de la population de l'étude.

Numéro d'anonymat	1	2	3	4	5	6	7
Sexe	M	M	M	M	F	F	M
Age	31	56	36	55	41	36	27
Nombre d'années d'exercice	10	31	12	35	19	15	4
Date du DE	2010	1989	2008	1985	2001	2005	2016
Lieu d'exercice	Libéral (cabinet + domicile)	Libéral (cabinet)	Libéral (cabinet + domicile/EPHAD)	Libéral (cabinet + domicile)	Libéral (cabinet + EPHAD)	Libéral (cabinet)	Libéral (cabinet)
Mode d'exercice	Libéral (cabinet + domicile)	Libéral (cabinet)	Libéral (cabinet + domicile/EPHAD)	Libéral (cabinet + domicile)	Libéral (cabinet + EPHAD)	Libéral (cabinet)	Libéral (cabinet)
Formations post-diplôme	Kiné du sport, thérapie manuelle, partie A McKenzie	Thérapie manuelle, Shiatsu, sophrologie, ETP	Thérapie manuelle, kiné du sport, ostéopathie	Ostéopathie, McKenzie	Méditation, yoga postural, douleur, ETP	Thérapie manuelle orthopédique	Hypnose, douleurs, communication, M2 (psychologie, contrôle moteur et performance sportive)
Statut marital, enfants	Célibataire, sans enfant	Marié, 2 enfants	Marié, 2 enfants	Marié, 3 enfants	Mariée, 2 enfants	Pacsé, 2 enfants	Sans enfant
Loisirs	Sport, voyage	Sport	Sport, théâtre	Sport, musique	Lecture, méditation, vie de famille	Vie associative, vie familiale	Sport, danse
Proportion de prise en charge de patients lombalgiques	20%	33%	25 %	50%	10%	25%	70%
dont patients lombalgiques chroniques	75 %	33%	Quelques-uns	40%	100%	80%	75%
Mode de réalisation de l'entretien	Au cabinet	Au cabinet	Au cabinet	Au cabinet	Au cabinet	Appel vidéo	Au cabinet
Durée de l'entretien	41 minutes	36 minutes	43 minutes	52 minutes	46 minutes	49 minutes	55 minutes

ANNEXE VI : Retranscriptions des entretiens 1 à 7.

1

2 Entretien n°1 – 18-11-2019 – au cabinet du MK – 41 minutes

3

4 **[INTRODUCTION] Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui et de**
5 **m'accorder un peu de votre temps. Le thème de cet entretien c'est la partie orale du bilan chez un**
6 **patient lombalgique chronique. L'entretien va être enregistré et il va être ensuite retranscrit pour**
7 **reconstituer le matériel d'analyse nécessaire à mon mémoire de fin d'études. Je vais prendre**
8 **également des notes pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées. Est-ce que**
9 **vous me donnez votre accord pour réaliser cet entretien ?**

10 E1 : Oui

11 **Pour être enregistré ?**

12 E1 : Oui

13 **Ok, donc j'estime que le temps d'entretien sera d'environ 45 minutes. Est-ce que vous avez des**
14 **questions avant de commencer ?**

15 E1 : Non

16 **[PRESENTATION] Alors, tout d'abord j'ai besoin de quelques informations à votre sujet. Est-ce**
17 **que vous pouvez me rappeler votre expérience, depuis votre formation de kiné jusqu'à**
18 **maintenant ?**

19 E1 : Donc diplômé depuis 2010, de l'école de Nancy. Uniquement exercé en libéral. En formation
20 complémentaire, j'ai un DIU de kinésithérapie du sport, des formations en thérapie manuelle, certificat
21 Australien de chez kpten, la partie A donc lombaire de McKenzie, ainsi que diverses formations pas
22 directement en lien avec les lombalgies. Plus les membres notamment, genoux et syndrome fémoro-
23 patellaire.

24 **Au niveau de votre mode d'exercice, vous exercez donc en titulaire de cabinet. Est-ce que vous**
25 **faites aussi du domicile ou uniquement du cabinet ?**

26 E1 : Oui

27 **Dans quelle proportion ?**

28 E1 : Ca va être quasiment du 50/50.

29 **Au niveau des prises en charge des lombalgiques, ça représente quoi en termes de proportion sur**
30 **vos cabinets ?**

31 E1 : En proportion sur la partie cabinet, sans compter les domiciles, ça va représenter... on va dire, je
32 dirais 20%.

33 **D'accord, et les lombalgiques chroniques ?**

34 E1 : Alors les lombalgiques chroniques, si on définit chronique à 6 mois ou à 2 mois ?

35 **Alors voilà, si on se base sur les recommandations de la HAS, c'est plus de 3 mois.**

36 E1 : Alors plus de 3 mois ça va être la plupart des patients, car les patients passent par la phase
37 médicamenteuse et la durée d'attente pour avoir un rendez-vous au cabinet ici, tout simplement, donc,
38 je dirais bien 75% de chronique.

39 **Alors j'ai encore besoin d'autres petites informations, donc plus sociologiques. Est-ce que vous**
40 **pouvez me donner votre âge ?**

41 E1 : 31

42 **Et au niveau de votre vie familiale ? Est-ce que vous êtes mariés ? Est-ce que vous avez des**
43 **enfants ?**

44 E1 : Non

45 **Est-ce que vous avez d'autres loisirs en dehors de la kiné ?**

46 E1 : Oui, c'est ciblé sur quelque chose en particulier, le sport, pas mal de course à pied, voyage.

47 **Ok. Merci.**

48 **[DEBUT DE L'ENTRETIEN] On va commencer dans le dur de l'entretien, avec cette première**
49 **question : selon vous, donc dans le cas d'un patient lombalgique chronique, quels sont les points**
50 **clés du bilan ?**

51 E1 : Les points clés du bilan. Je pense que ça va être notamment comprendre le mécanisme douloureux.
52 Pas simplement, la différence entre mécanique et inflammatoire mais plus lié à classiquement, c'est un
53 peu ce qu'on a en McKenzie, de savoir si, le patient a mal, sur telle position, si il est longtemps debout,
54 longtemps assis, les 2, à la marche. Ce genre de chose, sur les positions, le mouvement. En lui demandant
55 soit quelles positions, quels mouvements font mal ou au contraire, quelles positions, quels mouvements
56 soulagent.

57 **Est-ce que du coup, vous faites une différence entre la prise en charge d'un lombalgique aiguë et**
58 **celle d'un lombalgique chronique, lors de la première rencontre avec le patient ?**

59 E1 : Oui, sur les choses qui vont différencier le plus les 2 dans mon bilan, je vais accorder moins
60 d'importance chez les aigus à toute la sphère psycho-sociale, vu qu'on est sur quelque chose d'aigu,
61 parfois on peut imaginer une petite lésion tissulaire, même si l'impact psychologique joue quand même,
62 mais l'aigu, on va s'intéresser à déjà ce qui est plus manuel pour moi en regardant la réaction des
63 muscles, ce genre de chose. Tandis que sur du chronique, je vais plutôt m'intéresser au postural, au
64 schéma moteur. A ce genre de chose, je ferais beaucoup de manuel sur du chronique que sur de l'aigu.

65 **Et à partir de quel moment vous allez faire la distinction entre de l'aigu et du chronique ?**

66 E1 : Alors, c'est difficile à dire, soit cette différence là on va se la faire en se disant, 3 mois de douleurs.
67 Soit sans que ça soit 3 mois de douleurs d'affilée, ça va être un patient qui a mal depuis 2-3 semaines
68 avec un côté récurrence assez fréquent. Avec des douleurs qui sont toujours à peu identiques.

69 **Vous évoquez chez le lombalgique, des facteurs psycho-sociaux, est ce que vous y voyez un**
70 **intérêt, est ce que vous les recherchez dans votre bilan ?**

71 E1 : Oui, c'est pas forcément. J'ai pas de formation particulière sur la partie bio-psycho-social, c'est pas
72 quelque chose que je vais déterminer au cours de mon premier bilan, de ma première séance. On va
73 aborder des choses un peu évidentes comme vous stressiez en ce moment etc. Et c'est plus sur les 5
74 premières séances que l'on va creuser un peu sur la personnalité, sur ce genre de choses pour essayer de

75 voir si, si on a quelque chose, d'un point de vue social, l'entourage, etc. Si il y a un mal-être, s'il y a des
76 facteurs autres qui peuvent participer, sans que ce soit du tissulaire quoi, sur le sommeil.

77 **Et donc si je reformule tout ce qu'on s'est dit, ces facteurs, si vous les détectez, ça va peser dans la**
78 **balance plutôt en faveur du chronique, si j'ai bien compris ou pas du tout.**

79 E1 : Je vais plus les rechercher chez les chroniques, et je vais y accorder moins d'importance chez un
80 aigu, c'est son premier épisode, il a mal depuis 2 semaines. Je vais pas me remettre à lui faire une
81 éducation sur son hygiène de vie.

82 **Donc ça vient après l'étiquetage, c'est pour bien comprendre le raisonnement. Est-ce que vous**
83 **avez une démarche particulière pour rechercher ces facteurs psycho-sociaux ?**

84 E1 : Non

85 **Pas d'outils, pas de...**

86 E1 : Non, absolument pas, ce qui est dommage.

87 **Donc ça se base sur la relation que vous avez.**

88 E1 : Voilà, ça reste du coup très subjectif. Ce qui est un défaut, mais, oui. Je pense qu'on est pas assez
89 formé là-dessus.

90 **Est-ce que vous avez entendu parler des drapeaux jaunes et de toute cette classification, ce système**
91 **flags ?**

92 E1 : (Acquiescement)

93 **Et est-ce que vous l'utilisez pour les patients lombalgiques chroniques ?**

94 E1 : Alors encore une fois, sans qu'il y ait d'outils particuliers. J'ai pas de liste exhaustive ou non de
95 ces drapeaux jaune ou rouge. Mais il y a divers éléments de l'interrogatoire ou lors de l'examen clinique
96 qui vont s'orienter un petit peu la dessus. Si je sens sur mon bilan qu'il y a vraiment un aspect
97 neurologique. Si un patient a une lombalgie, ça descend en sciatique mais des 2 côtés et dans les bras,
98 je vais me poser des petites questions sur le côté méningé que ça peut avoir. Il y a d'autres questions qui
99 vont être assez systématiques, ça va être notamment la question de la perte de poids rapide et prononcée,
100 tout ce qui peut orienter un petit peu. Ou alors des douleurs à l'éternuement, tout ce qui peut orienter
101 vers des patho graves d'un point de vue neuro, d'un point de vue oncologique, bien y prêter attention.
102 Sans outil très objectif.

103 **Donc là ce sont vraiment les drapeaux rouges sur lesquels vous vous focalisez.**

104 E1 : Oui.

105 **Est-ce que vous savez qu'il existe d'autres couleurs de drapeaux, des drapeaux jaunes, bleus et**
106 **noirs ?**

107 E1 : Oui. Les jaunes, je suis peut-être un petit peu moins au clair là-dessus, mais je vais surtout retenir
108 tout ce qui est croyances du patient, tout ce qui est aspect limitatif d'un point de vue intellectuel. Et
109 ensuite, ces drapeaux jaunes, ils vont aussi être très dépendant de ma posture avec le patient, donc je
110 vais essayer de m'adapter pour pas qu'il y en ait, pour pas créer de friction, tout en essayant d'amener
111 le patient dans mon sens. J'ai pas de liste de drapeaux jaunes, là, c'est du ressenti, du relationnel.

112 **D'accord, et du coup, est ce que vous avez, vous pensez avoir un a priori sur les patients**
113 **chroniques. Est-ce que vous pouvez vous sentir moins à l'aise qu'avec une pathologie aigue ou au**
114 **contraire, très à l'aise ?**

115 E1 : Des a priori sur le mécanisme de la pathologie ou sur le comportement du patient ?

116 **Plutôt sur votre charge, sur comment ça va se dérouler ?**

117 E1 : Sur les attentes. Non, parce que j'ai, pour moi, je pense même que dans pas mal de cas, je suis
118 plus efficace sur du chronique que sur de l'aigu. Moi j'ai horreur des patients qui viennent parce qu'ils
119 se sont fait un torticolis. En soit, je suis pas bon, alors là, j'ai un a priori sur de l'aigu par contre, c'est
120 que j'ai une chance sur deux de les améliorer et là c'est du hasard. C'est pour ça que j'essaie d'en
121 prendre le moins possible parce que je trouve pas ça intéressant. Sur le chronique, j'ai pas d'a priori,
122 sauf si, si au cours de mon bilan, je commence à voir que c'est un patient avec pas mal de drapeaux
123 jaunes et que ses douleurs qu'il m'énonce déjà, tous les autres kinés que la personne a faite, là, oui, je
124 vais avoir un a priori sur mon bilan mais qui est basé là-dessus.

125 **Et sur cet a priori, vous pouvez m'en dire plus sur cet a priori ? Le décrire un peu ?**

126 E1 : Comment dire ça, je vais me dire. Tiens ce patient, tiens ce patient c'est un patient MGEN (rire).
127 C'est quelqu'un qui va me poser pas mal de questions et qui va essayer de confronter mes réponses avec
128 celle du médecin pour voir s'il y a pas un problème. C'est un gros cliché, c'est un peu de la provoc'.
129 Mais voilà, ça c'est un patient qui a déjà fait pas mal de kinés, qui change assez facilement, donc c'est
130 un patient qui va peut-être avoir du mal si on va pas dans son sens. Ou c'est un patient, il vous parle de
131 sa douleur qui est là depuis des lustres, c'est un handicap, il dit qu'il fait des démarches pour être reconnu
132 handicapé, on sent que ça devient une part de son identité, donc on sent que ça va être compliqué de le
133 faire évoluer parce qu'il est en plein dans un drapeau jaune, dans le c'est ma douleur, c'est mon identité
134 maintenant, je vis avec et je fais avec. Si on peut me soulager sur le moment c'est bien, et là, je sais que
135 c'est des patients avec qui ça va pas aller, parce que moi je veux pas faire du court terme pour les
136 soulager avec un massage. Je veux que ça aille mieux sur le long terme. Donc c'est toujours très lié aux
137 drapeaux jaunes, les a priori, plus que sur le bilan vraiment kiné en fait.

138 **Et du coup, vous m'avez dit que vous vous sentiez plus efficace souvent avec les patients**
139 **chroniques, à votre avis, pourquoi ?**

140 E1 : Parce que, peut-être parce que plus, je me sens moins bon dans l'aigu, déjà. Et puis sur du chronique,
141 déjà j'aime bien parce que j'ai ce défi de rendre ce patient actif et acteur de sa rééduc. Parce que sur
142 toutes les pathos chroniques, c'est très rare qu'avec des techniques faciles, on ait des résultats. Donc il
143 faut que le patient s'y mette, comme avec de l'activité physique. On fait dans le cliché, mais ça marche,
144 la plupart du temps. Du coup, ça implique de changer la vision du patient, sur cette douleur, j'ai
145 l'impression de pas être trop mauvais là-dessus. J'arrive pas à faire en sorte que tous les gens se mettent
146 au sport bien entendu, mais. Mais en tout cas, je réussis à les sortir, j'aime bien les sortir d'un schéma
147 dans lequel ils se sont mis, dans le schéma d'auto-entretien de la douleur, soit à cause de croyances.
148 Parce qu'ils se mettent au repos, parce qu'ils pensent que c'est bien, alors qu'il faut faire l'inverse. Ce
149 genre de choses.

150 **Donc là vous donnez drapeaux jaunes, par exemple, la difficulté à se remettre à l'activité, etc. est**
151 **ce que finalement vous établissez des profils de patients ou c'est moins clair que ça ?**

152 E1 : Oui, on a tendance à les mettre un peu dans des cases. On en revient un peu aux a priori. En fonction
153 des réactions du patient à certaines questions, on va se dire, tiens, lui, il est plutôt du genre à être

154 kinésiophobique, et à pas faire ci ou ça, il va falloir faire doucement. Lui, il est plutôt du genre à ci, à
155 ça.

156 **Et donc ces questions que vous utilisez, c'est des questions qui, d'où elles sortent, comment vous**
157 **les construisez ?**

158 E1 : C'est dur de dire ça. Je cherche un exemple, sur les croyances ?

159 **Oui, comment faire pour finalement pour essayer de mettre les patients dans les cases. Quelles**
160 **questions et comment vous réussissez à mener cette enquête ?**

161 E1 : En leur demandant qu'est-ce que vous avez essayé jusque-là comme traitement, comme prise en
162 charge. Et puis ensuite, ça dépend de leur réponse, c'est une balle qu'on se renvoie. Si ils me disent,
163 tiens j'ai fait de l'ostéo, ça m'avait bien soulagé, je leur demande pourquoi, si ça les avait soulagé à
164 court, moyen, long terme. Qu'est-ce qu'ils avaient apprécié là-dedans. Ensuite ça peut être, dans la
165 question, est ce que vous faites du sport, il faut sentir si c'est quelque chose qu'ils aiment et qu'ils
166 peuvent sentir pour se projeter éventuellement ou pas du tout. Il n'y a pas de questions type. C'est en
167 découvrant la personnalité de chacun au fur et à mesure des questions, c'est en déviant des questions sur
168 la douleur.

169 **Je refais un petit point sur notre avancée, est-ce que du coup, ces facteurs psycho-sociaux, ils ont**
170 **un rôle dans le traitement ou au contraire vous les explorez mais ensuite vous les laissez de côté ?**
171 **Comment vous les utilisez ?**

172 E1 : Je les prends en compte et, alors il y a certains facteurs sur lesquels il est difficile de se positionner
173 en tant que professionnel libéral, professionnel de santé. De rentrer dans les détails de la vie personnelle,
174 pour le côté purement social. Pour des choses un peu plus, un peu moins personnelles, du type qualité
175 de sommeil, chose comme ça, je vais avoir un peu d'éducation thérapeutique. Je vais pas faire une séance
176 dédiée à ça, mais ça va être pendant le reste de la prise en charge, on va parler alimentation, sommeil.
177 J'aime beaucoup parler des croyances aussi, avec les patients, sur l'aspect limitatif qu'elles peuvent
178 avoir. D'essayer de les sortir de leur zone de confort, de leur prouver que quand ils me disent quand je
179 fais ça, j'ai mal, de leur faire faire d'une certaine façon, vous voyez, vous pensiez avoir mal. Tout ce
180 qui peut les faire se remettre en question, c'est ça que je vais faire. Je vais peut-être pas agir directement
181 sur des points clés, résoudre des facteurs bien ciblés mais je vais faire en sorte qu'ils les remettent en
182 questions.

183 **Vous avez évoqué les patients avec une errance thérapeutique, qui ont déjà vu d'autres**
184 **professionnels de santé, est-ce qu'avec ces patients-là vous allez adopter une démarche**
185 **particulière avec eux ?**

186 E1 : Oui, je vais essayer de savoir, s'ils sont allés chez d'autres kinés, pour voir ce qu'ils ont fait avec
187 eux là-bas. Pour pas refaire la même chose, parce que de 1, si n'a pas soulagé, y'a pas de raison de faire
188 la même chose et de 2 si il est parti, c'est pas pour faire la même chose. D'aborder des choses différentes
189 et de comprendre pourquoi ils ont changé de thérapeute. Pour essayer en fait de leur proposer quelque
190 chose qui ira a priori dans leur sens. Pas pour leur faire plaisir, pour créer déjà un lien et une adhérence
191 au traitement, même si j'estime pas être le mieux au départ mais, le patient qui va, qui sent qu'il a besoin
192 d'être masser, même si je sais, si je suis persuadé que c'est pas ce qu'il lui faut sur le long terme. Et
193 bien, on va quand même mettre en place du massage pour qu'il y ait une relation de confiance et ensuite
194 on va dévier sur autre chose.

195 **Est-ce que par rapport aux patients chroniques, il vous est arrivé d'avoir un sentiment d'échec**
196 **par rapport à une prise en charge ? Ça se passe pas comme vous auriez aimé ?**

197 E1 : Oui souvent, parce qu'on peut pas soigner tout le monde déjà. Et, après, il va y avoir 2 types
198 d'échecs qu'on va pas vivre de la même façon. L'échec de la personne qu'on va pas avoir réussi à traiter
199 parce que on a pas réussi à mettre vraiment peut être le point sur vraiment le mécanisme douloureux etc.
200 Donc ça s'est un échec en tant que kiné, on est pas content en tant que kiné. Et puis, il y a l'échec du
201 patient qu'on arrive pas à traiter parce qu'on a pas réussi à ce qu'il se prenne lui-même en charge. Parce
202 qu'il était le seul, parce que son hygiène de vie, c'était le traitement à long terme pour lui. Ca ce sont
203 des échecs où on le vit moins mal en tant que kiné. Ou on pourrait se dire, c'est la faute du patient, mais
204 en fait c'est la faute du kiné, parce qu'il a pas réussi à faire en sorte que le patient se prenne en charge
205 aussi. C'est 2 échecs différents, mais c'est 2 échecs.

206 **De ce que je retiens jusqu'à maintenant, il y a beaucoup de choses qui se passent au niveau de la**
207 **relation que vous avez avec ces patients-là. Est-ce que vous pourriez me dire en quoi ça consiste**
208 **l'alliance thérapeutique ?**

209 E1 : L'alliance thérapeutique, c'est une bonne question. Avec son patient, c'est pour moi, c'est de réussir
210 à se mettre d'accord sur un objectif commun. Le kiné a pas toujours le même objectif que son patient.
211 Son patient qui a un objectif à court terme, alors que le kiné souvent a un objectif à long terme. Donc
212 être d'accord sur ces objectifs là mais aussi sur les moyens. Parce que typiquement, un patient va
213 compter sur le thérapeute pour le soigner par des techniques passives, thérapies manuelles, tout ça.
214 Tandis que le kiné qui respecte les données de la science, il sait qu'il faut que le patient s'implique et
215 que ce soit une thérapie active. Sauf que ça demande des efforts de la part du patient, c'est ça toute la
216 difficulté, l'enjeu. Pour moi ce sont les 2 éléments, les objectifs et les moyens.

217 **Et comment vous essayez de la mettre en place avec les patients du coup cette alliance ?**

218 E1 : En étant vraiment, en faisant en sorte de bien comprendre c'est quoi leur objectif. D'aller dans leur
219 sens, si c'est sur du court terme dans un premier temps puis de les amener sur d'autres objectifs à long
220 terme par la suite. Et puis au niveau des moyens, c'est de leur montrer que, ok, si on est pas d'accord
221 sur la façon de voir les choses, sur les patients qui veulent du passif par exemple, leur montrer que, faire
222 un peu de passif, de la thérapie manuelle, du massage, leur montrer que oui, on a un résultat à court
223 terme et puis oui, de les emmener sur des résultats à long terme. Une façon d'arriver à ça c'est de leur
224 montrer que, c'est moi qui ai raison.

225 **Est-ce que selon vous, la première séance et le premier contact avec le patient sont quelque chose**
226 **de particulier ?**

227 E1 : C'est la plus importante de toute, et c'est moi 50% du travail de fait. La première séance c'est que
228 du bilan, et c'est aussi, vraiment là que là, nous on est jaugé par le patient et que nous on juge le patient
229 et qu'on sait comment ça va se passer. Et si le patient voit qu'on fait un bon bilan, qu'il a déjà eu
230 l'expérience d'autres kinés qui sont passés peut être un petit peu vite là-dessus et qui avaient pas noué
231 de relation, ça se passe bien, déjà. En plus d'avoir fait ce bilan-là, on a les gens qui reviennent la fois
232 d'après en disant j'ai moins mal, alors qu'on a rien fait, on a fait que du bilan. Et puis, sur la relation
233 aussi en dehors de l'aspect vraiment bilan, bilan et douleurs, le fait de réussir d'être sur la même longueur
234 d'onde en allant vraiment chercher, en les laissant parler, en leur demandant des précisions sur leurs
235 douleurs, plus que le ferait qu'un médecin par exemple. Et juste en étant à l'écoute aussi, c'est la clé
236 quoi.

237 **Selon vous, qu'est-ce qu'un bon bilan ?**

238 E1 : Il y a un bon bilan pour nous, en tant professionnel de santé, celui qui va être quantifié, le plus
239 reproductible, le plus validé par les données de la science. Et qui va être compréhensible par un médecin,
240 un kiné à qui on envoie ce bilan. Et un bon bilan, c'est celui que pour moi, ça peut sembler plus
241 secondaire mais c'est aussi important pour la relation, c'est le bilan que le patient va comprendre lui-
242 même quand on arrive à expliquer ce que l'on fait, pourquoi on fait ci, pourquoi on fait ça, pourquoi on
243 arrive à expliquer, vous voyez quand on fait, en McKenzie c'est typique, si je vous fais faire ces
244 extensions là, vous avez moins mal que si je vous fais faire le même nombre de flexion. Vous comprenez,
245 le bilan c'est de l'éducation thérapeutique aussi.

246 **Est-ce que votre bilan, vous me dites qu'il tient ça place sur la première séance, est-ce que sur les**
247 **autres séances vous réalisez également, moi je m'intéresse surtout à la partie orale, mais du coup,**
248 **est ce que vous, dans votre démarche, vous continuez sur plusieurs séances ?**

249 E1 : Ouais, ça se précise avec les séances parce qu'il y a toujours des choses qu'on oublie, il y a toujours
250 des choses que le patient ne se rappelle que la fois d'après. Donc on a toujours des nouvelles données,
251 notamment sur le mécanisme douloureux, on va aussi récupérer des propos du patient sur la douleur
252 qu'on a déclenché éventuellement suite à notre bilan. Ou alors lors de notre première séance, on a
253 demandé, vous essaieriez de voir si vous avez plus mal, si le patient est pas tout à fait au clair avec ces
254 douleurs, vous allez de voir si vous avez plus mal si vous restez longtemps assis par rapport à une journée
255 où vous êtes longtemps assis et le weekend. Donc, il y a un rafraichissement des données.

256 **D'un point de vue relationnel, est ce que vous avez la sensation qu'il y a une progression et**
257 **comment elle évolue la relation avec les patients ?**

258 E1 : En général quand on a cet aspect-là, très à l'écoute et très orienté bilan, ça se passe super bien. Plus
259 on s'intéresse, de toute façon, les gens adorent parler d'eux même. Ça c'est humain, donc plus on les
260 fait parler, plus ils nous tiendront en estime. C'est dépendant de la personnalité de chaque personne
261 qu'on rencontre, je dis pas qu'on fait exprès d'avoir un lien sympa avec le patient ou quoi, on est pas là
262 pour faire ami-ami non plus mais on franchit la barrière du toucher donc c'est normal qu'on ait une
263 certaine familiarité au bout d'un certain nombre de séances, ce genre de choses. Donc on essaye
264 d'entretenir vraiment quelque chose d'humain et une relation de confiance qui fait qu'on aura toutes les
265 informations qu'on veut.

266 **Au niveau de la douleur, est ce que vous utilisez des questionnaires dans votre bilan ?**

267 E1 : Non

268 **D'accord. Est-ce que vous avez un avis particulier concernant l'utilisation des questionnaires dans**
269 **les bilans ?**

270 E1 : Non, je pense au contraire que ça devrait être plus systématique. Moi je le fais pas parce que même
271 sans avoir des grosses, à part l'EVA et encore c'est pas l'EVA c'est l'échelle verbale, ça devrait être
272 plus souvent utilisé. Je le fais pas parce que j'ai déjà tellement de bilan, de perte de temps. Je fais déjà
273 une demi-heure de bilan, c'est compliqué. Et puis, des fois j'ai l'impression aussi que j'ai pas envie de
274 faire ça notamment la première séance, avec mon patient, parce que ça a un côté très formel, très
275 formulaire. Je trouve que ça réduit la relation avec le patient aussi.

276 **Au niveau des compétences relationnelles et en terme de communication, est ce que les différentes**
277 **formations et l'expérience venant, est ce que vous avez l'impression qu'il a une évolution ?**

278 E1 : Oui parce qu'il y a 10 ans, j'avais jamais entendu parler de formations sur l'entretien motivationnel,
279 même sur les facteurs bio-psycho-sociaux. Je me souviens de ne pas avoir entendu parler de ça, même

280 dans ma formation initiale. Donc, oui, c'est des choses qu'il n'y avait pas avant, qu'il y a maintenant.
281 Je trouve ça bien. Je sais pas si ça m'intéresserait d'en faire parce que maintenant avec l'expérience, je
282 pense que c'est toujours améliorable, je pense que ça m'aurait beaucoup servi au tout début de ma
283 pratique où j'étais beaucoup moins à l'aise avec ces aspects-là. Je trouve ça bien, qu'il y en ait.

284 **On arrive presque à la fin. Du point de vue des autres acteurs en santé, les médecins et puis,**
285 **puisque'on est autour des facteurs psycho-sociaux, les psychologues, le personnel social, est-ce que**
286 **vous communiquez avec ces acteurs là et sous quelle forme ?**

287 E1 : Pas assez, très peu, seulement avec quelques médecins libéraux avec qui on a l'habitude de partager
288 pas mal de patients parce qu'ils envoient les gens directement vers nous et quand on sait qu'ils sont
289 facilement, qu'ils vont facilement répondre au téléphone. C'est pas évident, on a une messagerie
290 sécurisant, mssanté, qu'on utilise pas. Donc, la communication, avec le reste, avec les psys, sauf
291 quelques cas particuliers. Non, psy, je crois que j'en ai jamais contacté de psy.

292 **Comment dans votre prise en charge, vous allez savoir et réévaluer le tournant que va prendre**
293 **l'évolution de votre patient notamment quand c'est un patient chronique où on peut se laisser**
294 **prendre par les séances, au bout d'un certain nombre, quand est-ce que vous allez lui dire là on**
295 **arrête, là on change de technique, là ce patient ça dure ? Au bout de combien de temps ? Qu'est**
296 **ce qui va vous faire changer ?**

297 E1 : J'ai pas vraiment de données quantifiables et chiffrés là-dessus, en revanche c'est extrêmement
298 rares d'avoir sur des patients chroniques que 2 séances de suite se ressemblent. Donc on cherche
299 toujours, si c'est en McKenzie mais pas que, systématiquement sur la dernière séance, ce que ça a
300 déclenché, si ça a fait du bien ou du mal, j'adapte en fonction et si je suis sure un peu de mon bilan, de
301 mon mécanisme douloureux, il y a forcément un moment donné, assez rapidement, au bout de 5 séances
302 ou je sais que la clé va passer par l'autonomie du patient et du coup, je vais m'arrêter, je vais me dire,
303 tiens je suis dans une impasse quand je vais voir que malgré le fait d'avoir essayé de donner le maximum
304 d'outils, d'exercices, de choses comme ça, que le patient ne s'y met pas, là je vais arrêter, parce que
305 c'est qu'il compte trop sur moi et qu'il faut l'autonomiser. Quitte à l'arrêter avant que ça aille mieux en
306 fait. Mais je vais à tout prix éviter de rentrer dans un schéma de chronique sur plusieurs mois, plusieurs
307 années. Ça, on tombe facilement, surtout en tant que jeune kiné dans ce piège là et puis c'est un peu
308 confortable pour le kiné aussi, d'avoir un ou deux patients ou on fait toujours la même chose, un petit
309 coup de massage, un petit coup de ci, un petit coup de ça. Ca repose le cerveau, mais c'est pas bon.

310 **Dernière question, est ce que vous pensez que votre manière d'être influence les résultats que vous**
311 **pouvez avoir avec le patient ?**

312 E1 : Oui, persuadé. Je pense que c'est presque, je vais pas dire 50% non plus, quoique ça m'étonnerait
313 pas. Oui complètement, sans que ce soit qu'une question de sympathie. Y'a ça déjà qui fait que le patient
314 va venir avec un peu plus le sourire que si on fait la gueule. Mais au-delà du fait d'être sociable et
315 sympathique, il y a le fait d'être plutôt optimiste sur le reste de la suite de la prise en charge. Ca ça induit
316 dans le cerveau de notre patient, c'est contagieux quoi. Y'a toutes les chances qu'il aille mieux si on lui
317 dit qu'il va aller mieux. Donc c'est surtout cet aspect-là et puis l'optimisme. Oui, le comportement, on
318 fait ce qu'il y a de mieux d'un point vue relation humaine, activité physique, mais si on a pas l'air sûre
319 de soi aussi, c'est très important. Si on a pas l'air sûre de soi et si on est un peu mitigé quand les patients
320 nous demandent si ça va aller mieux, il va jamais aller mieux. C'est sûr.

321 **Mot de la fin, est ce que vous voulez rajouter quelque chose en ce qui concerne le bilan oral du**
322 **patient lombalgique chronique ou est-ce que vous avez l'impression d'avoir fait le tour ?**

323 E1 : Non, on a exploré un abord sympa de cet aspect-là, je pense que c'est intéressant et qu'on devrait
324 plus systématisé ce bilan oral au lieu de juste parler d'anamnèse où on va demander typiquement
325 douleur, activité, etc. mais que ce soit par questionnaire ou pas, venir déjà, être un peu plus précis sur
326 les drapeaux rouges, parce que c'est un truc essentiel. Tout le monde ne les connaît pas. D'avoir un
327 questionnaire qui orienterait un peu plus sur les facteurs bio-psycho-sociaux, ça pourrait être pas mal et
328 je pense que c'est quelque chose de majeur dans les prochaines années avec tout l'engouement dans les
329 neurosciences et tout cet aspect-là, c'est, je dis pas que demain on traitera nos patients en leur disant les
330 bons mots, mais pas loin quoi.

331

[FIN DE L'ENTRETIEN]

332

1 Entretien n°2 – 21-11-19 – au cabinet du MK – 36 minutes

2

3 **[INTRODUCTION] Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui et de**
4 **m'accorder un peu de votre temps. Pour rappel, le thème de cet entretien, c'est la partie orale du**
5 **bilan chez le lombalgique chronique. L'entretien va être enregistré, il sera ensuite retranscrit pour**
6 **constituer le matériel d'analyse de mon mémoire de fin d'études. Je vais prendre des notes**
7 **pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées. Est-ce que vous donnez votre**
8 **accord pour réaliser l'entretien ?**

9 E2 : Oui.

10 **Super. Pour être enregistré ?**

11 E2 : Oui.

12 **Ok, donc, j'estime que le temps d'entretien sera de 45 minutes. Est-ce que vous avez des questions**
13 **avant de commencer ?**

14 E2 : Non, est ce qu'on peut me rappeler le sujet.

15 **La lombalgie chronique, et plutôt, le bilan et la partie orale. Donc déjà, pour vous présentez, est**
16 **ce que vous pouvez me rappeler votre expérience en tant que kiné, la date de votre diplôme et puis**
17 **les formations que vous avez faites ensuite.**

18 E2 : Alors, j'ai été diplômé en 1989. Mes études ont duré car j'ai fait mon service militaire au milieu de
19 mes études. Et puis, j'ai fait une formation rapidement, uro-gynéco, j'ai fait thérapie manuelle, c'était à
20 Strasbourg. J'ai fait le Shiatsu, très vite. Après, j'ai fait beaucoup de sophrologie. Alors là, j'en ai fait
21 de 93 à 2005, tous les ans en stage.

22 **D'accord.**

23 E2 : 93 à 2005, même après, jusque maintenant, à une ou deux années près, jusqu'à aujourd'hui, je me
24 réactualise dans les formations. Dernièrement, j'ai fait de l'ETP, j'ai fait une formation, les 40h d'ETP.
25 Je pense que c'est très très important, pour les étudiants, d'ailleurs, j'arrête pas de le dire. Et puis, comme
26 formation autre... le secourisme, et puis la micro-kiné. J'ai fait ça en 2000-2001 et puis le massage
27 chinois, il y a pas si longtemps que ça, ça fait 4 ans. 4 ans le massage chinois.

28 **[PRESENTATION] Est-ce que vous pouvez me détailler votre mode d'exercice, donc c'est-à-dire,**
29 **est ce que vous faites uniquement du libéral, de l'hospitalier, uniquement du cabinet, du domicile ?**

30 E2 : Alors je ne fais plus de domicile, sauf pour remplacer nos assistants ou remplacer mon collègue, il
31 en fait plus non plus. On est 2 titulaires dans ce cabinet et on a 2 assistants. On sera bientôt 3 titulaires
32 et 2 assistants. Donc moi, j'évite, puisque je suis chargé de cours à l'école de kiné, donc il faut que je
33 sois relativement disponible, je ne peux plus faire les domiciles trois fois par semaine, c'est plus
34 possible. Et puis je dirige l'école lorraine de sophrologie caycédiennne, donc ça me prend beaucoup de
35 temps. Administratif et un peu pédagogique. Donc en libéral, j'ai un gros mi-temps par jour, on va dire
36 entre 6-7h par jours de kinésithérapie et puis 3-4h d'autres activités non conventionnées.

37 **Est-ce que vous pourriez me dire la proportion parmi vos patients, vos patients qui ont une**
38 **lombalgie ?**

39 E2 : Un tiers

40 **Et parmi ces lombalgiques, combien sont chroniques ?**

41 E2 : Quasiment tous. Disons, je dis pas tous mais disons que je les revoie régulièrement. Alors, est ce
42 que, à partir de quand est-ce que...

43 **Alors selon les recommandations, c'est 3 mois.**

44 E2 : Selon les recommandations de la HAS, c'est 3 mois de suite. Donc ils sont pas chroniques. Dans le
45 sens où, non, y'en a peut-être 10 à 15%.

46 **D'accord, le reste ce serait plutôt du récidivant alors.**

47 E2 : Du récidivant, voilà, on pourrait parler du récidivant. Si on reprend les définitions de la HAS, si
48 c'est trois mois de suite, non, j'en ai pas tant que ça.

49 **Ok, alors là, on va aller plus dans d'autres questions, est ce que vous pourriez me donner votre
50 âge ?**

51 E2 : Alors j'ai 56 ans. Depuis 5 jours.

52 **Joyeux anniversaire, un peu en retard.**

53 **Est-ce que vous pourriez me donner des informations sur votre vie familiale ? Si vous êtes marié,
54 si vous avez des enfants ?**

55 E2 : Alors, marié, 2 enfants.

56 **Et, est ce que j'imagine que vous avez des activités en dehors de la kiné, des loisirs ?**

57 E2 : Alors, des loisirs, j'en ai plus trop. Un loisir, je sais pas si on peut appeler ça un loisir, mais je viens
58 en vélo. Et ça me fait énormément de bien de faire 1h ou 1h30 de vélo par jour. Bon, il est électrique
59 maintenant. En dehors de ça, non, j'ai pas de loisirs, j'ai que des loisirs à base de semaine, de la
60 randonnée, du ski,

61 **Oui, donc plutôt du sport, en extérieur.**

62 E2 : Plutôt du physique dehors.

63 **[DEBUT DE L'ENTRETIEN] Alors maintenant, on va s'intéresser de plus près à notre sujet.
64 Alors, première question, selon vous, dans le cadre d'un patient lombalgique chronique, quels sont
65 les points clés du bilan ?**

66 E2 : Les points clés ?

67 **Oui.**

68 E2 : Les points clés, l'horaire. L'horaire de la douleur, c'est important, savoir si, il a mal la nuit ou pas
69 et si il a mal la nuit. J'aime bien savoir ça. Ça me donne un peu une information sur l'inflammation.
70 C'est le grand tri. Après comment ça a débuté. Pour faire le tri, accident du travail ou pas. Ça c'est
71 important. Et puis pour voir si il y a pas eu un événement climatique.

72 **D'accord.**

73 E2 : Bon après, moi j'ai une lecture chinoise.

74 **Oui, c'est intéressant.**

75 E2 : Une lecture chinoise, c'est-à-dire, pas une lecture occidentale. Parce qu'une lecture occidentale,
76 moi ça ne m'a jamais trop bien convenu.

77 **D'accord. Est-ce que vous pourriez me détailler ce que c'est un événement climatique ?**

78 E2 : Un coup de froid par exemple. Etre en sueur, faire un effort, puis on se découvre parce qu'on a trop
79 chaud et puis fatalement, paf. Ça s'est un événement climatique. Ou alors, un geste. Comment c'est
80 arrivé.

81 **Donc, là vous me donnez des éléments que vous utilisez quand c'est la première fois que vous**
82 **rencontrez vos patients ?**

83 E2 : C'est ça, oui.

84 **D'accord, si on imagine que vous voyez depuis plusieurs séances un patient pour une lombalgie,**
85 **est ce que vous allez essayer de l'étiqueter pour connaître un peu mieux le type de la lombalgie.**
86 **Est-ce qu'il y a une enquête ou quelque chose que vous essayez de mettre en place avec ce patient ?**

87 E2 : Physiquement, déjà, ça dépend de ce qui est marqué sur l'ordonnance mais il faut voir, on peut
88 toujours faire un Lasègue pour voir si c'est vraiment douloureux. Ce qui est important aussi, c'est
89 l'échelle entre 0 et 10 quand les gens ont mal, comment ils se présentent, l'impotence fonctionnelle, ça
90 aussi c'est important. L'impotence fonctionnelle, si, il faut y aller avec prudence.

91 **Ok, et est-ce que, dans l'interrogatoire, il y a des points que vous allez essayer de rechercher**
92 **particulièrement ? On a parlé du travail tout à l'heure.**

93 E2 : Disons, je vais rechercher si il y a pas des éléments stressants, c'est-à-dire de stress objectif. Il
94 existe des grilles de stress objectif. En gros, c'est changement de boulot, divorce, décès, naissance,
95 déménagement, tout ça, ce sont des éléments qui demande une adaptation de, de la conscience. Je dirais
96 du corps, à la situation nouvelle. Donc si il se rajoute, par exemple, une surcharge de travail à la période-
97 là, la personne se rajoute, la personne est en surcharge cognitive, en surcharge mentale, en surcharge
98 physique. Donc, quand c'est comme ça, on a pas... Enfin, il faut y aller doucement. Peut-être qu'il y a
99 besoin d'un temps de répit. Donc c'est pas la peine d'essayer de guérir de, d'aller trop vite. Donc, parce
100 qu'il y a un temps de pause. Moi je considère que la kinésithérapie c'est un espace-temps où les gens
101 peuvent s'occuper d'eux-mêmes. Donc ça s'est important. Donc là je vais plutôt travailler, si je vois
102 qu'il y a un facteur de stress objectif, je vais tout de suite essayer de travailler sur la respiration. Et
103 mettre en route le système parasympathique.

104 **C'est intéressant. Est-ce que vous pouvez me donner un nom d'une grille d'évaluation que vous**
105 **utilisez ?**

106 E2 : Je les avais au début, je sais même plus, je ne les connais plus précisément. Je sais que c'est quand
107 il y a une rupture dans la routine, dans le pattern. C'est-à-dire que vous faites ça, vous faites ça, vous
108 faites ça et puis. Quelqu'un qui arrive avec un lumbago et qui a déménagé et qui vient d'avoir un enfant,
109 qui s'est marié et qui a eu un accident de voiture, il faut qu'il fasse une pause. C'est pas la peine de
110 vouloir utiliser une technique, même rapide, en se disant qu'il va ressortir de là en galopant comme un
111 lapin. Il faut laisser du temps. Je pense que l'organisme a besoin de temps. L'être humain est un
112 phénomène rythmique. Avec des cycles veille-sommeil, avec des cycles digestifs, avec des cycles
113 féminins aussi. Enfin voilà. Et donc quand tous ces cycles-là sont pas forcément respectés, dû à des
114 événements qu'on peut objectiver et bien, parfois, le corps, il peut pas.

115 **D'accord, c'est intéressant. Est-ce que vous pourriez m'expliquer comment vous mettez en place**
116 **cette recherche chez le patient ? Est-ce que ça s'étale sur plusieurs séances, sur une seule séance ?**

117 E2 : Il faut voir quel est le plus important. Il faut essayer de définir. J'aime bien faire mon tableau que
118 je fais aussi dans le travail, c'est grand U, grand I ; grand U, petit i ; grand I, petit u et petit i, petit u. Ca
119 vous dit quelque chose ça ?

120 **Alors, moi ça me fait penser à de la musicologie. Je pense que ce n'est pas ça.**

121 E2 : Alors vous faites une croix, un tableau, alors il y a ce qui est important et urgent, c'est grand U,
122 grand I, après il y a ce qui est urgent et moins important. Il faut traiter ces 2 éléments là en premier. Puis
123 après, il faut traiter ce qui est important mais pas urgent. Et puis après, il faut traiter en dernier ce qui
124 n'est ni très important, ni très urgent.

125 **Donc ce tableau là...**

126 E2 : Il est dans ma tête. C'est en 4, la question. En fait, je me pose des questions sans filtre. Je me pose
127 la question, quels sont, qu'est-ce que je peux apporter à cette personne-là. Maintenant. Parce que dans
128 3 séances, ça sera encore autrement. Et je dirais, à chaque séance, je me pose cette question-là.

129 **Et est-ce que vous pensez qu'il y a une influence du nombre de séances, donc du nombre de temps**
130 **passé avec le patient qui fait qu'on va probablement mieux le connaître ?**

131 E2 : Alors, il y a des temps mous, où la personne a besoin d'être accompagnée, et beaucoup délivrée par
132 la parole. Parce que c'est par la parole que ça vient. Et puis, il y a des temps où il faut la laisser tranquille.
133 Ça, je dirais, c'est de l'expérience. Ça fait longtemps que je travaille, je me suis installé en 91, ça fait
134 28 ans. Ça, ça vient, je pense que ça vient plus avec l'expérience de faire un peu le tri dans tout ça.

135 **Donc il y a une sorte d'intuition, de sens**

136 E2 : Oui, il faut laisser une place à l'intuition. Ça n'empêche pas d'être objectif mais il faut laisser une
137 place en soi à l'intuition, c'est-à-dire, la connaissance directe du patient, sans passer par le raisonnement.

138 **Est-ce que vous pourriez, alors c'est difficile, on rentre dans des questions un peu d'introspection,**
139 **mais, me dire comment s'est construite cette intuition ?**

140 E2 : Elle s'est construite avec l'expérience, avec l'expérience que j'ai construite au fur et à mesure. Il y
141 a des fois où j'ai essayé de faire beaucoup d'efforts, de faire faire beaucoup d'exercices à quelqu'un
142 mais c'était pas le moment. Ca me semblait être une indication, mais c'était pas le moment. A ce
143 moment-là, il fallait qu'elle récupère, qu'elle respire, qu'elle sorte un peu de tout son rythme de vie qui
144 peut être très très délétère.

145 **Et est-ce que j'imagine que vos formations vous ont aidé à avoir ce recul-là.**

146 E2 : Oui, de toute façon, je pense qu'en kinésithérapie, une grande chance, c'est la formation continue
147 qui est riche et puis on peut s'orienter vers ce qui nous plaît. Et puis utiliser les méthodes qui nous
148 servent de portes d'entrée pour la rencontre. En fait, ce qui nous transforme, le patient comme nous
149 même, c'est la rencontre. Si la rencontre a lieu, on va apporter quelque chose au patient. Si il n'y a pas
150 de rencontre, si on fait un traitement catalogue, type, il n'y aura pas forcément de rencontres et il risque
151 de ne pas se passer grand-chose.

152 **Et, selon vous, quels sont les éléments qui permettent cette rencontre ?**

153 E2 : Quels sont les éléments ?

154 **Qu'est ce qui fait qu'il y aura rencontre ou pas ?**

155 E2 : L'attention, la concentration, la disponibilité du thérapeute.

156 **Sur une première séance, est ce que selon vous, il y a des éléments à mettre en place, c'est la**
157 **première fois que vous rencontrez le patient ?**

158 E2 : Alors je fais mes tests quand même, inclinaison, extension, enrroulement, de quel côté ça ne va pas.

159 **Donc des tests cliniques, mais est-ce que sur la manière d'être, les éléments de communication, le**
160 **message, est ce que vous faites quelque chose en particulier ?**

161 E2 : J'essaye de prévoir plus de temps, quand il arrive pour la première fois. Des fois je n'ai pas
162 forcément le temps, avec doctolib, ça devient n'importe quoi. Ca par contre, ça me stresse moi. Par
163 exemple, j'ai prévu, 2 dos chroniques en même temps, plus quelqu'un qui est en phase terminale d'une
164 rééducation de cheville. Bon, c'est possible de gérer ça. Si par contre, la personne avc le problème de
165 cheville s'enlève et que quelqu'un d'autre s'est mis et que je ne connais, avec un problème de dos.
166 J'arrive le matin et paf, je me retrouve avec trop de surcharge de travail. C'est pas terrible.

167 **Est-ce que vous pensez que vos émotions ont un impact ?**

168 E2 : Toujours, c'est pour ça qu'il faut essayer de se rendre attentif, disponible et concentré. Après ça
169 peut être léger aussi, c'est pas obligé d'être lourd.

170 **Tous ces éléments, on a un peu dérivé, mais sur le stress objectif, est-ce que pour vous, on peut**
171 **étiqueter ça sous le nom de facteurs psycho-sociaux, si on regarde un peu la littérature....**

172 E2 : Alors, oui, oui, oui, depuis que j'ai fait le cours d'ETP, je suis complètement là-dedans. C'est-à-
173 dire que l'ETP c'est ce que je fais depuis 30 ans. Quand j'ai entendu les cours, je me suis dit, je fais ça
174 depuis toujours. C'est-à-dire envisager l'être comme, pas que d'un point de vue médical, scientifique
175 mais le voir dans toutes ses dimensions. Dans ces dimensions sociales, dimension de la santé et la santé
176 ce n'est pas qu'un phénomène médical. La santé ce n'est pas l'absence de maladie. Et ça, la médecine
177 chinoise le dit. Donc ça fait très longtemps que, la santé c'est l'équilibre, c'est l'homéostasie. Voilà. Et
178 comment on obtient ça ? L'être humain étant communiquant permanent avec son environnement, il
179 mange, il respire, il communique avec les autres. Donc, il est tout le temps en train de s'équilibrer. Et
180 des éléments extérieurs peuvent empêcher que cette communication soit harmonieuse que l'équilibre
181 homéostasique soit harmonieux. Donc il faut en tenir compte, ce n'est pas qu'un muscle qui souffre,
182 qu'un nerf qui souffre. C'est loin de ça. Le nerf qui souffre, ce n'est que l'expression d'une globalité
183 qui ne va pas. Pour moi c'est comme ça.

184 **Dans la littérature, on retrouve la notion de système de drapeaux, de drapeaux rouges, de**
185 **drapeaux jaunes, etc. est-ce que ça vous cause ?**

186 E2 : Non, je n'ai pas peut-être pas trop accroché avec la lombalgie chronique.

187 **Non, il n' y a pas de problème. Et du coup, vous me disiez que vous aviez environ 10 à 15% de**
188 **chronique. Quand vous les recevez, quand vous ne savez pas comment ça va se passer, est ce que**
189 **vous essayez de mettre une démarche pour vous dire « ok, ce patient, il va peut-être être plus long**
190 **à traiter ?**

191 E2 : Oui, non mais je ne pense pas qu'il va guérir. Parce que j'ai mis le doigt sur une dimension
192 existentielle où ça n'ira jamais. Et ça ne me pose pas de problème que ça n'aille jamais.

193 **Et comment vous arrivez à ?**

194 E2 : Parce que je crée l'espace où la personne peut faire une pause. Je prends un exemple, j'ai une
195 personne qui est douloureuse chronique, à chaque fois qu'on a essayé de, qu'elle a essayé d'aller mieux
196 sur les lombaires, pof elle me refait une cervicalgie, etc. Donc je trouve une action avec une forte
197 présence, un massage, une écoute, pour être attentif. Ce n'est qu'un espace pour ne pas vivre la tyrannie
198 de sa mère. Elle est aidante, elle est hyper-fatiguée et donc, là il y a. C'est limite un rôle social, d'espace-
199 temps où on va s'occuper d'elle parce que voilà, elle a plein de choses sur les bras. Qu'elle se donne
200 elle-même en plus. Elle se charge elle-même la hotte. Mais ça je le juge pas. Mais, là, c'est plutôt le
201 sophrologue qui prend ça en compte. Le but, c'est de lui créer l'espace pour qu'il y ait des prises de
202 conscience. Parce que vous pouvez pas régler le problème à la place de la personne. Et le problème de
203 la rééducation c'est ça. C'est-à-dire que si il faut reconquérir un territoire corporelle parce qu'on a été
204 alité trois mois, il faut donner le cadre à la personne pour qu'elle puisse prendre conscience qu'elle est
205 capable de. Et ça s'est le but d'un rééducateur et ça vous le savez très bien. C'est de donner un cadre
206 sécurisé dans lequel la personne va pouvoir prendre conscience. Et je considère que pour certains
207 chroniques c'est un peu ça. Je crée l'espace dans lequel elle peut le voir. Mais si, elle veut pas ou si elle
208 a pas la force ou si elle a pas les moyens tout simplement, physique ou mentaux ou émotionnel, et bien
209 elle est bien chez moi. Et ça me pose aucun problème. Je ne suis pas Jésus Christ.

210 **Est-ce que vous avez des moyens d'évaluer si justement le patient a les moyens émotionnels,**
211 **physiques, de...**

212 E2 : Je vais dire que c'est l'expérience, c'est la personnalisation du traitement qui fait que l'on va être
213 efficient. Au moins dans l'authenticité et puis dans la relation.

214 **Et est-ce que le fait de rentrer comme ça dans la relation avec le patient, parfois avec des aspects**
215 **qui sont de la psychologie, en tout cas de l'ordre de la psychologie, ça vous a posé un problème ou**
216 **ça vous pose problème.**

217 E2 : Ça ne me pose plus aucun problème. Ça m'a posé problème quand je suis sorti de l'école. C'est
218 clair. Quand moi j'ai fait mes cours, il y avait l'organique d'un côté et puis le psychologique de l'autre.
219 Alors que c'est complètement faux. C'est une illusion. Qui date des grecs d'ailleurs.

220 **J'imagine que toutes les formations que vous avez réalisés vous ont permis de progresser sur le**
221 **plan de la psychologie. Maintenant, vous vous sentez entièrement compétent sur cette...**

222 E2 : Mais je ne fais pas de psychologie, ce qui est étonnant, c'est que je ne fais pas psychologie. Je reste
223 dans le cadre de mes compétences. Je ne fais pas de psychologie dans le sens où je ne vais pas mobiliser
224 les contenus de la conscience. C'est-à-dire... Par contre, je sais qu'ils ont un impact sur la rééducation.

225 **Donc vous vous essayez de les trouver**

226 E2 : Je passe par le corps. C'est-à-dire que la personne a besoin de souffler, la respiration
227 diaphragmatique, plutôt sur l'expiration, je sais que j'active le parasympathique, donc tous les tissus
228 vont se calmer. Donc si ça se calme, on s'aperçoit qu'il y a un lien corps-esprit très puissant, donc si
229 j'arrive à calmer le corps, l'esprit va s'apaiser. Donc, mais ma porte d'entrée c'est le corps. Mais l'esprit
230 n'est pas indifférent à ce que l'on fait au corps. Si vous prenez un bon bain chaud, vous allez être dans
231 un état mental et émotionnel que quand vous êtes sous la pluie. Le média c'est le corps. Donc, il faut,
232 on peut pas séparer les choses, c'est impossible.

233 **Donc si j'entends bien ce que vous me dites, vous vous prônez comme interface le corps.**

234 E2 : Voilà.

235 **Alors à ce moment-là, est ce que vous pourriez me donner un pourcentage, les informations que**
236 **vous trouvez via l'oral et les informations que vous trouvez via le non-verbal.**

237 E2 : C'est 30 / 70. 70% sur le physique, parce que je trouve tout à la palpation. Je pense qu'il y a, que
238 le kinésithérapeute a un avantage par rapport aux autres professionnels de santé. C'est qu'il touche et
239 que s'il a travaillé un peu son sens du toucher, il peut faire la différence entre les sensations qui lui sont
240 donnés, c'est chaud, c'est froid, c'est lourd, c'est léger, c'est volumineux et l'interprétation qu'il en fait.
241 Et donc, c'est la dessus, rien qu'en palpant je sais de quelque côté ça ne va pas. Voilà, c'est ça qui
242 m'intéresse. Après, il y a le discours, il y a le vécu, mais la représentation du corps d'un individu varie
243 d'une personne à l'autre. Il y a des personnes qui sont mécanistes, donc elles ont un cardan qui va pas
244 donc si elles vont chez un ostéopathe qui va faire clac, ça a du sens pour elle. Efficience ou pas efficience.
245 Je parle pas de l'efficience ou de la qualité du thérapeute. Mais, je veux dire, dans la représentation que
246 la personne a de son corps, c'est mécaniste, donc si le soin est mécaniste, ça lui va bien et elle va trouver
247 le moyen d'aller mieux. Par contre, si c'est quelqu'un qui est fluide, comme ça, donc une technique
248 plus douce va peut-être mieux fonctionner. Là, c'est l'espace de rencontre. C'est la problématique du
249 toucher qui est quand même important pour l'être humain. C'est le principal dans l'existence de l'être
250 humain.

251 **Et donc, la partie verbale, donc ces 30%, est ce que ça se passe pendant les actes manuels ou est-**
252 **ce que...**

253 E2 : Avant qu'il ait fini de se déshabiller. Et ensuite, on enchaîne tout de suite les soins, il y a la posture,
254 il y a l'attitude. Ça va vite maintenant, mais ça, c'est l'expérience. Avant je décomposais tout et c'est
255 sûr qu'au départ il faut tout décomposer.

256 **Il n'y a pas une partie d'entretien**

257 E2 : Je ne sépare rien, je fais tout en même temps. Plus c'est naturelle, plus on va à l'essence des choses.
258 Plus on commence à rendre la rencontre protocolée ou mise en scène, déjà le comportement est moins
259 juste.

260 **Est-ce que vous pensez que sur les patients chroniques, vous avez des a priori, positifs ou négatifs ?**

261 E2 : Je suspends mon jugement.

262 **D'accord, même si c'est quelqu'un que vous connaissez bien ?**

263 E2 : Ha si, je râle. J'ai une copine qui arrive après vous, ça va pas, parce qu'elle part demain, là je vais
264 la rouspéter, amicalement, c'est pas du tout. Je vais rigoler quoi. Mais si c'est une personne, j'essaye
265 d'aller à l'essentiel. Pourquoi elle est là et qu'est-ce que je peux faire pour elle.

266 **Est-ce que dans les patients que vous avez pu rencontrer, il y a des patients qui ont vécu de**
267 **l'errance thérapeutique, donc qui ont été consulté à plein d'endroits différents et comment vous**
268 **gérez ce côté, ce passé un peu compliqué ?**

269 E2 : Comment je gère ? Déjà j'essaye d'avoir tous les éléments d'exams complémentaires qui puissent
270 me donner des diagnostics d'exclusion. Il faut se méfier de ces patients. On est pas à l'abri qu'il y ait un
271 gros problème et qu'elle soit capable de ne pas vous le dire. D'être allé partout et que personne n'ait.
272 Donc pour ça, je suis plutôt méfiant, prudent. Pour citer un exemple, une dame, une douleur la nuit,
273 c'était une épaule, en libéral de toute façon, ce qu'il y a de plus ce sont les lombalgies et les épaules. Et
274 sa douleur la nuit, perte d'amplitude, mais très douloureux, etc. contexte de stress objectif important,
275 mode de fonctionnement anxieux. Elle était en train de faire une algo. Donc j'ai dit, j'ai vu comment

276 elle vivait. Mon plus grand terme ça été, vous arrêtez les petits enfants, vous divisez tout par 2, le jardin,
277 au lieu d'en faire 4h vous en faites que 2h, je lui ai dit de baisser son activité. Et mon acte de
278 thérapeutique, ça a été ça. Et le reste ç'a été de l'électrothérapie, du massage doux. Et finalement, elle a
279 été faire, parce que son médecin en plus, si on connaît pas le médecin, on peut pas imposer, ça serait
280 bien de faire ça. Y'a des fois, c'est pas forcément bien pris. Donc comme je le connaissais pas et tout.
281 Peut-être, et effectivement, ils ont fait un scintigraphie et il y avait une algo. Et voilà ce que je vais faire.
282 Et pareil, elle avait fait des infiltrations, des trucs, tout le traitement. Là c'est pour l'épaule, mais les
283 lombalgies ça peut être pareil.

284 **Donc vous remettez les choses un peu à plat**

285 E2 : J'essaye de faire le tri un peu, et puis si c'est juste existentielle et bien, je laisse, je lui dis, voilà, ça
286 lui laisse un temps pour souffler un petit peu.

287 **Parfois ces patients-là, il y a une perte de confiance dans le corps médical et dans ce que peuvent**
288 **faire les soignants, est ce que vous arrivez à redonner un peu confiance ?**

289 E2 : La confiance, elle arrive dans les actes, pas dans le discours.

290 **D'accord**

291 E2 : Elle vient par les actes, pas par le discours. Des fois ça marche pas, des fois, je ne correspond pas.
292 Ici, on sait passer le relais, on est à plusieurs, donc quand je bloque, j'envoie chez mon collègue.

293 **Et vous avez chacun des approches différentes...**

294 E2 : Voilà, je me dis, parfois ça marche pas, ça marche plus. Je me dis que dans la relation, la personne
295 a changé entre temps, il lui est arrivé d'autres choses dans sa vie, ou moi j'ai changé. Il faut avoir une
296 approche systémique. Moi aussi, je suis variable, si l'élément est important, c'est que moi, je ne suis pas
297 fixe. Moi aussi, je suis variable. Donc, il faut que je sois capable aussi de détecter quand moi je suis pas
298 en forme, quand je suis pas disponible, quand je suis pas attentif. Dans ces cas-là, il faut plutôt aller
299 derrière la technique et puis, on se dit cette séance, moins motivé.

300 **On a parlé un tout petit peu du travail chez les patients, les éléments qu'ils peuvent vous donner**
301 **par rapport à leur travail, qu'est-ce que vous en faites ? Parce que parfois ça peut être des facteurs**
302 **non modifiables ou difficiles à modifier, comment vous arrivez quand même à les aider vis-à-vis**
303 **de ça.**

304 E2 : Le problème, y'a des patients en arrêt de travail, qui subissent un gros stress de management. Je
305 pense à une dame, là, qui subit un gros stress à son travail, qui est en AT, lombalgique chronique
306 vraiment elle. Suite à un changement de boulot qui ne lui plaît pas du tout pour une grande marque de
307 distribution. A un moment donné son corps, elle avait toujours un petit peu des douleurs, quand la
308 situation est mal vécu, le point faible se réveille. Je lui ai laissé avoir mal. Je prends en compte la
309 situation. Là, ça se décoince un peu car elle a vu le médecin du travail, elle va passer en mi-temps
310 thérapeutique. Mais les problèmes d'organisation du travail, on a aucune action dessus. Un management
311 comme chez orange quand ils ont eu un taux de suicide très important, qu'est ce que vous voulez qu'on y
312 fasse. On ne peut être que le sas dans lequel la personne va pouvoir soit communiquer, soit se reposer,
313 soit qu'on s'occupe d'elle, soit être un petit peu faire un petit pas de côté par rapport à la vie de tous les
314 jours. Et professionnel et familial.

315 **Par rapport à des prises en charge, notamment chez le chronique, où vous avez l'impression de**
316 **stagner, qu'est-ce qu'il se passe avec le patient ?**

317 E2 : Moi, je fais marcher, bouger, j'essaye de définir dans la marche, souvent la marche, la marche ou
318 le vélo, le cycloergomètre, etc. Quel est le seuil d'activité qui ne déclenche pas de douleurs et je
319 fractionne les activités, mais je leur demande de bouger, de bouger, de bouger.

320 **Et si, il y a un cas de patient qui n'évolue plus, voilà, il n'y a plus d'améliorations.**

321 E2 : Je lui propose plusieurs fois de suite, on va peut-être arrêter, qu'est-ce que vous en pensez. Mais je
322 lui demande toujours son accord. Parce que là, je sais pas si, en général, ils me disent, encore 5 séances
323 ou encore 2 séances. Mais, mon intuition était pas si mauvaise que ça, je sentais bien que voilà. Ils
324 passent à autre chose, à un autre traitement, le médecin les envoie faire autre chose, dans un circuit.
325 Mais, je passe le relais, qui si ils sont d'accord.

326 **Autour de tous ces facteurs psycho-sociaux, est-ce que vous les noter sur un bilan ? Est-ce qu'il y**
327 **a une forme de suivi de ces éléments-là ?**

328 E2 : Justement, peut-être pas suffisamment, je mets plus rien sur l'ordi en ce moment. On nous a remis
329 Windows 10 et j'ai du mal. C'est plutôt l'informatique qui me limite. Mais quand c'est une suite logique,
330 je ne le note pas. Je note que quand il y a des ruptures ou quand il faut que je transmette au remplaçant
331 ou à l'assistant. Je souligne les points importants, au stade où en est la personne.

332 **Est-ce que vous communiquez avec les autres soignants, les médecins, d'autres ?**

333 E2 : Tous déborder. Je communique que si ça va pas bien. Je fais comme mes collègues, que si on trouve
334 quelque chose de bizarre ou qui se rajoute. On a une dame-là qui fait des fractures de fatigue car elle est
335 sous cortisone. Là ça ne ressemble pas à ça. Là on rappelle le médecin, ou si la personne est
336 suffisamment valide et claire dans son élocution, on lui d'aller revoir son médecin. On lui dit qu'on
337 aimerait bien avoir un truc. Mais ils nous font suffisamment confiance. Enfin les médecins du coin, on
338 essaye de pas trop les déranger parce qu'ils sont, en face là, ils sont débordés. Il y a déjà beaucoup de.
339 Alors si on connaît, on en parle au patient et le patient le dit au médecin. C'est quand même le médecin
340 qui est concerné pour faire l'examen complémentaire. Et si, c'est urgent, urgent, urgent, on téléphone.
341 Même pour a côté, pour la clinique, pour avoir un élément nouveau, on passe même pas par le médecin
342 des fois. Je pense à une autre fois où c'était un lombalgique chronique, mais qui avait une sclérose en
343 plaque, pareil, avec la cortisone, il nous a fait des fractures tassements. Sur 3 jours, il en a fait plein, il
344 s'est effondré. Ça ne servait à rien d'aller voir le médecin, il fallait aller à côté quoi. Au truc d'urgences.

345 **Quand c'est la première fois que vous rencontrez un patient, est ce qu'il y a une forme de contrat**
346 **qui se construit entre vous ?**

347 E2 : Oui, moi je leur demande toujours de faire leur part. A partir du moment où on se rencontre là,
348 voyez moi je vais vous aider à faire ça, mais si vous vous faites rien. Je ne me sentirai pas responsable
349 que ça aille pas. Je ne leur dis pas aussi crument, mais en gros je leur dis qu'ils ont leur part.

350 **Et si vous constatez qu'ils font pas leur part ?**

351 E2 : C'est tout. C'est leur choix. Ils existent, ils sont libres. Il faut laisser de la liberté. Si il y a une
352 activité libérale en kinésithérapie comme en médecine c'est pour que la personne ait le libre choix de ne
353 pas venir, de changer de kiné, d'aller ailleurs. Surtout en ville, ils changent. Donc je laisse toujours la
354 liberté.

355 **Je refais un petit point sur mes questions. Je vais finir par une dernière question, quand vous êtes**
356 **confronté à des patients qui vont vous livrer certaines informations, qu'est-ce que vous en faites ?**
357 **Pour des informations qui semblent être des points névralgiques dans la prise en charge, est ce**

358 **que vous allez avoir tendance à pousser dans ces points là pour en connaître davantage ou au**
359 **contraire, garder l'information pour vous et ne pas aller chercher plus loin ? Quand il y a des**
360 **informations un peu lourde.**

361 E2 : Je sais pas quand il y a un décès. Je le mets dans la fiche. Comme on est plusieurs à intervenir. Mais
362 sinon, j'accueille. Il y a eu une époque où je ramenait ça à la maison, c'est sûr. Mais avec la sophro, ça
363 m'a aidé à faire le tri. A laisser le souci des patients au cabinet. C'est vrai que ça peut, au niveau
364 émotionnel des fois, il y a des trucs. Il y a des gens qui ont des histoires de vie terribles, terribles. Je
365 trouve que la nature est bien faite, la nature humaine en tout cas, car ils arrivent à trouver un équilibre.
366 Il y a une forme de résilience qui est assez importante. Je pense que de toute façon sur les maladies
367 chroniques, ou alors les maladies auto-immune, je pense qu'il y a quand même un problème de société.
368 Au niveau affectif, les familles éclatées, les problématiques du travail, même dans le milieu parental,
369 c'est pas facile d'élever un enfant, quand vous devez bosser et puis ceci, et puis cela. Il y a quand même
370 un problème avec les valeurs occidentales. Et ça créer de la pathologie ça.

371 **Très bien, je pense avoir fait le tour de mes questions. Merci d'avoir participé à l'entretien. Est-**
372 **ce que vous souhaitez ajouter un mot pour clôturer l'entretien.**

373 E2 : Vous pouvez rappeler le thème de départ.

374 **Alors la partie orale du bilan chez le lombalgique chronique.**

375 E2 : Oui, c'est important d'avoir, je répète l'histoire du stress objectif. Qu'est-ce qu'il s'est passé, est
376 ce qu'il y a eu des événements. Qu'est-ce qui vous a déstabilisé ? Parce que le corps allait bien ?
377 L'homéostasie se faisait correctement ? Voilà, je pense qu'au niveau oral, il y a soit un ras le bol, soit
378 un effet de saturation d'une situation, soit trop de changement en même temps et c'est insupportable. Et
379 c'est l'expression physique de cette problématique-là.

380 **[FIN DE L'ENTRETIEN]**

381

1 Entretien n°3 - 19-11-19 – au cabinet du MK – 43 minutes

2

3 **[INTRODUCTION] Bonjour. Merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui et de**
4 **m'accorder un peu de votre temps. Pour rappel, le thème de ces entretiens est la partie orale du**
5 **bilan chez le patient lombalgique chronique. Cet entretien va être enregistré, il sera ensuite**
6 **retranscrit pour constituer le matériel d'analyse nécessaire à mon mémoire de fin d'étude. Je**
7 **prendrai des notes pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées. Donnez-vous**
8 **toujours votre accord pour réaliser cet entretien ?**

9 E3 : C'est bon.

10 **Etre enregistré ?**

11 E3 : C'est bon.

12 **Le temps d'entretien est estimé à 45 minutes. Avez-vous des questions avant de commencer ?**

13 E3 : Pas du tout.

14 **[PRESENTATION] Alors on va commencer par une première partie de présentation, est ce que**
15 **vous pouvez me détailler l'expérience que vous avez en tant que kiné, depuis l'obtention de votre**
16 **diplôme. Donc en quelle année avez-vous eu votre diplôme ?**

17 E3 : J'ai eu mon diplôme en 2008.

18 **D'accord et suite à cette formation initiale, est ce que vous avez passé d'autres diplômes, d'autres**
19 **formations ?**

20 E3 : Oui, j'ai passé un diplôme de thérapie manuelle, un diplôme de kiné du sport. Et là, je suis en 5^{ème}
21 année d'ostéo.

22 **D'accord. Est-ce que vous pouvez me détailler votre mode de pratique ? Est-ce que vous faites du**
23 **cabinet uniquement, du domicile, du salariat ?**

24 E3 : Je fais du cabinet et du domicile et j'interviens également dans une maison de retraite.

25 **D'accord, donc vous travaillez comme titulaire dans ce cabinet, c'est ça ?**

26 E3 : Oui.

27 **D'accord, au niveau de votre patientèle lombalgique, est ce que vous pourriez me donner une**
28 **proportion par rapport à la patientèle en général ?**

29 E3 : Un bon quart des gens qui viennent est lombalgique.

30 **D'accord, donc 25% et des chroniques parmi ces lombalgiques ?**

31 E3 : J'ai quelques chroniques qui sont en échec de traitement avec d'autres thérapeutes, et sinon j'ai des
32 patients aigus. Mais les chroniques c'est des gens qui ont déjà été traité et qui me sont adressé parce que
33 je travaille beaucoup en manuel.

34 **D'accord. Je finis par des questions un peu plus sociologiques. Est-ce que vous pouvez me donner**
35 **vos âge ?**

36 E3 : 36 ans

37 **Et puis des informations sur votre vie personnelle, est ce que vous êtes marié ? Est-ce que vous**
38 **avez des enfants ?**

39 E3 : Je suis marié et j'ai 2 enfants de 3 et 6 ans.

40 **D'accord, est ce que vous avez des loisirs en dehors de la kinésithérapie ?**

41 E3 : Je fais du triathlon, des longues distances quand j'ai le temps de m'entraîner. Sinon, du théâtre avec
42 ma femme.

43 **[DEBUT DE L'ENTRETIEN] On va pouvoir commencer, selon vous, dans le cas d'un patient**
44 **lombalgique chronique, quels sont les points clés du bilan ?**

45 E3 : La douleur. L'histoire de la maladie. Toujours dans l'entretien oral ?

46 **Oui.**

47 E3 : Le véhicule de la douleur. L'impact sur la vie personnelle, professionnelle et sur les loisirs. Pas
48 forcément dans cet ordre-là, c'est plutôt les loisirs, la famille et le travail.

49 **D'accord. Est-ce que vous pouvez me détailler la manière dont vous vous y prenez pour aller**
50 **rechercher ces éléments-là ?**

51 E3 : C'est, il faut déjà savoir écouter le patient, il faut pas le laisser partir dans tous les sens. Donc il faut
52 poser des questions ni trop fermées, ni trop ouvertes. J'ai cerné la personne dès qu'elle passe la porte,
53 on le voit déjà, s'ils sont en accident de travail, en maladie professionnelle. S'il continue à bosser, on a
54 des profils de personnes qui continuent à travailler malgré qu'ils aient des lombalgies avec même des
55 paralysies motrices, dû à des compressions, une hernie discale, ce genre de choses. Enfin bref, du coup,
56 c'est vraiment du cas par cas. Et par contre, c'est vrai que je saute sur la douleur et la douleur comment
57 ils la perçoivent eux et quel retentissement elle a. Et ensuite, la physio-patho permettra d'orienter mon
58 traitement par la suite. Mais voilà, c'est le bon interrogatoire avec les bons signes cliniques. C'est la
59 démarche en entonnoir avec mes tests cliniques qui permettent vraiment d'agir sur la douleur. Un patient
60 lombalgique, il faut déjà pour lui redonner de la mobilité traiter la douleur, il faut savoir écouter la
61 douleur.

62 **Vous m'aviez dit que vous analysiez l'impact sur la vie du patient, comment vous vous y prenez**
63 **pour rechercher cet impact-là ?**

64 E3 : Je leur demande. Déjà dans mon anamnèse, je demande la profession, les loisirs et la vie de famille.
65 Et je vois bien si c'est une dame qui a 3 enfants, en poussant un peu plus, en sachant quel âge on les
66 enfants, si elle a besoin de les porter, je me permets de poser la question, ça va pour les porter? Vous
67 avez besoin d'aide pour vous en occupez ? Dans votre travail vous êtes beaucoup assise, vous êtes
68 secrétaire, peut-être qu'on pourrait mettre des choses en place tout de suite pur vous soulagez dans votre
69 position assise. Si elle est en arrêt, il faut casser le cercle vicieux de l'arrêt. L'arrêt c'est aussi l'arrêt du
70 mouvement, et c'est l'arrêt social.

71 **Est-ce que du coup, il y a une progression dans cette enquête que vous menez auprès du patient**
72 **dans vos séances ? Est-ce que vous avez une stratégie ?**

73 E3 : Elle est réévaluée à chaque fois.

74 **Ok.**

75 E3 : Au début de chaque séance, à chaque fois, je leur demande, comment va votre douleur aujourd'hui ?
76 Je ne demande pas à la personne comment elle va, je lui demande comment va la douleur. Comme ça,
77 ils l'ont parlé la douleur tout de suite. C'est un peu comme s'il la personnifiait je pense. C'est un peu
78 la petite bête qu'on veut essayer de contrôler pour la faire disparaître. C'est un peu ce que fait monsieur
79 McKenzie avec la recentralisation de cette douleur, avec ensuite la diminution de l'intensité. C'est un
80 peu comme s'il la personnifiait. Et moi, c'est vraiment, je parle comme ça à mes patients.

81 **Est-ce que vous avez un abord particulier par rapport à la première séance, donc la première fois**
82 **que vous allez rencontrer un patient ?**

83 E3 : Oui, parce que je me présente. Je me présente moi. Je leur dis que je travaille en manuel, que je
84 travaille avec beaucoup d'auto-exercices, d'auto-étirement, de correction posturale. Donc le gens, il faut
85 qu'ils adhèrent aux traitements, si ils viennent que pour des papouilles, je leur dis qu'ils trouveront
86 certainement quelqu'un d'autre qui le fera mais c'est pas mon cas. Le massage, comme on l'a enseigné
87 à l'école de kiné, je ne l'utilise plus que comme une récompense. A la suite d'une séance bien chargée
88 en correction posturale, en travail dynamique, en travail d'étirement. Là, je me permettrai de faire un
89 massage si vraiment on a exacerbé quelques tensions. L'objectif ce n'est jamais de reproduire la douleur
90 évidemment. Mais on peut déclencher des phénomènes d'inconfort. Et là on peut utiliser des techniques
91 de massage. Mais sinon, je leur annonce la couleur.

92 **Et votre bilan durant cette première séance, il a quelques choses de particulier ?**

93 E3 : Le bilan initial, il est toujours fait sur 2/3 séances. Le bilan, je le fais en parlant au patient et en
94 commençant à m'en occuper en fait. Parce que rester en face du patient un quart d'heure, en libéral,
95 c'est pas concevable pour moi. Je le fais pour mes séances d'ostéopathie mais c'est pas la même chose.
96 Les gens restent une heure et je suis tout seul avec eux pendant une heure. Donc là effectivement, je
97 prends un quart d'heure pour vraiment parler avec eux. Pour la séance de kiné, on met tout de suite les
98 mains dans le cambouis.

99 **Donc vous vous avez besoin d'être déjà dans le soin et de faire le bilan en même temps ?**

100 E3 : Je leur parle, je fais mes tests posturo-dynamiques debout, et des qu'ils s'allongent sur la table, je
101 leur parle et je fais de la mobilisation. Je fais de la mobilisation-traitement. Dès que je fais de la
102 mobilisation, je la traite.

103 **Est-ce que pour réaliser ces bilans, vous utilisez également des outils comme des questionnaires ?**
104 **Vous m'avez dit que vous utilisiez des questions plus ou moins ouvertes.**

105 E3 : On ne les utilise pas les questionnaires. Dans mes cours, je les cite, parce qu'ils sont bons à
106 connaître, si je travaille encore dans une structure comme Pierquin, je vais les utiliser. J'y ai bossé en
107 réadaptation 6 mois, les médecins voulaient avoir les questionnaires, quel score ils ont, machin. En
108 libéral, j'en ai jamais ressenti le besoin.

109 **Et, est ce que vous pouvez me donner votre avis sur ces questionnaires-là ?**

110 E3 : Ils sont pas à mettre en œuvre en libéral. Y'a pas grand-chose à dire de plus. Ils sont biens car ils
111 permettent de prouver notre utilité, de voir un peu quel effet on peut avoir. Mais moi l'effet que j'ai,
112 c'est quand les gens repartent d'ici et qu'ils ont plus mal. Ça suffit. Pas besoin d'avoir un questionnaire.

113 **Est-ce que vous avez l'impression que du coup, ces facteurs, on a parlé d'impact au niveau de la**
114 **vie, est-ce que pour vous ça se rapproche des facteurs bio-psycho-sociaux ?**

115 E3 : Oui, c'est ça.

116 **Est-ce que ces facteurs là, vous les tracez d'une quelconque manière ? Dans vos bilans, sous quelle**
117 **forme vous les tracez ?**

118 E3 : La seule trace qu'il peut y avoir, c'est que je vais augmenter le nombre de séances. Une patiente
119 qui vient et qui me dit, j'ai même pas pu aller voir ma fille qui habite, qui fait ses études à Metz ou je
120 sais pas où, parce que j'ai pas pu prendre ma voiture, et bien on va essayer de chercher une solution pour
121 calmer ses douleurs tout de suite, et puis essayer de trouver une solution pour qu'elle reprenne la voiture.
122 C'est la seule trace qu'il eut y avoir. Je prends pas note de tout ça. Les patients, je les imprime dans ma
123 tête et d'une séance sur l'autre, je sais où j'en suis.

124 **Est-ce que vous communiquez avec d'autres professionnels de santé ?**

125 E3 : S'il y en a besoin je contacte les médecins. Les médecins qui me sont vraiment prescripteurs. Si
126 j'ai besoin d'une aide de prise en charge pour une réorientation, j'appelle directement les médecins.
127 Faire des courriers, ça me gonfle. Je les appelle.

128 **Et vous communiquez uniquement avec les médecins ?**

129 E3 : Depuis que je travaille ici, je travaille avec des coachs sportifs à côté. Quand les gens souhaitent du
130 coup se remettre au sport ou prolonger les acquisitions faites en kiné, s'ils vont dans la salle de sport à
131 côté, je me permets d'en toucher un mot au coach sportif.

132 **Alors si on revient sur la question des facteurs psycho-sociaux, vous devez connaître le système**
133 **flag ? Les drapeaux, etc ?**

134 E3 : Les drapeaux rouges, les reds flags, oui. Mais alors, dans les facteurs psycho-sociaux ?

135 **Alors pour vous, dans les drapeaux, il y a les drapeaux rouges ?**

136 E3 : Oui.

137 **Il y a d'autres, d'autres couleurs, je sais pas si...**

138 E3 : Non, je ne connais que les drapeaux rouges.

139 **Est-ce que vous avez, quand vous avez recensé les facteurs psycho-sociaux, vous dans votre**
140 **traitement, vous allez en tenir compte ? On a parlé de la relation au travail, de la relation avec la**
141 **famille. Est-ce que vous les connaissez, vous les gardez en tête, vous allez sur ce champ-là ?**

142 E3 : Oui je vais sur ce champ-là, je vais faire parler les patients, je vais leur parler au même titre qu'un
143 psychologue lors d'une séance en fait. Les gens restent pendant une heure, les gens ils se livrent, ils
144 pleurent même. On essaye de leur parler, on essaye de trouver des solutions, on essayer de relativiser.
145 Forcément, j'agis là-dessus. Mais de là, à forcément savoir quels sont les drapeaux dans le milieu
146 psycho-social, je sais pas. Quelqu'un qui serait complètement dépressif, qui aurait des pensées noires
147 d'autolyse, je pense que j'appellerais tout de suite le médecin, ça relève du bon sens.

148 **Est-ce que vous estimez que la progression des séances, de connaître de mieux en mieux son patient**
149 **à une influence sur ce qu'on va aller chercher ?**

150 E3 : On est de plus en plus intrusif, parce que la personne, on rentre dans sa bulle. Quand ils acceptent
151 qu'on rentre dans la bulle. C'est là où je dis souvent aux patients, il faut trouver chaussure à son pied en
152 kiné, si il ne me laisse pas rentrer dans la bulle, j'y arriverai pas. Et il y a des gens, ça leur convient très
153 bien que je ne rentre pas et ils veulent pas. Et je force pas.

154 **Comment vous le sentez ça ?**

155 E3 : C'est l'expérience, je peux pas te dire plus. Sincèrement, que l'expérience.

156 **Chez ces patients chroniques, qui sont souvent pris en charge sur de longues périodes, vous estimez**
157 **que vous êtes à l'aise, ou au contraire vous estimez que ce sont des patients avec lesquels vous êtes**
158 **un peu en difficulté, vous avez des a priori ?**

159 E3 : Je suis à l'aise car j'ai de plus en plus d'outils en ma possession. Après je dis pas que c'est les
160 patients les plus faciles. C'est parce que je suis à l'aise que c'est facile.

161 **Et quels seraient les facteurs de difficulté ?**

162 E3 : La non-adhérence aux traitements, aux auto-exercices. Les gens qui se laissent porter peut être. Ou
163 les gens qui ont déjà baissé les bras. Après voilà, il faut essayer de les redynamiser autant que faire se
164 peut. Mais ça s'est compliqué. J'ai déjà eu des patients, j'ai en tête un patient lombalgique chronique, il
165 venait de sortir de thérapie manuelle. J'avais tout essayé avec lui, chaine ascendante, chaine
166 descendante, corriger la posture, renforcer le caisson, thérapie par l'extension, vraiment pas mal de chose
167 en thérapie manuelle. Et à chaque fois, il me sortait des symptômes, ça changeait, ça augmentait, je
168 trouvais pas de solutions. Deux jours après, je l'ai vu courir autour des étangs au même endroit que moi.
169 Ce monsieur était en arrêt depuis 6 mois, c'est sûr que là, je pouvais toujours essayer de me casser la
170 tête. Il était bien comme ça.

171 **Est-ce que vous estimez que les expériences que vous avez accumulées depuis la sortie de l'école**
172 **vous aident dans la prise en charge de ces patients là et de quelle manière ?**

173 E3 : Il y a que ça qui aide. L'expérience et les formations post-graduate permettent d'avoir des outils en
174 main. Et la facilité avec lesquels tu vas pouvoir les mettre en œuvre c'est ton expérience.

175 **Alors si on est sur un patient, qui est pas étiqueter comme étant chronique, mais avec une prise**
176 **en charge qui se prolonge, à partir de quel moment, vous allez vous dire, ok, là, on est plus sur de**
177 **l'aigu, on passe sur une autre catégorie de patient, comment vous réussissez un peu à avancer dans**
178 **cet aiguillage-là ?**

179 E3 : Je touche du bois, parce que j'en ai jamais trop eu en fait. J'ai déjà eu des chroniques qui arrivent
180 chroniques, mais des patients aigus, je les ai soignés. Ou sinon, ce sont des gens qui sont partis parce
181 que je leur convenais pas. Ils me l'ont pas dit et ils m'ont dit qu'ils étaient soignés pour aller autre part.
182 C'est possible aussi. Mais non, j'ai vu des signes bizarres, j'ai demandé des examens et effectivement
183 c'était une hernie discale, c'était un canal lombaire étroit. Du coup, il y a eu une mise en place
184 chirurgicale ou une addition à mon traitement qui a permis de soigner les gens. Mais j'ai jamais eu
185 d'échecs qui ont chronicisé les gens. J'ai jamais eu ça. Peut-être que c'est comme ça que tout le monde
186 travaille, j'en sais rien.

187 **Donc il y a pas forcément de stratégies particulières.**

188 E3 : Il y a pas de recette.

189 **Les chroniques que vous avez ce sont des patients qui sont en errance thérapeutique, est ce que ça**
190 **peut vous mettre en difficulté justement, le fait qu'ils aient vu beaucoup de gens avant vous ?**
191 **Qu'est-ce que vous en faites de ce passé-là ?**

192 E3 : Non, ça me fait jubiler ce passé-là, parce que déjà dans ton bilan, tu vas demander quelle stratégie
193 thérapeutique a été mise en œuvre, quand tu vois qu'ils ont été mis sous lampe à chaleur avec de l'électro
194 et puis c'est tout, je peux juste apparaître comme quelqu'un qui va les sauver.

195 **Vous avez fait beaucoup de formations, après cela, c'est vraiment la douleur qui va vous orienter ?**

196 E3 : C'est l'histoire du traumatisme, l'histoire de la douleur qui permet de savoir si on est dans du
197 traumatique, de l'adaptatif, du postural ou de l'émotionnel en fait. Et en lisant à travers cette douleur
198 que tu vas pouvoir adapter ton traitement.

199 **Donc, il y a vraiment une forme de catégorie que vous avez en tête ?**

200 E3 : Oui, il y a une catégorie. Ça, ce sont les formations après la kiné qui m'ont donné ça. J'ai 4 points,
201 soit c'est du traumatique et ça va être, si on peut résumer, quelque chose de local, donc traumatique,
202 quelqu'un qui se fait une hernie tout d'un coup, sur du port de charge, ça sera du traumatique, on va agir
203 en local. Quelqu'un qui traîne avec une protrusion discale avec des douleurs qu'il compense et qui va
204 agir sur l'ensemble de son adaptation au-dessus et en dessous de la zone, ça sera de l'adaptatif, du coup,
205 il faudra travailler en chaîne ascendante ou descendante, travailler un petit peu à distance et en local. Du
206 postural, c'est une modification complète de la posture qui a créé par exemple cette gravité antérieure
207 qui a favorisé cette fuite du noyau vers l'arrière, au niveau d'une hernie toujours et du coup, il faudra
208 agir sur la posture pour régler ce problème d'hernie. Parce que corriger l'hernie, ça fera juste qu'il y
209 aura un autre étage qui va péter après. Et puis l'émotionnel, là, c'est au nez. En général, d'abord, je vais
210 travailler sur du, quand les gens savent pas trop m'expliquer ce qu'il est arrivé, je vais d'abord essayer
211 de travailler sur du traumatique. Si j'ai de l'échec sur du traumatique, je vais aller regarder dans le
212 modèle adaptatif, ce qui se passe au-dessus et en dessous. Et si vraiment, on est sur quelque chose de,
213 on parle de chronique, on parle d'inflammatoire, ça sera plutôt des troubles posturaux. C'est un peu
214 comme ça, le raisonnement.

215 **A quelle proportion l'interrogatoire, et quelle portion les tests cliniques vous donnent une**
216 **orientation vis-à-vis de ça ?**

217 E3 : L'interrogatoire permettra de dire si c'est du traumatique ou de l'adaptatif. Et après c'est tous les
218 tests de posturo-dynamique qui permettront de savoir si c'est postural. La verticale de Barré, y'a pas
219 mal de tests comme ça qui sont assez rapides à faire en posturo qui permettent à voir si la personne est
220 complètement jeté. Et dans mon anamnèse, il y a toujours 3 ou 4 choses à vérifier, il y a 3 capteurs, la
221 vue, l'articulation temporo-mandibulaire et puis le capteur podal. Si un des 3 capteurs qui fout le camp,
222 je pense que c'est un trouble postural.

223 **C'est un cheminement qui se fait sur plusieurs séances ?**

224 E3 : Avec tous mes patients, si je les ai 10 – 15 séances, je finirai toujours par faire un petit peu de
225 posturo à la fin. Pour essayer de pérenniser un peu, parce que tout cicatrise, quelle qu'elle soit, même
226 une petite cicatrice, même cutanée, peut créer des adhérences. Les troubles de la posture, qui sont
227 compensés en fait, quelqu'un qui a un lumbago, il arrivera plus à être compensé.

228 **Sur les compétences plutôt relationnelles et en terme de communication, est ce que vous notez une**
229 **évolution, depuis votre sortie de l'école ? Sur quel point ?**

230 E3 : Evidemment, c'est un peu ton CV. Les gens, ils se livreront, ils seront de plus en plus en confiance,
231 c'est là que c'est méchant pour les jeunes diplômés, mais on va dire qu'une entorse de cheville classique,
232 une ligamento, c'est protocolé, les gens sont pas dans une errance, ils savent ce qu'ils ont, ils sont tout
233 de suite diagnostiqués. Face à des pathologies comme des cervicalgies, des dorsalgies, lombalgies, des

234 algies du petit bassin, des choses un peu batardes, il y a que l'expérience et le CV que tu peux fournir
235 au patient qui les rassurent et qui les mettent en confort en fait.

236 **C'est peut-être un peu compliqué de me le détailler, dans l'attitude**

237 E3 : Dans toutes mes techniques, je leur vulgarise mes traitements, je leur explique ce que je fais. Et
238 souvent, c'est pas qu'ils tombent, c'est pas pour me jeter des fleurs, ils se rendent compte qu'il y a plein
239 de chose sur lesquels on peut jouer. J'ai plein d'outils, même si on échoue sur une technique, j'aurai
240 forcément quelque chose à leur proposer. Il faut vraiment qu'ils se sentent mis en confiance et qu'ils se
241 sentent bien entourés. Et puis c'est vrai que quand on prend les rendez-vous, qu'ils me demandent tel
242 jour, vous pouvez venir et que je leur dis, non ce weekend-là, je termine plus tôt, je vais en formation
243 ou le mardi après-midi, je suis jamais là, je donne cours à l'école de kiné. Ça donne encore plus de crédit
244 à mes techniques.

245 **D'accord, je comprends. Est-ce que vous, ça vous semble important quand vous arrivez sur un**
246 **nouveau patient, est ce que vous essayez d'avoir une attitude particulière, quand c'est la première**
247 **rencontre ?**

248 E3 : Quand c'est la première rencontre, je laisse plus le patient parler. C'est sur la fin de la séance que
249 je prends le pas. Quand lui va s'effacer, quand il aura plus rien à dire entre guillemets, c'est moi qui vais
250 plus prendre le pas.

251 **Selon vous, est ce que votre expérience vous a permis d'analyser un peu le patient, là on quitte le**
252 **verbal, plutôt sur ce qu'on appelle le non-verbal, sa manière d'être en fait ?**

253 E3 : Les gens, je sais, quand il s'installe, il s'assoit, ou quand il s'allonge, au niveau du faciès, ou des
254 expressions, il y avait un nom la dessus, la science des expressions, je ne sais plus, enfin bref, je sais si
255 ils vont craquer pendant la séance ou si ils ont pas envie de parler. Ça se sent, on arrive à le lire. Les
256 micro-expressions, c'est ça. Et je ne connais pas, j'ai jamais fait de cours sur les micro-expressions,
257 mais je me trompe rarement, si les gens vont tomber en pleurs, je le vois tout de suite. Et du coup,
258 j'appuie sur le bouton, je les laisse pas comme ça, je crève tout de suite l'abcès.

259 **Et ça c'est quelque chose que vous avez acquis avec l'expérience ?**

260 E3 : Moi, c'est toujours quelque chose que j'ai eu comme ça, même avant d'être kiné. C'est l'empathie,
261 c'est la manière de vivre au quotidien, c'est tu l'as ou tu l'as pas. Je pense pas que l'expérience puisse
262 t'apporter ça.

263 **Et dans les profils que vous m'avez donné tout à l'heure, il y a avait donc l'émotionnel, est ce que**
264 **vous vous sentez capables de gérer ça ?**

265 E3 : Si c'est vraiment qu'un problème émotionnel ? Les gens sont pas encore prêts à l'entendre ça. Bien
266 que ça se démocratise de plus en plus, d'aller voir un thérapeute pour parler parce qu'on a une douleur
267 qu'on somatise, etc. Ça commence à rentrer dans les mœurs, je le dirais pas à tout le monde. Je dirais
268 pas à tous les patients, votre douleur, elle est somatisée.

269 **D'accord, mais si pour vous, vous arrivez sur ce constat-là, d'un patient qui est dans ce profil-là ?**

270 E3 : Je vais leur parler, mais je vais leur dire que cette douleur-là, c'est pas parce qu'on est au courant
271 qu'elle va disparaître. Cette douleur somatisée, elle a créé des troubles posturaux, donc on va s'en
272 occuper de cette douleur posturale. Cette douleur, on va essayer de s'en occuper ensemble. Je vais pas
273 leur dire, cette douleur elle est inventée, c'est dans votre tête, parce que là les gens, ils se sentent juste,
274 tu tapes dans le mur. Si on te dit, cette douleur émotionnelle, elle a créé des troubles dans votre posture,

275 qui a généré des douleurs et ces douleurs elles sont vraies, c'est pas la même chose que de dire, votre
276 douleur, elle est dans votre tête. C'est la manière de le présenter, je pense.

277 **Est-ce que ce diagnostic de profil émotionnel, c'est un diagnostic d'élimination ?**

278 E3 : Oui, c'est ce qu'il reste à la fin.

279 **On avance bien, il y a plus beaucoup de questions. Est-ce que vous pourriez me donner une**
280 **définition selon vous, l'alliance thérapeutique ?**

281 E3 : L'alliance thérapeutique ?

282 **L'alliance thérapeutique, la relation avec le patient.**

283 E3 : L'alliance thérapeutique, elle est belle celle-là. Moi, je verrais ça comme des satellites, le patient
284 c'est le soleil, et nous on est tous des satellites. Selon moi, le kiné c'est celui qui tourne le plus vite
285 autour du patient. Et le médecin va avoir une vitesse de rotation plus lente parce qu'il verra moins
286 souvent le patient. Mais l'importance sera pas vraiment la même. Je vois ça comme un système solaire
287 moi l'alliance thérapeutique.

288 **D'accord, c'est une jolie métaphore. Le fait qu'on voit régulièrement et de manière plutôt longue**
289 **les patients, est ce que vous attribuez une place particulière ?**

290 E3 : C'est à nous que les patients vont dire le plus de choses. On connaît plus leurs vies, on connaît plus
291 leurs habitudes. Au médecin, ils ne diront pas si ils ont pas pris leurs médicaments. A nous, ils le diront.
292 Oh j'ai pas fait, j'ai pas ci. Avec l'expérience, ils ne peuvent plus nous mentir. Avec l'expérience, je le
293 sais tout de suite. Et de toute façon, c'est dans le contrat verbal qu'on signe au début. Vous faites pas
294 vos exercices, vous pourrez pas dire que vous avez encore mal.

295 **D'accord. Donc vous avez un système de contrat finalement avec le patient.**

296 E3 : On aimerait bien ici mettre en place un contrat. Un contrat écrit. Mais j'ai toujours fonctionné en
297 contrat oral. Mais normalement, l'ordre voudrait qu'on fasse un contrat. Je sais pas. Non, c'est peut être
298 un contrat juste verbal. Je sais plus. En fait, je sais pas c'est quoi les textes. Mais je fonctionne comme
299 ça.

300 **C'est un contrat que vous faites à partir de quels objectifs, j'imagine que ce sont les objectifs**
301 **partagés.**

302 E3 : Je l'adapte aux patients. Ce sont ces objectifs et moi je m'adapte. Et je vois où le patient veut aller.

303 **Et vous le fixez à partir de quelle séance ?**

304 E3 : Dès la première séance. De toute façon, la question que je pose c'est qu'est-ce que je peux faire
305 pour vous. Certes, je parle de la douleur mais au début c'est qu'est ce que je peux faire pour vous ? Donc
306 les objectifs, je vois bien. Souvent, les gens, ils veulent pas avoir mal. Donc c'est pour ça que dès la
307 première séance, je m'occupe de la douleur, je passe pas ½ heure à faire un bilan.

308 **Et sur les prises en charge qui pourraient durer, est ce que vous arrivez à rebondir, proposez**
309 **d'autres choses, où est ce qu'il y a des moments vous sentez qu'il faut s'arrêter ?**

310 E3 : J'aurai toujours quelque chose à proposer. Même proposer des pauses thérapeutiques. Et puis les
311 gens me rappellent, je leur dis de me rappeler si il y a du nouveau. On a pas mal de diagnostics

312 différentiels avec les imageries, donc j'en demande. Je demande à mes patients d'aller voir le médecin
313 pour avoir un diagnostic. L'homéopathie...

314 **Donc il y a pas de moments où vous vous sentez...**

315 E3 : Il faut toujours donner à manger aux patients, il faut pas dire, bin je sais pas. Il y a rien de dire. Il
316 faut toujours donner quelque chose.

317 **Même, au début, on a parlé des patients qui vont pas faire les exercices qu'on leur demande, qui**
318 **ne sont pas motivés, même avec ceux-là vous réussissez ?**

319 E3 : Je m'adapte, faut proposer. Il faut pas leur donner 10 exercices, il faut en cibler 2 ou 3. Et les gens
320 qui veulent rien faire, on fera le plagiste. Mais pas n'importe comment le plagiste, on leur dira de faire
321 le plagiste à plat ventre en le faisant à plat ventre sur les coudes. Ils feront du McKenzie, ils le savent
322 pas mais pour toi ça aide. C'est un exemple comme un autre. A force, ceux qui feront rien et qui veulent
323 rien faire, moi je les prends plus et puis c'est tout. Qu'est-ce que tu veux faire ? Leur douleur, elle est
324 pas si importante que ça.

325 **Pour en revenir au profil émotionnel, est ce que vous vous sentez à l'aise dans ces compétences qui**
326 **sont peut-être de l'ordre de la psychologie et pas vraiment ce que l'on peut avoir dans les**
327 **compétences des kinés ?**

328 E3 : Mais je pense que ça de toute façon, c'est de l'innée. Je sais pas si tu peux développer cette
329 compétence là en fait. C'est pareil chez les psy je pense, il y en a ils l'ont ou ils ne l'ont pas.

330 **Est-ce que pour clôturer cet entretien, vous avez des éléments à rajouter sur ce qui vous semble,**
331 **ou des choses qui n'ont pas été évoquées ?**

332 E3 : La formation continue et être aux contacts des étudiants, ça permet de se maintenir à jouer, c'est
333 super important. Ça te remet en cause, ils ont un œil extérieur, ça te remet en cause, ça permet de te
334 remettre en cause. Et si tu te remets pas en cause de toute façon, tu peux pas évoluer. Moi, c'est comme
335 ça que je travaille. Je suis sûre qu'il y a des gens qui sont partis chez d'autres thérapeutes. Mais j'ai
336 quand même pas mal de monde, c'est de le deuxième mois que je suis ici.

337 **Ok, très bien. Merci beaucoup.**

338

[FIN DE L'ENTRETIEN]

1 Entretien n°4 – 29-11-19 – au cabinet du MK – 52 minutes

2

3 **[INTRODUCTION] Bonjour, Merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui**

4 E4 : Bonjour

5 **Et de m'accorder un peu de votre temps. Pour rappel, le thème de ces entretiens c'est la partie**
6 **orale du bilan chez le lombalgique chronique. Cet entretien est enregistré, il sera ensuite**
7 **retranscrit afin de constituer le matériel d'analyse nécessaire à mon mémoire de fin d'études. Je**
8 **prendrai des notes également pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées. Est-**
9 **ce que vous donnez toujours votre accord pour réaliser ces entretiens ?**

10 E4 : Oui oui sans problème

11 **Pour être enregistré ?**

12 E4 : Oui

13 **J'estime que le temps d'entretien va durer entre 30 et 40 minutes. Est-ce que vous avez des**
14 **questions avant de commencer.**

15 E4 : Non c'est clair, je pense qu'on peut démarrer.

16 **[PRESENTATION] On va commencer par une phase de présentation. Est-ce que vous pourriez**
17 **me rappeler votre expérience en tant que kinésithérapeute. L'année à laquelle vous avez passé**
18 **votre diplôme ?**

19 E4 : Oui en 1985

20 **D'accord très bien. Suite à ce diplôme est ce que vous avez fait d'autres formations ?**

21 E4 : Oui au départ j'ai travaillé en faisant des remplacements libérales les premières années avec
22 rapidement en tête l'idée de faire une formation d'ostéopathie. Donc que j'ai commencé 2 ans plus tard,
23 l'été 87. Que j'ai suivi de manière assez linéaire jusqu'en 95. Donc j'ai terminé ces études d'ostéo. Mais
24 avec toujours l'envie de continuer à travailler comme kiné. Jamais avec l'idée franche de vouloir franchir
25 le pas et de m'installer en tant qu'ostéopathe pur et simple on va dire. Et en même temps dans ses
26 années, vers la fin de mon cursus d'ostéopathie, donc j'étais amené ... donc comme j'étais toujours
27 intéressé par la colonne, etc. et les pathologies du rachis à faire d'autres petites formations ici ou là sur
28 une journée ou deux, assisté à des congrès à droite à gauche et donc j'ai été exposé à la méthode
29 McKenzie dans le début des années 90. Ca a complètement changé ma façon de voir les choses en fait.
30 Donc j'ai quand même fini ma formation en ostéopathie mais avec l'idée d'enchaîner rapidement sur la
31 formation complète McKenzie parce que je trouvais que ce concept était assez intéressant et assez
32 divergeant par rapport à ce que j'ai pu voir en ostéopathie. On pourra peut-être en reparler plus tard mais
33 voilà. Et du coup je suis toujours resté kiné et j'ai progressivement et au fur et à mesure que
34 j'approfondissais mon expérience et ma pratique dans la méthode McKenzie j'ai littéralement
35 abandonné l'ostéopathie. Pour des raisons qu'on pourrait peut être exposé plus tard.

36 **Oui. Tout à fait**

37 E4 : Voilà, ça s'est passé un petit peu comme ça. Donc les événements, les choses ont fait que, j'ai pris
38 peut être une orientation plus sur la thérapie mécanique donc McKenzie. Et maintenant donc depuis
39 2004, où j'ai passé le diplôme international, je le fait de manière très structuré et régulière.

40 **D'accord, ok. Est-ce que vous pouvez également me détailler votre mode d'exercice. Vous**
41 **travaillez en cabinet c'est ça ?**

42 E4 : Oui

43 **Est-ce que vous faites du domicile ?**

44 E4 : Alors je travaille essentiellement en cabinet, je fais un peu de domicile, j'y consacre 1h, 1h30 par
45 jour, 4 jours par semaine. Tout le reste du temps quand je suis au cabinet, j'ai une activité de cabinet,
46 libéral. Ce qui est une partie de mon temps seulement, car je consacre une partie de mon temps assez
47 importante où je fais de l'enseignement justement avec McKenzie

48 **D'accord. Et donc vous êtes titulaire dans ce cabinet ?**

49 E4 : Oui.

50 **Ok. Est-ce que vous pourriez me donner à peu près la proportion de lombalgique que vous prenez**
51 **en charge ?**

52 E4 : Alors sur l'ensemble de mes patients, je dirais que c'est 80% de patients que je vois en McKenzie.
53 Dans ce nombre-là, il y a des patients qui viennent pour des problèmes périphériques, y'a des patients
54 qui viennent aussi pour des problèmes thoraciques ou cervicaux. Ce qui veut dire que le pourcentage de
55 patients avec des problèmes lombaires, alors c'est dur à chiffrer comme ça. Ça représente, je pense
56 quand même pas loin d'un patient sur 2, 50% de mes patients de manière général.

57 **D'accord, et parmi ces lombalgiques, combien estimez-vous, en pourcentage qu'il y a de**
58 **lombalgique chronique ?**

59 E4 : Euh..., alors là j'ai aucune stat précise à vous donner comme ça, mais je dirais encore 50% de ce
60 chiffre-là. Il y a quand même un certain nombre de patients qui viennent pour du subaigu pour des
61 pathologies radiculaires, voilà, donc oui, peut-être 1/2, 1/3. 1/2 minimum, 1/3 maximum, je dirais, oui,
62 voilà.

63 **D'accord, très bien. Alors, on va terminer avec les informations personnelles. Est-ce que vous**
64 **pourriez me donner votre âge ?**

65 E4 : Oui, j'ai 55 ans

66 **Super, au niveau de votre vie familiale, est ce que vous pourriez me détailler si vous êtes marié,**
67 **vous avez des enfants...**

68 E4 : Je suis mariée, j'ai 3 enfants qui sont tous les 3 adultes

69 **Ok et est-ce que vous avez d'autres centres d'intérêt en dehors de la kinésithérapie...**

70 E4 : Oui, un petit peu quand même (rire). Je fais un petit peu de musique et puis un petit peu de sport,
71 du vélo, de la plongée, ce genre de chose.

72 **Ok, très bien.**

73 **[DEBUT DE L'ENTRETIEN] On va commencer à parler de notre sujet, par cette première**
74 **question : alors selon vous, chez un patient lombalgique chronique, quels sont les points clés du**
75 **bilan ?**

76 E4 : Alors ça, c'est une grande question. Ça va être dur de résumer en quelques mots. Alors, je vais
77 avoir une vision très MDT, donc McKenzie sur la chose. Dire qu'on va pas faire de distinguo au départ
78 entre un patient chronique, un patient subaigu et un patient aigu car ça serait lui mettre une étiquette
79 donc déjà partir sur un biais. Donc l'approche générale qu'on fait sur un patient lombalgique est de ce
80 dire déjà est ce que c'est un patient qui pourrait voir ses symptômes réduire, s'améliorer rapidement
81 ou pas. C'est pas parce qu'il a une étiquette de chronique, sous-entendu que les symptômes sont là
82 depuis un certain temps, qu'il est un vrai chronique, sous-entendu un vrai chronique, avec un grand C.
83 Sous-entendu qu'il y a pas mal de patient chronique qu'on arrive parfois à améliorer rapidement, à
84 condition de trouver, si je puis dire, un mode d'emploi de leur lombalgie avec une prise en charge
85 appropriée. Et parmi cette population de patients chroniques, j'estime qu'on arrive à avoir, alors pareil,
86 c'est dur à chiffrer, peut-être encore une fois 1/2, 1/3 patients qui justement voient leur symptômes
87 changés rapidement, si on trouve les mouvements à faire dans la bonne direction etc. Et donc resterons
88 parmi ces patients un certain nombre de patients qui seront effectivement de vrais chroniques chez qui
89 il y aura d'autres facteurs qui entreront en ligne de compte, notamment les prises en charge plus globales,
90 plus diverses. Alors qui peuvent englober les facteurs psycho-sociaux, tout un tas de chose quoi. Tout
91 ça pour dire que l'approche d'un patient lombalgique chronique ne diffère pas d'un autre patient, on va
92 essayer de voir quels sont les facteurs vraiment dans ce modèle bio-psycho-social, quels sont les facteurs
93 justement médicaux, mécaniques ou chimiques. On aborde aussi les facteurs psycho-sociaux qui sont,
94 souvent, arrivés assez rapidement dans la conversation et puis on voit ce qu'on peut faire de tout ça.
95 Généralement dans la deuxième partie de la séance, on fait les tests physiques pour voir si le patient peut
96 répondre à une thérapie qu'on pourra mettre en place.

97 **D'accord.**

98 E4 : Mais grosso modo, l'idée est là. On va pas faire de distinguo au départ, même si le patient nous dit
99 d'emblée « écoutez, moi mes douleurs sont là depuis des mois, des années. Je suis un lombalgique
100 chronique, etc... ». On va voir si on peut, voilà, à partir de là, essayer d'en faire sortir, ou pas. C'est ça
101 la question en tout cas.

102 **D'accord, ok.**

103 E4 : Etant donné que, encore une fois, un des grands aspects de la méthode McKenzie est de dire est-ce
104 qu'on voit des changements rapides chez un patient ou pas, est-ce qu'on fait ressortir ça ou pas. A
105 partir de là, on peut toujours statuer sur la classification, on parle de classification, du patient. Est-ce
106 que c'est vraiment un patient chronique, est ce que c'est un patient, encore une fois, pourra voir changer
107 ses symptômes rapidement ou pas.

108 **D'accord. Alors il y a plein de choses dans votre réponse.**

109 E4 : La question était très ouverte, donc forcément...

110 **C'est très bien, ça permet de rebondir sur plein d'autres éléments. Du coup, je pense que vous**
111 **savez qu'il y a des recommandations qui sont sorties récemment.**

112 E4 : Oui

113 **Et, est ce que selon vous, ces facteurs psycho-sociaux dont on parle, recouvrent, recourent en**
114 **partie ou totalement la classification des drapeaux, notamment les drapeaux jaunes, bleus et noirs**
115 **qu'on retrouve dans ces recommandations ?**

116 E4 : Oui, je pense que ça couvre bien ces thèmes-là. La grosse question après, c'est est ce que nous en
117 tant que kiné on est amenés à éventuellement, est ce qu'on est suffisamment armés, est-ce qu'on a les

118 bons outils pour faire le dépistage de ces drapeaux-là, est ce qu'on sait facilement les reconnaître et puis
119 après, ça c'est une chose, et puis après, qu'est-ce qu'on peut en faire. Comment on peut aider les patients
120 avec ça, est ce que c'est notre compétence, est-ce qu'on a les bons outils, sur quel drapeau, on est
121 efficace, sur quels autres on est inefficace, voilà. Ça c'est des grandes questions et qui sont, vraiment au
122 centre de la problématique actuelle sur ces pathologies chroniques.

123 **D'accord. Donc, est-ce que vous pourriez me détailler, un petit peu, comment vous, quelle est la**
124 **stratégie que vous mettez en place, donc j'imagine que c'est une stratégie issue du MDT, lorsque**
125 **vous rencontrez un patient ?**

126 E4 : Alors il y a une sorte d'algorithme qui est assez, assez classique, bon bien sûr, qui sera ajusté en
127 fonction de chacun mais, grosso modo, la trame je peux vous la donner. C'est qu'un patient qui arrive
128 la première chose, quand on commence la conversation, c'est de s'assurer qu'il est à la bonne place.
129 Donc, on élimine les questions de sécurité, donc les drapeaux rouges. Etre sûre que d'un point de vue
130 sécuritaire c'est un patient qu'on va pouvoir évaluer et traiter en toute sérénité. Donc ça c'est la première
131 chose. Une fois qu'on a exclu cette éventualité des drapeaux rouges. Alors, normalement ce screening
132 est fait par un médecin, donc on devrait pas avoir à faire ce travail-là. Quoique parfois il arrive que des
133 patients passent à travers les mailles du filet, parce qu'ils viennent nous voir en première intention, dans
134 le genre, je vous connais, on s'est déjà il y a quelques années, ou il y a quelques moments donc j'irais
135 voir le médecin après pour régulariser les choses, pour être remboursé par la sécu, mais je commence
136 avec vous. Il y a un cas assez classique, les médecins vont voir le médecin au mois d'aout, il ont oublié,
137 etc de prendre rendez-vous dans la foulée, on a pas forcément de la place tout de suite, il va se passer
138 facilement 2/3 mois avant qu'il y ait de la place dans le carnet de rendez-vous, ou ils sont un petit peu
139 négligeant, ou il y a plein d'événements qui peuvent se passer de manière intercurrentes qui feront qu'ils
140 vont virer finalement sur les drapeaux rouges. Enfin bref, une fois qu'on a exclu ça, l'idée est de se dire,
141 ce patient, il est classifiable dans ma structure MDT, est ce que c'est un patient que je peux traiter en
142 MDT, sous-entendu, est ce que je vais pouvoir le faire évoluer, changer rapidement. Sachant qu'il y a
143 plusieurs présentations cliniques où il peut changer rapidement si le patient est répondant et donc on va
144 vraiment s'arc-bouter sur cette recherche là, sur cette exploration. Si le patient ne montre pas de signes
145 de changement rapide, alors il y a différents signes comme ça, un signe assez classique qui est bien
146 connu dans la littérature, c'est la recherche de centralisation de la douleur, par exemple, alors ce n'est
147 pas l'unique, l'unique est le seul. Il est clair qu'un patient qui centralise, on a un paquet de littérature
148 épais comme ça, c'est-à-dire 20 cm de littérature, qui dit que c'est un patient dont le pronostic est
149 excellent, qui va s'améliorer rapidement. C'est un exemple, alors il n'y a pas que la centralisation on
150 peut voir aussi des changements de topographie, enfin je veux dire, d'intensité symptomatique, de
151 changement de marqueurs mécaniques ou fonctionnels qui montrent que le patient peut changer. Donc
152 si on retrouve des choses comme ça, c'est parfait. On se dit que c'est un patient qu'on va pouvoir traiter,
153 qui rentre dans nos critères. Maintenant, en l'absence de centralisation, en l'absence de changement
154 rapide, de modifications rapides de la présentation mécanique, et pour ça on va s'accorder jusqu'à 5
155 séances.

156 **D'accord.**

157 E4 : On se dit généralement, si au bout de la 3^{ème} séance le patient n'a montré toujours aucun signe de
158 changement, bon, c'est moins bien parti. Si au bout de la 5^{ème} séance, le patient ne montre vraiment
159 aucun changement, là il va falloir aller chercher autre chose. Donc la tendance actuelle est de dire, si un
160 patient ne montre aucun signe de changement, par exemple de centralisation, au bout de 5 séances, là il
161 faut vraiment aller creuser dans les drapeaux jaunes, là il faut vraiment aller s'intéresser sur l'aspect
162 psycho-social dans le modèle bio-psycho-social. Donc là, il faudra poser des questions un petit peu plus

163 cibler si ça pas été fait lors de l'interrogatoire initial, par rapport à, alors voilà, tous ces jugements,
164 croyances, comportement de peur-évitement, kinésiophobie, les facteurs familiaux, émotionnels, tout ce
165 que vous connaissez, etc. Et encore une fois, est ce que je peux le garder moi en kiné ? Est-ce que je
166 peux lui proposer un plan de traitement où je vais essayer de lui donner une éducation par rapport à ça,
167 une éducation par rapport à la douleur, une éducation par rapport aux mouvements, par rapport à la prise
168 du travail, par rapport au risque de rechute, toutes les phobies que les patients, toutes les croyances
169 erronées que les patients peuvent avoir. Et je pense que c'est un travail qu'on peut faire en kiné.

170 **D'accord.**

171 E4 : Alors même si c'est pas l'intention peut être première, le patient venait pas forcément pour ça, en
172 fait ça fait complètement parti, je pense de sa prise en charge, si on veut arriver justement à le faire
173 changer un jour. Et, donc voilà, en gros voilà comme se passe un petit peu l'allure général.

174 **D'accord, et alors, sur une, sur la première séance, quand vous rencontrez le patient, comment ça**
175 **se passe ? Est-ce que vous pouvez me détailler sur cette séance-là, votre organisation ?**

176 E4 : Alors les choses sont simples, on a, pour nous faciliter la vie, on a fait, au niveau de l'institut
177 McKenzie, un formulaire de bilan, tout simple. Un formulaire d'évaluation d'un patient qui vient pour
178 un problème lombaire, où on suit grosso modo, un certain nombre de question. Donc bon, où on suit de
179 manière assez classique sous la forme, c'est-à-dire qu'on s'intéresse à la carte d'identité du patient, on
180 ne commence pas à l'interroger sur ces symptômes, on commence d'abord par l'interroger sur ces
181 activités. Ce qu'il fait subir à ça colonne, etc., où il en est au niveau fonctionnel, ce qu'il n'ose plus
182 faire, ce qu'il ne peut plus faire à cause de ces douleurs, ce genre de chose. Quel est son activité
183 professionnelle, les loisirs, etc. Ensuite on parle justement de tout l'aspect symptomatique, où sont situés
184 les symptômes etc. et puis après on va passer à l'histoire de la maladie, facteurs déclenchants, depuis
185 combien de temps, est-ce que les symptômes sont constants intermittents, comment les choses évoluent,
186 à quel stade on se trouve, etc. par rapport à l'évolution. Juste après ça, donc c'est vraiment l'exploration
187 mécanique, est ce que mécaniquement, on peut trouver des choses qui nous disent, tient il y a un schéma
188 lésionnel, tient ce patient a mal à cause de ça, ça , ça et on rebondit là-dessus pour se dire, finalement
189 est ce que je pourrais trouver des mouvements, des directions d'exercices à faire, des postures, certaines
190 activités, qui pourraient, justement réduire son problème. Justement, qui pourrait aller à l'encontre de
191 l'apparition de ces douleurs. Ce qui a pu faire apparaître ces douleurs. Donc c'est très axé sur les aspects
192 mécaniques.

193 **D'accord, donc il y a vraiment 2 parties, une partie d'interrogatoire...**

194 E4 : Oui

195 **Et une partie de bilans.**

196 E4 : Alors tout ce que je vous dis là, ça fait partie de l'interrogatoire. Le patient, on lui pose des
197 questions, dans votre vie de tous les jours, ce que vous ne pouvez plus faire, dans quelle position, dans
198 quel mouvement vous avez plus mal, à l'inverse, est ce que vous avez une position antalgique, est ce
199 qu'il y a des mouvements que vous avez envie de faire quand vous avez mal. Donc, ça s'est vraiment
200 de l'interrogatoire. On finit ça juste par quelques petites questions par rapport aux antécédents
201 personnels, familiaux, les traitements déjà effectuées et puis donc les questions spécifiques pour éliminer
202 les drapeaux rouges. Donc ça, c'est vraiment l'interrogatoire. Seulement après, on va avoir un temps
203 d'examen physiques où on va s'inspirer de toutes les réponses qu'on a eu à l'interrogatoire pour orienter
204 les tests physiques.

205 **D'accord, donc sur cette première séance, c'est essentiellement beaucoup de bilan.**

206 E4 : Oui c'est une séance de bilan. On va passer 45 – 50 minutes à faire uniquement ça. Bilan, après
207 idéalement, à la sortie de la séance initiale de bilan, déjà une proposition d'exploration, de traitement,
208 c'est un bien grand mot, mais on part sur une piste. On demandera souvent au patient de commencer à
209 faire tel type d'exercice ou à changer sa posture en faisant ceci ou cela, et on le revoit rapidement, au
210 bout de quelques jours pour affiner, ajuster les effets.

211 **Donc, par rapport à ce premier entretien et interrogatoire, vous m'avez dit que vous vous donniez**
212 **3 voire 5 séances pour voir comment ça se passe, comment vous réévaluez à chaque séance, avec**
213 **le patient, les effets ?**

214 E4 : Alors, lors du bilan initial, on a établi un certain nombre de marqueur, ce sont des marqueurs
215 subjectifs, ce sont des marqueurs du patient, ce que le patient nous décrit, c'est-à-dire, j'ai mal quand je
216 fais ci, je ne peux plus faire ça, j'ai des fourmis dans le pied quand je fais ça, donc il y a tout un ensemble
217 de marqueurs que le patient décrit, à la fois symptomatique, mécanique et fonctionnel. D'accord, donc
218 ça, c'est déjà sur ces marqueurs là que l'on va ré-interroger le patient à la séance suivante. La dernière
219 fois vous m'avez dit que vous aviez une tolérance à la position assise, je donne un exemple, qui était de
220 30 minutes, est ce qu'on est toujours dans les mêmes conditions, est ce que vous tolérez votre position
221 assise plus longtemps maintenant ou pas, l'autre jour vous m'avez dit que vous aviez une douleur qui
222 était présente pendant 45 minutes au réveil. Est-ce que vous avez remarqué une différence ? Est-ce que
223 le dérouillage matinal est plus court ? L'autre jour vous m'aviez dit que la douleur englobait les
224 lombaires, les fesses, etc. ? Est-ce qu'on est sur la même topographie ? Est-ce que la douleur est plus
225 restreinte ? Plus étalée ? Ce genre de questions. Et puis il y a tout une partie de marqueurs du praticien,
226 donc on va dire, objectifs, si on peut employer ce terme-là, qu'on aura relevé lors de la première séance.
227 Notamment, comment se présente le patient, est ce qu'il présente une déformation aigue ? Est ce qu'il
228 arrive droit comme un i ? Est-ce qu'il a une cyphose ou pas ? Les effets de la correction de la posture ?
229 Est-ce que ce sont toujours les mêmes à la 1ere, à la 2^{ème}, à la 3^{ème} séance ? Les tests neurologiques
230 qu'on aura pu faire, dans le cadre d'une présence d'une radiculalgie, d'une radiculopathie, on fait des
231 tests neuro qui servent de marqueurs, qui sont de très bons marqueurs parce que ce sont des tests qui
232 peuvent changer rapidement, en quelques jours de temps, après parfois une levée de sidération
233 musculaire, une paresthésie peut s'étendre ou se réduire. Les marqueurs mécaniques, au sens des pertes
234 d'amplitude, donc est ce que mes amplitudes sont toujours aussi déficitaires si elles l'étaient et puis bien
235 sûr, la mesure du symptomatique qu'on fait en présence du kiné. C'est-à-dire que le patient décrit ses
236 symptômes, mais après lors des mouvements on voit si le mouvement est toujours aussi productif de
237 symptômes ou moins par rapport au type de mouvement qui auraient pu produire des symptômes le
238 premier jour.

239 **D'accord.**

240 E4 : Voilà, ça fait pas mal de choses à revoir. Mais clairement l'approche, elle est basé sur ces tests là
241 et uniquement. On valide le fait de partir sur un exercice, de modifier un exercice, uniquement sur la
242 base de ces marqueurs. On n'a pas de bonnes raisons de changer un exercice si les marqueurs sont à
243 changer, etc. ou améliorer. Un patient qui dirait mes marqueurs sont améliorés, alors ok, vous continuez
244 sur le même exercice, par contre, si revient en me disant c'est toujours pareil, voire pire, c'est qu'il faut
245 vraiment changer, complètement revoir, c'est l'indicateur principal. Donc chaque séance va être
246 ponctuée, chaque séance va être marquée dès le départ par cette évaluation des marqueurs subjectifs et
247 objectifs et on rediscute à partir de là.

248 **Donc, si on se place dans le cas d'un patient qui au bout de 5 séances n'évolue pas, c'est à partir**
249 **de ce moment-là que vous m'avez dit que vous estimez qu'il faut aller creuser sur le côté psycho-**
250 **social.**

251 E4 : Oui, alors sincèrement, moi quand je vois un patient en première intention en première séance, il y
252 a déjà tout un ensemble de choses qui permettent de voir si on est dans cet esprit de drapeaux jaunes ou
253 pas. Parce que la conversation avec le patient est toujours très instructive par rapport à ça. Généralement,
254 il est quand même compliqué sur un interrogatoire, une séance de bilan de 45 minutes de ne pas voir
255 s'exposer des drapeaux jaunes importants, comme une grosse kinésiophobie, des jugements erronés par
256 rapport à la douleur, par rapport à l'efficacité des thérapies entreprises enfin ce genre de choses, on peut
257 trouver plein d'exemples, donc on a déjà quand même souvent une idée sur ce genre de chose.
258 Maintenant, effectivement, le danger serait de, si on part trop vite là-dessus dès la première séance,
259 d'enfermer le patient dans les drapeaux jaunes, de dire « Ecoute, ce patient-là, déjà il est chronique, ça
260 fait plus de 6 mois qu'il a mal, il a repris les traitements, ça marche pas, il me raconte des trucs, je vois
261 bien que c'est pas la peine que je me casse la tête. » Vous voyez, on pourrait partir sur un biais encore
262 une fois, et ça c'est dommage. Sincèrement, il y a plein d'études qui le montrent, il y a eu des études
263 d'ailleurs depuis 20 ans la dessus, qui a montré qu'il y a des patients qu'on a considéré comme chronique
264 voire grand chronique, qui étaient porteur de dérangement dans le jargon McKenzie, donc qui pouvaient
265 voir réduire rapidement leurs symptômes sauf qu'on a jamais exploré dans la direction qu'il fallait. Dans
266 l'étude en question, je crois que c'était 47% de patients chroniques lombalgiques qui étaient porteurs
267 d'un dérangement et qui ont vu réduire leur symptôme avec présence de centralisation. Donc c'est quand
268 même des chiffres assez énormes, assez éloquent. Voilà. Donc, encore une fois, il est clair que dans les
269 premières séances, on va avoir bien sûr plein d'impression par rapport à ça sur les drapeaux jaunes.
270 Alors, on les garde un peu de côté pour voir si on trouve encore une fois une centralisation, une
271 préférence directionnelle se dessiner, si on peut mécaniquement faire quelque chose. Maintenant,
272 effectivement, si au bout de 3 à 5 séances, si on estime qu'on a fait vraiment le tour de la question
273 mécanique, encore faut-il avoir pris le temps de le faire, on est d'accord, d'avoir fait le boulot, le job à
274 fond, là on va peut-être venir creuser un petit peu plus, revenir creuser ici ou là dans le bilan, dire « tiens,
275 ce truc-là, on peut en reparler un peu, parce que par rapport à la douleur vous avez certaines notions
276 mais est-ce que c'est, voilà » puis d'autres choses « par rapport à votre travail, vous me parlez de
277 certaines difficultés, vous en êtes où, vous êtes toujours en arrêt, comment ça se passe avec le patron,
278 etc. Il est très facile de, moi je veux volontairement cette séance là quand vraiment on est en échec, de
279 façon informelle. Ce qui intéressant aussi, c'est qu'au bout de 4 ou 5 séances, les patients nous
280 connaissent un petit peu, il y a déjà une sorte d'alliance thérapeutique qui s'est créé. Donc les langues
281 se délient plus facilement que le premier jour. Le premier jour, c'est toujours un peu compliqué quand
282 on voit un patient qu'on a jamais vu avant. On se rencontre « bonjour monsieur, bonjour madame, etc. »,
283 c'est pas toujours facile de rentrer dans cette alliance-là. Et je pense aussi que c'est un petit peu le drame,
284 entre guillemets dans les consultations spécialisées, chez le rhumato, chez les médecins x ou y qui ne
285 voient les patients qu'une fois dans leur vie. Je crois que le patient n'a pas toujours la chance de pouvoir
286 se livrer, etc., aller au fond des choses. Nous, la chance, qu'on a, encore une fois, en kiné, c'est qu'on
287 voit les patients sur une série de séances, on a le temps de les connaître, on a le temps de créer un climat
288 de confiance. Et quand on arrive à 3 – 5 séances, que le patient revient car il a confiance en vous, qu'il
289 voit que vous essayez de trouver des solutions à son problème. Souvent, ils ont se livrer, parler plus
290 facilement et là je pense qu'on peut donner des solutions. Et pour ça, je pense qu'on a vraiment une
291 place de choix dans l'arsenal thérapeutique.

292 **D'accord, ok. Par rapport à ces drapeaux jaunes, justement, est ce que vous utilisez, alors vous**
293 **m'avez dit, plutôt la forme informelle pour vous renseigner, je pense que vous savez qu'il existe**

294 **des questionnaires et des outils qui voilà, sont des outils qui sont détaillés dans la littérature, est**
295 **ce que vous les utilisez ?**

296 E4 : Non, moi j'utilise pas ce type. Enfin c'est vraiment juste, si vous voulez encore une fois ma trame
297 de questions sur ma trame que j'utilise au départ, c'est plus une conversation. Alors après, c'est vrai
298 qu'on peut s'inspirer de toutes sortes de techniques, d'entretiens motivationnels, ce qu'on veut pour
299 améliorer l'alliance. Voilà, on est toujours un peu imprégné de ça. Le seul, à la base, la discussion est
300 plutôt informelle. Le but est de créer un climat de confiance où le patient pourra donner tout ce qu'il a
301 à nous dire, en confiance et puis en essayant de, c'est à nous de créer ce climat mais la discussion est
302 assez informelle quand même.

303 **Si on va toujours regarder du côté des questionnaires, est ce que vous pourriez me donner vos**
304 **freins peut être pour les utiliser, ce qui, votre avis.**

305 E4 : Alors j'ai rien contre les questionnaires, je les connais, c'est des choses que je suis amené à voir
306 régulièrement dans les études que je lis et puis dans l'enseignement que je fais. Un frein que j'y vois en
307 libéral c'est le facteur temps, ça c'est clair. Je pense que ça serait le frein principal. Alors après on
308 pourrait s'organiser autrement. Voilà, on pourrait dire au patient, venez à 9h30 pour un rendez-vous qui
309 sera à 10h, le temps de venir dans la salle d'attente pour remplir le questionnaire. C'est quelque chose
310 que je ne fais pas, j'avoue. Après, moi j'estime que dans le bilan que je fais sur l'interrogatoire qui est
311 quand même assez documenté, j'ai quand même pas mal d'informations sur l'aspect fonctionnel. Je ne
312 ressens pas le besoin de creuser plus sur les questionnaires fonctionnels. Après, la question m'est
313 souvent posé en cours, « oui, mais si le patient est en échec au bout de 3 à 5 séances, on parle plus sur
314 du bio-psycho-social, est ce qu'il ne serait pas intéressant de faire un questionnaire pour creuser plus ? ».
315 Honnêtement, pourquoi pas. Moi je ne le fais pas personnellement dans ma pratique au cabinet, mais
316 pourquoi pas. Je ne suis pas du tout hostile à l'idée. Je pense que ça pourrait être un outil de plus.

317 **D'accord. En ce qui concerne ces facteurs psycho-sociaux, quelle est la manière d'en laisser une**
318 **trace dans les dossiers des patients ?**

319 E4 : Ca s'est une bonne question, c'est vrai qu'on a pas une formulation spécifique pour ça. Moi je note
320 en toute lettre ce que le patient m'a dit. Pour essayer de garder une trace de tout ça, sans porter de
321 jugement bien sûr. Moi, j'ai ma petite grille, qui est inspirée de la littérature bien sûr, sur les différentes
322 rubriques pour creuser les drapeaux, ABCDEFW, j'ai quelques questions types que je pose par rapport
323 à ça. Elles viennent à la fin du bilan, mais c'est voilà. C'est assez informel en fait, c'est pas une grille
324 bien établie. C'est pas ce genre de chose.

325 **D'accord. Et comment vous vous situez finalement, par rapport à ces notions de psychologie, sur**
326 **lesquels le kiné n'est pas forcément là où on l'attend ?**

327 E4 : C'est à nous de nous former la dessus. Alors c'est vrai que c'est quelque chose qui paraît un petit
328 peu nouveau, quoique, je trouve qu'il n'y a rien de nouveau là-dedans. C'est juste qu'on en parle plus
329 actuellement. On se rend compte de l'importance que ça peut revêtir. On se rend compte de l'importance
330 du rôle du kiné là dedans. Donc c'est bien que les choses évoluent. J'ai oublié la question...

331 **Comment vous vous sentez par rapport à ça ?**

332 E4 : Comment je me sens par rapport à ça. Bon alors, après, moi j'ai beaucoup de recul, donc je sais
333 pas. Je pense que c'est quelque chose qui est venu petit à petit. Alors, moi, comme dit l'expression,
334 c'est venu sur le tas. J'ai jamais eu de formation initiale, ça c'est sûre et certain. Surtout pendant mes
335 études initiales. Dans mon diplôme MDT tel que je l'ai fait dans les années 2000, c'était pas un sujet

336 phare. Maintenant, il est enseigné comme tel dans les modules universitaires pour les modules
337 McKenzie, il y a un module sur les facteurs psycho-sociaux. Donc c'est vraiment des lectures, des
338 congrès, des tutos que j'ai pu voir, des présentations en ligne qui ont petits à petits construits un petit
339 peu cette connaissance. Moi je me sens à l'aise maintenant, par rapport à ça. Mais j'ai conscience que
340 ça peut être un écueil, une difficulté pour des novices, des gens qui commencent. On se sent pas
341 forcément à cet aspect un petit peu psycho. Enfin, il faut pas se leurrer, en kiné, on fait de la psycho
342 toutes les minutes, c'est même pas tous les jours, c'est tout le temps. Dès lors qu'on a un patient en face
343 de soi, je pense qu'on est déjà dans la psycho. Mais quel que soit la thérapie abordée. Il faut bien en
344 prendre conscience, il faut bien s'approprier ça aussi. Ça doit être un problème. Mais après on peut se
345 former. C'est sûr qu'il y a des gens qui sont plus ou moins doués pour ça. Tout à l'heure, j'ai abordé le
346 thème de l'entretien motivationnel, c'est pareil, appliquer à l'alliance thérapeutique avec un patient, il y
347 a des gens qui vont être naturellement doués, y'a des gens qui sont doués pour le relationnel, ça coule,
348 ça perfore comme ça naturellement. Y'a des gens pour qui ça nécessite de faire des formations, de
349 trouver des brise-glaces voilà pour rentrer en relation, c'est tout, c'est des choses humaines. Mais après,
350 tout peut s'acquérir. Je pense que c'est bien et on devrait presque le faire de manière systématique. Ces
351 notions d'alliance, d'entretien. Comment dépister le, plus de psycho. Alors je sais pas comment c'est,
352 j'ai pas toute la grille de formation de comment c'est maintenant, mais je pense que ce sont des choses
353 qu'il faudrait dans le futur ajouté, ou au moins abordé pour donner envie aux étudiants, par la suite
354 d'aller creuser la dedans. C'est des choses vachement importantes.

355 **Oui, on est beaucoup dans le ressenti, y'a des étudiants qui y vont assez facilement et d'autres qui**
356 **sont moins à l'aise et qui du coup, ont tendance à moins y aller.**

357 E4 : Après, l'expérience peut être un atout. De voir des patients, etc. ce sont des choses qui se font petits
358 à petits, on prend des automatismes, une certaine façon de se présenter, une certaine façon d'être.

359 **Et vous, en tant que professionnel, comment vous vivez le fait que les gens puissent vous livrer des**
360 **choses de l'ordre de l'intime, parfois avec une certaine lourdeur.**

361 E4 : Ça peut arriver. C'est quand même pas fréquent. Ça n'arrive pas tous les jours non plus. On est plus
362 souvent dans le domaine de croyances erronées par rapport à la prise en charge, par rapport à la
363 démarche, ce genre de chose. Parfois ça peut être des choses plus intimes, familiales, de couple, parfois
364 plus personnel. Mais ça arrive pas souvent. Après, il faut être prêt à l'entendre. C'est pas forcément sur
365 ces sujets là qu'on sera les plus performants en tant que kiné mais, comme dans toute conversation, ce
366 qui est dit fait du bien au patient. S'il y a une oreille pour l'entendre et bien voilà, il y a déjà une forme
367 d'aide. De secours. Après, est ce qu'on peut aider. Pourquoi pas, faut voir. J'ai pas d'idées en tête. Je
368 pense que c'est important d'être à l'écoute dans un premier temps.

369 **Très bien. Est-ce que vous par rapport au patient chronique, alors que ce soit par rapport à la**
370 **première séance parce qu'il va vous donner des billes pour aller dans ce sens-là ou au fil du temps**
371 **quand vous vous rendez compte, que probablement avec ce patient vous vous orientez sur une**
372 **prise en charge du vrai chronique, vous estimez avoir des représentations de ce patient, en tout**
373 **cas des a priori ?**

374 E4 : Et bien justement, j'essaye. Mais c'est dur. On ne devrait pas en avoir. C'est ma conviction. C'est
375 très facile d'avoir des a priori. C'est malheureux. On devrait justement pouvoir dégager au maximum
376 les a priori. Et encore une fois, c'est très facile de baisser les bras en disant mais ce patient, ce qu'il me
377 raconte, c'est un chronique, c'est sûr ça va pas marcher. Pourquoi je vais me casser la tête. Mais on a
378 parfois de telle surprise sur des patients. J'ai un bon exemple en tête par rapport à ça. Je sais pas si ça
379 vient à ce moment-là mais une étude, le Start Back, je sais pas si vous en avez entendu parler

380 **Oui, oui.**

381 E4 : Qui a été utilisé depuis longtemps dans les pays anglo-saxons. A une certaine époque, la NHS donc
382 la sécu au Royaume Uni envoyait ce questionnaire-là aux patients, en amont de leur séance de kiné,
383 pour voir si justement, l'idée de les envoyer faire de la kiné était une bonne idée. En fonction de leurs
384 réponses au questionnaire, ils pouvaient se voir refuser les séances de kiné au final. Parce qu'on leur
385 disait, vous n'êtes pas le bon patient, vous ne frappez pas à la bonne porte, on va plutôt vous envoyer
386 voir un psychologue, vous donnez un livret d'informations, etc. Ça sert pas à grand-chose de faire de la
387 kiné. Et on pensait avoir raison. Parce que l'outil avait été validé, on donnait une bonne validité assez
388 générale, on lui faisait bien confiance. Les patients qui avaient un risque faible, ok, on les envoyait chez
389 le kiné, les patients qui avaient un risque élevé, on les envoyait. Et en fait, y'a des gens qui se sont dit,
390 mais en fait, est ce que c'est pas un peu arbitraire tout ça. Est-ce qu'un patient qui vient, qui a des choses
391 importantes à dire et bien je vais avoir des a priori, parce que c'est dur de ne pas en avoir et puis j'ai
392 raison d'en avoir parce qu'il ne va pas s'améliorer. Et en fait, a un moment donné, des chercheurs ont
393 dit, on va faire les choses autrement. Ces patients qui venaient avec des valeurs assez élevés, on va
394 quand même les prendre en kiné et on va voir, ces patients-là, si on leur redonne le même formulaire, si
395 on leur redonne le même formulaire dans 3 mois, dans 6 mois, est ce qu'on aura les mêmes valeurs. Et
396 ils se sont rendus compte, qu'en fait les patients qui avaient une prise en charge physique, avec des
397 programmes d'exercice x ou y, pas forcément McKenzie, et bien en fait, le Start Back changeait. Voilà,
398 ce qui veut bien dire ce que ça veut dire. En fait, rien n'est immuable. C'est-à-dire qu'en fait les patients
399 à qui on offre une chance d'être pris en charge, on leur propose d'être pris en charge, on leur propose
400 de les aider avec une certaine alliance thérapeutique. Ces patients voient leurs facteurs psycho-sociaux
401 changés. Et rapidement parfois. Bon ceci dit, dans le nombre, il y avait un certain nombre de patient
402 dont les valeurs étaient restées telles qu'elle, comme elles étaient précédemment. Et ceux-là, ils ont dit,
403 maintenant on est sûre, ceux-là ils auront un mauvais pronostic parce qu'on aura fait les interrogatoires
404 psycho-sociaux avant, on a quand même proposé une prise en charge physique après et rien n'a changé.
405 Ceux-là, ça va être compliqué, il va falloir s'aider d'autres thérapeutes, de psychologues, etc. Et
406 finalement, ils ont revus leurs manière de faire par rapport à ça la NHS en disant, finalement le Start
407 Back, ça va pas être un outil triant au début, ça va juste être un outil de monitoring, juste pour monitorer
408 le patient par rapport à son évolution. Comme un questionnaire finalement, comme un autre
409 questionnaire fonctionnel, un questionnaire psychologique, voilà. Voilà, donc ça me faisait penser à ça
410 votre question. Et je me dis, avoir des a priori c'est se fermer sur tout ça. Mais d'un autre côté, il faut le
411 reconnaître, c'est dur de ne pas en avoir. Quand un patient vient et que ça commence très fort, boum,
412 boum, boum, dès les premières questions, on se dit qu'il y a peut-être du lourd. Donc, mais moi, j'essaye
413 quand même de malgré ça et fort de ces études dont on parlait tout à l'heure, des années 90 qui
414 montraient que beaucoup de patients chroniques étaient mal diagnostiqués, mal orientés, j'essaye de me
415 dire, non, il y a peut-être quelque chose de mécanique là-dedans qu'il faut aller chercher. Ça vaut la
416 peine.

417 **D'accord.**

418 E4 : Il faut garder en tout cas, les idées claires, de rester neutres dans nos jugements et puis voilà. Et
419 parfois, on a de bonnes surprises. Mais c'est vrai que ça change, je trouve, complètement la vision qu'on
420 peut avoir des patients chroniques. Qu'est-ce que c'est qu'un patient chronique ? Je sais pas si vous êtes
421 d'accord. On aura peut-être l'occasion d'en reparler quand vous aurez fini votre mémoire, je serais
422 intéressé qu'on en rediscute. Mais qu'est-ce que c'est qu'un patient chronique ? Est-ce qu'on est sûre
423 au départ ? Là aussi on peut challenger notre vision, notre pronostic.

424 **Effectivement, et selon vous, on est finalement sur ces a priori, sur la relation humaine. Sur la**
425 **première séance, est ce que vous en tant que thérapeute, vous essayer d'avoir un positionnement,**
426 **un comportement, pour lancer cette alliance thérapeutique ou en tout cas, est ce que vous pensez**
427 **que cette première séance revêt un caractère important ou pas ?**

428 E4 : Certainement oui, je pense que oui, parce que les patients vont tout de suite voir si il peut faire
429 confiance ou pas, si il peut. Il faut essayer de pas orienter les questions. Garder une attitude non jugeant,
430 assez neutre. Moi, je pense qu'il faut donner envie au patient de communiquer. Il faut être disponible,
431 faut être ouvert. Faut montrer qu'on est à l'écoute. L'attitude, oui, voilà, essayer de donner envie au
432 patient de communiquer, être dans une attitude ouverte, etc. De ne pas trop couper la parole, ça c'est
433 aussi un défaut souvent des thérapeutes. Y'a l'horloge qui tourne, on se dit, bon j'ai pas trop le temps,
434 alors je vais aller droit au but. On laisse pas le temps. Montrer qu'on est à l'écoute, quoi. Y'a un truc
435 que je trouve terrible et on s'en rend compte que on est amené soi-même en tant que patient à aller
436 consulter un autre médecin, c'est les médecins qui posent deux fois la même question dans un même
437 interrogatoire, parce qu'il a déjà oublié qu'on a donné la réponse 5 minutes avant, ce qui montre
438 vraiment un manque d'écoute. Voilà, montrer qu'on est disponible et puis qu'on est attentif par des
439 signes verbaux et non-verbaux, le regard, etc., la façon d'être disponible avec le patient, je trouve que
440 c'est important.

441 **Donc c'est vraiment sur la première séance où...**

442 E4 : Disons qu'il se passe beaucoup de choses à la première séance. Alors c'est peut-être des jugements
443 un peu hâtifs, alors tout jugement peut se changer suite à une première rencontre mais, oui, je pense
444 qu'il faut pas louper ça. C'est un moment important, c'est sûr. Qui peut laisser présager ou pas de la
445 suite.

446 **On parlait tout à l'heure des antécédents du patient, j'imagine que dans le cadre d'une séance, il**
447 **y a aussi le cas de patients qui ont vu d'autres thérapeutes avant, qui ont été consulté d'autres**
448 **médecins, comment vous gérez, alors on appelle ça l'errance thérapeutique, comment vous vous**
449 **positionnez par rapport à ça ?**

450 E4 : Alors ça, c'est toujours compliqué l'errance thérapeutique. Il y a beaucoup de nomades comme ça.
451 Alors ça c'est aussi un des aspects qui est souvent évoqué dans les drapeaux jaunes. Plus je vois de
452 thérapeutes, plus j'ai d'avis médicaux, plus il y a de divergences dans les pronostics, les diagnostics, les
453 traitements et plus je rajoute de la confusion, plus je rajoute de l'effet nocebo, etc. Ouais, clairement. Il
454 faut être humble, il faut se dire qu'on est peut-être le suivant sur la liste, qu'il y en aura peut-être d'autre
455 après nous (rires). Je crois qu'il faut juste l'accepter. Encore une fois, si ça match, peut être que le patient
456 va se dire « bon finalement, j'ai peut être frappé à la bonne porte. ». Si le patient, sent qu'on trouve des
457 solutions, mais (soupir) voilà. Je suis pas meilleur qu'un autre. Moi aussi j'ai des patients qui viennent
458 une fois ou deux, et puis qu'on voit plus parce que voilà ils cherchent la baguette magique, ils cherchent
459 le quick fix, comme disent les anglophones. Il a pas réussi à venir à bout de ma douleur au bout de 2
460 séances, on a beau avoir expliqué que voilà il fallait se prendre en charge, qu'il fallait du temps. On peut
461 pas lutter contre ça. Moi, ça c'est un aspect assez frustrant et compliqué. Je crois que maintenant c'est
462 un des aspects qui me frustre le plus. Alors ça arrive pas souvent, mais ça arrive quand même sur une
463 année. Ce patient qui vient une fois et qu'on voit plus. On fonde des espoirs, on a l'impression d'avoir
464 investi de son temps, de sa personne et de son énergie sur un patient et puis, il vient pas au deuxième
465 rendez-vous ou il dit non je peux pas, bref. Il revient plus quoi. On se dit, bon, tant pis. On ne peut pas
466 être non plus, il faut l'accepter.

467 **Et pour ceux qui viennent et qui restent, pour le coup, comment vous vous positionnez par rapport**
468 **à tous ces autres thérapeutes qu'il a été voir ?**

469 E4 : Alors, moi j'essaye toujours, autant que possible, de ne pas avoir un discours qui juge les autres.
470 On a pas le droit de, souvent c'est une demande aussi du patient « tiens je suis allé voir un tel et puis ça
471 ne m'a rien fait ». Simplement, je note froidement la réponse. Vous avez fait quoi ? Parce que c'est une
472 des questions qu'on propose dans le bilan initial, enfin en tout cas moi je la pose, dans mon algorithme,
473 c'est quel traitement entreprit jusqu'à là. Et souvent les patients racontent « Vous savez moi j'ai été voir
474 trois kinés, y'en a un qui me faisait ça, ça ne m'a rien fait, un qui me faisait ça, encore pire. Un autre »
475 C'est tout je note. Bon d'accord, je note, ce n'était peut-être pas ce qu'il me fallait. Bon, moi ça permet
476 de savoir qu'on va essayer autre chose. Puisque ça ç'a été fait, clairement, on va pas revenir là-dessus,
477 on va peut-être essayer autre chose. Et puis éviter, dans ce cas-là, de donner tant que possible de donner
478 le premier jour, un diagnostic, un pronostic, même si le patient pose la question. « Alors vous pensez
479 que j'ai quoi, vous pensez que ce que j'ai c'est ma vertèbre, mon disque ». « Ecouter, on sait pas, c'est
480 pas la question principale, ce qui m'importe c'est surtout, je cherche pas à savoir pourquoi, je cherche à
481 savoir comment je vais pouvoir vous aider avec votre problème. Après, on verra. » Voilà, prendre un
482 peu de distance par rapport à ça, sans être trop évasif, car être trop évasif, c'est laisser entendre le
483 message que je ne sais pas. Donc le patient va dire, en fait, il savait pas. Il m'a dit plein de trucs mais il
484 ne m'a pas répondu à mes questions. Donc là aussi c'est une alchimie qui n'est pas simple. Sur ces
485 patients-là qui sont des grands nomades. Donc ne pas juger et puis donner quelques éléments de réponses
486 en montrant qu'on est humble et que on sait pas forcément ce que le patient a mais on tout cas on sait
487 ce qu'on va faire pour améliorer les choses. Il faut essayer de lui faire comprendre ça.

488 **Vous m'aviez parlé tout au début de vos 2 formations, celle d'ostéo et celle de McKenziste. Est-ce**
489 **que vous pourriez m'en dire plus sur ce qui vous a fait renoncer, je sais pas si.**

490 E4 : Changer de voie. Renoncer, oui c'est presque ça. Alors j'ai jamais vécu comme tel car pour moi ce
491 n'était pas un renoncement, c'était une évolution. On se rend compte un matin qu'on fait plus d'ostéo
492 et puis tout content. Et bien tiens, finalement je suis passé à autre chose. Mais ce n'était pas douloureux.
493 Ça n'a pas été un renoncement dans le sens « non, non, j'abandonne ça, j'ai pris une mauvaise voie ».
494 Je suis quand même allé au bout de la formation ostéo, à ce moment-là je trouvais ça super. J'ai trouvé
495 les études d'ostéopathie, enfin je parle dans mon cas, je ne voudrais pas faire de généralités, j'ai appris
496 énormément de choses sur le corps humain, sur des tas de choses. Ce qui fait que je ne regrette pas du
497 tout l'investissement de temps, d'argent, etc. Seulement, c'est vrai que rapidement, quand j'ai exercé,
498 j'ai remplacé des ostéos sur Nancy au départ, j'ai fait différentes choses par rapport à ça que j'utilisais
499 sur les patients. Il y a beaucoup de choses qui restaient sans réponses. Des questions qui restaient sans
500 réponses. Et en fait, j'avais envie de poursuivre dans le MDT. Parce que j'avais commencé à
501 m'intéresser à ça en cours d'ostéo comme je vous le disais. J'avais eu envie de commencer plus car
502 j'avais besoin d'outils complémentaires. Je me disais, il faut que j'aille creuser un peu plus loin pour
503 trouver des réponses par rapport aux questions que j'ai encore. Donc voilà, ça s'est passé comme ça.
504 Donc ce qui était le grand écart, je dirais, par rapport à la pratique et aux patients, c'est qu'en ostéopathie,
505 le patient n'est pas investi d'une mission, où on lui demande de lui de se prendre en charge. Il y a pas
506 d'éducation aux patients, enfin j'exagère peut être un petit peu. Enfin, on ne lui donne pas les clés de sa
507 pathologie, on ne lui demande pas de prendre le pouvoir sur lui-même et de mettre en place un traitement
508 actif. Souvent c'est des séances passives. Et moi ce qui m'avait frappé, ce sont des séances passives et
509 silencieuses. Souvent le patient est allongé sur la table, on travaille, on entend les mouches volées, y'a
510 pas un bruit. Et quand j'ai découvert le McKenzie, je me suis dit Wouah, là c'est complètement l'opposé,
511 on arrête pas de parler, on arrête pas d'écouter, de communiquer avec le patient, on ne le touche
512 quasiment jamais et par contre ça mouline au niveau cérébral. Un truc que je trouvais super comme

513 formule en MDT c'était « Hands off, brain on ». Vous voyez, je trouve que ça résume complètement la
514 situation. Ce qui ne veut pas dire que les ostéopathes n'ont pas cerveau, attention avec ce que je dis là.
515 On est bien d'accord. Le hands off, on discute, on met en place un traitement, c'est votre problème.
516 C'est comme l'éducation bucco-dentaire ou cardiaque ou diététique, c'est pas moi qui peut le faire pour
517 vous, y'a que vous qui pouvez le faire. Ça, ça m'a complètement bluffé. Et avec les résultats à la clé.
518 Car les premiers patients que j'ai pu voir traité en MDT, j'étais assez sceptique et j'ai trouvé ça, assez
519 hallucinant. Quand on voit les résultats qu'on peut avoir en 2-3 séances, des résultats que je n'avais
520 jamais eus aussi rapidement souvent avec des techniques ostéo. Donc ça, ça m'a donné complètement
521 envie d'aller dans ce sens-là. Et puis encore une fois, cette transition qui s'est faite petit à petit, je me
522 suis souviens très bien que dans les premières formations d'ostéo que j'avais faite, l'intervenant qui était
523 là m'avait dit, mais qu'est-ce que tu viens, toi t'es kiné, ostéo, tu viens chercher quoi là ?, il avait senti
524 le truc. Il avait demandé ça à beaucoup de participants. Moi je lui ai dit clairement, non, moi, je viens
525 seulement chercher des outils complémentaires dans la boîte outil, car je me sens un peu limite sur les
526 rachis, sur les lombalgies, sur les cervicalgies. Et il m'a dit « ha, ok, on verra. On verra ce que ça va
527 donner » Et après, je l'ai revu 10 ans plus tard, alors je commençais à enseigner le MDT. Il m'a dit
528 « alors, alors ? ». Et je lui ai dit « Bon, tu vois, c'est un parcours, mais t'es pas le premier » et il y a des
529 gens comme ça qui peuvent complètement virer car ils sont happés par autre chose, ça aurait pu être
530 autre chose, mais c'est quelque chose qui moi m'a parlé. Pour cet aspect-là, où justement, on donne plus
531 d'éducation au patient, on a moins les mains sur le patient et basé encore une fois, sur la science. On
532 peut le dire, c'est la littérature qui dit que le gros problème des lombalgies, c'est les récurrences,
533 l'histoire naturelle qui fait qu'un épisode se résorbe mais que d'autres épisodes viendront, il y aura des
534 récurrences. Si à un moment donné, on ne propose pas une thérapie ou le patient est acteur, est actif, on
535 est sûr de le revoir toujours. Ça s'est vraiment un des piliers qui m'a fait changer de pratique.

536 **D'accord. Et, entre ces 2 pratiques ostéo et McKenzie, au niveau du bilan...**

537 E4 : Il y a de grosses différences là aussi. Il y a des points communs aussi, c'est clair. Mais alors, je ne
538 vais pas parler de l'ostéopathie comme elle est enseignée maintenant, comme elle est pratiquée
539 maintenant. Moi, mes derniers stages d'ostéo, ça remonte à 1995, donc ça commence à faire un bail
540 quand même donc j'imagine que les choses ont beaucoup, beaucoup évolué. De ce que je me souviens
541 à cette époque-là, on était beaucoup moins dans la prise de marqueurs. Beaucoup moins dans, alors le
542 bilan initial, il y a avait des questions, des tests cliniques, mais on était moins axés sur la prise de
543 marqueurs, tests, reprise de marqueurs. Ce qu'on fait en MDT, on prend un marqueur, on teste, on voit
544 si le marqueur a changé. En ostéo, c'était quand même moins axé là-dessus. Voilà. Il y avait beaucoup
545 de tests spécifiques, qui en fait, ça s'est peut-être plus récent, qui ont montré leur manque de validité
546 dans les deux dernières décennies. Par rapprochement, il y a des tests au niveau du sacrum, des tests
547 positionnels, des tests palpatoires, qui ont montré leur manque de validité, et il faut bien dire qu'à
548 l'époque, on axait beaucoup nos traitements sur ces tests-là. On faisait des tests palpatoires, sur le
549 sacrum, sur la colonne, on faisait des tests positionnels et on déroulait les techniques à partir de là. Ça
550 s'est complètement aux antipodes de ce que l'on fait en MDT, encore une fois, cette prise de marqueurs
551 fonctionnels, mécaniques, tests, sur des mouvements et reprise de marqueurs. Voilà, ça fait quand même
552 des différences assez fondamentales, je trouve. Et puis, encore une fois, le manque d'éducation du
553 patient. Voilà, moi, il y avait quand même des choses qui me manquaient, je parlerais même de lacunes.

554 **Est-ce que l'ostéo vous avait quand même donné des axes de réflexions vers, alors que je sais que** 555 **par exemple, parfois on peut parler de profils émotionnels, de chose comme ça, chez les patients ?**

556 E4 : Oui, d'une certaine manière peut être innée oui, c'est fort probable. Encre une fois, pour moi, ç'a
557 été un complément de culture général, médical, paramédical qui a été énorme. On abordait des tas de

558 sujets et tout. Je regrette absolument pas ces années-là, la culture que j'ai pu en obtenir et certainement
559 plein de choses par rapport à ça aussi.

560 **Est-ce que vous avez des cas de patients avec lesquels vous avez une forme de stagnation, où ça**
561 **n'avance pas et comment vous gérez ?**

562 E4 : Alors, après, il faut, il y a plein de cas différents. A quoi c'est lié. Est-ce que c'est la faute du patient,
563 est ce que c'est la faute du thérapeute. Est-ce que c'est des patients qui n'avancent pas parce qu'eux ne
564 se prennent pas en charge, ça ça arrive parfois, c'est une des grandes limites, le patient, pas qui refuse
565 de se prendre en charge, mais qui est trop mou par rapport à ça. Et qui n'arrive pas à mettre en place les
566 principes qu'on voulait lui faire passer, sur des changements dans son fonctionnement, dans ces
567 postures, le fait de faire ces exercices. Voilà, encore une fois, on pourrait faire un corollaire avec la
568 diététique, les gens qui ne doivent pas consommer ceci ou cela mais qui arrivent pas à perdre du poids.
569 Donc ça c'est un aspect, donc, dans ce cas-là, on essaye de restimuler le patient, de le ré-engager, de
570 donner des exemples. Et puis parfois, c'est compliqué, il y a des patients qui lâchent l'affaire parce que
571 justement ils n'y arrivent pas. Et il y a des patients avec lesquels je n'arrive pas à arriver à un diagnostic
572 mécanique cohérent. En me disant, je ne sais pas ce qu'il a celui-là. Il est chronique, oui et non. Mais
573 son problème ne me parle pas. Dans ces cas-là, je n'hésite pas à réorienter, un peu d'errance
574 supplémentaire, peut-être, mais à réorienter les patients sur, on a tous un réseau local, avec des médecins,
575 des rhumatos. Moi j'hésite pas, si au bout de quelques séances ça ne marche pas, « bon écouter, vous ne
576 croyez pas qu'on pourrait peut-être faire, je crois qu'on est arrivé à notre limite, est ce que vous pensez
577 d'aller voir un tel ou un tel ». Souvent les gens sont assez d'accord.

578 **Et justement par rapport, on a presque fini, au niveau de ces autres collègues, est ce que parfois**
579 **vous êtes amenés à communiquer avec eux, sur les drapeaux jaunes**

580 E4 : Ah oui, sur les drapeaux jaunes.

581 **En tout cas, sur les facteurs psycho-sociaux.**

582 E4 : Alors ça peut arriver. Ça sera souvent avec les médecins, honnêtement avec les médecins traitant,
583 à qui je donne des nouvelles. D'ailleurs généralement, alors moi je fonctionne comme ça. J'appelle pas
584 systématiquement les médecins pour tous les traitements, sinon je ferais que ça de toute la journée, si
585 j'appelle un médecin, généralement, c'est qu'il y a un problème. Clairement, c'est qu'il y a un souci. Et
586 souvent, dans la conversation, on part sur les drapeaux jaunes. C'est quand même souvent un truc qui
587 fait que, et j'apprends parfois des choses que. Que, les patients ne m'auraient pas dit, parce qu'encore
588 une fois les médecins traitants n'ont pas, mais cependant c'est différent du médecin dont je parlais tout
589 à l'heure, parce que c'est souvent le médecin de famille, qui connaît bien le patient, qui connaissent son
590 histoire, ses antécédents, sa famille, etc. On a parfois manqué quelques informations. Tout à l'heure, je
591 faisais référence aux spécialistes qui ne voient que les gens une fois, un quart d'heure, je trouve que
592 c'est parfois dramatique. Le chirurgien, enfin vous voyez. Le radiologue encore pire, enfin bref.

593 **Et est-ce que vous envisageriez par exemple de vous faire aider de psychologue, ou quelque chose**
594 **comme ça, pour les patients où on est clairement dans cette sphère-là ?**

595 E4 : Oui, ça m'est déjà arrivé de, alors oui, j'ai déjà envoyé une fois ou deux des patients, chez des gens
596 que je connais qui sont psychologues. Un ancien patient d'ailleurs, qui était psychologue, avec qui on
597 avait parlé de ça. Qui m'avait dit « Si une fois vous avez des patients, ça m'intéresse. » J'ai appelé une
598 fois ou deux sur des cas. Donc oui, sans problème.

599 **Alors, on va pouvoir conclure. Est-ce que vous souhaitez rajouter des choses qui n'auraient pas**
600 **été dite ?**

601 E4 : Je ne sais pas, il y aurait plein de choses à dire, mais on a déjà eu une bonne conversation. Il n'y a
602 rien qui me vient comme ça.

603 **Peut-être par rapport, au tout début vous m'aviez dit, finalement les kinés, on ne savait pas trop**
604 **comment ils se plaçaient dans ces facteurs psycho-sociaux. Est-ce que vous vous aviez une idée, en**
605 **tout cas dans le traitement, dans ce qu'on en fait ?**

606 E4 : Ce que je veux dire, eux-mêmes ne savent pas la puissance qu'on peut avoir sur cet aspect-là. Moi,
607 si vous voulez, c'est une observation que je tire des formations que je fais où je me rends compte que
608 souvent, quand on commence un cycle de formation en MDT, puisque je suis enseignant, quand on
609 commence sur les drapeaux jaunes. Sur un groupe de 25 participants, il y a un groupe qui est très au fait,
610 où il y a des gens qui savent de quoi on parle. Il y a clairement des mains qui se lèvent pour dire, des
611 drapeaux quoi ? Qui savent pas. Tu sais les, Ah oui, c'est un peu... oui. Ce qui est terrible, c'est qu'ils
612 sont exposés à ça dans leur pratique quotidienne, ils sentent des choses. Comme n'importe quel être
613 humain. Et parfois, ils aident les patients, sans le savoir. Sans savoir en fait qu'ils ont fait du psycho-
614 social. C'est presque ça. Vous voyez ce que je veux dire. On sent qu'il y a vraiment des lacunes par
615 rapport à ça. Et c'est dommage. C'est loupé, c'est loupé, c'est peut être récupérable. Il y a peut-être des
616 gens qui n'iront jamais là-dedans. Et puis encore une fois, il y a des gens qui sont naturellement doué
617 pour ça, à leur insu et d'autres pas. C'est là où je pense qu'on pourrait peut-être améliorer les choses en
618 termes d'enseignement initial et pourquoi pas aussi continue. Pour trouver plus de choses à faire, à dire,
619 pour mettre en place plus de choses là-dessus.

620 **Merci beaucoup.**

621

[FIN DE L'ENTRETIEN]

622

1 Entretien n°5 – 16-12-2019 – au cabinet du MK – 46 minutes

2

3 **[INTRODUCTION] Bonjour. Merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui et de**
4 **m'accorder un peu de votre temps. Pour rappel, le thème de cet entretien, c'est la partie orale du**
5 **bilan chez le lombalgique chronique. Cet entretien va être enregistré et il sera ensuite retranscrit**
6 **pour constituer le matériel d'analyse nécessaire à mon mémoire de fin d'études. Je prendrai**
7 **également des notes pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées. Est-ce que**
8 **vous donnez votre accord pour réaliser cet entretien ?**

9 E5 : Oui, sans problème.

10 **Pour être enregistrée ?**

11 E5 : Oui, aussi.

12 **D'accord. La durée de l'entretien est estimée à une quarantaine de minute. Est-ce que vous avez**
13 **des questions avant de commencer ?**

14 E5 : Non, pas du tout.

15 **[PRESENTATION] La première partie est une partie de présentation. Est-ce que vous pouvez me**
16 **détailler le nombre d'années depuis lesquelles vous êtes kiné, la date de votre diplôme, les**
17 **formations que vous avez faites depuis ?**

18 E5 : J'ai été diplômée en 2001, donc ça fait 18 ans que je suis kiné. J'ai toujours travaillé en libéral.
19 Alors après, qu'est-ce que j'ai fait comme formation, j'ai fait pas mal de petites formations sur la
20 formation continue, alors celles-là, je ne m'en rappelle plus, les formations de 2 jours, qu'on va faire sur
21 le cancer du sein, la bronchiolite, les cicatrices, l'ETP, des petites choses comme ça. Après, je suis
22 formée maintenant si on va partir sur les dernières années, ça fait 3 ans que je me forme en yoga postural
23 et en méditation pour faire des groupes de méditation, on en parlera peut-être après si ça revient dans
24 les questions. C'est un programme MBSR qu'il s'appelle, donc c'est un programme de méditation pour
25 la gestion du stress. Donc l'idée c'est de mettre des groupes en place, des groupes de méditation. Et c'est
26 suite à tout ce que l'on peut voir chez les gens que je me suis formée. Voilà ce qu'il en est.

27 **Au niveau de votre pratique, c'est du libéral uniquement ?**

28 E5 : Oui, c'est essentiellement du libéral. Je travaille dans une EPHAD aussi. C'est essentiellement du
29 libéral. Avec mon collègue, on travaille tous les deux de la même façon, on travaille à un patient par
30 demi-heure. On est essentiellement sur du travail manuel.

31 **Vous faites un peu de domicile également ?**

32 E5 : Très peu. C'est surtout la maison de retraite.

33 **Vous êtes titulaire du cabinet ?**

34 E5 : Oui.

35 **Est-ce que vous pourriez me donner par rapport à votre patientèle, le pourcentage de patients qui**
36 **sont lombalgiques ?**

37 E5 : Je vais prendre mon agenda et on va voir ce que j'ai en ce moment. Ça me permettra de voir aussi
38 un peu. En pourcentage, en ce moment, je dirais, sur la semaine, 10%. En moyenne.

39 **Et parmi ces patients lombalgiques, selon vous, combien sont des lombalgiques chroniques ?**

40 E5 : Tous.

41 **J'aurais besoin d'autres informations, votre âge ?**

42 E5 : J'ai 41 ans.

43 **Au niveau de votre vie familiale ?**

44 E5 : Je suis mariée et j'ai 2 enfants.

45 **Quels sont vos loisirs ?**

46 E5 : Je lis beaucoup, je fais de la méditation, je m'occupe de mes enfants. C'est une grosse occupation.

47 **[DEBUT DE L'ENTRETIEN] Maintenant, on passe à la partie plus centrée sur notre sujet. Je**
48 **commence par cette question : selon, vous dans le cas d'un patient lombalgique chronique quels**
49 **sont les points clés du bilan ?**

50 E5 : Alors ce que je regarde, je regarde le type de douleurs, c'est-à-dire si elle est plutôt mécanique ou
51 inflammatoire. Je regarde la mobilité, mais alors je regarde la mobilité justement, c'est pas très
52 conventionnel, je regarde la mobilité sur la vie de tous les jours, je regarde si la personne va être
53 complètement verrouillé ou si elle va encore être capable de s'occuper de son dos. Je regarde si elle a
54 une bonne conscience corporelle. Et puis après, je m'intéresse à tout ce qui est contracture. On reste en
55 général, je pense que voilà. Et puis son métier, son activité, des choses comme ça. Ca fait aussi parti du
56 truc, l'activité. On va dire l'activité. Quel soit professionnel ou bouger. Je parle pas de sport en
57 particulier.

58 **Est-ce que vous pourriez me détailler comment se passe une première séance avec vous, donc avec**
59 **un patient que vous ne connaissez pas du tout ?**

60 E5 : Je vais prendre l'ordonnance, pour faire les papiers, dès le début. Et puis je vais lui demander
61 pourquoi il vient, parce que j'ai mal au dos. Et puis, je regarde ces points-là. Je commence toujours
62 debout. Enfin, on commence, on discute un peu. C'est-à-dire que je vais lui demander depuis quand il a
63 mal, quel est le type de douleurs, si il a mal le matin, le soir, la journée, tout le temps, quel a été l'élément
64 survenant, pas très français. Après, je lui demande effectivement si sa lombalgique le gêne dans la vie
65 de tous les jours ou pas. Et puis, après, je passe effectivement, à l'activité. C'est-à-dire, qu'est-ce qu'il
66 fait, en quoi il est actif ou pas, est ce qu'il marche, voilà. On est à peu près bon. Et donc, très souvent,
67 après je termine, par ce qu'il attend de moi. Parce que si on démarre pas par ça, on va pas s'en sortir.

68 **Et ensuite vous enchaînez.**

69 E5 : Et après, effectivement, je regarde un peu comment ça bouge debout. Et ensuite, après massage.

70 **Après massage.**

71 E5 : Oui, je commence toujours par ça. Parce que la demande, c'est quand même souvent la douleur.
72 Donc, voilà, très souvent, la première séance c'est massage. Le reste, on voit après.

73 **Est-ce que selon vous, cette première séance, elle a quelque chose de particulier par rapport à la**
74 **suite ?**

75 E5 : Oui, car ce que je trouve de très important, je fais depuis peu de temps, peu de temps par rapport à
76 mes 18 ans, c'est que je leur demande de s'engager, je leur demande pourquoi ils viennent et ça c'est le
77 point de départ.

78 **D'accord, est ce que vous pouvez me détailler comment vous faites pour formaliser cet**
79 **engagement-là ?**

80 E5 : C'est toujours très compliqué, c'est ce qu'il y a de plus difficile dans la prise en charge du patient
81 aujourd'hui, c'est effectivement que lui s'engage sur sa prise en charge. Sur le chronique je parle.
82 Quelqu'un qui va arriver sur quelque chose de frais, il va souvent être très motivé, il va vouloir s'en
83 sortir. Donc là on va réussir à le mettre facilement dans une dynamique. On va réussir facilement à lui
84 faire faire des exercices, le faire adhérer à ce qu'on va faire. Sur le chronique c'est très compliqué. Donc
85 en fait, très souvent, la réponse c'est « parce que le médecin m'a envoyé ». Et je dis «Oui, mais qu'est
86 ce qu'on va faire ensemble en fait ? » Et c'est pas évident. Pas évident du tout. Alors comment je le
87 formule, donc ils me demandent souvent d'avoir moins mal, c'est quand même très souvent la réponse
88 et je leur dis que pour avoir moins mal, il faut qu'ils se remettent en cause. Si ils relancent pas la machine,
89 j'aurai beau les masser 250 fois, sur le moment ça va faire beaucoup de bien, en plus ils vont me parler,
90 ça va leur faire encore plus de bien et ils vont sortir, ils vont être bien 1h, 1h30 et le lendemain, ils auront
91 encore mal. Donc en fait, on s'en sortira pas. Mais c'est pas toujours le cas. Ça c'est ce qu'il se passe
92 dans l'idéal.

93 **Donc ça, c'est un engagement oral.**

94 E5 : C'est un engagement oral. Oui, c'est juste oral.

95 **Si on prend un patient que vous ne connaissez pas du tout, comment vous faites pour distinguer**
96 **un patient qui va venir pour une lombalgie aiguë d'un patient qui va être par la suite un chronique.**
97 **Est-ce que vous avez des indicateurs ?**

98 E5 : C'est le temps.

99 **C'est le nombre de séances ?**

100 E5 : C'est le temps entre l'élément déclencheur et où on en est. Parce que les patients ne viennent pas
101 toujours immédiatement. En fait les lombalgies aiguës, on les voit pas. C'est pour ça que j'ai dit que
102 j'avais quasiment que des chroniques.

103 **Et pour distinguer les patients chez qui la prise en charge peut se régler facilement de patients qui**
104 **peuvent être sur du très long terme, est ce que vous avez des indicateurs ?**

105 E5 : Alors dès fois, je me plante mais effectivement sur la motivation, oui. Effectivement, quand la
106 personne va me dire « Oui, je suis tout à fait prête » Y'en a qui demande des exercices dès le début, et
107 qui me demande ce qu'ils peuvent changer dans leur quotidien. Là normalement, je sais que ça devrait
108 normalement bien se passer. Je le vois à la 3 ou 4^{ème} séance, la 1ere je fais que du massage, 2^{ème} je
109 commence à mettre un peu d'exercices, de choses comme ça, si à la 3^{ème} ils reviennent en les ayant fait,
110 je sais que ça va bien se passer. Et puis l'âge. Quand on est vraiment sur du rhumatismal, qui ont, je vais
111 dire dans les 80, ils sont dans une espèce de chronicité de la douleur qui existe depuis plusieurs années
112 et ça va...

113 **Ok, est ce que vous pensez qu'il faut adapter un comportement particulier pendant la première**
114 **séance ? Par rapport à la suite ?**

115 E5 : Alors, je dirais oui, sur cette notion de, c'est-à-dire qu'avant j'étais très très cocooning. Les gens
116 arrivaient avec leur douleur et puis je répondais avec leur douleur. Et puis, c'était tout. Aujourd'hui,
117 avant de répondre à leur douleur, on a déjà une mise en place effectivement de pourquoi ils sont là,
118 comment ils sont là et comment on va faire pour qu'ils s'en sortent. Sur cette notion de leur envoyer la
119 balle. D'être un peu moins dans leur demande, et plus dans une notion de leur prise en charge.

120 **D'accord, je comprends. Est-ce que la première séance c'est une séance de bilan ou est-ce que vous**
121 **l'étalez ce bilan au fur et à mesure des séances ?**

122 E5 : En général, je prends toutes les infos sur la première séance, sur ce que l'on a cité tout à l'heure,
123 j'aurai après sur les autres séances, plus la mobilité et le travail corporel. J'aurai sur le 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}
124 séance. Ça, je le fais rarement sur la première. En fait, je vais voir comment ils se déshabillent et je
125 m'arrêterai là sur la 1^{ère}. Le côté mobilité, je l'ai ensuite.

126 **Vous m'avez parlé d'activités tout à l'heure, est ce que vous pouvez me détailler ce que vous**
127 **entendez par activité ?**

128 E5 : En fait je leur demande juste si ils ont un niveau d'activité dans la journée, donc est ce que pour
129 moi, si ils vont chercher le pain à pied c'est une activité. Je leur parle pas de sport parce qu'ils vont me
130 répondre, non, parce que refaire du sport n'est pas forcément la réponse immédiate. C'est plus activité
131 de la vie de tous les jours. Les grand-mères sont encore souvent chauffer au bois. C'est plus faire un
132 listing de ce qu'ils font dans la journée, pour revoir les gestes ensemble.

133 **Vous m'avez parlé de la mobilité, du type de douleur, de l'activité, est ce que la personnalité de**
134 **vos patients aussi ?**

135 E5 : Oui, oui, on va le voir tout de suite, c'est la même notion que l'engagement.

136 **Je sais pas si vous les connaissez, dans les nouvelles recommandations, on parle d'un système de**
137 **drapeaux, je sais pas si ça vous parle.**

138 E5 : Pas du tout.

139 **Il y a les drapeaux rouges qui sont les éléments qu'il faut écarter avant de mettre les mains sur le**
140 **patient. On a aussi des drapeaux jaunes, qui recouvrent ce qu'on peut appeler les facteurs psycho-**
141 **sociaux.**

142 E5 : Je les ai vu en formation sur la douleur ces drapeaux, les rouges, ce sont les contre-indications en
143 fait.

144 **C'est ça. Quels sont les indices, qu'est-ce que vous prenez comme informations chez votre patient**
145 **sur ces facteurs-là ?**

146 E5 : J'ai pas l'impression de les prendre sur la 1^{ère} séance, j'ai plus l'impression que ce sont eux qui me
147 les livrent au fur à mesure. Je le dirais comme ça. Je pense pas que je les mette en place avant de démarrer
148 leur traitement. Voilà, j'ai des informations sur leur métier. Effectivement, j'ai des informations sur leur
149 métier, si j'ai une personne qui est au chômage, une personne qui est en retraite, je vais aller plus sur
150 l'activité. Moi, ça va me parler sur leur mode de vie, si j'ai une maman avec 3 enfants, je vais me douter
151 que si je vais lui dire de faire une demi-heure de yoga par jour, j'y arriverai pas. Ça va plus m'aider pour
152 savoir comment je vais cibler, et si j'ai quelqu'un qui est soit en arrêt d'activité ou en retraite ou quoi
153 que ce soit, je vais cibler sur les activités de la vie de tous les jours, pour voir si elle a assez d'activité.
154 Mais par rapport aux risques psycho-sociaux, je pense que ça vient après.

155 **Et à partir de quand et comment ?**

156 E5 : Sur leur manière de me parler. Au fur et à mesure des séances. Les gens qui vont avoir des soucis,
157 qui vont vouloir agir sur leur douleur, ils vont vous le livrer assez vite. Ils vont vous le livrer sur la 1^{ère}
158 ou la 2^{ème} séance. Si on est sur un contexte de divorce, ça va arriver très très vite. Mais c'est eux qui
159 vont me le dire.

160 **Donc vous vous êtes dans une position de réception, mais vous n'allez pas spécialement le chercher.**

161 E5 : Si je le sens, je vais aller le poser. Très souvent, je passe par l'aspect du travail. Je vais doucement
162 sur l'aspect personnel. Je démarre par le travail, je demande « est ce que vous avez des soucis au
163 travail ? » D'eux-même, ils vont dire « non, par contre, je suis en instance de divorce ». Je démarre
164 toujours par le travail sinon, je pense que si directement je leur demandais « est-ce qu'au niveau familial,
165 tout va bien ? » je suis pas sûre que je l'aurais. Donc je pars sur le travail et d'eux même assez rapidement
166 ils vont me le dire.

167 **Et ça vous le mettez en place après la première séance ?**

168 E5 : Avec le massage.

169 **Est-ce que vous pouvez me détailler ce qu'il s'y passe d'important pour a relation dans le**
170 **massage ?**

171 E5 : La relation, on est vraiment sur le toucher, je sais pas si c'est la libération des tensions, je pense
172 que c'est vraiment le toucher qui permet d'installer la relation. C'est fréquent que les gens finissent la
173 1^{ère} séance en me disant, pourquoi je vous ai dit tout ça en fait. Il y a un côté libérateur.

174 **Par rapport aux informations qu'ils vous livrent, comment vous vous positionnez ?**

175 E5 : Je pense que je suis dans l'écoute, je suis dans l'écoute par rapport à leur problème, mais assez
176 rapidement je leur fais comprendre qu'il y a un lien de cause à effet. La douleur est là, elle existe. Et
177 tant qu'au niveau de leur vie ce sera compliqué, ça sera difficile de libérer les tensions. Leur corps libère
178 tout ce qu'il va pas par cette zone-là. Pour moi, à partir du moment où on rentre dans de la chronicité, il
179 n'y a plus que du métabolique, il y a forcément autre chose autour. Alors parfois ça peut être juste une
180 posture, c'est pas forcément psycho-social. J'arrive à faire le lien, je suis pas sûre que j'arrive à leur
181 faire entendre.

182 **Est-ce que vous pouvez avoir des a priori avec les patients chroniques ?**

183 E5 : Oui, il y a des gens avec qui on se rend compte que ça va être compliqué. C'est à ce moment là où
184 on peut plus leur apporter grand-chose, c'est-à-dire que ce qu'ils viennent chercher c'est le massage et
185 c'est tout. Je pense que de moi-même, je baisse les bras. Je pense qu'au bout de 5 séances, on a le point
186 où on sait si ça va aller ou pas. Même si les gens ont encore mal, on sait si on va basculer dans un sens
187 ou l'autre. Et souvent, c'est un peu mon point, si ils reviennent sans avoir fait les exercices, si ils ont les
188 mêmes problématiques, si les mots sont les mêmes, les mêmes mots, les mêmes phrases, je pense que
189 je baisse les bras. C'est pas beau (rires), il y a un moment où l'on se fatigue.

190 **Si on revient sur le bilan, de quelle manière vous le tracez ?**

191 E5 : Je le trace pas.

192 **Ok, comment faites-vous pour vous souvenir ?**

193 E5 : Parce que je les vois. Si je trace, c'est que ça va être compliqué. Si je sais qu'il y a une pathologie
194 autour qui fait que ça va être compliqué. Je sais qu'à un moment je vais avoir besoin de faire autre chose.

195 **Est-ce que vous communiquez avec d'autres professionnels de santé ou plus largement ?**

196 E5 : Très peu, on est très isolé dans nos cabinets. Ici, on est dans une petite, on croise les médecins.
197 Donc si je croise le médecin, on va pouvoir discuter.

198 **Est-ce que vous renvoyez les patients avec qui vous avez des difficultés ?**

199 E5 : Oui, assez facilement, les gens sont assez demandeurs d'ostéopathie, je suis pas sûre que sur la
200 lombalgie chronique, ils y fassent grand-chose. Si il y a quelque chose que je n'arrive pas à débloquent,
201 ça m'arrive d'envoyer chez l'ostéo. Ici, on est assez ouvert médecine douce, ça m'arrive de renvoyer en
202 homéopathie, en acupuncture quand je vois qu'on passe sur quelque chose de vraiment très global où il
203 faut aller voir au niveau de tout le corps.

204 **Au niveau des patients qui auraient vu d'autres thérapeutes avant d'arriver dans votre cabinet,
205 comment vous gérez cette situation ?**

206 E5 : Je me dis que ça va être compliqué (rires). Et c'est très souvent là où j'insiste sur la question
207 « pourquoi vous êtes là ? qu'est-ce que je peux vous apporter par rapport aux autres thérapeutes que
208 vous avez vu avant ? »

209 **Sur la communication, est ce que vous avez noté une progression par rapport à votre début de
210 carrière et comment elle a évolué et grâce à quoi ?**

211 E5 : Je pense qu'au début, je suis sortie du côté très physiologique et anatomique des lombalgies, je
212 pense que c'est la pathologie sur laquelle on se casse le plus les dents. Avant, je cherchais à tout prix à
213 trouver une raison, à faire les exercices en fonction, j'étais sur quelque chose d'analytique. Et
214 aujourd'hui, je prends les personnes dans leur globalité et ces dernières années j'y ai ajouté cette notion
215 d'engagement. Et je reste persuadé que plus ils bougeront et mieux ça ira. C'est quelque chose
216 aujourd'hui sur lequel j'insiste, quoiqu'ils aient envie de faire. Il faut sortir de l'hypomobilité. Ils ont
217 peur de tout faire, de lacer leur chaussure, de s'asseoir dans leur voiture. Il faut à tout prix, quel que soit
218 le biais par lequel on s'y prend, il faut les faire sortir de l'hypomobilité. Je suis sur quelque chose de
219 beaucoup plus global. Les exercices que je vais leur donner, ce sont des exercices qui vont leur parler.
220 Pas forcément chercher à aller travailler tel ou tel muscle. Ils vont me décrire qu'ils vont plus marcher
221 parce qu'ils ont mal au dos, ils vont plus à leur cours de gym ou à la piscine, garder leur petits enfants,
222 c'est tout ce qu'ils ont enlevé de leur vie. Et qu'il va falloir remettre.

223 **Quelles formations vous ont aidé à aller plus loin dans la communication ?**

224 E5 : Les formations sur la douleur chronique de Laurent Rousseau. La méditation a tout changé. J'ai
225 commencé de façon perso et je l'ai mise dans mon métier de kiné dans ma manière d'écouter l'autre.
226 Les soignants on est très centré sur les problématiques, les gens ils ont mal, on est là pour les soigner.
227 On est, dès l'interrogatoire, formaté à chercher une solution. On va les entendre et puis on se dit bon je
228 vais faire ça. Et maintenant, je les écoute. Je les laisse parler. A partir du moment où vous les laissez
229 parler, vous avez la solution. On a la solution pour trouver un angle d'attaque et sortir de cette boucle
230 où ils en sortent plus. J'ai changé mes entretiens à partir de ce moment-là. Et sur le travail kiné, je dirais
231 que c'est le yoga. Parce qu'on va travailler sur le mouvement global et on va travailler le dos. Vraiment,
232 on va leur demander de se pencher en avant, ils vont dire « ah non j'ai vraiment trop mal au dos », on
233 va passer par une posture de yoga et ça va passer tout seul.

234 **Vous m'avez dit que vous écoutiez les patients, j'imagine que c'est une écoute active. Est-ce que**
235 **vous pouvez me détailler votre technique ?**

236 E5 : Oui c'est ça. Se taire, c'est entendre les mots des gens. C'est se taire et ne pas chercher de solutions.
237 C'est très dur. C'est encore pire en temps que soignants je pense. Il faut réussir à entendre ce qui les
238 dérange et pourquoi ils sont là. Ils viennent parce qu'ils ont mal au dos mais parfois le mal de dos c'est
239 leur solution. La dernière fois, j'ai eu une dame qui est arrivé en me disant « j'ai mal au dos ». Elle m'a
240 pas dit, « j'ai mal au dos et je voudrais refaire du stretching ». Elle m'a dit « j'ai mal au dos et mon
241 mari il fait plus de choses à la maison, et mon fils, il me fait moins damné. » Donc là, si on lui enlève
242 son mal de dos, on lui enlève sa solution. Donc on va jamais s'en sortir. Il faut juste trouver, voilà, le
243 moyen que d'elle-même, elle a mis ça en place. Alors que nous en tant que kiné on va essayer de lui
244 enlever son mal de dos, o pourra faire 250 séances, ça servira à rien. C'est le silence et ne pas chercher
245 de solutions.

246 **Comment vous vous positionnez par rapport à l'attendu des patients, le kiné qui travaille avec ses**
247 **mains, vis-à-vis de l'écoute justement ?**

248 E5 : Ça leur fait drôle, mais il faut pas que ça dure longtemps. Il faut que ça soit court. Et c'est pour ça
249 que ma première séance c'est du massage. C'est ce qu'ils viennent chercher. Si sur la première séance
250 on leur fait 5 minutes de papier plus 10 minutes d'anamnèse presque, ça va vite parfois, puis 10 minutes
251 de mouvements de chose pour voir, ils repartent frustrés. C'est pour ça que les mouvements, ils arrivent
252 après. Si pendant la séance il y a un quart de papier et d'anamnèse, alors souvent ils sont contents car
253 ils sont écoutés, c'est pas toujours le cas et un quart d'heure de massage, voilà. On a la bonne dose. Mais
254 l'écoute active, elle peut, si il y a quelqu'un qui parle 3 minutes sans s'arrêter, on peut avoir beaucoup
255 d'informations parce que je leur réponds pas. Je suis en face et je leurs réponds pas. J'acquiesce, je
256 souligne. Et en fait, ils vont relancer d'eux même.

257 **Comment vous vous placez par sur ce côté un peu psychologique parce qu'on peut se dire que**
258 **c'est le domaine d'autres thérapeutes ?**

259 E5 : Je pense qu'on a une énorme part de psychologie dans notre métier car les gens sont à nu. Ils sont
260 déshabillés et par rapport à leur douleur. On passe du temps avec eux. Le médecin il a plus le temps.
261 C'est trop court. Le fait de passer du temps avec eux, le kiné qui est beaucoup dans l'actif, avec des
262 électrodes, un uber, ils vont avoir moins ce temps-là. Sur du travail individuel, on leur laisse du temps.
263 Et le massage, le toucher, il n'y a rien à faire. On est dans une société très individualiste et le toucher il
264 est. Moi ça ne m'a jamais dérangé, ça dépend de nos personnalités. Si on est pas à l'aise, on a toujours
265 les patients qui nous ressemblent, on les aura pas ces patients. Maintenant, j'ai eu un gros ras le bol de
266 ma profession il y a 4 ans, on peut se laisser bouffer par ça facilement. C'était une erreur de ma part.
267 J'avais bien compris qu'il y avait un angle tournant, que les gens avait mal parce qu'ils étaient pas bien
268 et je me suis mis sur un espèce de pseudo-rôle de psychologue. Je les massais et ils débitaient. Et là je
269 prenais énormément et ils me redonnaient rien les gens en face. Il y a eu un gros beug. On est là pour
270 comprendre qu'il y a une plaque tournante, on est pas là pour la résoudre. Et nous on va juste la résoudre
271 par le corps et le reste c'est à eux après de repartir avec. Les gens ne font pas toujours le lien entre
272 douleur physique et psychologique, je pense que ce n'est pas le psy qui va résoudre la lombalgie non
273 plus. Je les garde en soin mais je cherche à ce qu'ils fassent le lien. Psychologue, si je sens qu'il y a un
274 danger. Une détresse, une dépression forte.

275 **Comment faites-vous lorsqu'une prise en charge n'avance plus ?**

276 E5 : Avant je les gardais en soin, aujourd'hui je mets un stop. J'ai différentes possibilités, soit je mets
277 un stop en disant « je vous ai donné tout ce que je pouvais donné », c'est pour ceux avec qui j'ai pas

278 d'engagement en face. Je vais leur dire « Voilà, je vous ai donné tout le panel de ce que je pouvais vous
279 apporter, je ne suis pas votre thérapeute. On est à 10 séances, ça n'a rien donné. » Après, si j'ai ouvert
280 une porte, je les garde en soin pour le massage et ils vont débiter autre chose avec un thérapeute, là je
281 vais les garder en soin, qu'avec du massage et quelques mouvements. Je peux garder en soin sur du long
282 terme. La lombalgie chronique de la personne rhumatismale, je les garde en soin pour le confort. Je
283 m'attends pas à autre chose. C'est des rhumatismes, il faut accepter de vivre avec.

284 **Est-ce que vous avez des marqueurs lors de les premières séances qui vont vous permettre par la**
285 **suite de réévaluer la situation ?**

286 E5 : Sur la manière de voir leur douleur. Si j'ai toujours les mêmes plaintes, avec les mêmes mots, sur
287 les 3èmes séances, non. Si ils reviennent en disant, « c'est toujours là mais c'est différent, parce que j'ai
288 réussi à faire ça » ou « c'est toujours là mais ça va quand même si je me mets en route », là je vais voir
289 que ça va mieux. Vraiment leur perception de la douleur. Ou de leur handicap, si on peut appeler ça un
290 handicap.

291 **Pour finir, on parle de l'alliance thérapeutique entre un soignant et un patient, on a parlé de**
292 **l'engagement, de la motivation, est ce que vous faites quelque chose pour que ça marche ?**

293 E5 : C'est un duo, si les gens ne nous font pas confiance, si ça colle pas, ça ne pourra pas fonctionner.
294 Alors qu'est-ce que je fais pour que ça marche, je pense qu'il faut être présent. Leur amener ma présence,
295 avant je leur amenais beaucoup mon savoir et je pense qu'aujourd'hui je leur amène plus de présence et
296 d'explications. Ils ont besoin d'être rassuré. Ça peut être une explication physiologique, parce que les
297 gens veulent savoir si c'est une articulation, un muscle, mais beaucoup des explications beaucoup plus
298 simples que ce que je pouvais proposer avant. Cette idée que j'ai compris ce qu'ils avaient.

299 **Y'a-t-il d'autres choses à ajouter ?**

300 E5 : Non, je pense pas. C'est très complet.

301 [FIN DE L'ENTRETIEN]

302

1 Entretien n°6 – 21-12-2019 - Visio-conférence – 49 minutes

2

3 **[INTRODUCTION] Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui et de**
4 **m'accorder un peu de votre temps. Le thème de cet entretien c'est la partie orale du bilan chez un**
5 **patient lombalgique chronique. L'entretien va être enregistré et il va être ensuite retranscrit pour**
6 **reconstituer le matériel d'analyse nécessaire à mon mémoire de fin d'études. Je vais prendre**
7 **également des notes pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées. Est-ce que**
8 **vous me donnez votre accord pour réaliser cet entretien ?**

9 E6 : Oui

10 **Pour être enregistré ?**

11 E6 : Oui

12 **Ok, donc j'estime que le temps d'entretien sera d'environ 40 minutes. Est-ce que vous avez des**
13 **questions avant de commencer ?**

14 E6 : Non

15 **[PRESENTATION] Est-ce que vous pouvez me faire une présentation de ton expérience en tant**
16 **que kiné, le nombre d'année de pratique depuis votre diplôme ? Les différentes formations que**
17 **vous avez faites ?**

18 E6 : Je suis diplômée de Nancy de 2005. En parcours professionnel, j'ai commencé par 7 ans de
19 remplacement en libéral, en centre de rééducation et en hôpital et après j'ai ouvert mon cabinet en 2012.
20 Là maintenant je suis en cabinet à la campagne avec une patientèle diversifiée. Je travaille seule car je
21 trouve personne qui veut venir travailler à la campagne. Et voilà. Après sur les formations, j'ai fait
22 beaucoup beaucoup beaucoup de choses. Je vais régulièrement à des congrès internationaux et
23 nationaux, j'ai fait aussi pas mal de formations courtes, beaucoup beaucoup en musculo-squelettique
24 mais aussi un peu tout ce que l'on a en cabinet donc autant de la cancéro, que la pédiatrie, que de la
25 neuro ou de la kiné respi et plus spécifiquement j'ai fait une formation longue en thérapie manuelle
26 orthopédique. C'est une formation canadienne importée en France, que j'ai terminée l'année dernière.
27 J'ai fait aussi une partie de formation d'un cursus australien et voilà, j'en ai fait 25 en tout des formations
28 depuis que je suis sortie de l'école. Je m'occupe aussi d'une association qui est la filiale de l'association
29 internationale de thérapie manuelle orthopédique donc je suis souvent en relation avec des gens dans ce
30 domaine-là.

31 **Au niveau de votre exercice libéral, vous faites uniquement de la prise en charge en cabinet ?**

32 E6 : Je fais quelques domiciles.

33 **Au niveau de la prise en charge des patients lombalgiques, quelle est la proportion que vous prenez**
34 **en charge parmi votre patientèle ?**

35 E6 : Aiguë et chronique ?

36 **Oui, en global.**

37 E6 : Je ne sais pas, c'est pas facile, 25 %.

38 **Et les patients lombalgiques chroniques ?**

39 E6 : Parmi les lombalgiques que j'ai, les $\frac{3}{4}$ voir les $\frac{4}{5}$ sont des chroniques car j'ai un délai d'attente
40 qui est assez long, j'arrive pas à prendre des gens en aiguë. Après, j'en vois quand même quelques-uns
41 parce que ce sont des gens que je vois pour autre chose et du coup ils ont mal au dos et je les traite. Donc
42 les $\frac{3}{4}$ ce sont des chroniques.

43 **Est-ce que vous pouvez me dire votre âge ?**

44 E6 : 36 ans.

45 **Est-ce que vous êtes mariée, est ce que vous avez des enfants ?**

46 E6 : Je suis pacsé, j'ai une petite fille et une ado.

47 **Quels sont vos loisirs en dehors de la kinésithérapie ?**

48 E6 : Je passe beaucoup de temps sur la kiné avec l'association. Je m'occupe de ma famille, de mes amis,
49 des sorties nature et de la lecture.

50 **Très bien, merci. Nous allons commencer les questions relatives à mon sujet.**

51 **[DEBUT DE L'ENTRETIEN] Alors, pour commencer, selon vous, dans le cas d'un patient**
52 **lombalgique chronique, quels sont les points clés du bilan ?**

53 E6 : L'environnement psycho-social du patient.

54 **Dans votre bilan, est ce que vous pouvez me donner un ordre de hiérarchie des choses que vous**
55 **recherchez ?**

56 E6 : Alors, en fait, moi, j'ai un questionnaire que je fais remplir dans la salle d'attente. C'est un
57 questionnaire médical général dans lequel il y a un body chart et dans lequel il y a quelques questions
58 qui me permettent de m'orienter, par exemple, je demande au patient, pourquoi ils viennent, ce qu'ils
59 pensent de l'origine de leur problème, la localisation. Du coup, ils remplissent le body chart. Voir si ils
60 ont vu des thérapeutes avant et des questions sur leurs antécédents, leur sommeil et des questions qui
61 seraient relatives à des éventuels drapeaux rouges. Du coup, j'ai ce questionnaire, ça me permet déjà de
62 voir comment je vais aborder le patient. Le patient me fait un body chart complètement rayé et qu'il est
63 là à cause de son travail et qu'il dort plus la nuit, je vais pas orienté mon bilan pareil que si il a un point
64 dans la fesse et qu'il a pas de problème de sommeil, qu'il continue à travailler, qu'il a pas de dépendance,
65 qu'il a pas de problème de stress.

66 **Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous travaillez avec ce document ? C'est un**
67 **document que le patient remplit dans la salle d'attente quand il vient pour la première séance ?**

68 E6 : C'est ça, au premier rendez-vous, je leur demande de venir 15 minutes avant. Je leur donne le
69 document et ils le remplissent dans la salle d'attente. Si ils ne savent pas trop ou qu'ils hésitent, on
70 reprend les choses ensemble.

71 **Comment vous traitez ce document ensuite ?**

72 E6 : Je prends le patient en séance, j'ai mon bilan sur l'ordinateur et je retranscris les éléments qui me
73 semblent pertinents. J'ai tous les antécédents médicaux, il y a un grand tableau sur la feuille, la personne
74 m'a fait des coches donc je reprends les éléments intéressants. Il y a aussi des questions, si il y a eu, par
75 rapport des drapeaux rouges, s'il y a eu des éléments de fourmillements dans les 2 jambes ou des trucs
76 d'apparition bizarres, des céphalées ou des douleurs à la toux. Je reprends 2 ou 3 éléments qui sont
77 importants. Ensuite, il y a 2-3 questions qui sont particulières, par exemple dans les antécédents, parfois

78 il y a des gens qui ont des IST par exemple, ou des dépendances ou qui prennent des médicaments qu'ils
79 n'auraient peut-être pas verbalisé. Ça permet de l'écrire mais si je leur avais posé la question, ils me
80 l'auraient pas dit forcément tout de suite. Il y a des questions relatives au tabac, à l'alcool et tout ça.
81 Ensuite, il y a le body chart, il me permet de revoir avec eux, donc vous avez mal là, je leur remontre
82 le body chart et après je leur redemande de me remontrer sur eux. Si on aborde le body chart en premier.
83 Si c'est d'autres choses qu'on aborde en premier comme le travail ou les croyances ou les craintes, on
84 part pas sur le body chart. En général, je passe assez vite sur les 2 premières pages et on repart à partir
85 de la 3^{ème} page.

86 **Ce document-là est spécifique pour les lombalgiques ?**

87 E6 : C'est moi qui me le suis fait. C'est pour tous les patients.

88 **Comment vous faites la distinction lorsqu'un patient vient pour la première fois entre un patient**
89 **qui va être plutôt sur une douleur aiguë ou plutôt sur quelque chose de chronique ?**

90 E6 : C'est la durée des symptômes, comme je l'ai dit, je n'ai pas ce travail de dossier antérieure à
91 reprendre car pour les patients avec des douleurs aiguës ce sont des patients que je connais déjà donc je
92 connais leur dossier médical. Et quand ils ont mal depuis 1 semaine ou 2, ils me le disent. C'est plutôt
93 la périodicité, les chroniques qui viennent, ils ont mal depuis plusieurs mois ou années.

94 **Dans les recommandations récemment sorties, on parle de stratification du risque de chronicité.**
95 **Quelle est ta démarche pour différencier un patient dont la douleur dure mais qui a un problème**
96 **mécanique, d'un patient dont la douleur dure également mais pour qui il n'y aurait pas forcément**
97 **de problème mécanique ?**

98 E6 : Ce sont les questions sur le sommeil ou le travail qui sont des indicateurs pour moi. Après, je rajoute
99 une question à l'oral, comment vous sentez-vous, comment ça se passe dans votre travail. En fait, avant
100 de prendre le body chart, je demande pourquoi ils viennent me voir et on reprend l'historique de son
101 problème et si quand je discute avec la personne, si je sens qu'il y a un environnement ou des facteurs
102 psycho-sociaux qui sont présents et qu'il va falloir traiter en premier, c'est peut-être un peu du feeling,
103 mais ça va dépendre des réponses aux questions du questionnaire, des réponses que la personne elle va
104 me donner dans son historique et voilà. Après, c'est souvent très intriqué. Je sais pas si c'est clair.

105 **Et ça se met en place dès la première séance ou est-ce que vous attendez de voir le résultat des**
106 **traitements sur plusieurs séances ?**

107 E6 : Oui, il y a une évolution. Enfin, moi, mon idée, je me la fais assez rapidement. Mais ce qu'il y a
108 c'est que les patients ne donnent pas tous les éléments au premier traitement. Et aussi parfois, c'est vrai
109 qu'on a envie d'envie de donner des éléments d'évolution aux patients comme l'éducation ou les
110 explications sur la douleur ou l'importance du sommeil et tout ça, et du coup, parfois à la deuxième
111 séance, j'essaye de me redire si les attentes du patient c'est vraiment ça. Parfois je repars sur du
112 biomécanique pour me permettre de prendre plus d'éléments verbaux du patient et permettre d'adapter
113 et d'avoir quelques choses qui soient vraiment spécifiques à la personne et qui pourra faire que le
114 traitement lui convienne et tout ça. Si c'est quelqu'un qui a un environnement psycho-social qui joue
115 beaucoup sur ces douleurs chroniques, j'essaye de donner des éléments à la première séance en lui
116 disant, je vous donne ça, vous voyez ce que ça donne et à la deuxième séance, on reprend ça. Et j'essaye
117 de mixer entre les 2 pour pas que la personne soit perdue car ce ne sont pas des notions forcément
118 simples pour des personnes qui n'en ont jamais entendu parler.

119 **Est-ce que vous établissez un profil en quelque sorte en fonction de ce qu'ils attendent en termes**
120 **de soin ?**

121 E6 : Oui, parce que tu as des gens qui si tu les touches pas, ils vont partir autre part. Il y a des gens,
122 après, il y a des gens, je leur dis que clairement, c'est de l'actif qu'il leur faut donc on part là-dessus et
123 puis il y a des gens que j'essaye d'orienter vers d'autres professionnels de santé.

124 **Comment explorez-vous les facteurs psycho-sociaux ?**

125 E6 : Par le questionnaire. En fait, je vais avoir une approche générale du patient. Si je vois qu'il y a un
126 élément que je vais avoir besoin d'être plus investigué, je vais aller par là. Si par exemple, la personne,
127 elle me dit qu'elle dort pas, que la douleur l'empêche de dormir, je vais aller investiguer d'éventuels
128 troubles du sommeil, je vais essayer de lui donner des conseils des clés ou voir avec elle ce que l'on
129 peut faire et là ça eut partir sur de la méditation ou sur de la prise de conscience ou des choses comme
130 ça, ou orienter vers d'autres professionnels, revoir son traitement médicamenteux, voilà son hygiène de
131 vie. S'il y a des problèmes au travail, on va essayer de voir, je vais parler avec la personne de ces
132 problèmes et voir quel impact ça a. Et puis, voir ce qui peut être changé ou pas. Si les choses peuvent
133 pas être changées, on peut pas changer le travail, donc ça veut dire que à côté il va falloir qu'on
134 potentialise les choses. Si ça rentre dans des problèmes familiaux, ou un peu plus psychologique, pareil,
135 on en discute pas mal avec les gens et j'essaye de les orienter parce qu'après moi je peux pas répondre.
136 Je leur explique que c'est quelque chose qui est important et que c'est quelque chose qui doit être traité.
137 Ça part du général. Après j'essaye d'aller comme avec des branches sur leur soucis et voilà.

138 **Comment avez-vous construit la partie concernant les facteurs de risques psycho-sociaux de votre**
139 **questionnaire écrit ?**

140 E6 : C'est vraiment que des questions générales, il y a une question sur le sommeil, une sur le stress,
141 une sur le travail et en fait, c'est aussi la question « quel est d'après vous l'origine de ce problème ? »
142 et là en général ça fait ressortir pas mal de chose.

143 **Parce qu'il existe des questionnaires déjà pour la lombalgie comme le StartBack Screening Tool**
144 **et je me demandais si vous vous en étiez inspirée...**

145 E6 : Alors j'aime bien les questionnaires, le souci, c'est que, en fait, comme je fais déjà remplir ça. Ça
146 me semble compliqué à la première séance de redonner des questionnaires aux gens. En fait, oui, je
147 m'inspire des questionnaires que je connais et si vraiment il y a quelque chose que je dois aller cibler,
148 je vais aller chercher un questionnaire. Mais c'est vrai que j'ai du mal du coup. Je les connais, je les ai
149 dans l'ordinateur, je les ai déjà utilisé, mais c'est vrai que spécifiquement j'ai du mal à les mettre en
150 pratique. Je m'inspire des questionnaires et des formations que j'ai vu et de mes connaissances pour
151 orienter les questions en fait.

152 **Alors, est ce que vous pourriez m'expliquer comment vous faites pour aller chercher des choses**
153 **qui me semblent difficiles d'aller chercher par l'écrit, tout ce qui concerne les croyances, les**
154 **représentations, le patient n'en a pas conscience lui-même ?**

155 E6 : Pour les croyances, à la question selon vous quelle est l'origine de votre problème, si la personne
156 me dit j'ai une hernie discale depuis 15 ans et qu'il sort d'un IRM où on lui a dit c'est votre hernie
157 discale, c'est assez facile. Cette question-là, elle peut mener sur pas mal de chose. Et sur le parcours de
158 soins aussi qu'ils ont eu avant, si c'est quelqu'un qui va voir l'ostéopathe tous les 6 mois ou si c'est
159 quelqu'un qui n'a jamais rien fait. Donc sur les croyances, les 2 questions là, ça m'oriente un peu. Et je
160 leur demande aussi, souvent ils ont fait des examens, je leur demande aussi quand ils ont vu d'autres

161 professionnels, souvent radiologue et médecin. Je leur demande ce qu'on leur a dit et ce que eux ils en
162 pensent en fait.

163 **D'accord et les traits psychologiques de la personnalité, comme l'anxiété ou la dépression,**
164 **comment l'évaluez-vous ?**

165 E6 : Là-dessus, je pense que je devrais effectivement peut être reprendre un questionnaire mais je vais
166 pas plus en profondeur là-dessus que ce que je fais à l'oral avec les patients. Je pose aussi des questions
167 sur les traitements médicamenteux, en général, les personnes dépressives, elles prennent des traitements
168 médicamenteux, donc je leur demande pourquoi ils prennent ces traitements-là, depuis combien de
169 temps, pour quelles raisons, comment ils vivent ce traitement-là. Voilà. Parfois, les questionnaires, ça
170 casse, ça met plus de distance, je trouve ça délicat pour pas perdre les gens. A l'oral, on arrive à avoir
171 des choses que finalement, on serait passé à côté sur des questionnaires. Comme je travaille en libéral,
172 j'ai beaucoup de monde, j'ai du mal à les mettre en place. Je fais beaucoup, beaucoup à l'oral finalement.

173 **Sur cette première séance, combien de temps prend le bilan ? Est-ce qu'il y a déjà du traitement ?**

174 E6 : Ça dépend, c'est quand même 4/5^{ème} de bilan. J'essaye toujours de laisser les gens repartent soit
175 avec un exercice, soit avec un mail où je leur donne des références à regarder, de l'éducation à la douleur
176 ou des podcasts. Je les laisse repartir avec quelque chose soit travailler physiquement ou
177 psychologiquement.

178 **Dans ce bilan, pour vous, quelle est la proportion entre l'anamnèse et les tests cliniques,**
179 **physiques ?**

180 E6 : 80% de verbal.

181 **Comment vous sentez vous vis-à-vis des attendus des patients qui peuvent avoir des a priori sur le**
182 **kiné qui travaille avec ces mains ?**

183 E6 : Pour le bilan, j'ai pas besoin de leur expliquer, en général, ils sont super contents, parce qu'on les
184 écoute. Si on a fait que discuter pendant une heure et que limite je me dis que je n'ai pas pu tout
185 investiguer, je leur dis « écouter, on a pris du temps pour parler mais moi j'ai besoin de prendre tous les
186 éléments pour bien vous prendre en charge, on continue à la séance d'après ». Si je pense qu'il y a
187 beaucoup d'éléments psycho-sociaux, je leur explique que la douleur c'est gérer par leur cerveau et
188 j'utilise des métaphores, je leur explique que moi mon expérience, et ce que j'en pense. Et je leur
189 demande ce qu'ils en pensent et si ils sont d'accord pour essayer des choses qu'ils n'ont peut-être pas
190 essayé et essayer des choses ensemble. Si je vois qu'ils sont très réfractaires, je les mets sur la table et
191 je leur dis qu'on peut commencer par du massage et des mobilisations et qu'on verra après. Je fais la
192 pâte à modeler, je m'adapte.

193 **Avez-vous des a priori sur les patients chroniques ?**

194 E6 : Alors, je pense que j'en ai beaucoup moins depuis une conférence que j'ai vu à la WCPT à Genève
195 qui parlait justement des biais qu'on pouvait avoir sur des patients et ça parlait des niveaux sociaux de
196 l'éducation et du parcours des gens et du coup je pense que j'en ai vraiment peu maintenant. Je me dis
197 rarement, non mais celui-là c'est un psy et je peux rien y faire. Vraiment beaucoup moins.

198 **Comment s'organise la suite des séances ?**

199 E6 : A chaque séance, je note quand je fais le dossier de mon patient, je note à chaque séance ce que
200 l'on a fait. En début de chaque séance, je leur demande comment ça s'est passé depuis la dernière séance
201 faite ensemble, est ce qu'eux ils ont des éléments de réflexion nouveaux, est ce qu'ils ont pu faire les

202 exercices ou regarder ce que je leur avais donné. Et puis, selon l'évolution, on s'adapte. Si par exemple,
203 j'ai donné des exercices et que la personne me dit c'est pas facile on essaye de continuer dans la voie là,
204 si elle a pas le temps de les faire, je lui propose de venir les faire au cabinet. Si elle dit non mais là j'ai
205 juste besoin de me masser. Je fais une réévaluation en début de séance et en fonction de ce que le patient
206 me dit en début de séance, je réadapte. Soit je garde le même objectif, soit j'ai des éléments nouveaux
207 ce qui fait qu'on va changer par rapport à l'hypothèse de départ. Soit il y a une réaction à laquelle je ne
208 m'attendais pas du tout, genre je lui ai donné un exercice et là ça a complètement flambé et tout ça. Par
209 rapport à la réévaluation, par rapport à son évolution, on continue l'objectif ou alors, on le module ou
210 alors on le change complètement. Et je trace tout dans mes bilans.

211 **Comment vous sentez vous par rapport à vos compétences professionnelles vis-à-vis des facteurs**
212 **psycho-sociaux ?**

213 E6 : J'ai fait une formation de psycho il y a quelques jours, donc ça va mieux. Mais sinon je pense que
214 c'est quelque chose sur lesquelles on devrait être plus formé à l'école, mais il y a plein de chose qui
215 manque du coup à l'école et après. Au fil des années je me suis aperçue qu'il faudrait de la psychologie,
216 de la sociologie, de la philosophie, moi je fais pas mal de formations, pas mal de congrès, donc j'ai pas
217 mal d'infos en tête. Mais bien sûr, il manque des domaines où on est pas assez formé. On est pas
218 psychologue non plus. Car même si on a un rôle particulier parce qu'on voit régulièrement les gens et
219 qu'on passe du temps avec eux. Quand moi il me manque quelque chose, je vais le chercher. Je suis
220 allée me former, j'ai lu des bouquins aussi.

221 **En quoi les formations vous ont aidé à mieux cerner la problématique des facteurs psycho-sociaux**
222 **et à mettre un seuil au-delà duquel vous estimez que ce n'est plus votre rôle ?**

223 E6 : Alors, la formation que j'ai faite en TMO, dès les premières sessions on nous apprend à faire ce
224 bilan qui dure longtemps, qui permet de classer les patients en disant est ce que c'est quelque chose
225 de biomécanique, ou il va falloir faire de l'éducation ou alors il va falloir faire de l'actif. Donc ça, dans
226 ma formation longue, c'est quelque chose qui est abordée dès le début. Avant, dans les autres formations,
227 on ne m'avait jamais parlé de catégorie de patients, dans les petites formations. Et c'est justement pour
228 avoir une approche plus globale et plus bio-psycho-social que j'ai fait cette formation-là. Donc c'était il
229 y a 7 ans, j'ai commencé en 2012. Et après, c'est sûr que j'ai orienté mes formations et mes études par
230 rapport à ça. On m'a parlé des bilans, des questionnaires et tout ça. Et pour le seuil, j'ai jamais viré un
231 patient en lui disant, écoutez ce n'est pas de mon ressort, je ne suis pas psychologue. Je pense qu'on a
232 toujours un travail à faire car on est des interlocuteurs privilégiés par rapport aux mouvements.
233 Deuxième chose, parce que, moi comme je travaille à la campagne, j'ai des gens pour qui aller voir le
234 psychologue, ça veut dire que t'es fou. Donc les gens n'y vont pas. Ou ils y vont, c'est rare, ce sont des
235 femmes qui vont y aller et c'est surtout s'il y a un fort fort impact dans leur vie. Et en plus je n'ai pas
236 beaucoup de référent autour de moi. Il y a une psychologue que je connais et qui est pas trop mal mais
237 qui n'est pas le top non plus. Là, j'ai envoyé récemment quelqu'un et la personne était très contente
238 mais c'est quelqu'un qui avait eu beaucoup de problème dans son enfance et n'avait jamais vu personne.
239 Elle a une histoire de 30 ans avec des faits particuliers, il fallait qu'elle évacue des choses. Quand il y a
240 un fort passif et qu'il y a des choses qui doivent être verbalisés pour que la personne se rende compte à
241 quel point cela joue un rôle dans sa vie et qui ne sont pas dû à moi. Par exemple des problèmes de
242 violence dans sa famille, là, moi je ne peux pas rentrer. Si ce sont des problèmes vraiment, des facteurs
243 personnels importants, qui nécessitent quelqu'un. Je les orientai mais j'ai continué à la prendre.

244 **Est-ce que dans ce cas-là vous communiquez avec les professionnels ?**

245 E6 : Là, la patiente, je lui ai fait un courrier en disant, là on a fait ça, la patiente elle m'a rapporté tels
246 éléments, je me suis permise de lui proposer de l'orienter chez vous. Quand j'ai des soucis avec des
247 patients, comme récemment, j'ai un patient qui m'a parlé de suicide, là, j'appelle le généraliste et je lui
248 dis. Mais voilà, si j'oriente les patients vers quelqu'un, j'essaye toujours de faire un courrier pour les
249 autres professionnels de santé.

250 **Comment vous sentez vous par rapport aux choses intimes que les gens peuvent vous livrez ?**

251 E6 : Oui maintenant ça va.

252 **Les séances durent combien de temps ?**

253 E6 : Le bilan dure une heure, la première séance. Et ensuite, tout dépend vers quoi on va s'orienter. En
254 fait, soit je revois la personne en séance individuelle qui dure 30 minutes, soit, j'ai pas mal de personnes
255 âgées qui ont des problèmes de lombalgies chroniques et qui ont besoin de re-bouger, j'ai une salle où
256 je les prends, en général, ils ne sont pas seuls pour permettre une émulation. Selon leur niveau physique,
257 ils vont rester entre un quart d'heure et une heure. Donc après, voilà, ça dépend de ce que l'on fait avec
258 eux. Mais en général, après mes séances c'est 30 minutes, c'est variable selon ce que l'on fait et selon
259 l'état de la personne.

260 **On a parlé de patients qui avaient fait des examens, il y a aussi des patients qui ont pu faire
261 d'autres types de traitement ? Comment gérez-vous l'errance thérapeutique ?**

262 E6 : Je leur demande ce qu'ils ont fait avant, je leur demande ce que ça leur a fait, si c'était positif ou
263 négatif, si 'était bien ou pas. Et puis, quand ils me disent que ça leur a fait du bien, j'essaye de savoir ce
264 qu'il leur a fait, s'il les a manipulés ou juste poser la main dessus. Surtout pour les ostéo. Il y a un
265 rebouteux dans le coin où les paysans sont assez fans, je ne demande pas car je sais ce qu'il fait. J'essaye
266 de savoir, de connaître l'impact que ça a eu sur eux. Et puis on essaye de repartir par rapport à ça pour
267 aller vers la suite. Si ils me disent moi je vais tous les 6 mois chez l'ostéo, il me fait craquer, ça me fait
268 du bien. Je leur dis, ok, c'est positif, mais ça ne dure pas. Je ne dis jamais aux gens que c'est pas bien
269 sauf quand je pense que c'est un danger pour les gens, c'est-à-dire, si je pense qu'ils se font escroquer
270 de l'argent ou que c'est dangereux pour eux. Parce que ça ne s'arrange pas et parce qu'ils partent dans
271 la mauvaise direction et qu'ils ne font que du passif et qu'ils vont droit dans le mur.

272 **Qu'est-ce que vous entendez par l'alliance thérapeutique ?**

273 E6 : L'écoute active du patient, l'écoute de son histoire. Voir quels sont ces objectifs, les trouver avec
274 lui quand ils en ont pas ou qu'ils ont du mal à les définir. De proposer ma vision des choses, de proposer
275 un traitement et de voir ensemble si le traitement correspond aux patients et par rapport à ces idées et à
276 ces croyances si ils pensent que ça peut fonctionner et lui demander son accord pour faire ces techniques
277 là et aller dans cette direction.

278 **En ce qui concerne le non-verbal, comment analysez-vous l'observation du patient ? Comment
279 vous en servez-vous ?**

280 E6 : Quand on reprend le questionnaire, le patient est en face de moi, il n'y a rien entre nous deux. Il
281 n'y a pas de table pas de bureau. Je peux voir comment est la personne, comment elle s'assoit, comment
282 elle se tient, comment elle communique. Si elle me regarde, si elle me regarde pas. Dans ces gestes, voir
283 quand je lui demande de se pencher, si elle hésite ou pas.

284 **Dans le cas de patients où la situation n'évolue plus, que faites-vous ?**

285 E6 : Je leur dis que soit je pense qu'il y a quelque chose à faire mais que je n'y arrive pas. Je les envoie
286 vers d'autres kinés, mais ils sont loin donc les gens n'y vont pas forcément, ou ils préfèrent rester car ils
287 me font confiance. Soit je leur dis que je pense que ça ne relève pas de la kinésithérapie et que je dis ce
288 qu'il serait bien de faire pour continuer ou même des massages, si ponctuellement, ça soulage le patient
289 et que le patient qui est dans une situation compliquée. Je pense à une femme qui a 5 enfants, qui a des
290 jumeaux, dont un est lourdement handicapé et dont le mari est décédé et qui n'a pas une situation
291 professionnelle facile car elle s'occupe de ménage et elle a pas de temps pour elle et elle est toujours
292 juste au niveau financier. Clairement, cette patiente elle vient, elle a besoin de se décharger, elle a besoin
293 qu'on l'écoute, qu'on s'occupe d'elle et elle m'a dit pour les exercices, non je peux pas. Donc cette
294 dame, je lui dis vous venez, on fait un massage, vous venez, on discute. Elle vient et elle souffle et elle
295 repart avec un peu d'énergie. Elle sait que ça passera pas, elle sait qu'il y aura peut-être une autre
296 solution, mais pas là. Je les garde, et je leur dis, je suis honnête. Et si ils sont pas motivés, si en séance,
297 ils ne veulent rien faire et que chez eux ils ne font rien, je leur fais comprendre qu'on fasse une pause.
298 Je propose de faire une pause en fait, je leur dis, on se revoit dans 2 mois. J'ai pas de solution pour le
299 moment. Parfois, ils reviennent avec un élément nouveau, ils ont réfléchi, ils ont de nouveaux objectifs,
300 soit ils ne reviennent pas.

301 **Pour revenir aux recommandations, avec le système flags, avec une classification en couleurs,**
302 **comment utilisez-vous cette classification ?**

303 E6 : Pour les drapeaux rouges, si j'ai des éléments dans le bilan et que le patient m'en donne plus dans
304 les questions orales, je m'arrête là et je rappelle directement le médecin. Donc là je le note
305 spécifiquement. Mon bilan sur ordinateur, il est organisé un peu comme ça, après les drapeaux rouges,
306 j'arrive sur les aspects psycho-sociaux, et là je vois, j'essaye d'évaluer l'impact que ça a. A travers ces
307 questions-là, je pars sur les drapeaux noirs ou bleus mais c'est pareil, quand il y a de litiges ou des
308 conflits avec l'employeur, le patient me le dit assez rapidement, car soit ils sont en arrêt de travail, soit
309 c'est dans l'historique. Ça se sait rapidement et je le note en quelques phrases. J'ai pas de questions
310 particulières, je le verbalise avec le patient. Je redemande des explications. J'ai pas de tableaux où ils
311 sont distingués.

312 **Merci beaucoup. Est-ce que vous aimeriez rajouter d'autre chose ?**

313 E6 : Non, je vois pas. On a pas le choix de parler au patient, même au-delà des chroniques. C'est vrai
314 qu'il faut avoir des bonnes notions en communication ou en psychologie sinon on s'en sort pas et
315 effectivement, c'est indispensable d'avoir plusieurs formations complémentaires. Elles sont nécessaires
316 sinon on se noie, on se laisse déborder, on en voit plein des kinés. Maintenant, je ne ramène plus les
317 problèmes des patients chez moi. Ça fait 15 ans que je suis kiné, mais les premières années, ça m'arrivait
318 de rêver des problèmes des patients. Maintenant, je suis beaucoup plus blindée car il y a des formations
319 qui m'ont aidé à dissocier les choses, pour mieux aider les patients et de mieux comprendre comment
320 ils réagissaient et comment moi réagir. Sinon tu t'y perds car tu sais pas. Et ça devient super chiant à
321 faire. Et c'est là où tu te dis, celui-là c'est un psy. C'est juste que si tu as pas les clés, comme tu sais pas
322 faire, t'as pas envie.

323 **Merci d'avoir pris du temps pour participer.**

324 [FIN DE L'ENTRETIEN]

325

1

2 Entretien n°7 – 10-01-2020 – au cabinet du MK – 55 minutes

3

4 **[INTRODUCTION] Bonjour, merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui et de**
5 **m'accorder un peu de votre temps. Pour rappel, le thème de ces entretiens est la partie orale du**
6 **bilan chez un patient lombalgique chronique. Cet entretien va être enregistré, il sera ensuite**
7 **retranscrit afin de constituer le matériel d'analyse nécessaire à la réalisation de mon mémoire de**
8 **fin d'études. Est-ce que vous me donnez votre accord pour réaliser cet entretien ?**

9 E7 : Oui

10 **Pour être enregistré ?**

11 E7 : Oui

12 **Ok, j'estime que le temps d'entretien sera d'environ 40 minutes. Je prendrai également des notes**
13 **pendant cet entretien. Les retranscriptions seront anonymisées. Avez-vous des questions avant de**
14 **commencer ?**

15 E7 : Non, je n'ai pas de questions.

16 **[PRESENTATION] Est-ce que vous pouvez me détailler ton parcours de kiné, depuis l'année de**
17 **vos diplôme puis les formations réalisées par la suite ?**

18 E7 : J'ai été diplômé en 2016. J'ai fait une école en Espagne à Saragosse. Ensuite quand j'ai été diplômé,
19 je suis venu travailler à Paris, directement en libéral. Et à l'heure actuelle, je partage mon temps entre
20 mes activités en libéral, je prends majoritairement en charge des patients qui souffrent de douleurs
21 persistantes, donc du musculo-squelettiques et des douleurs persistantes, et à côté, j'ai une autre activité
22 de formateur. Je fais des formations en hypnose pour des professionnels de santé. Et après j'ai différentes
23 implications dans les sociétés savantes comme par exemple, je fais du groupe d'intérêt douleur de la
24 société française de physiothérapie, de la commission de rééducation et de réadaptation de la SFETD,
25 la société française d'éducation et du traitement de la douleur, également d'un site internet qui s'appelle
26 kinéfact et voilà, je pense que c'est tout. En termes de formation, j'ai fait beaucoup de formations sur la
27 douleur, je peux te les détailler si tu veux ou juste les énoncer comme ça.

28 **Celles qui ont été importantes pour vous, dans votre pratique.**

29 E7 : J'ai fait une formation sur la communication auprès des patients qui ont des douleurs persistantes,
30 qui s'appelle No pain, connaître la douleur de Mike Stewart à l'agence EBP. Après j'ai fait des
31 formations sur les thérapies fonctionnelles cognitives et j'ai fait aussi beaucoup de formation en hypnose
32 qui m'ont apporté beaucoup d'outils de communication et de traitements. Je me suis pas mal intéressé
33 l'entretien motivationnel aussi, aux TCC et après, j'ai fait des formations plutôt biomédical sur du
34 diagnostic et du triage de patients qui ont des douleurs.

35 **Est-ce que vous pouvez me détailler votre activité kiné, il y a du domicile ou c'est uniquement du**
36 **cabinet ?**

37 E7 : Ici, je fais que du cabinet. Et j'ai également fait un master 2, en psychologie, contrôle moteur et
38 performance sportive, c'était en STAPS à l'université de Paris Saclay.

39 **Ok, très bien.**

40 **Quelle est la part de lombalgique dans votre patientèle ?**

41 E7 : Lombalgique ?

42 **Oui.**

43 E7 : Je dirais entre 60 et 70 %. Voir 80, ça dépend des périodes.

44 **Et parmi ces lombalgiques, combien de chronique ?**

45 E7 : Parmi ce pourcentage, en gros si ça fait 100 %, on a bien 70-80 aussi. Qu'est-ce que tu entends par
46 douleurs chroniques ?

47 **Une douleur qui persiste plus de 3 mois.**

48 E7 : Alors plutôt 80, même 80-90 %.

49 **Il y a une orientation des patients vis-à-vis de vos formations ?**

50 E7 : En fait, avec le cabinet, on a pas mal de lien avec des centres de la douleur parisiens. Donc eux
51 nous envoient pas mal de patients et ce qui fait que je vois peu de patients en aigu sur la lombalgie, j'en
52 ai quelques-uns qui viennent mais effectivement la majeure partie sont amenés soit par des médecins
53 généralistes, qu'on connaît qui sont dans le quartier, qui nous les envoient, soit les centres de la douleur
54 avec lesquels on travaille.

55 **Est-ce que vous pouvez me donner ton âge ?**

56 E7 : J'ai 28 ans, enfin 27. Bientôt 28.

57 **Est-ce que vous pouvez me détailler ta vie familiale ?**

58 E7 : J'ai pas d'enfants, je suis pas marié mais je vis avec ma copine.

59 **Est-ce que vous pouvez me dire vos activités de loisirs en dehors de la kinésithérapie ?**

60 E7 : On a combien de temps devant nous ? Je fais pas mal de sports, j'aime bien aller à la salle de sport,
61 je fais de la danse, du lindy-hop.

62 **[DEBUT DE L'ENTRETIEN] Ok, on va commencer. Selon vous, dans le cas d'un patient**
63 **lombalgique chronique, quels sont les points clés du bilan ?**

64 E7 : On parle de l'oralité ?

65 **Oui, plutôt dans l'échange oral avec le patient.**

66 E7 : De ce que moi, je recherche. Il y a beaucoup de choses. Si je veux hiérarchiser. Alors, je vais leur
67 demander depuis combien de temps c'est apparu, si il y a eu une apparition progressive, si il y a eu un
68 trauma, etc. Je leur demanderai également, la durée des symptômes et leurs descriptions, est ce qu'il y
69 a des douleurs uniquement au niveau de la zone lombaire ou est ce qu'il y a des douleurs irradiantes,
70 par exemple il m'arrive de leur demander de remplir un body chart. Ensuite, je leur demanderais le type
71 de traitement qu'ils ont déjà reçu. Quel type de professionnel de santé ils ont consulté, quel a été le
72 discours qui a été porté par ces professionnels, pourquoi il me consulte moi en particulier. Je pourrais
73 demander également, en gros comment se manifeste la douleur, les facteurs déclenchants, aggravants
74 et ceux qui améliorent la douleur. Ces croyances, j'aime bien poser une question, pourquoi est-ce que
75 vous croyez que vous avez mal, est ce que vous pensez qu'il y a une cause, j'aime bien demander aussi
76 quels sont, selon vous, les solutions, m'intéresser à toutes les croyances qui gravitent autour de la

77 douleur. Est-ce qu'il pense qu'il a une vertèbre de déplacer, est ce qu'il a un abord biomécanique, est ce
78 qu'il me dit qu'en ce moment il est stressé au boulot et je fais le lien entre ça et la douleur, etc. Je vais
79 évaluer aussi les risques psycho-sociaux, ça va être la kinésiophobie, du catastrophisme, du stress, de
80 l'anxiété, des pensées erronées ou même de croyances instillées par d'autres professionnels de santé
81 auparavant. Ensuite, je vais lui demander, j'aime bien demander du coup ce qu'ils font comme activité
82 physique, ou comme loisirs, ce qu'ils aiment bien faire, s'ils ont arrêté, ça me fait un lien avec la
83 kinésiophobie par exemple. Si la personne elle me dit, j'ai complètement arrêté de faire ça parce que
84 j'ai peur de faire les choses, je peux aussi demander de déterminer les objectifs, pourquoi vous êtes là,
85 qu'est-ce que vous avez envie d'atteindre en fait, quel est l'objectif de se voir aujourd'hui. En fonction
86 de certaines de ces réponses, évaluer les drapeaux rouges, il y a déjà dans ce qu'il va me donner des
87 indications, qui vont me dire qu'il n'y a pas besoin de creuser toutes les questions. Evaluation des
88 drapeaux rouges, si il pense si ça va, comment il voit la suite, ça m'arrive de poser la question comment
89 vous vous voyez dans 3 ans, comment vous pensez que ça va évoluer.

90 **C'est très riche, est ce que vous pouvez me détailler comment vous vous organisez avec un patient**
91 **que vous rencontrez pour la première fois ? Est-ce que toutes les données que vous venez de me**
92 **détailler, vous les recherchez, comment vous vous y prenez ?**

93 E7 : Moi, j'aime bien commencer par une question ouverte, du coup, souvent, je leur demande, ça
94 dépend des jours, soit je demande en quoi, comment je vais pouvoir vous être utile ? ou, il y a une
95 question, je la pose moins souvent, mais parfois ça m'arrive, c'est une traduction de l'anglais, ça sonne
96 moins bien en français, mais c'est racontez-moi votre histoire, tell me your story, ça rend mieux, mais
97 bon. Et donc ça va être du très ouvert, pour les encourager à s'exprimer librement sur ce pourquoi ils
98 viennent et qu'ils me donnent les informations qui leur paraissent cohérentes. Et ensuite, je vais utiliser,
99 je vais encourager du moins le patient à élaborer un peu plus, si j'ai besoin de plus d'informations, ou
100 que je sens que c'est un truc important, je vais pouvoir faire de reformuler, ou ok, est ce que vous pouvez
101 m'en dire un peu plus, ou juste répéter la fin de sa phrase, en attendant qu'il répète. Quand j'ai passé
102 suffisamment de temps à lui poser des questions ouvertes, ou si j'ai besoin d'aller explorer un aspect
103 particulier, je peux utiliser des questions fermées, je peux utiliser des questions plus précises, par
104 exemple si j'ai un doute sur la présence de drapeaux rouges, je vais aller directement sur des questions
105 fermées pour aller chercher des signes particuliers. Et voilà un peu près comment ça se passe.

106 **Donc vous utilisez préférentiellement des bilans oraux, ou il y a des informations que tu vas aller**
107 **chercher par de l'écrit, des bilans, des questionnaires, etc. ?**

108 E7 : Alors les questionnaires, je peux, ça m'arrive d'en donner. A l'heure actuelle, j'en donne moins
109 fréquemment en première séance. Ou alors c'est à la fin de la séance. Par exemple, ça peut m'arriver de
110 donner un questionnaire de sensibilisation centrale, le CSI, de demander à la personne de le remplir et
111 on discutera la prochaine fois. Parfois ça m'arrive d'utiliser un StartBack. Les questionnaires plus
112 spécifiques je les donne souvent si j'en ai besoin, je les donne par la suite des séances. Hors échelle
113 d'évaluation DN4, mais c'est de l'oralité, je vais le faire pendant la séance avec le patient.

114 **Est-ce qu'au fur et à mesure des séances, la proximité avec le patient, vous permet d'aller chercher**
115 **d'autres informations ?**

116 E7 : Le but, c'est que j'ai le maximum d'informations possibles dès le début, pour que j'ai une vue
117 d'ensemble de la personne et de quelles sont selon moi, les facteurs sur lesquels il va falloir travailler et
118 quel axe, en fait on va plutôt prendre. A la fin de la séance je vais proposer un premier plan de traitement
119 au patient, et après, les séances suivantes, elles me permettent d'explorer effectivement, un peu plus en
120 profondeur certaines choses. Qui deviennent des thèmes de séances en particulier. Par exemple, si j'ai

121 repéré de la kinésiophobie chez une personne, par rapport à ce qu'elle me dit ; ensuite lorsque je lui fais
122 faire un bilan objectif ou même que je lui fais faire un mouvement, je vais lui faire prendre conscience
123 de cette kinésiophobie, sans pour autant la cibler directement mais juste qu'il analyse qu'effectivement,
124 il y a de la peur ou de l'appréhension. Et ensuite lui expliquer que ça, ça peut avoir une répercussion sur
125 ces symptômes actuelles et que c'est un paramètre important à prendre en compte pour la suite des
126 séances. Et ensuite, si le patient est d'accord pour travailler sur ça, explorer un peu plus comment se
127 manifeste cette kinésiophobie dans son quotidien et donc du coup, trouver des exercices en séances pour
128 travailler là-dessus.

129 **Donc si je reformule, c'est le fait d'entamer une relation avec ce patient, d'avoir une conversation**
130 **avec lui, en dehors d'une forme d'interrogatoire frontal avec lui qui vous permet de mieux**
131 **personnaliser la prise en charge que vous allez avoir pour un patient.**

132 E7 : Oui. Le but, c'est ce que j'ai dit au début, c'est avoir une vision globale et de me dire, ok, j'ai ça
133 devant moi, on va essayer d'aller voir par-là, de proposer, de voir avec le patient et faire des itérations
134 successives en fonction de ça. Donc, je valide ou pas et je passe à autre chose en fonction. Même si ce
135 qui a été invalidé, peut revenir plus tard.

136 **Du coup, vous avez évoqué les termes de kinésiophobie, de peur du changement, ça recoupe ce**
137 **que l'on retrouve sous le terme de drapeaux jaunes, comment vous servez vous de la classification**
138 **flags qui est proposé dans les recommandations HAS ?**

139 E7 : Je les distingue dans ma tête, mais j'ai pas besoin de les noter, je sais ce que c'est un drapeau jaune,
140 bleu ou noir. Après, je vais aller chercher l'ensemble de ces drapeaux. J'ai intégré ce système d'approche
141 dès que j'ai commencé à pratiquer et donc du coup, c'est organiser dans ma tête. Je sais ce que je dois
142 aller chercher. Je sais ce que je dois aller chercher comme drapeaux jaunes, je sais que je dois aller
143 investiguer si il y a eu un problème avec l'employeur, si il y a eu un préjudice physique pour la personne
144 et que du coup, cette personne est en attaque au tribunal avec telle ou telle personne, je sais qu'il faut
145 rajouter ça. Ils ne sont pas distingués dans mon logiciel de bilan.

146 **Comment gardez-vous une trace de ces informations ?**

147 E7 : Par écrit. En fait, au tout début de ma pratique, j'avais une approche très très organisée, avec tout
148 le déroulé, qui me permettait de ne rien oublier. Et plus, en tout cas, je pense, pour moi, ça a été comme
149 ça, plus j'ai pratiqué avec ce genre d'éléments à rechercher, plus je les ai intégré. Maintenant, à l'heure
150 actuelle, j'utilise le logiciel kobus, qui est un logiciel qui est super pour organiser ça. Et le truc dont je
151 me sers le plus, c'est anamnèse et une case blanche et je rédige.

152 **Chez un patient que vous rencontrez pour la première fois, quand vous n'avez pas d'a priori sur**
153 **une lombalgie aiguë ou chronique, comment vous allez faire la différence ?**

154 E7 : Peu importe la pathologie et là ça s'étant aux pathologies en dehors du rachis, c'est prendre en
155 compte le contexte de la personne. Etre dans sa globalité. Je le fais systématiquement.

156 **Est-ce que vous avez des a priori, ou est-ce que vous en avez eu et ils ont changé ?**

157 E7 : C'est dur comme question, ce sont des préjugés ?

158 **Oui, vos représentations en tant que thérapeute car elles influencent la relation avec le patient.**

159 E7 : Ok. C'est évident qu'il y a des a priori, il y en a toujours. C'est faux de dire, j'en ai pas. J'essaye
160 de sonder. Je le vois pas comme un défi mais plus comme, je me dis que j'ai envie d'être bon avec ce
161 qu'il va se passer avec la personne, pour qu'il saisisse les éléments qui vont être importants pour lui.

162 Parce qu'à l'heure actuelle, les approches sont encore très biomédicales et peut être que cette personne
163 jusqu'à présent a plutôt reçu des traitements qui étaient basés sur une approche biomédicale et que les
164 facteurs qui peuvent entretenir sa douleur car par exemple, les drapeaux jaunes, on pas été pris en
165 compte. Et je me dis plutôt, il va falloir que je sois bon au niveau du contact, au niveau de la relation
166 thérapeutique pour faire passer ses idées là. Et que la personne prenne conscience que ça a une
167 répercussion sur comment elle expérimente sa douleur. Mais je ne me dis pas, en merde, encore un
168 chronique, justement, c'est ce vers quoi je me spécialise car j'aime le contact de ce type de personne.
169 Parce que tu te dis que c'est l'occasion d'avoir des échanges différents. Il y a un patient qui m'a marqué,
170 c'est une anecdote, il me dit, vous êtes le 36^{ème} thérapeute que je vois et donc du coup, forcément ça
171 implique qu'à un moment, il faut se démarquer. Que ce soit dans l'écoute, dans la compréhension de
172 ce qu'il a, dans le fait de lui proposer des traitements qui font sens aussi avec ces croyances, ce sur quoi
173 il veut aller. Je le vois comme ça.

174 **J'ai noté que selon vous, être bon dans la relation, ça doit passer par l'écoute, la compréhension**
175 **du patient et le fait de faire sens avec ce qu'il dit. Pas d'autres choses à me détailler avec ces**
176 **notions de relationnel ?**

177 E7 : En fait, alors là, il y a pas mal d'études qui ont été faite là-dessus. Ce qui ressort de la littérature,
178 c'est que la personne a envie de se sentir écoutée, comprise et crue. Qu'elle ait une explication qui soit
179 claire, pourquoi elle a mal, donc qu'elle est sa pathologie, donc j'essaye de passer du temps à leur
180 expliquer qu'elle est leur pathologie et à m'assurer qu'ils ont compris. Quand le pronostic est favorable,
181 je le dis et je l'explique. Quand le pronostic est bon et que le patient a de bonnes chances d'évoluer,
182 j'essaye au maximum de leur donner de la confiance. Et après, ça va être aussi, moi, j'aime bien laisser
183 le choix dans les traitements avec les patients. Quand je disais avoir un traitement qui a du sens, c'est
184 bête mais j'aime bien montrer plusieurs exercices et après laisser au patient le choix de prendre ce qu'il
185 souhaite et de les focaliser aussi ces exercices sur des choses qui vont être importantes pour elle. Si la
186 personne elle me dit qu'elle a envie de faire de l'escalade, et bien je vais essayer de trouver des exercices
187 qui ressemblent à ce qu'elle peut rencontrer sur de l'escalade ou même des gestes qui préparent à la
188 reprise de l'escalade. En dehors de la séance en tant que telle, j'aime bien faire en sorte que les patients
189 aient la sensation qu'ils aient le temps, le patient qui est pas encore habillé et je lui dis, on va aller
190 reprendre un rendez-vous, je vais lui dire, je vais là-bas, prenez le temps de vous rhabiller et on se
191 retrouve là-bas. Plutôt que de lui dire, suivez-moi et la personne qui est à moitié habillée.

192 **Et comment se passent les échanges avec le patient ? Autour d'une table ou alors vous avez initié**
193 **un traitement et la discussion se fait en même temps ?**

194 E7 : J'aime bien pousser la table sur le côté et souvent j'ai un petit bureau, j'essaye de me poser pour
195 avoir mon ordinateur et en même temps voir le patient, sans être opposé à lui, mais sur le côté. Et
196 souvent, on peut avoir une distance un peu plus proche et souvent, je suis dans une autre salle, où il y a
197 un fauteuil un peu plus confortable et une chaise plus dure. Souvent, ils mettent le manteau sur le gros
198 fauteuil et ils s'assoient sur la petite chaise. Je leur dis, non, mettez le manteau sur le porte-manteau et
199 asseyez-vous dans le fauteuil et j'essaye d'instaurer un cadre où je leur dis, maintenant c'est votre
200 moment, c'est le moment où vous allez me parler de ce pourquoi vous venez et on prend le temps. On a
201 tous vu des patients qui arrivent et ils commencent déjà à se déshabiller et ils disent « je me mets là, sur
202 la table. » et je les réoriente, je leur dis « non, non, prenez le temps, on va s'asseoir, j'ai besoin de parler
203 un peu avec vous pour mieux comprendre ». J'aime bien faire ça. Même pendant la séance, si j'ai
204 commencé, imagine que j'ai fait un bilan avec certains tests et que la personne était sur la table, si à un
205 moment donné, je veux prendre le temps pour expliquer et donner du sens à ce que j'ai trouvé et donner
206 des axes de traitement, souvent je redis à la personne, vous pouvez vous rasseoir. Ça repose le cadre de

207 ok, maintenant, on s'assoit. Mais ça, c'est une croyance, je sais pas, mais j'ai l'impression que pour moi,
208 c'est moins utile et optimal de donner des informations importantes quand la personne, je suis en train
209 de tester ou quoi. Même si je le fais un peu, mais quand vraiment je prends le temps, je discerne les
210 choses.

211 **Et cette première séance, c'est du bilan et vous commencez le traitement aussi ?**

212 E7 : Oui, j'essaye toujours. J'ai fait le choix de faire une première séance qui dure trois quart d'heure,
213 une heure et j'aime bien, je me mets un peu de pression pour qu'il y ait le début du traitement qui soit
214 fait au début de la séance. Ça m'arrive rarement de ne pas le faire parce qu'après, je suis frustrée, je ne
215 me sens pas bien quand je dis ok, on a terminé le bilan, la prochaine fois on attaque le traitement, je ne
216 le fais pratiquement jamais. Sinon, je me sens mal. J'ai envie que le patient il ait déjà quelque chose à
217 faire, plutôt qu'il se dise, il m'évalué, c'est très bien mais je ne sais pas encore ce que je dois faire.

218 **On a parlé des patients qui avaient un lourd passé d'errance thérapeutique, comment vous vous**
219 **positionnez par rapport à ce passé-là ?**

220 E7 : Je me positionne avec, j'accueille, là d'autant plus que les croyances vont être importantes et quel
221 a été le discours des autres thérapeutes. Je crois que c'est important de les prendre en compte, surtout
222 quand on a vu 35 personnes avant toi. Et là, j'aurais tendance à encore plus leur laisser le choix, à les
223 mettre encore plus dans une position d'acteurs parce que souvent ce sont des personnes qui sont
224 habituées à avoir des choses à faire. On leur dit, il faut faire ci, il faut faire ça. Et jusqu'à présent ça n'a
225 pas fonctionné. Je me dis d'une certaine manière que peut être ça peut être pertinent de plutôt, de
226 vraiment leur demander vers quoi ils veulent aller, quels sont les objectifs et ça peut être l'occasion de
227 négocier un objectif qui peut être atteignable par rapport aux moyens que j'ai. C'est évident qu'une
228 personne qui a mal depuis 20 ans et qui a vu 35 personnes avant, qui vient et qui me dit, moi je ne veux
229 plus avoir de douleurs, il faut que je lui fasse comprendre qu'en fait je sais pas. Je sais pas. Et que s'il
230 part avec cette attente-là, effectivement, on va dans le mur. Il va falloir renégocier un peu ça.

231 **Des objectifs plus fonctionnels ?**

232 E7 : Pas forcément, je vais m'intéresser de pourquoi c'est important pour vous de ne pas pus avoir de
233 douleurs, qu'est-ce que la douleur vous empêche de faire, ça peut être fonctionnel mais il y a des gens
234 qui m'ont déjà répondu qu'ils n'arrivent pas à se concentrer et ils ont un projet professionnel qu'ils
235 n'arrivent pas à faire car ils ont des problèmes de concentration. Et donc là, je vais leur demander si ils
236 ont déjà été voir un neuropsychologue. Donc pas forcément que du fonctionnel.

237 **Pour revenir sur les questionnaires, quand est-ce que vous les utilisez ?**

238 E7 : Souvent les questionnaires, je m'en sers à viser éducative ou pour prendre conscience de
239 quelque chose. En gros, moi je ne suis pas là pour faire un diagnostic psychologique, je suis là
240 pour faire du dépistage. Donc le dépistage, en connaissant le questionnaire, je peux poser certaines
241 questions à l'oral de ce questionnaire que je connais, si je vois que ça semble élever, si j'ai envie je peux
242 leur donner le questionnaire. Par exemple un HAD, ou un questionnaire sur la dépression, qui va me
243 servir pour montrer au patient, ok, on retrouve des choses qui par rapport à ce que vous me dites et par
244 rapport aux questionnaires, il y a des choses qui pourraient être intéressantes à retravailler, je suis pas
245 psychologue mais je pense que ça pourrait être intéressant pour vous de les retravailler. Donc ça
246 m'engage sur cette voie-là. C'est la première utilisation. Et deuxième utilisation, c'est à une visée
247 éducationnelle. Soit on utilise le questionnaire pour prendre conscience de certaines choses, s'il y a
248 d'autres troubles qui sont associés à la douleur et que c'est des facteurs sur lesquels il faut travailler ou
249 pour faire passer des idées sur les douleurs. Et aussi, pour avoir des notions de marqueurs d'évolution

250 du traitement. En me disant, dans quelques mois, on le refera et on verra les différences. Les
251 questionnaires peuvent me donner des indices, par exemple, le CSI évalue beaucoup de choses, il y a
252 certaines questions que moi je n'évalue pas. Par exemple, systématiquement, je ne demande pas si les
253 patients ils ont des problèmes de concentrations, si ils ont eu des psycho-traumas pendant leur enfance,
254 si ils sont sensibles à la douleur, ça peut m'arriver mais ce n'est pas systématique. Donc ces questions-
255 là peuvent permettre d'engager des discussions là-dessus et parfois, il y a des patients qui n'ont jamais
256 fait le lien. C'est la première fois qu'on m'en parle, j'ai jamais consulté un professionnel de santé pour
257 cela, ça peut aider dans la redirection.

258 **Avec les autres thérapeutes, vous échangez beaucoup, avec lesquels ?**

259 E7 : J'échange beaucoup avec les médecins qui m'envoient les patients, par exemple, comme je disais
260 en début d'entretien, avec les médecins du centre de la douleur, les médecins qui m'envoient les patients,
261 je leur donne des éléments de bilan, j'échange aussi pas mal avec les psychologues de ce service, du
262 centre de la douleur et si je réfère la personne chez quelqu'un, j'aime bien avoir la personne avant, pour
263 donner un bilan et pour lui dire pourquoi la personne va venir la voir.

264 **Par quelle voie ?**

265 E7 : Ça dépend, ça peut être courrier ou téléphone.

266 **Réévaluez-vous les facteurs psycho-sociaux du patient, pour voir comment le patient évolue sur
267 ces points-là ?**

268 E7 : C'est une question hyper-intéressante parce que ce qu'il y a derrière c'est est-ce que la modification
269 des croyances doit être faite de manière systématique. Effectivement, je réévalue. Moi, ce qui m'importe
270 c'est d'évaluer. Des croyances ou des risques psycho-sociaux, qui sont des obstacles à la rééducation de
271 la personne. Donc, ça veut dire qu'il y a aussi, c'est sous-entendu, d'autres risques psycho-sociaux, par
272 exemple des croyances erronées, qui ne sont pas forcément des obstacles, et donc au début, comme
273 beaucoup, je croyais qu'il fallait tout corriger. Après, est ce que je suis là pour corriger les croyances
274 erronées de la personne qui est en face de moi et est-ce que ça marche. Et sur est-ce que ça marche, on
275 a pas beaucoup de données. Si on parle de la littérature, modifier les croyances des gens, c'est étudié,
276 par exemple dans les prisons, pour la déradicalisation des islamistes extrémistes, ça marche pas. Ils ont
277 de très mauvais résultat. Donc moi, je pense pas qu'il faille absolument changer toutes les croyances,
278 par contre, si il y en a une qui fait vraiment obstacle et que la personne par exemple, elle me dit, j'ose
279 pas me pencher en avant, sinon mon hernie discale elle va se barrer en arrière et donc du coup, je vais
280 devoir me faire opérer, ça c'est un obstacle. Donc là, il va falloir qu'on en parle, ou même qu'on fasse
281 une expérience où la personne fait le mouvement, et elle s'aperçoit que tout va bien. Ça s'appelle de
282 l'adulation d'attente, c'est pas très beau en français, c'est expectation violation, c'est le fait que j'ai une
283 attente particulière négative en faisant ce geste là et mon attente initiale ne se réalise pas. Donc ça remet
284 en cause ce que moi je croyais. Ça ouvre des brèches sur comment moi je peux lui apporter des
285 informations sur ce qu'il vient de se passer et changer un peu de paradigme et lui expliquer que c'est
286 peut-être un peu différent.

287 **Est-ce que il y a des choses dans les formations que vous avez retiré des formations post-diplôme
288 qui t'ont permis d'avancer avec les patients sur les relations ?**

289 E7 : C'est hyper-dur. Je pense que les claques que je me suis prise en formation c'est la manière de
290 classer le patient, donc plus uniquement les classifications biomédicales, en type de douleur qu'il a
291 pour avoir vraiment un idée de ce qu'il a, y compris pour savoir si il a une prédominance des facteurs
292 psycho-sociaux, notamment pour savoir si il est dans une catégorie nociplastique, est-ce qu'on est plutôt

293 sur une catégorie sur de la douleur neuropathique ou nociceptive et avoir ça clairement sur le champ
294 biomédical. Sur vraiment, l'influence des risques psycho-sociaux, qui sont en gros à l'heure actuelle,
295 qui sont les facteurs d'évolution qui sont les plus importants, enfin, ce sont des modérateurs de la douleur
296 qui sont les plus importants. Et après, les autres claques, c'est sur l'éducation, comment on explique au
297 patient la douleur, parce que c'est pas facile en fait. Et il y a plein de formations qui existent sur le sujet,
298 mais on a beau être hyper-formé là-dessus, on se casse toujours les dents et c'est à chaque fois différents
299 avec les personnes et là il y a plein d'approches différentes et il faut en tester plusieurs. Et je crois
300 d'ailleurs que c'est la multiplicité des supports, elle peut être intéressante, que ce soit par le biais d'un
301 questionnaire, parler à l'autre, donner le lien d'un site internet pour aller consulter Retrain Pain par
302 exemple ou un petit guide sur la douleur, etc. et après, ce qui moi me plaît ces derniers temps, c'est
303 laisser du choix à trouver des choses qui ont du sens. Très souvent, la personne elle me dit que son dos
304 il est pas stable ou qu'il est fragile, de montrer des exercices sur des points qui sont importants à travailler
305 et après de demander sur lequel de ces exercices vous sentez que vous allez le plus devenir fort au niveau
306 de votre dos. C'est con, mais si la personne, elle se dit activement, qu'à chaque fois qu'elle le fait chez
307 elle, elle est en train de renforcer son dos, c'est parfait.

308 **Sur des patients avec qui vous arrivez dans une impasse, comme gérez-vous cela ?**

309 E7 : On redéfinit les objectifs, souvent c'est que les objectifs sont pas clairs. Soit ça stagne donc, peut
310 être que je suis passé à côté de quelque chose, parfois, on fait réévaluer le patient par un autre collègue
311 ou alors rediriger vers quelqu'un dont c'est vraiment la spécialité, j'explique au patient que c'est pour
312 lui, parce qu'il y a peut-être de nouvelles données. Reparler des objectifs, ça m'arrive souvent de dire,
313 là, je suis un peu perdu, mais pourquoi on se voit aujourd'hui. Il y a des personnes qui s'énervent par
314 rapport au type de traitement, qui se remettent en question certaines choses, je leur demande ce qu'ils
315 attendent de moi.

316 **Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous souhaiteriez abordées ?**

317 E7 : Non, je pense qu'on a fait le tour.

318 **Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.**

319

320

[FIN DE L'ENTRETIEN]

321

322