



Avertissement

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

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. 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>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION GRAND EST

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN MASSO-KINESITHERAPIE

Sous la direction de

M. TORTUYAUX Christophe

Mémoire présenté par **Esteban STEIL**,
étudiant en 4ème année de masso-
kinésithérapie, en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021



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

Je soussigné(e),**STEIL Esteban**.....

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

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

Fait à Nancy, le**29/04/2021**.....

Signature

Remerciements :

Ce travail d'initiation à la recherche a été réalisé dans le cadre de l'UE 28, en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute. Mais avant toute chose, il me paraissait plus qu'important de citer l'ensemble des personnes m'ayant apporté une aide, un soutien, durant l'élaboration de cette étude, et tout au long de mon parcours.

Tout d'abord, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire, monsieur Christophe TORTUYAUX, Masseur-Kinésithérapeute et cadre coordonnateur de rééducation au sein de L'OHS de Lorraine, pour ses précieux conseils, sa disponibilité malgré la crise sanitaire et son intérêt pour ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFMK de Nancy pour m'avoir accompagné durant ces quatre années au sein de l'institut, et pour leur dévouement dans la transmission de leurs connaissances et leurs expériences aux étudiants.

Je remercie ma famille pour m'avoir soutenu du début jusqu'à la fin de mon cursus, sans jamais douter de mes capacités.

Je tenais également à remercier Marie-Hélène FONTAINE, pour ses conseils et ses corrections dans la rédaction de ce travail.

Je remercie tout particulièrement ma compagne pour ses encouragements, son amour et sa dévotion à me pousser lors des moments difficiles.

Enfin, je remercie mes camarades, futurs confrères et amis, qui ont permis de rendre ces années tout simplement mémorables.

L'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie

INTRODUCTION – L'intégration du modèle Biopsychosocial permet à l'alliance thérapeutique d'étendre son champ d'application jusqu'à atteindre celui de la Masso-Kinésithérapie, une profession avant tout basée sur la relation à l'autre. Nous pouvons définir cette notion comme une collaboration mutuelle du patient avec le thérapeute, basée sur un sentiment de confiance et la négociation des tâches et objectifs à accomplir dans le cadre de la rééducation. L'intégration des principes de l'alliance thérapeutique améliore l'adhérence et la satisfaction des patients concernant leurs soins. Elle serait également corrélée à une diminution de la douleur et donc une amélioration des résultats. Mais l'instauration d'une alliance thérapeutique nécessite la prise en compte de nombreux facteurs, tels que l'engagement, la confiance, le don de soi et l'écoute attentive. Nous nous sommes interrogés sur les connaissances des Masseurs-Kinésithérapeutes français à propos de l'alliance thérapeutique et l'intégration de ses principes lors de leurs prises en charge. **METHODE** — Pour répondre à cela, nous avons distribué un questionnaire à propos de la relation thérapeutique sur un réseau social durant quatre semaines. **RESULTAT** — Nous comptabilisons un total de 158 réponses. Les femmes constituent la majorité des participants (89,2 %), les 30-40ans sont les plus représentés (38,6 %) et 86,1 % travaillent en libéral. La moyenne générale au SAAT est de 16,56/20. Pour 98,70 % des participants, une bonne relation doit être collaborative. 86 % d'entre eux prennent en compte les éléments propres au patient dans cette relation, contre seulement 22,78 % pour ceux du praticien. Enfin, la notion d'alliance thérapeutique est familière à 69 % des participants, et 94,94 % des professionnels pensent qu'elle est applicable en Masso-Kinésithérapie.

CONCLUSION — Au vu des résultats de notre enquête, les Masseurs-Kinésithérapeutes français semblent connaître l'alliance thérapeutique et leurs pratiques paraissent en accord avec les principes de cette dernière. Mais certains éléments doivent être améliorés, notamment la prise en compte des facteurs du praticien sur la relation de soin. D'autres études dans ce domaine sont nécessaires pour confirmer ces résultats, et démontrer les intérêts de l'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie.

Mots clés : Alliance thérapeutique, Masso-Kinésithérapie, Enquête.

Therapeutic Alliance in Physiotherapy

INTRODUCTION - The transition to the Biopsychosocial model allows the therapeutic alliance to extend its scope of application to reach that of physiotherapy, a profession based above all on the relationship with the other. We can define this notion as a mutual collaboration between the patient and the therapist, based on a feeling of trust and the negotiation of tasks and objectives to be accomplished within the framework of rehabilitation. The integration of the principles of the therapeutic alliance improves patient adherence and satisfaction with their care. It is also correlated with a decrease in pain and therefore an improvement in outcomes. However, the establishment of a therapeutic alliance requires the consideration of many factors, such as engagement, trust, self-giving and attentive listening. We asked ourselves about the knowledge of French physiotherapists concerning the therapeutic alliance and the integration of its principles in their care. **METHOD** - To answer this question, we distributed a questionnaire about the therapeutic relationship on a social network during four weeks. **RESULTS** - We counted a total of 158 responses. Women constituted the majority of participants (89.2%), 30-40 years old were the most represented (38.6%) and 86.1% worked in private practice. The overall average on the SAAT was 16.56/20. For 98.70% of the participants, a good relationship must be collaborative. 86% of them take into account the patient's own elements in this relationship, compared to only 22.78% for the practitioner's elements. Finally, the notion of therapeutic alliance is familiar to 69% of the participants, and 94.94% of the professionals think that it is applicable in Physiotherapy.

CONCLUSION - According to the results of our survey, French physiotherapists seem to know the therapeutic alliance and their practices appear to be in accordance with its principles. However, some elements need to be improved, in particular the consideration of the practitioner's factors on the care relationship. Further studies in this field are needed to confirm these results and to demonstrate the interest of the therapeutic alliance in physiotherapy.

Key words : Therapeutic alliance, Physiotherapy, Survey.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
1.1 Contexte :.....	1
1.2 Définition des termes :.....	2
1.2.1 Etymologie :.....	2
1.2.2 Selon les données de la littérature :	3
1.3 Origines de l’alliance thérapeutique :.....	4
1.3.1 Psychanalyse :.....	4
1.3.2 Modèle biopsychosocial :.....	5
1.3.3 Médecine :.....	6
1.4 L’alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie :	7
1.4.1 Intégration dans la pratique :	7
1.4.2 L’influence de l’alliance thérapeutique sur les résultats de traitement :	8
1.4.2.1 Retour sur la psychologie :.....	8
1.4.2.2 Masso-Kinésithérapie :	9
1.4.3 Amélioration de l’alliance :.....	11
1.4.3.1 Relation thérapeutique :	11
1.4.3.2 Alliance thérapeutique	13
1.5 Problématisation :	15
1.6 Hypothèses :.....	16
2. MATERIEL ET METHODES :.....	16
2.1 Stratégie de recherche :.....	16
2.2 Méthode :.....	17

2.2.1	Population :	17
2.2.2	Questionnaire :	18
2.2.2.1	Construction questionnaire :	18
2.2.2.2	Description du questionnaire :	19
2.2.2.3	Distribution du questionnaire :	20
2.2.3	Recueil des données :	21
2.2.4	Analyse statistique :	21
2.3	Matériel :	21
3.	RESULTATS	22
3.1.	Population :	22
3.1.1	Description de la population de l'étude :	22
3.2.	Principes de l'alliance thérapeutique :	23
3.3.	Facteurs d'influences de la relation thérapeutique :	26
3.4.	Connaissance de l'alliance thérapeutique :	28
4.	DISCUSSION	30
4.1	Biais de l'étude :	30
4.1.1	Représentativité :	30
4.1.2	Méthodologie :	30
4.1.2.1	Diffusion du questionnaire :	30
4.1.2.2	Construction du questionnaire :	31
4.1.3	Communication :	32
4.1.4	Désirabilité sociale :	32
4.2	Interprétation des résultats :	33
4.2.1	Connaissance de l'alliance thérapeutique :	33
4.2.2	Adéquation avec les principes de l'alliance thérapeutique :	34
4.2.3	Une tendance générationnelle :	35

4.2.4	Axes d'amélioration :	36
4.2.4.1	Le patient :.....	37
4.2.4.2	Les influences sur l'alliance thérapeutique :.....	37
4.2.4.3	La quantification de l'alliance thérapeutique :.....	38
4.3	Limites de l'étude :	40
4.4	Propositions pour les pratiques futures :	41
4.4.1	Amélioration de l'outil d'enquête :.....	41
4.4.2	Proposition de sujets d'étude futurs :.....	42
4.4.3	Intégration de l'alliance thérapeutique en IFMK :.....	43
5.	CONCLUSION :	45

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Table des Tableaux :

Tableau I : Répartition des nombres de réponses en fonction des question 5 à 9.

Tableau II : P value des comparaisons des Moyennes du SAAT

Tableau III : Comparaison des Moyennes au SAAT selon le sexe.

Tableau IV : Comparaison des Moyennes au SAAT selon la situation professionnelle.

Tableau V : Comparaison des Moyennes au SAAT selon la tranche d'âge.

Tableau VI : Comparaison des réponses aux question 5 à 9, en fonction de l'expérience professionnelle.

Tableau VII : Comparaison des réponses aux questions 5 à 9, en fonction de la tranche d'âge.

Tableau VIII : Comparaison des réponses de la question 12, en fonction de la tranche d'âge.

Tableau IX : Comparaison des réponses à la question 13, en fonction de la tranche d'âge.

Tableau X : Termes les plus employés par les participants pour définir l'alliance thérapeutique.

Tableau XI : Comparaison des termes utilisés selon la connaissance ou non de l'alliance thérapeutique.

Tableau XII : WAI-ReD

Tableau XIII : CAF-P

Table des Figures :

Tableau I : Répartition des nombres de réponses en fonction des question 5 à 9.

Tableau II : P value des comparaisons des Moyennes du SAAT

Tableau III : Comparaison des Moyennes au SAAT selon le sexe.

Tableau IV : Comparaison des Moyennes au SAAT selon la situation professionnelle.

Tableau V : Comparaison des Moyennes au SAAT selon la tranche d'âge.

Tableau VI : Comparaison des réponses aux question 5 à 9, en fonction de l'expérience professionnelle.

Tableau VII : Comparaison des réponses aux questions 5 à 9, en fonction de la tranche d'âge.

Tableau VIII : Comparaison des réponses de la question 12, en fonction de la tranche d'âge.

Tableau IX : Comparaison des réponses à la question 13, en fonction de la tranche d'âge.

Tableau X : Termes les plus employés par les participants pour définir l'alliance thérapeutique.

Tableau XI : Comparaison des termes utilisés selon la connaissance ou non de l'alliance thérapeutique.

Tableau XII : WAI-ReD

Tableau XIII : CAF-P

Liste des abréviations :

MKDE : Masseur-kinésithérapeute Diplômé D'Etat.

WAI : Working Alliance Inventory.

SAAT : Score d'Adéquation à l'Alliance Thérapeutique.

WAI-ReD : Working Alliance Inventory Rheabilitation Dutch version.

CAF-P : Cuestionario d'Alianza terapéutica de Fisioterapia-Pacientes.

EVA : Echelle Visuelle Analogique

WAI-ReDVAS : Working Alliance Inventory Rehabilitation Dutch version Visual Analogue Scale.

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte :

Pour introduire ce travail d'initiation à la recherche, nous avons choisi de vous exposer la façon dont ce projet a débuté.

Dans un premier temps, la profession de Masseur-Kinésithérapeute nous amène quotidiennement à faire de nouvelles rencontres. En effet, à chaque nouvelle prise en charge nous faisons la connaissance d'une personne, le patient. Il ne s'agit pas uniquement de rééducation pour une hanche ou un genou. Ce travail doit être réalisé dans le but d'améliorer les capacités et la qualité de vie d'une personne dans son entièreté. Il est alors primordial de prendre en compte la pathologie et la plainte du patient. Mais il reste crucial de prendre en compte la thymie, la personnalité, l'environnement et les attentes de la personne derrière cette plainte.

Ces éléments, propres à chaque patient, rendent chaque prise en charge unique et sont déterminants des résultats espérés, quelle que soit la pathologie. Or, ce n'est pas avec des techniques de mobilisations, de massages, d'étirements, ou de physiothérapies que le Masseur-Kinésithérapeute peut agir sur ces facteurs. D'autres stratégies sont utilisées par l'ensemble de la profession. Nous agissons par le biais de nos paroles, nos gestes et nos intentions. Effectivement, c'est par le caractère relationnel de nos soins que nous pouvons espérer avoir un impact sur ces éléments.

Ainsi, lors de la réalisation de tous nos actes, la partie relationnelle et nos capacités à l'entretenir avec les patients seront toujours exploitées. Nous pouvons en déduire que cette partie de notre profession est essentielle, par son omniprésence et son rôle de levier. Et pour ces raisons, nous avons orienté ce travail de recherche sur un point de vue centré sur les sciences humaines.

En fait, après avoir entamé des recherches portées sur l'hypnose nous nous sommes vite rendu compte de l'importance de la relation de confiance initiale avant de pouvoir réaliser une séance

d'hypnose. C'est ainsi que nous avons rencontré le terme « alliance thérapeutique ». Nos recherches se sont donc concentrées sur cette alliance entre un patient et le praticien, et à son applicabilité dans le domaine de la Masso-Kinésithérapie.

Cette première étape nous ayant permis de vous faire comprendre pourquoi nous nous sommes intéressés à ce sujet en particulier, nous pouvons poursuivre notre argumentaire. Nous vous proposons donc de définir ce terme qu'est l'alliance thérapeutique.

1.2 Définition des termes :

1.2.1 Etymologie :

Tout d'abord, le terme « alliance » est relatif à une union, à une action d'allier plusieurs parties, et résulte de cette action. Il est utilisé dans divers contextes comme celui du mariage (anneau d'alliance), de la guerre (alliance militaire) ou encore dans la religion (pacte entre Dieu et les hommes). (1)

D'autre part, le terme « thérapeutique » fait référence à une partie de la médecine ayant pour but de traiter les maladies. Selon *Balzac*, cela se définit comme un ensemble de moyens de traitement convenant à une maladie en particulier. Il est également question d'un art, celui de prendre soin de quelqu'un. En d'autres termes, la « thérapeutique » fait référence aux moyens employés pour apporter des soins particuliers à une personne les nécessitant. (2)

Ainsi, l'expression « alliance thérapeutique » peut se traduire par une union entre deux parties dans un objectif d'apport de soin. Cette alliance se ferait donc entre le soigné, nécessitant un traitement, et le soignant, procurant les soins. Mais cette définition est-elle complète ? Prend-elle en considération tous les éléments de l'alliance thérapeutique ? Pour répondre à cela, nous allons vous exposer quelques définitions que nous avons pu retrouver dans la littérature.

1.2.2 Selon les données de la littérature :

L'alliance thérapeutique est une notion récente, mais a tout de même fait l'objet de nombreuses définitions au fil du temps. En effet, plusieurs auteurs et protagonistes reconnus dans leurs domaines ont voulu apporter leur pierre à cet édifice.

Tout d'abord, *Sigmund Freud*, éminent psychanalyste autrichien, décrivait l'alliance thérapeutique comme indispensable en psychothérapie, et dans toute autre démarche de soin. Un traitement ne pouvait commencer sans la mise en place d'une relation favorable entre le soignant et le soigné. *Freud* voulait créer un lien entre le patient et son traitement, mais aussi avec le thérapeute. Il était alors déjà question de créer une alliance de travail entre le patient et le thérapeute. (3,4)

Par la suite, *Louise Gaston* a proposé son propre point de vue vis-à-vis de l'alliance thérapeutique. Il était alors question d'une théorie multidimensionnelle basée sur quatre facteurs indépendants :

- Alliance de travail (le travail du patient dans sa thérapie)
- Alliance thérapeutique (le lien affectif entre le patient et le thérapeute)
- Compréhension et engagement du thérapeute envers le patient
- Accord du patient et du thérapeute sur les tâches et objectifs à réaliser au cours de la prise en charge. (4)

Quant à *Edward S. Bordin*, il traduisait l'alliance comme un mouvement émotionnel entre au moins deux personnes. Elle serait régie par trois dimensions s'influçant continuellement entre elles, lui conférant un caractère dynamique et complexe :

- Buts (objectifs généraux du traitement)
- Tâches (actions et engagements du patient nécessaires au traitement)
- Lien (affect entre le patient et le soignant)

De plus, la vision de l'alliance thérapeutique de *E.S. Bordin* différait de celle d'autres professionnels. Il la voyait comme un levier sur lequel le patient pouvait s'appuyer pour adhérer au traitement proposé. (5)

Plus récemment, *Antoine Bioy* et d'autres auteurs se sont associés pour décrire pleinement l'alliance thérapeutique. Pour cela, ils ont pris en compte plusieurs éléments des différentes définitions. En les confrontant, ils ont pu mettre en évidence des similarités et les principaux éléments abordés dans ces dernières. Ainsi, pour que la définition soit la plus complète possible, il était nécessaire d'y intégrer de nombreuses dimensions. L'alliance serait donc une collaboration mutuelle entre patient et thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés à la suite de négociation, le tout basé sur une relation de confiance et un partenariat entre les deux parties. (6)

L'existence de ces nombreuses définitions nous démontre le caractère complexe de cette notion d'alliance thérapeutique. De plus, ces définitions trouvent leur origine dans le domaine spécifique de la psychologie. Mais elles peuvent être étendues aux différents domaines de la santé. Or, pour justifier cela, il nous semble indispensable de vous exposer l'histoire de la notion d'alliance thérapeutique. Cela nous permettra de faire le lien entre cette notion et le domaine de santé en général.

1.3 Origines de l'alliance thérapeutique :

1.3.1 Psychanalyse :

Les origines de l'alliance thérapeutique prennent racine dans le domaine de la psychanalyse. Et pendant plusieurs années, seul ce domaine est concerné par cette dernière.

En fait, le terme d'alliance thérapeutique est mentionné pour la première fois par *Sigmund Freud* au début du vingtième siècle. Dans ses études sur l'hystérie, il mentionnait la nécessité d'une collaboration ou d'un engagement de la part du patient. Puis il exposait la nécessité de créer ce lien entre le patient et son traitement avant de le commencer, sans quoi le thérapeute risquait de se trouver rapidement inefficace. Durant la même période, *Freud* élaborait sa théorie des transferts. Or, certains auteurs voyaient l'alliance comme opposée aux transferts, tandis que d'autres professionnels la voyaient comme complémentaire. (4,6)

Sándor Ferenczi et *Elisabeth Zetzel* se sont également intéressés à cette notion. L'un mettait l'accent sur l'influence de la personnalité du praticien (empathie, adaptabilité) sur une relation de soin placée au centre de la thérapie. Tandis que l'autre insistait sur la nécessité d'un sentiment de confiance durable pour l'élaboration d'une alliance thérapeutique. (7)

D'autres professionnels ne distinguaient pas l'alliance thérapeutique des transferts. Pour autant, ils intégraient à leurs pratiques des éléments de cette dernière. Comme *HC. Curtis*, avec l'établissement d'une confiance pour la coopération du patient. Ou encore *Owen Renik* qui insistait sur l'aspect collaboratif de la prise en charge. (6,7)

Par la suite, des études ont démontré qu'aucun moyen thérapeutique de psychologie n'était significativement supérieur à un autre. Or, l'alliance thérapeutique s'est rapidement identifiée comme étant le point commun entre toutes les thérapies ayant le plus d'impact sur la variance des résultats. L'alliance thérapeutique s'est ainsi identifiée comme une variable intégrative essentielle à toute pratique psychologique. (7)

Cette approche intégrative de l'alliance thérapeutique a été permise par les études de *Lester Luborsky* et de ses équipes. Ainsi, il a pu apporter sa propre définition de l'alliance. Mais ce sont surtout les théories multidimensionnelles de *Louise Gaston* et *Edward.S. Bordin* qui ont permis d'élargir le champ de l'alliance thérapeutique au sein de la psychologie. (3,7)

1.3.2 Modèle biopsychosocial :

Avant d'aborder l'intégration de l'alliance thérapeutique en médecine, il est important d'exposer un changement dans la pratique de la médecine participant à cette intégration : le passage au modèle biopsychosocial.

Geroges.L. Engel, médecin de formation initiale puis psychanalyste, encourageait les médecins à s'intéresser au patient autant qu'à sa maladie. La construction de son modèle s'est inspirée de plusieurs travaux, dont ceux de *Adolf Meyer* et de *Roy.R. Ginker*. Ainsi, après plusieurs années

de réflexion, *Geroges.L. Engel* proposait en 1977 son modèle biopsychosocial, en soulignant l'aspect réducteur du modèle biomédical. (8)

Ce modèle comprenait sept paradigmes visant à élargir la vision de la médecine, en intégrant pleinement le patient dans la prise en charge. Ainsi, des éléments subjectifs étaient associés à des données biomédicales concrètes. De plus, il était question du rôle de la relation patient-soignant, et de celui du patient au sein de la prise en charge. *G.L. Engel* justifiait ainsi l'importance de la prise en considération de la dimension humaine du médecin et du patient dans la thérapie. (8)

La naissance de ce modèle a permis l'essor du caractère humain de la médecine, et cela, autant pour le patient que pour le praticien. Ainsi, la nécessité de prendre en compte les aspects psychosociaux du patient, au sein de toute prise en charge médicale, était démontrée. La notion d'alliance thérapeutique avait ainsi toute sa place dans la médecine en général.

1.3.3 Médecine :

Le modèle biopsychosocial né dans les années quatre-vingt a sans aucun doute facilité l'intégration de l'alliance thérapeutique au sein de la médecine. Mais des études montraient déjà un lien entre la relation patient-soigné et les résultats thérapeutiques. En 1966, *Michael Balint* démontrait l'importance de la relation permettant de replacer le patient au centre de la thérapie. (7)

Par la suite, d'autres études ont démontré que l'engagement du médecin dans les soins engendrait une meilleure fidélité de ses patients, associée à une meilleure satisfaction. Ainsi, la qualité de l'alliance thérapeutique était un élément prédicteur de la satisfaction générale des soins, associée à une meilleure adhésion à ces derniers. (7)

De plus, le début du XXIe siècle a été marqué par de nombreuses études concernant l'alliance thérapeutique. En 2001, la National Institute Mental Health (NIMH) mettait en évidence l'influence de l'alliance de travail dans les traitements médicaux et pharmacologiques. Durant

la même année, une revue de la littérature a démontré que l'intégration de soins émotionnels et cognitifs aux soins standards était ce qui impactait le plus les résultats. Ainsi, des médecins adoptant un style plutôt chaleureux et rassurant obtenaient de meilleurs résultats par rapport à des médecins à l'attitude trop formelle, distante. (7)

L'alliance thérapeutique est donc une notion qui a vu le jour au sein de la psychanalyse, et qui a pu être étendue plus largement au monde de la médecine, en partie grâce au modèle biopsychosocial. Mais alors qu'en est-il de l'intégration de cette notion au sein du monde paramédical ? Et plus précisément au sein de la Masso-Kinésithérapie ?

1.4 L'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie :

1.4.1 Intégration dans la pratique :

Tout comme pour la médecine, l'instauration du modèle biopsychosocial est à l'origine de l'intégration de l'alliance au sein de la Masso-Kinésithérapie. (9)

Ce modèle a permis l'émergence de la prise en charge centrée sur le patient. Nous pouvons illustrer cela par la prise de conscience de l'importance des facteurs personnels et environnementaux, par l'utilisation de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) dans la construction de nos bilans diagnostiques kinésithérapiques. (10)

L'intégration du modèle biopsychosocial a également modifié la valeur de l'interrogatoire nécessaire avant tout traitement. En effet, un interrogatoire bien mené nous permet d'accéder à de nombreuses informations sur le patient. Pour cela, il est nécessaire d'axer l'entretien sur le patient, et non pas essentiellement sur sa pathologie. Et en plus des informations récoltées, en rapport avec ses croyances et les facteurs de risques, cette première interaction nous donne les clés d'une communication adaptée avec ce patient. Ainsi, un interrogatoire intégrant les bases du modèle biopsychosocial a bien plus d'intérêt. (11)

Par ailleurs, la compréhension actuelle de cette notion au sein de notre profession se base principalement sur la théorie multidimensionnelle de *E.S. Bordin*. Cette dernière serait la plus adaptée à nos modalités de prise en charge, même si ces origines plutôt psychologiques limitent son application au sein de la Masso-Kinésithérapie. (9)

De plus, ces dernières années ont été marquées par de nombreuses recherches en Masso-Kinésithérapie concernant cette notion, et son utilité en pratique. Ces recherches, dont la plupart sont anglophones (américaines, australiennes, hollandaises...), sont diverses. Mais elles tentent toutes de renforcer le lien entre l'alliance thérapeutique et la Masso-Kinésithérapie. Pour cela, elles étudient l'adéquation de cette notion à notre pratique, son influence sur les résultats de traitement, et les facteurs qui pourraient l'impacter. Ce nouvel engouement a donc permis d'augmenter les preuves concernant la possibilité de mise en place d'une alliance thérapeutique et d'une centralisation de la thérapie sur la personne. En revanche, un manque de consensus et de lignes directrices concernant ces mesures persiste toujours. (9)

Les changements de nos pratiques par intégration du modèle biopsychosocial démontrent bien la prise en compte du patient dans son entièreté au cours de la prise en charge Masso-Kinésithérapique. Cela, associé à l'augmentation de l'intérêt de nombreux praticiens pour l'alliance thérapeutique, met bien en évidence que cette notion a toute sa place au sein de la profession, et cette place ne fait que grandir.

1.4.2 L'influence de l'alliance thérapeutique sur les résultats de traitement :

1.4.2.1 Retour sur la psychologie :

De nombreuses études ont consisté à démontrer l'influence de l'instauration d'une alliance thérapeutique sur les résultats. Cette démarche a tout d'abord vu le jour en psychothérapie.

Dans un premier temps, l'alliance thérapeutique était considérée comme le meilleur facteur prédictif d'une psychothérapie. Elle était donc souvent mesurée, le plus souvent par le biais de questionnaire comme le Working Alliance Inventory (WAI). Et comme nous l'avons exposé précédemment, l'alliance était également le facteur commun de plusieurs types de thérapies ayant le plus d'impact sur les résultats. (4)

D'autres études dans ce domaine ont pu établir qu'une forte alliance thérapeutique était le médiateur de changement, améliorant l'adhésion du patient à son traitement, et par conséquent les résultats des traitements. (5,6,12)

Ainsi, le lien entre l'alliance thérapeutique et l'amélioration de l'état du patient était démontré en psychologie. Mais cette relation est-elle valable pour d'autres domaines, comme en Masso-Kinésithérapie ?

1.4.2.2 Masso-Kinésithérapie :

Comme nous l'avons abordé précédemment, de nombreuses études sont nées dans le but de faire le lien entre alliance thérapeutique et Masso-Kinésithérapie. Et certaines de ces études se sont concentrées sur les impacts de cette dernière sur les résultats de la rééducation. Ces dernières traitent des sujets divers ayant pour point de rassemblement les effets de l'alliance thérapeutique sur les pratiques. Ainsi, l'influence de cette dernière a été étudiée dans plusieurs disciplines de la Masso-Kinésithérapie, explorant ainsi son action dans le champ musculosquelettique jusqu'au neurologique, en passant par les domaines de la pédiatrie et de la gériatrie. Tout cela, pour vous exposer l'aspect universel de l'alliance thérapeutique au sein de nos prises en charge.

Tout d'abord, une étude examinant les rôles de l'alliance thérapeutique au sein de différentes prises en charge a permis de mettre en avant ses divers avantages en fonction des pathologies. Ainsi, dans le cas d'atteintes cérébrales, l'alliance thérapeutique permettrait d'augmenter l'adhésion du patient et sa collaboration dans son traitement. Dans le cas des pathologies

cardiaques et des cérébrolésés, elle diminuerait la tendance dépressive de ces patients. Et l'alliance thérapeutique augmenterait la satisfaction des patients vis-à-vis de leurs traitements dans le cas de TMS et de lombalgies. (12)

Dans le prolongement de cette idée, il est reconnu que l'alliance thérapeutique permet une amélioration de l'adhésion, de la satisfaction et de l'efficacité des traitements. Ainsi, cette dernière semble intéressante dans la prise en charge de patient dépressif ou anxieux, mais aussi dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie. (13,14)

De plus, une bonne alliance thérapeutique serait favorable à la promotion de l'exercice. Cela s'expliquerait par le sentiment de réciprocité et le respect découlant de l'alliance. Mais aussi par l'instauration de la confiance et l'adaptation des instructions pour une meilleure compréhension. L'alliance thérapeutique permettrait également d'augmenter la confiance des patients envers les capacités professionnelles du thérapeute. Cet aspect de promotion de l'activité physique est également retrouvé chez des personnes âgées. Cela à court et long terme, ce qui est d'autant plus intéressant. Dans ce cas, il est question d'un sentiment de collaboration, de l'affect et du soutien apporté par le praticien. (15,16)

Dans l'approche multidimensionnelle de la lombalgie, à l'heure actuelle, une étude a mis en avant le développement de l'alliance thérapeutique dans les principes de prise en charge de ces patients. Cette étape était décrite comme indispensable pour obtenir la confiance du patient, permettant ainsi de limiter la réticence de patients vis-à-vis de certaines techniques. De plus, une étude canadienne s'est intéressée à l'apport de l'alliance thérapeutique dans le traitement des lombalgies chroniques. Et selon les résultats de cette étude, la mise en place d'une alliance thérapeutique optimisée diminue significativement la douleur ressentie par les patients. (17,18)

Dans le cas d'autres douleurs chroniques, il a été défendu que la force d'une alliance thérapeutique au sein d'une prise en charge améliorerait les résultats du traitement. Cependant, ces effets sur la douleur ne font pas l'unanimité. En fait, une revue récente sur l'alliance thérapeutique et la douleur lors de TMS a mis en évidence qu'il existe une corrélation avec la diminution des douleurs. Mais cette dernière n'est pas suffisante. Ce résultat s'expliquait surtout par un manque de données dans la littérature sur ce sujet. (10,13,14)

L'alliance thérapeutique n'a pas seulement été étudiée selon diverses pathologies. Cette dernière et ses effets ont également été analysés dans des populations spécifiques, comme la pédiatrie. Ainsi, il a été établi que l'alliance jouait un rôle important dans ces soins. Cela était ressenti à la fois par les thérapeutes, les enfants et les parents. Bien entendu, cette situation de prise en charge singulière appelle à des difficultés pour la construire, car nous n'avons pas seulement deux protagonistes, mais souvent quatre et plus, qui doivent interagir pour le bien de l'enfant. (19)

Finalement, même si les études ne sont pas assez nombreuses ou significatives concernant ses effets, l'alliance thérapeutique semble tout de même corrélée à une amélioration, ou tout du moins, à une relation positive vis-à-vis des résultats en Masso-Kinésithérapie. Il serait donc intéressant d'apporter plus d'attention à cet effet durant nos séances. Or, pour optimiser cela, certains facteurs sont indispensables à comprendre et à assimiler pour l'intégrer à notre pratique. (12,13,15)

1.4.3 Amélioration de l'alliance :

Nous avons pu voir que l'alliance thérapeutique se révélait être un outil très utile dans le domaine de la Masso-Kinésithérapie. Mais pour que cette utilisation soit possible, il est nécessaire de prêter attention à certains éléments et d'acquérir quelques notions essentielles concernant les facteurs impactant cette dynamique. Afin de vous présenter tous ces facteurs, nous nous intéresserons d'abord à la relation thérapeutique au sens large, puis nous nous concentrerons sur l'alliance thérapeutique.

1.4.3.1 Relation thérapeutique :

L'alliance thérapeutique étant ancrée dans l'univers de la relation du thérapeute avec le patient, il semble évident que certains principes participant à une bonne relation thérapeutique s'étendent à cette dernière. C'est pourquoi nous avons choisi, dans un premier temps, de vous

exposer les différentes modalités qui peuvent influencer une relation thérapeutique, et donc par extension, une alliance thérapeutique.

Ainsi, selon une étude, trois principes permettent de favoriser la création d'un lien solide avec le patient. Il s'agit de la reconnaissance de l'individu, en le considérant comme son égal et en individualisant la prise en charge. Le don de soi, permettant au patient de voir le thérapeute comme une personne tout en respectant son professionnalisme. Et enfin l'utilisation du corps comme un pivot, cela par la clarification des problèmes physiques des patients, à l'aide d'explications et conseils adaptés, mais aussi par le toucher permettant de faciliter la création d'un lien entre le thérapeute et le patient. (20)

Une fois le lien créé, il est tout aussi important de le maintenir. Quelques conditions semblent essentielles pour entretenir ce lien. En effet, le sentiment de présence de la part des deux parties est primordial, tout comme une séparation physique de la salle de soin permettant au patient de se livrer à son thérapeute. La réceptivité aux paroles de l'autre est également primordiale, caractérisée par une écoute, mais aussi une attention au comportement du patient. D'autre part, l'authenticité du praticien et le don de soi sont des valeurs appréciées par les patients. Enfin, un thérapeute engagé dans les soins est le dernier principe permettant d'établir cette relation de soin. (20,21)

Intéressons-nous maintenant à l'élaboration d'une relation de soin dans un domaine spécifique de la Masso-Kinésithérapie, les troubles musculosquelettiques. En réalité, dans la prise en charge de ceux-ci nous retrouvons des facteurs spécifiques et non spécifiques. Et parmi les facteurs non spécifiques, nous retrouvons la relation thérapeutique, et l'environnement dans lequel elle prend place. Or, les compétences interpersonnelles et de communication du thérapeute influencent cette relation. Ainsi, la capacité d'écoute, l'empathie, mais aussi la communication corporelle d'un praticien agit sur la relation de soin. Tout comme l'expertise et les capacités pédagogiques de ce dernier. Enfin, l'instauration d'une pratique centrée sur le patient est indispensable à l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité. (22)

Une relation thérapeutique dépend donc de nombreux éléments. Mais sa construction et son entretien peuvent être facilités. Ainsi, les éléments clés sont l'écoute de l'autre, le don de sa

personne, l'engagement, et l'authenticité. Ces éléments influencent également l'alliance thérapeutique, mais de quelles manières ? Sont-ils les seuls éléments à prendre en compte ?

1.4.3.2 Alliance thérapeutique

Après avoir fait le parallèle entre les facteurs influençant la relation thérapeutique, nous pouvons nous focaliser sur les éléments impactant la construction et le maintien d'une alliance thérapeutique.

Dans un premier temps, il est indispensable que le professionnel prenne en considération cette alliance au sein de sa prise en charge, avant de vouloir l'améliorer. Ensuite, l'alliance étant en mouvance perpétuelle, le Masseuseur-kinésithérapeute doit être en capacité de comprendre les modalités permettant une amélioration ou non de l'alliance durant sa pratique. (9,10,13,23)

De plus, certaines études insistent sur le fait que le premier entretien avec la personne est très important. Il est la base d'une alliance thérapeutique réussie. Et pour renforcer ce lien, le passage par la négociation des objectifs avec le patient semble obligatoire. Finalement, la première impression du praticien au patient serait prédictive. De la même façon, les préférences relationnelles des patients semblent être l'élément le plus déterminant de la qualité d'une alliance thérapeutique. (23,24)

Une alliance de qualité est souvent associée à plusieurs éléments, notamment lorsque le praticien apprend à connaître le patient, et à le comprendre. Il y a également une mise en évidence de l'importance des explications données aux patients pour comprendre dans quel but nous réalisons les actes. L'alliance est liée à un thérapeute qui donne les clés au patient, pour qu'il contribue lui-même à sa rééducation. Ainsi, le thérapeute permet au patient de mobiliser ses propres ressources pour optimiser ses capacités. (16)

Or, l'alliance thérapeutique ne se construit pas uniquement sur ce que le Masseuseur-Kinésithérapeute peut dire au patient, mais aussi de la manière dont il le dit. En fait, la construction de cette alliance se base surtout sur la façon d'interagir avec les patients. Elle se repose donc sur le rapport à l'autre, la confiance, la communication et la notion d'accord. Une interaction réconfortante et attentionnée est liée à l'élaboration de cette alliance, tout comme l'engagement du thérapeute, son écoute et sa sensibilité aux émotions des patients. Les facteurs

non verbaux ont également été étudiés, sans pouvoir faire de conclusion significative. Seul le contact visuel soutenu serait favorable à l'alliance thérapeutique. (14,25)

L'alliance thérapeutique connaît elle aussi quelques spécificités selon les situations. En effet, dans le cas d'une prise en charge à la suite d'un AVC, la rééducation est particulière, avec la prise en compte de l'entourage et de son rôle. Ainsi, la notion d'alliance thérapeutique dans cette rééducation repose surtout sur la connexion personnelle, la collaboration professionnelle et familiale. Dans le cadre de la connexion personnelle, il est encore une fois question d'authenticité et du don de soi, par de l'auto-divulgence modérée permettant un rapprochement avec le patient. Dans la collaboration professionnelle, nous sous-entendons une compréhension mutuelle des besoins et l'atteinte des objectifs fixés. Et la collaboration avec la famille, appréciée par la plupart des patients, est importante. En réalité, les proches du patient ayant une influence sur ce dernier, cette collaboration va favoriser l'adhésion au plan de soins. (23)

Dans le domaine de la pédiatrie, nous retrouvons trois grands principes à suivre pour construire une alliance. En effet, il y a le sentiment de confiance, la transparence dans le partage des infos et encore une fois une négociation des objectifs et tâches à accomplir. Et cela avec l'ensemble des protagonistes impliqués (thérapeute, enfant et parent). Ainsi, la compétence pour créer un lien de confiance serait ici primordiale, il passerait même avant les compétences techniques du praticien. De plus, les familles attendent du praticien un certain engagement émotionnel permettant l'apport d'un soutien nécessaire. (19)

Tous ces éléments démontrent bien que l'alliance peut être optimisée. Mais cela est valable en sens inverse. Il est donc tout aussi important d'éviter certains actes et paroles.

En effet, un manque de connaissance au sujet de l'alliance thérapeutique, ou un simple manque d'expérience à ce sujet, pourrait être source de tension. De plus, une inégalité de position ressentie par les patients, dans la partie de négociation des tâches et objectifs, est également un frein au développement d'une alliance. Cela apporte un sentiment de dépendance des patients envers le thérapeute. L'alliance thérapeutique peut également être mise à mal à la suite de mauvaises interprétations des attentes relationnelles du patient, ou par manque de réactivité par rapport à ses besoins. (19,23)

De plus, certaines postures du Masseuse-Kinésithérapeute peuvent être mal interprétées par les patients. Ainsi, une mauvaise orientation du corps par rapport à celui du patient (45 à 90°)

suggère une indifférence vis-à-vis du patient. Tout comme le croisement des bras ou des jambes renvoie une image de fermeture, et donc d'une personne non sujette à la négociation ou au don de soi. (25)

Il est important de noter que le praticien n'est pas le seul protagoniste qui peut mettre à mal l'élaboration de l'alliance thérapeutique. En effet, la personnalité du patient et ses croyances peuvent limiter cette dernière. Ainsi, des sentiments de colères ou d'hostilité exprimés par le patient sont tout aussi néfastes pour l'alliance que la mauvaise posture du thérapeute. En revanche, un état dépressif ne serait pas négatif et même une indication à l'élaboration d'une forte alliance thérapeutique. (13,14)

Voici tous les éléments à prendre en compte pour réussir à optimiser pleinement une alliance thérapeutique. Bien sûr, cela est à réaliser de façon individuelle et de manière adaptée à chacun. Nous avons souhaité vous faire part de ces informations pour vous démontrer la complexité de cette amélioration, mais aussi pour vous faire prendre conscience que certaines attitudes peuvent être un obstacle à l'alliance et donc aux résultats des prises en charge.

1.5 Problématisation :

Durant la première partie de ce travail, nous avons commencé par définir la notion d'alliance thérapeutique selon son étymologie, mais aussi en fonction des données de la littérature. Puis nous nous sommes intéressés aux origines de cette notion au sein de la psychothérapie puis au sein de la médecine en général. Ensuite, nous avons étudié l'intégration de l'alliance thérapeutique au sein de notre profession, pour continuer sur ce que cette dernière peut apporter à nos prises en charge. Enfin, nous avons exposé les différents éléments à prendre en considération pour construire, entretenir et optimiser l'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie. Dorénavant, nous savons que l'alliance thérapeutique est une collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute, basée sur un sentiment de confiance et la négociation des tâches et objectifs à accomplir dans le cadre de la rééducation. Cette alliance dépend de nombreux facteurs dont l'authenticité, l'écoute, la pratique centrée sur la personne. Et se caractérise par le don de soi, l'engagement et la participation active du patient dans son

rétablissement. Enfin, l'alliance thérapeutique aurait une influence positive sur les résultats de la rééducation. Ce dernier point est important et concerne tout Masseur-Kinésithérapeute voulant optimiser ses résultats de prise en charge. Mais quelles sont les connaissances des Masseurs-kinésithérapeutes français concernant cette notion d'alliance thérapeutique, intègrent-ils ses principes à leur pratique ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé un questionnaire d'enquête à destination des Masseurs-Kinésithérapeutes de France afin d'évaluer leurs connaissances au sujet de l'alliance thérapeutique au sein de notre profession.

1.6 Hypothèses :

Notre première hypothèse serait que les MKDE ne connaissent pas ce terme, mais appliquent les principes de l'alliance thérapeutique.

Et notre deuxième hypothèse serait qu'il existe une tendance générationnelle concernant les résultats de la première hypothèse.

Les réponses au questionnaire permettront de vérifier ces hypothèses, mais également de faire le point sur la vision actuelle de la relation de soin au sein de notre profession.

2 MATERIEL ET METHODES :

2.1 Stratégie de recherche :

Les recherches permettant d'étoffer notre argumentaire ont été effectuées sur plusieurs moteurs de recherches différents. Ainsi, nous nous sommes rendus sur PubMed, Medline, Pedro, EMconsulte, Cairn, ainsi que Kinedoc. Ces différents moteurs de recherches nous ont ensuite redirigés vers d'autres interfaces pour accéder aux différents articles.

Les « mots de recherches » étaient peu nombreux. En effet, si nous utilisions d'autres termes nous perdions certaines informations. Nous avons donc un grand nombre de résultats, et le tri se faisait par lecture des titres, puis par lecture du résumé des articles. Ces mots de recherches étaient donc :

- Français « Alliance », « Thérapeutique », « rééd* », « réadaptation »
- Anglais « therapeutic », « alliance », « rehab* », « phys* »

De plus, lorsqu'un article exposait une idée affiliée à une bibliographie spécifique nous permettant d'argumenter notre travail, nous récupérions directement la source bibliographique. Ainsi, nous remontions à l'article d'origine exposant ces résultats afin d'avoir la meilleure analyse de ces derniers, et augmentant nos sources.

La période de recherches des articles est assez importante. Cela s'explique par les recherches liées à la psychologie et aux origines de l'alliance thérapeutique. Cette dernière s'étend donc de l'année 2000 pour les plus récents, à l'année 2021.

2.2 Méthode :

2.2.1 Population :

Notre population concerne les Masseurs-kinésithérapeutes Diplômé d'État de France, ou équivalent, ayant au moins une expérience de relation thérapeutique en tant que professionnel. Il n'existe aucun critère d'exclusion à notre étude. Nous savons que la population des MKDE en France est représentée en 2017 par 85 223 professionnels selon l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. (26)

Pour être représentatif, notre échantillon doit donc s'élever à 383 participants pour un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur préférée de 5 %. En estimant à 5 % notre taux de réponse, il fallait effectuer 7 660 envois de notre questionnaire pour obtenir ce nombre de

participants. Ces calculs ont été réalisés sur un site internet spécialisé dans le calcul d'échantillon. (27)

2.2.2 Questionnaire :

2.2.2.1 Construction questionnaire :

Notre questionnaire a été réalisé à l'aide de *Google Form* pour sa facilité de prise en main. La construction de notre questionnaire suit les règles retrouvées dans la littérature.

Nous avons donc fait preuve de parcimonie et de pertinence pour limiter le nombre de questions. Nous avons également prêté attention à la formulation de ces dernières. Car il était important que les questions soient les plus neutres possibles, pour ne pas influencer les réponses des participants. (28–30)

De plus, nous nous sommes inspirés d'un questionnaire préexistant, dont le but est d'évaluer l'alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné. Ainsi, ce questionnaire et les recherches réalisées au préalable nous ont permis de faire ressortir les mots clés liés à l'alliance thérapeutique. L'utilisation de ces termes dans la formulation de nos questions était indispensable. (28,29)

Enfin, dans une démarche de qualité, nous avons réalisé un prétest de ce questionnaire pour obtenir des avis extérieurs sur la forme et le contenu de ce questionnaire. Pour cela, nous avons fait appel à dix Masseurs-Kinésithérapeutes travaillant au sein de l'OHS de Lorraine et un groupe d'étudiants de l'IFMK de Nancy. Après remplissage du questionnaire, il leur était demandé de donner leur avis dans la dernière question intitulée « remarques », mais aussi d'estimer leur temps de réponse. Pour donner suite au recueil de leurs données (non prises en compte dans l'analyse de résultats), nous avons pris en considération leurs commentaires et

établi le temps nécessaire pour répondre au questionnaire, qui se trouvait être autour de cinq minutes. (28–30)

2.2.2.2 Description du questionnaire :

Tout d'abord, le questionnaire s'intitule « La relation thérapeutique en Masso-Kinésithérapie ». Nous n'avons pas souhaité faire allusion à la notion d'alliance thérapeutique dans le titre du questionnaire, pour ne pas induire de biais de participation à notre étude.

Le questionnaire se divise en trois rubriques. Chaque rubrique explore un thème bien particulier. Entre chaque rubrique, un petit paragraphe est intégré pour rappeler aux répondants le caractère anonyme des réponses. Cela dans le but d'optimiser l'authenticité des réponses récoltées.

La première rubrique nommée « À propos de vous » permet la récolte de données personnelles indispensable pour permettre une analyse complète des résultats du questionnaire. Il est donc demandé au répondant de donner son sexe, sa tranche d'âge, ses années d'exercices et son statut (libéral ou salarial). Les réponses à ces questions sont toutes prédéfinies. Nous avons choisi de commencer par cette rubrique pour mettre en confiance les participants. (28,29)

La deuxième rubrique « concernant votre vision de la relation thérapeutique » est composée de neuf questions. Les cinq premières questions possèdent des modalités de réponses sous la forme d'une échelle de Likert allant de 1 (précédé de la mention « pas du tout d'accord ») à 4 (suivi de la mention « tout à fait d'accord »). Ce format de question permet de mettre les résultats sous forme de score. L'addition de ces scores permet d'analyser l'adhésion ou non à une notion. Ces questions interrogent l'avis du répondant concernant certains aspects de la relation thérapeutique. Et chacune de ces questions reprend des termes évoquant l'alliance thérapeutique (confiance, négociations, explications...). Ensuite, les questions 10 et 11 font référence à la bonne relation thérapeutique, ce qu'elle apporte et ce qui la caractérise selon l'avis du participant. Puis, les questions 12 et 13 portent sur les différents facteurs pouvant influencer cette relation thérapeutique. La question 13 s'intéresse essentiellement aux attitudes

du praticien et se présente sous forme de tableau, permettant de prendre en compte plusieurs attitudes avec une seule question. (28–30)

La dernière rubrique intitulée « Alliance thérapeutique » est composée de six questions, dont quatre fermées et deux ouvertes. Ainsi, pour terminer le questionnaire nous dévoilons au répondant le véritable sujet de l'étude. Tout en sachant que les questions précédentes permettent de savoir si le praticien est en accord avec cette notion. Il est donc demandé au participant s'il connaît l'alliance, comment il la définirait et si cette notion est applicable en Masso-Kinésithérapie selon lui. Puis, nous interrogeons l'avis du répondant sur la possibilité de quantifier l'alliance thérapeutique et l'utilité de cette action. Pour finir, le participant est libre de s'exprimer sur le sujet de ce questionnaire dans la partie « commentaire » du questionnaire. Cela permet aux personnes interrogées de ne pas ressentir un sentiment de frustration, mais aussi de nous faire part de leurs avis concernant le questionnaire. (28,30) (Voir Annexe I)

2.2.2.3 Distribution du questionnaire :

La distribution du questionnaire a été réalisée à l'aide du réseau social Facebook. En effet, ce dernier nous permettait de transmettre instantanément notre questionnaire à de nombreuses personnes. Or, comme énoncé précédemment il fallait interroger 7 660 professionnels pour obtenir un échantillon représentatif. Et en utilisant cette méthode, nous interrogeons potentiellement 15 800 MKDE. Et pour que cela soit exclusivement réservé aux MKDE, nous avons publié sur des groupes dédiés aux échanges entre Masseurs-Kinésithérapeutes.

En revanche, même si cette stratégie permet de diffuser le questionnaire à de nombreux professionnels, une publication sur ce réseau social est éphémère. Ainsi, nous avons établi une stratégie de publication pour être les plus visibles possible et ainsi récolter un maximum de réponses. Nous avons réalisé un premier essai un matin en semaine, le 19 janvier. Puis nous avons effectué une première relance au bout d'une semaine, en début de soirée, le 28 janvier. Et nous avons réalisé une deuxième relance à une semaine d'intervalle, également en début de soirée, le 2 février. Enfin, nous avons clôturé le questionnaire le 8 février.

2.2.3 Recueil des données :

Les résultats ont été recueillis directement à l'aide de *Google Form*. Nous avons ensuite transféré les résultats sur notre ordinateur sous un format *Microsoft Excel*. À la suite de cela, nous avons supprimé le questionnaire et les résultats obtenus de la plateforme américaine. Cette action a été réalisée dans un souci de protection des données.

2.2.4 Analyse statistique :

L'analyse statistique des résultats s'est effectuée en grande partie sur le logiciel *Excel*. Nous avons également réalisé des tests statistiques sur le site *BioStatTgv*. Lors de l'interprétation de variables quantitatives le test de Mann-Withnet était utilisé, et pour des variables qualitatives ordinales nous utilisons le test de Kruskal-Wallis. Nous considérons une différence significative lorsque la p value était inférieur ou égale à 0,05.

2.3 Matériel :

Pour effectuer ce travail, un ordinateur connecté à un réseau internet était notre matériel principal.

Il était indispensable que l'ordinateur soit équipé de la suite office, notamment pour la rédaction avec *Microsoft Office*, mais aussi pour l'analyse des résultats avec *Microsoft Excel*. Nous avons également utilisé le logiciel *Zotero* pour organiser et transcrire notre bibliographie.

La connexion internet nous a permis de réaliser nos recherches, mais aussi d'utiliser l'outil *Google Form*. Nous avons également utilisé le site *BioStatTGV* pour l'analyse statistique et le site *ChekMarket* pour le calcul de notre échantillon.

3 RESULTATS

3.1 Population :

Au départ de l'étude, nous voulions recueillir un total de 383 questionnaires pour obtenir un échantillon représentatif de notre population. Or, après distribution du questionnaire et un temps d'ouverture de 4 semaines, nous avons clôturé le questionnaire en obtenant un total de 158 réponses. Soit un taux de réponse équivalent à 1% et une marge d'erreur effective de 7,79%, par rapport au nombre de réponses attendues. (27)

3.1.1 Description de la population de l'étude :

Comme dit précédemment, nous avons enregistré un total de 158 réponses. 89,2% des participants sont des femmes. Cela signifie que la population masculine est représentée par 17 hommes. De plus, les 20-40ans représentent les 2/3 de la population. En effet, la tranche d'âges des 30-40ans représente à elle seule 38,6% des participants. Les plus de 60ans sont en minorité avec un total de 7 participants. De ce fait, les 3/4 des participants sont diplômés depuis moins de 20ans. Enfin, 86,1% des professionnels de cette enquête évoluent en tant que libéraux.

Ainsi, le profil type du participant à ce questionnaire serait une femme, entre 30 et 40ans, exerçant en libéral depuis moins de 20ans.

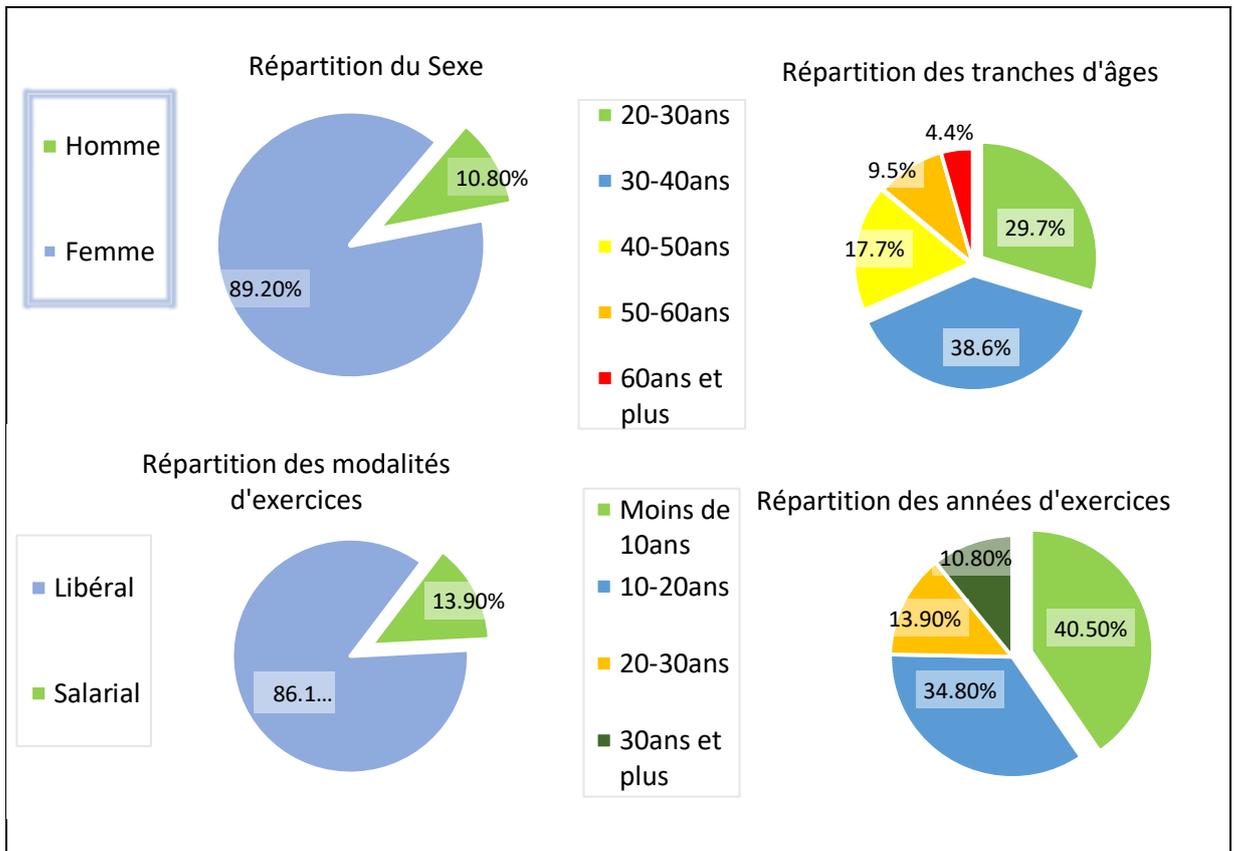


Figure 1 : Caractéristiques des participants.

3.2 Principes de l'alliance thérapeutique :

Cette partie prend en compte les réponses aux questions 5 à 11.

Tout d'abord, 110 participants sont tout à fait d'accord pour dire que la relation thérapeutique se trouve au centre de la prise en charge, contre 3 réponses en désaccord avec cette affirmation. De plus, tous les participants pensent qu'un lien de confiance est nécessaire dans la relation thérapeutique. Et 59,49% des interrogés admettent que la négociation avec le patient possède une place essentielle au sein de la prise en charge. Nous observons également que 85,44% des Masseurs-Kinésithérapeutes de cet échantillon sont tout à fait d'accord avec l'intégration de temps d'explications lors de leurs prises en charge. La majorité des participants (57,59%) pense que la prise en charge doit se centrer sur la pathologie. Et les réponses concernant cette question

sont significativement différentes en fonction de l'âge ($p=0,002$) et l'expérience professionnelle ($p=0,0008$) des participants.

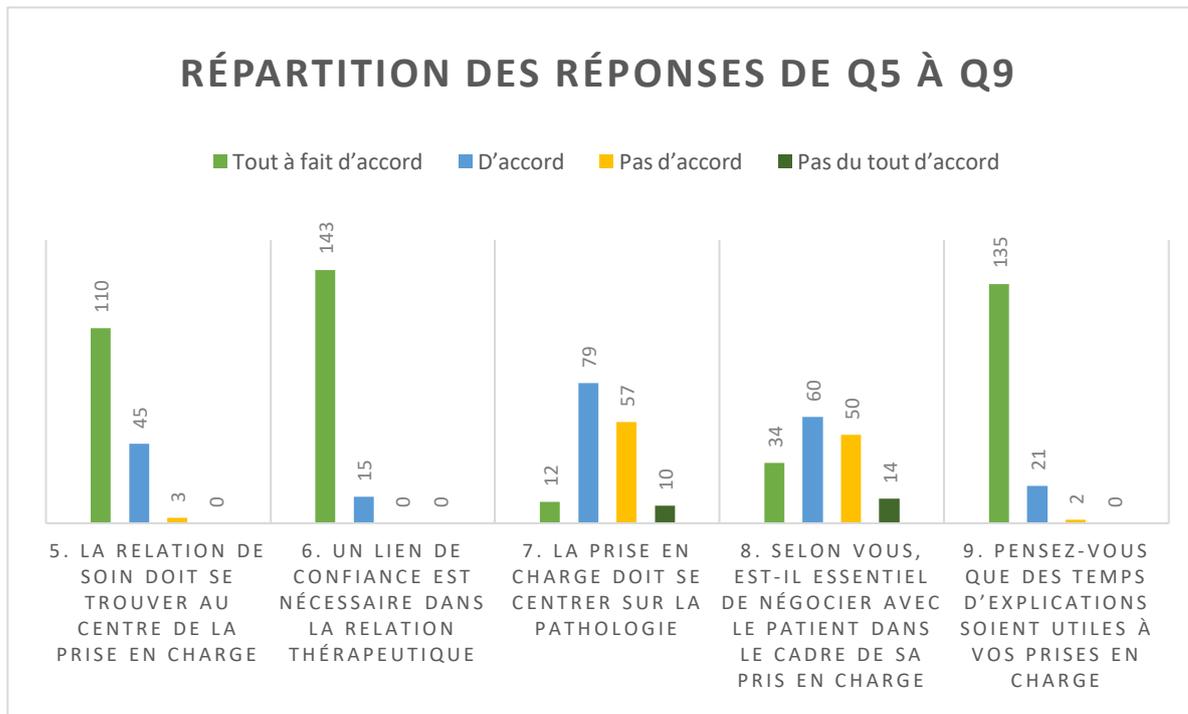


Figure 2 : Comparaison de la distribution des réponses de Q5 à Q9.

Tableau I : Répartition des nombres de réponses en fonction des question 5 à 9.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Question 5	110 (69,62%)	45 (28,48%)	3 (1,90%)	0 (0%)
Question 6	143 (90,51%)	15 (9,49%)	0 (0%)	0 (0%)
Question 7	12 (7,59%)	79 (50,00%)	57 (36,08%)	10 (6,33%)
Question 8	34 (21,52%)	60 (37,97%)	50 (31,65%)	14 (8,86%)
Question 9	135 (85,44%)	21 (13,29%)	2 (1,27%)	0 (0%)

D'autre part, un score sur vingt regroupant les cinq réponses précédentes a été établi. Chaque item compte pour quatre points maximums et un point minimum selon la concordance de la réponse aux concepts de l'alliance thérapeutique. Bien sûr, nous avons inversé les scores de la question 7 pour la cohérence des résultats. Un seuil de 16/20 au score était nécessaire pour désigner un participant en accord avec les principes de l'alliance thérapeutique. Ainsi nous obtenons une moyenne générale de 16,56/20 au score. Mais, ce score ne présente pas de différence significative selon le sexe, la tranche d'âge ou la modalité d'exercice des participants.

Tableau II : P value des comparaisons des Moyennes du SAAT

	P value
Moyenne du SAAT selon sexe	0,442
Moyenne du SAAT selon modalité de profession	0,449
Moyenne du SAAT selon tranche d'âge	0,505

En ce qui concerne les apports d'une bonne relation thérapeutique, 95,6% des participants pensent qu'elle améliore l'adhérence du patient à son traitement et 81,6% qu'elle améliore significativement les résultats des traitements. De plus, 90,5% ont répondu qu'elle est basée sur un respect mutuel. Et 72,8% des professionnels interrogés sont en accord avec ces trois notions. Par ailleurs, aucun participant n'a coché toutes les réponses, 4 d'entre eux pensent que la relation thérapeutique reste fixe dans le temps et 2 qu'elle est obtenue de la même manière pour tous. Enfin, pour 98,7% des participants, la bonne relation se qualifie comme étant une collaboration.

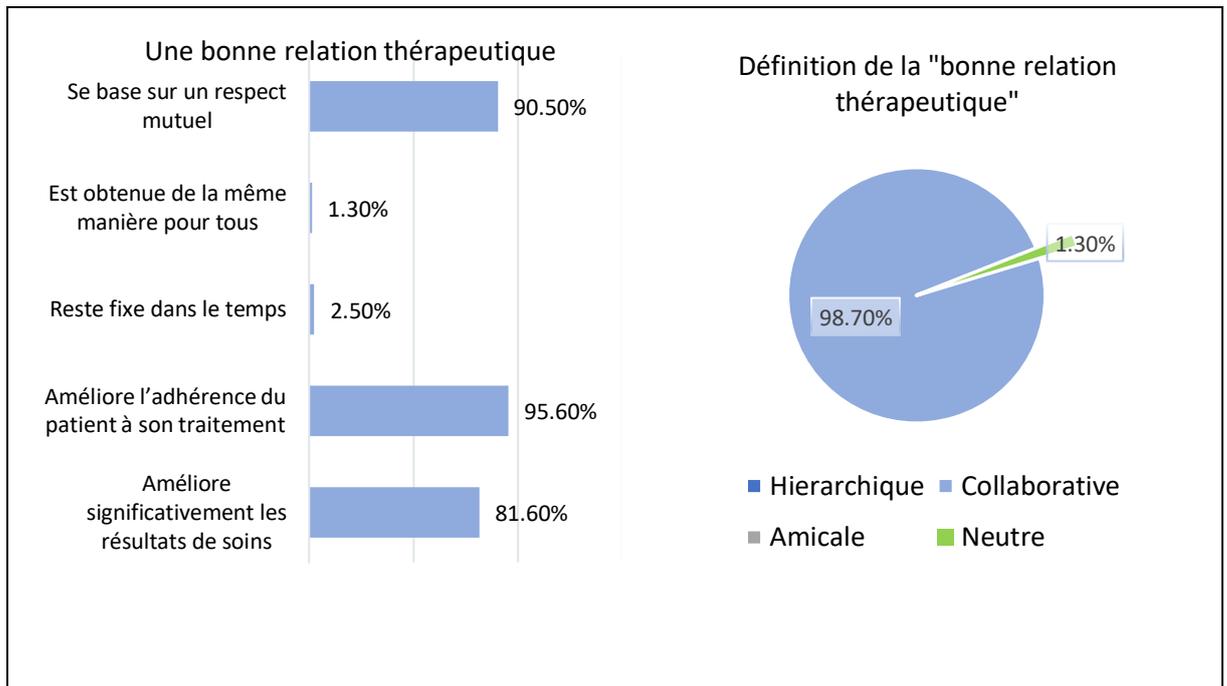


Figure 3 : Réponses concernant la « bonne relation thérapeutique »

3.3 Facteurs d'influences de la relation thérapeutique :

Cette partie retranscrit les réponses aux questions 12 et 13, faisant référence aux différents facteurs à prendre en compte dans une relation de soin.

En effet, la personnalité du patient est prise en compte pour 98,73% des participants, et 62% pour celle du thérapeute. De la même façon, 88% des professionnels interrogés prennent en compte l'environnement des patients, et 23% pour celui du praticien. Ainsi, 86,71% des participants prennent en considération les facteurs propres au patient, et 22,78% celle du praticien. De plus, les taux de réponses concernant l'environnement du praticien ou sa personnalité sont significativement différents selon la tranche d'âges des participants ($p=8,35 \times 10^{-5}$ et $p=0,0002$). Finalement, 22,15% pensent que ces 4 facteurs influencent la relation de soin.

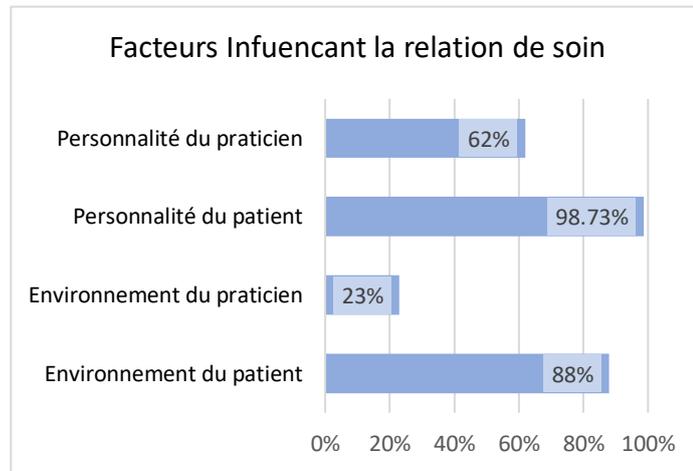


Figure 4 : Répartition des réponses de la question 12.

Par ailleurs, la majorité des participants pense que l'empathie (143), la démonstration d'intérêt (139), l'engagement (147) et l'authenticité (134) sont des facteurs propres au praticien ayant un impact positif sur la relation thérapeutique. L'indifférence du thérapeute est, quant à elle, caractérisée comme négative par 145 participants. La prise de position concernant un thérapeute distant, enclin à une attitude formelle ou directive, est moins franche, avec une tendance vers une influence neutre pour les deux premiers facteurs. De plus, il apparaît des différences significatives en fonction de l'âge des participants dans les réponses concernant l'attitude formelle ($p=0,03$) et l'indifférence ($p=0,001$).

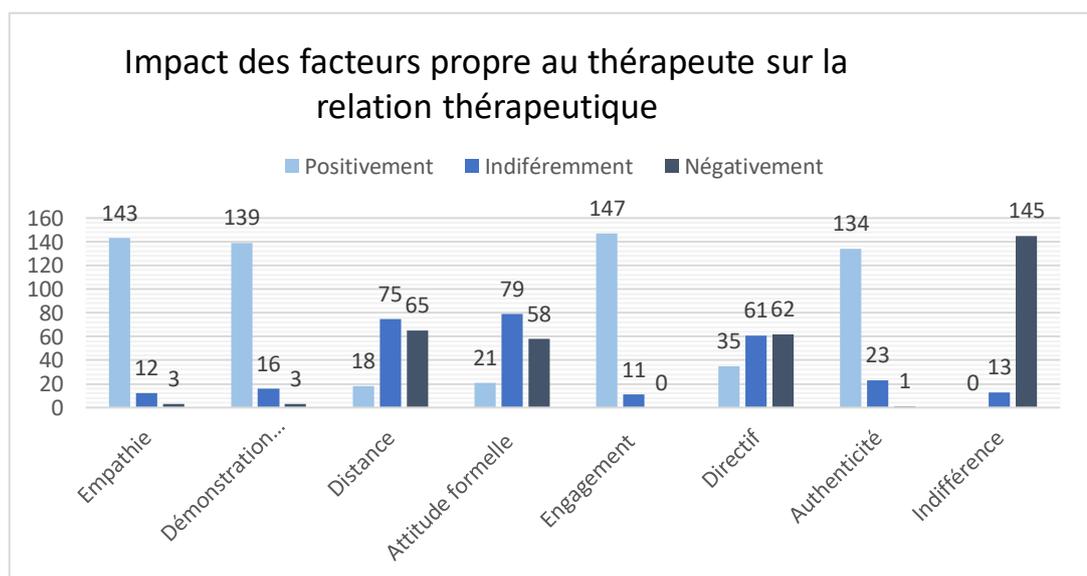


Figure 5 : Répartition des réponses de la question 13

3.4 Connaissance de l'alliance thérapeutique :

Cette partie retranscrit les résultats des questions s'intéressant aux connaissances des participants concernant l'alliance thérapeutique (questions 14 à 18).

Pour commencer, cette notion semble familière à 69% des participants et 94,94% de ce même échantillon pensent que la notion d'alliance thérapeutique est applicable dans le domaine de la Masso-Kinésithérapie. De plus, les termes les plus utilisés pour définir cette alliance thérapeutique sont la collaboration, la confiance, les objectifs communs, la notion de contrat, la communication, l'adhésion, le respect, et l'engagement.

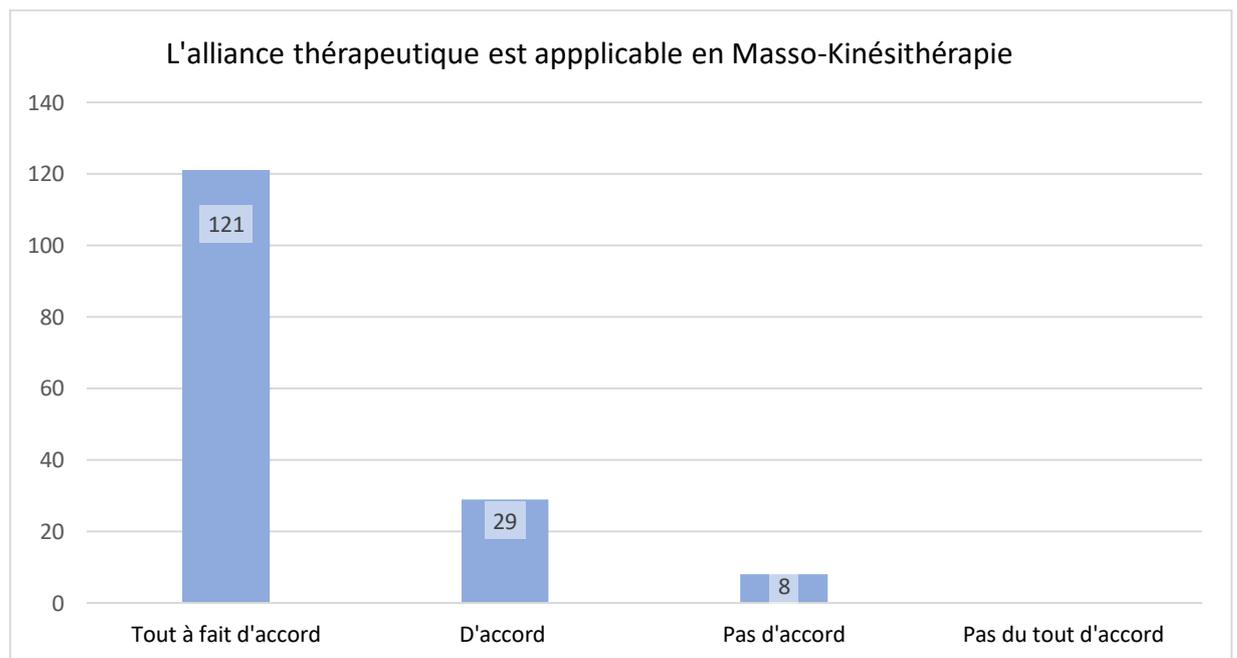


Figure 6 : Représentation des réponses concernant l'applicabilité de l'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie.

D'autre part, 10,8% des professionnels interrogés pensent qu'il existe un outil de mesure permettant de quantifier l'alliance thérapeutique en rééducation de manière adaptée. Tandis que plus de la moitié d'entre eux (62%) pensent que cet outil serait utile à notre pratique.

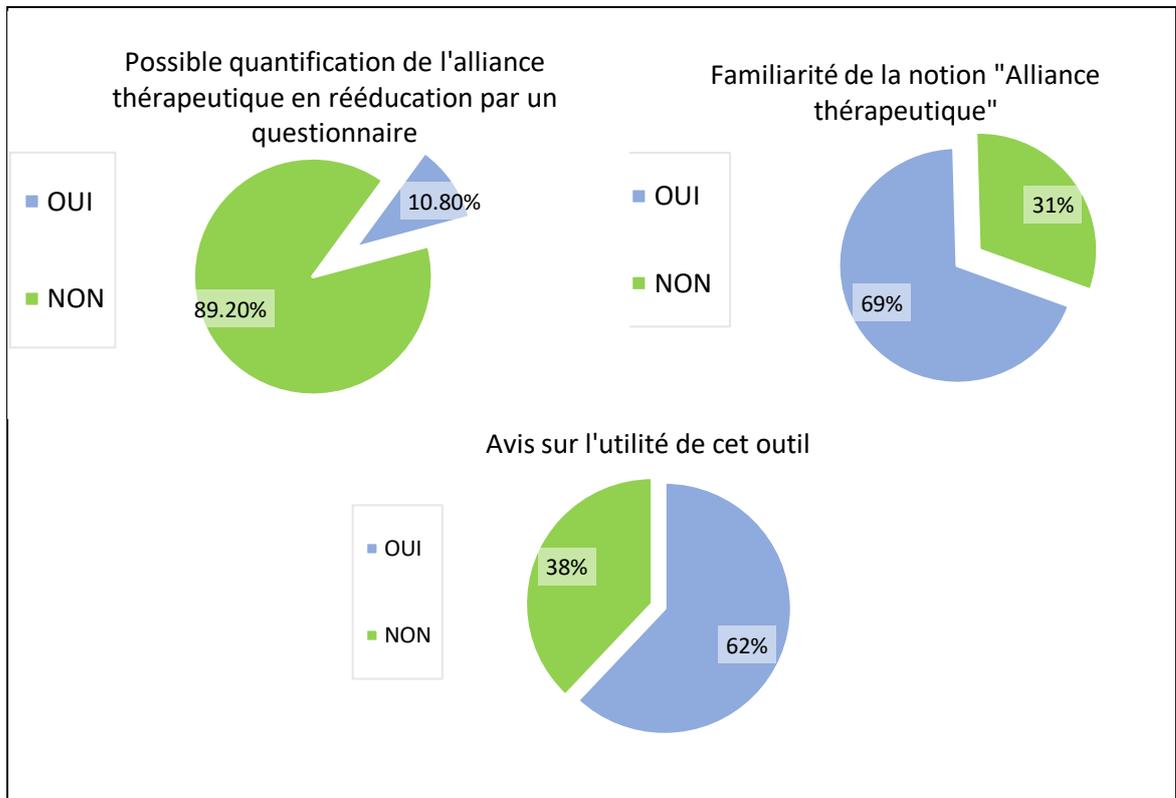


Figure 7.: Représentation des réponses concernant l'alliance thérapeutique.

4 DISCUSSION

Il s'agit à présent d'analyser les données recueillies lors de notre enquête. Mais avant toute chose, nous avons choisi de vous présenter les biais possibles de notre étude afin d'être les plus transparents possible dans l'interprétation des résultats.

4.1 Biais de l'étude :

4.1.1 Représentativité :

Tout d'abord, il est important de notifier la différence entre la taille de l'échantillon espéré au départ de notre étude, et la taille réelle de ce dernier. Au vu de cet écart, il nous est impossible d'affirmer que ces résultats peuvent être étendus à toute la population concernée, soit aux MKDE de France.

De plus, notre échantillon présente des groupes inégaux, et dont la répartition ne concorde pas avec la population réelle. Les femmes sont nettement surreprésentées dans notre étude, au détriment de la population masculine. En revanche, le groupe des plus de 60 ans est considérablement sous-représenté avec une proportion de seulement 4,43 % contre 13,6 % en 2016 selon les données de la DREES. (31)

4.1.2 Méthodologie :

4.1.2.1 Diffusion du questionnaire :

Dans un premier temps, le choix de la stratégie de diffusion de notre questionnaire présente des avantages, mais également quelques inconvénients. En effet, l'utilisation des réseaux sociaux permet de toucher un maximum de personnes en un minimum de temps. Malgré cela, une publication peut rapidement se retrouver submergée par d'autres. Nous pouvons donc nous interroger sur la visibilité réelle de notre questionnaire lors de sa diffusion. Cela pourrait expliquer le faible taux de réponse obtenu.

De plus, l'utilisation des réseaux sociaux comme seul moyen de distribution du questionnaire présente un biais d'exhaustivité. Le questionnaire est uniquement accessible à des Masseurs-Kinésithérapeutes utilisant le réseau social Facebook et faisant partie d'un des deux groupes sur lesquels nous avons posté le questionnaire. Ainsi, les professionnels n'étant pas adeptes de ce moyen de communication n'étaient pas interrogés. Et les seniors de la profession étant sans doute les moins sensibilisés à ce genre d'outil, ce dernier point expliquerait leur sous-représentation dans l'échantillon de notre enquête.

4.1.2.2 Construction du questionnaire :

Ensuite, nous pouvons nous interroger sur les éléments du questionnaire. D'après les résultats recueillis, les réponses à certaines questions nous laissent perplexes. Si nous nous penchons sur la question n° 8 (« Selon vous est-il essentiel de négocier avec le patient dans le cadre de sa prise en charge ? ») les résultats obtenus sont mitigés. Alors que nous nous attendions à une tendance plus marquée comme nous l'observons avec la question n° 9 (« pensez-vous que des temps d'explications soient utiles à vos prises en charge ? »). Or, nous pensons que la formulation de la question avec le terme « négocier » a pu prêter à confusion. La négociation se rapportant au champ lexical du commerce et du marchandage, les participants ont pu l'associer inconsciemment à une connotation négative.

De plus, notre questionnaire d'enquête était principalement formé de questions à réponses fermées, même si nous avons parfois utilisé des questions à choix multiples. Comme écrit précédemment, ce choix nous permettait une analyse plus simple des résultats. En revanche, la faible proportion de questions à réponses ouvertes induit une perte d'information. Les

professionnels interrogés avaient sans doute d'autres propositions de réponses, sans que ces dernières puissent être prises en compte au sein de notre enquête. (28)

Enfin, malgré l'attention particulière que nous avons portée sur l'enchaînement des questions, il est possible que certaines réponses de la première rubrique aient influencé la question concernant la définition de l'alliance thérapeutique. En effet, les participants ont pu comprendre que l'intérêt premier de cette enquête était lié à l'alliance thérapeutique. Ainsi, les propositions précédentes pouvaient les orienter, et leur permettre de transcrire des mots clés en rapport avec cette dernière sans avoir de connaissances particulières à ce propos. (28)

4.1.3 Communication :

Lors de la diffusion du questionnaire, il est essentiel d'expliquer en quelques phrases en quoi consiste notre étude. Dans notre cas, nous devons attirer l'intérêt des potentiels participants sans dévoiler le sujet réel de notre enquête. En faisant cela, nous devons limiter la présentation de notre questionnaire aux informations essentielles (thème général, critères exclusions/inclusions, temps de passation...). Mais un manque de données a pu refréner certains professionnels à participer à notre étude, alors que ces derniers auraient pu être intéressés par notre démarche. Ainsi, ce biais de communication a pu restreindre le nombre de participants potentiels.

4.1.4 Désirabilité sociale :

Enfin, ce dernier biais peut se définir comme la volonté de paraître sous son meilleur jour lorsqu'une personne se trouve interrogée. De ce fait, la personne ne sera pas sincère dans ses réponses, mais répondra ce qui lui semble le plus acceptable socialement. Lors de la diffusion de notre questionnaire et au sein même de celui-ci, nous avons insisté sur l'anonymat

et l'authenticité des réponses pour diminuer ce biais. Et, même si nous avons tenté de le restreindre, nous ne pouvons exclure sa présence au sein de notre étude. (28,32)

De plus, il est important de notifier que la participation à notre enquête était basée sur le volontariat des professionnels. Nous pouvons donc en déduire que les personnes ayant répondu à ce questionnaire étaient intéressées par le sujet de ce dernier. En revanche, certains Masseurs-Kinésithérapeutes n'ayant que peu d'attrait pour les sciences humaines n'ont sans doute pas vu d'intérêt à participer à cette étude. De ce fait, il est possible que notre enquête prenne en compte uniquement l'opinion des Masseurs-Kinésithérapeutes sensibilisés au thème de notre travail, sans intégrer l'avis des autres professionnels.

Maintenant que nous connaissons les biais de cette étude, nous pouvons passer à l'interprétation des résultats de cette dernière.

4.2 Interprétation des résultats :

4.2.1 Connaissance de l'alliance thérapeutique :

L'une de nos hypothèses affirmait que la notion d'alliance thérapeutique était inconnue pour la majorité des Masseurs-Kinésithérapeutes de France. Or, si nous observons les résultats de notre enquête, il apparaît que l'alliance thérapeutique se révèle familière aux deux tiers des participants de l'étude. Et la majeure partie d'entre eux estime que cette notion est applicable en Masso-Kinésithérapie (chiffre). Ces résultats concordent avec ceux l'étude de Sondena et *al.* concluant à une adéquation entre l'alliance thérapeutique et notre profession, dont la communication serait le maître mot. (9)

De plus, si nous nous intéressons aux définitions données par les participants au sujet de l'alliance thérapeutique, certains principes ressortent à de nombreuses reprises. Les termes les plus présents restent la collaboration, la confiance et les objectifs. Ces mots sont retrouvés dans plusieurs définitions de l'alliance thérapeutique et notamment dans celle proposée par

A.Bioy : « une variable intégrative comprenant plusieurs dimensions comme la collaboration, la mutualité, la négociation, la confiance, le lien affectif et le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d’accomplir les objectifs fixés. ». (4–7)

Ainsi, notre hypothèse se trouve réfutée, les Masseurs-Kinésithérapeutes de France semblent connaître la notion d’alliance thérapeutique. Maintenant, il s’agit de savoir si ces professionnels intègrent cette notion à leur pratique.

4.2.2 Adéquation avec les principes de l’alliance thérapeutique :

Une autre des hypothèses de travail suppose que les MKDE français intègrent les principes de l’alliance thérapeutique au sein de leur pratique. C’est pourquoi une partie de ce questionnaire consiste à interroger l’avis de participants concernant certaines modalités de leur pratique.

Pour commencer, les résultats de l’enquête révèlent que la majorité des participants (98,10%) place la relation thérapeutique au centre de la prise en charge. Ils pensent également qu’une bonne relation thérapeutique améliore l’adhérence du patient au traitement (95,60%), tout comme les résultats de ce dernier. Ces éléments mettent en évidence l’importance portée à la relation thérapeutique par les Masseurs-Kinésithérapeutes, et leur conscience des avantages que présente cette dernière. (10,33)

Ensuite, l’enquête révèle que « la bonne relation thérapeutique » se définit comme une collaboration pour la quasi-totalité des participants (98,70%). Or, comme nous l’avons présenté plus haut ce terme est intimement lié à la notion d’alliance thérapeutique. En effet, en choisissant cet item les professionnels mettent l’accent sur l’aspect bidirectionnel d’une relation. Si nous voulons qu’une relation fonctionne, il est nécessaire que tous les protagonistes soient engagés et actifs dans cette dernière. Et, nous parlons de plus en plus de la nécessité des patients à être actif dans leur rééducation pour qu’ils obtiennent les résultats escomptés. (4,10)

D’autres termes sont régulièrement présents lorsque nous parlons d’alliance thérapeutique. C’est le cas de la confiance, du respect et des explications. Or, l’ensemble des participants pensent que la confiance est indispensable dans une relation de soin. Ces mêmes professionnels

sont d'avis qu'une bonne relation thérapeutique se base sur un respect mutuel (90,50%). Et l'intégration de temps d'explications semble primordial pour ces derniers (85,44%). (16,17,19,25,33)

De plus, la moyenne du score d'adéquation à l'alliance thérapeutique (SAAT) nous permet de vérifier le niveau de cohérence entre les principes des professionnels interrogés et ceux de l'alliance. Comme dit précédemment, nous avons fixé un seuil à ce score pour établir si les professionnels interrogés étaient en accord avec les principes de l'alliance thérapeutique. Or, la moyenne obtenue dans l'échantillon (16,56/20) nous permet de conclure que les participants appliquent des principes semblables à ceux de l'alliance thérapeutique.

Enfin, les MKDE interrogés semblent conscients de l'importance de la place du patient au sein de sa prise en charge. En effet, les résultats révèlent que la plupart d'entre eux prennent en compte l'influence que ce dernier peut avoir sur la relation de soin, tant par sa personnalité (98,73%) que par son environnement (88%). En considérant ces données, nous pouvons en déduire que ces professionnels sont avertis de l'importance de prendre en charge un patient dans sa globalité, et donc en utilisant une approche basée sur un modèle Biopsychosocial. Or, l'acquisition de cette réflexion est une étape essentielle pour envisager l'application des principes de l'alliance thérapeutique. (13,14,35)

Finalement, d'après les éléments décrits ci-dessus, il semblerait que les Masseurs-Kinésithérapeutes intègrent bien les principes de l'alliance thérapeutique à leur pratique.

4.2.3 Une tendance générationnelle :

La dernière de nos hypothèses suppose qu'il existe une différence d'ordre générationnelle dans l'intégration des principes de l'alliance thérapeutique.

Dans un premier temps, nous avons comparé les moyennes du SAAT entre les différents groupes possibles selon le sexe, l'âge et les modalités d'exercices. Or, les résultats des tests statistiques n'ont révélé aucune différence significative entre ceux-ci. Ainsi, il semblerait que

n'importe quel Masseuse-Kinésithérapeute soit en accord avec les principes de l'alliance thérapeutique selon la moyenne de ce score.

En revanche, nous ne pouvons en dire autant pour un des sous-thèmes de ce score. En effet, les résultats concernant la place de la pathologie au sein de la prise en charge sont significativement différents selon les tranches d'âges et l'expérience des participants. Ainsi, les professionnels exerçant depuis plus de 30 ans et ceux âgés de plus de 40 ans sont plus enclins à placer la pathologie au centre de la prise en charge. Ce qui va à l'encontre des principes du modèle Biopsychosocial et donc de l'alliance thérapeutique. (8)

D'autres dissimilitudes apparaissent dans les résultats. En fait, les Masseuse-Kinésithérapeutes âgés de 20 à 40 ans ont tendance à prendre en compte l'influence de la personnalité et de l'environnement du praticien sur la relation thérapeutique. Cependant, ce n'est pas le cas pour les professionnels plus âgés. En d'autres termes, ces résultats mettent en évidence que les jeunes MKDE intègrent mieux le probable retentissement d'éléments privés (naissance, décès, la dépression ou la fatigue) sur leur qualité de prise en charge et donc sur la qualité de la relation de soin. Cette différence entre deux générations pourrait s'expliquer par un changement dans la formation initiale, avec une place de plus en plus importante laissée aux sciences humaines au sein de cette dernière. (33,36)

De la même façon, la tranche d'âge des 30-40ans a tendance à penser qu'une attitude formelle et l'indifférence de la part du thérapeute n'influence pas, ou très peu la relation thérapeutique. Ces différences peuvent une nouvelle fois s'expliquer par un changement de la réflexion au sein des instituts de formation pour les plus jeunes. Mais aussi par la réflexion acquise avec l'expérience et les formations continues. (36,37)

Ainsi, l'idée générale de l'alliance thérapeutique semble acquise pour tous. Mais si nous creusons un peu, nous pouvons voir que certains anciens principes sont encore bien présents, tandis que d'autres restent encore à développer.

4.2.4 Axes d'amélioration :

Les résultats de notre enquête nous ont permis de répondre aux hypothèses que nous avons émises, mais également de mettre en évidence des axes d'amélioration possible pour l'ensemble de la profession.

4.2.4.1 Le patient :

Dans un premier temps, nous avons été surpris par les réponses à propos de la question suggérant une prise en charge centrée sur la pathologie du patient. En effet, étant donné l'intégration du modèle Biopsychosocial à notre pratique, nous nous attendions à davantage de désaccord concernant cette proposition (42,41%). De plus, ces résultats ne concordent pas avec ceux obtenus plus loin concernant les facteurs influençant une relation de soin. Ainsi, nous pouvons constater que les Masseurs-Kinésithérapeutes éprouvent encore des difficultés à admettre que la pathologie est une partie, et seulement une partie, du patient lui-même. Or, il est primordial d'aborder le patient dans sa globalité pour espérer bâtir une alliance thérapeutique. (9,24,35)

4.2.4.2 Les influences sur l'alliance thérapeutique :

Par ailleurs, notre enquête a souligné d'autres points au sujet des croyances des MKDE concernant les facteurs influençant une relation de soin. En effet, il semblerait que les professionnels négligent l'importance de leur propre influence au sein de cette relation, car très peu d'entre eux prennent en compte l'influence du praticien sur celle-ci (22,78%). Cependant, il ne faut pas oublier que nous sommes des êtres humains, avant d'être des Masseurs-Kinésithérapeutes. Or, comme nous l'avons déjà évoqué, une relation prend naissance entre deux protagonistes, et se trouve être bidirectionnelle. Et supposer qu'un des acteurs d'une relation n'ait pas d'influence sur cette dernière serait une erreur. En outre, il serait utopique de penser qu'un praticien puisse faire une abstraction complète de ses problèmes personnels durant son temps de travail. Comme il serait irréaliste de suggérer qu'un praticien distant et un confrère plus jovial établissent les mêmes liens avec leurs patients. Il est également important de

mentionner l'impact de l'environnement de travail sur la relation de soin. En effet, des salles individuelles, insonorisées et accueillantes permettent une mise en confiance du patient, qui échangera plus facilement avec le thérapeute. Ainsi, il paraît nécessaire que les MKDE prennent conscience de leur impact sur la relation thérapeutique, tant par leur personnalité que leur environnement. (38,39)

De plus, il semblerait que les professionnels soient tous en capacité de comprendre les facteurs bénéfiques à la construction d'une relation thérapeutique de qualité, mais il semble moins évident de reconnaître ceux allant à l'encontre de cet objectif. En effet, les réponses de la question n°13 (« Comment pensez-vous que ces attitudes, propres au praticien, impactent la relation de soin ? ») pour les items « distance », « attitude formelle » et « directif » montrent clairement que les Masseurs-Kinésithérapeutes sont moins enclins à se positionner à propos des facteurs négatifs, excepté pour l'indifférence (91,77% avis négatifs). Ces résultats nous confortent dans l'idée que ces praticiens ont conscience des attitudes permettant de créer, renforcer et maintenir une alliance thérapeutique. En revanche, il est tout aussi important de reconnaître les éléments pouvant mettre en péril cette dernière. Et cet élément doit être optimisé par les MKDE, afin qu'ils soient capables d'identifier une situation délétère pour l'alliance thérapeutique et pouvoir réagir face à cela, dans un intérêt de conservation de celle-ci. (10,23)

4.2.4.3 La quantification de l'alliance thérapeutique :

Enfin, il reste un élément à améliorer au sujet des connaissances de l'alliance thérapeutique, et notamment sur sa quantification. Comme nous l'avons écrit précédemment, cette notion est familière à la majorité des participants (69%). Cependant une faible proportion d'entre eux (10,8%) pense qu'il existe un outil adapté pour la quantifier, alors que plus de la moitié des professionnels (62%) sont d'accord pour dire que ce dernier serait utile au sein de nos prises en charge. Ces réponses mettent en évidence l'intérêt de la profession concernant la quantification de l'alliance thérapeutique, tout en soulignant la nécessité d'approfondir nos connaissances dans ce domaine. En effet, il existe plusieurs questionnaires permettant de quantifier l'alliance thérapeutique, ces derniers sont notamment utilisés dans les études analysant les effets de l'alliance thérapeutique sur les résultats de traitement. En revanche, il

n'existe pas de consensus pour l'utilisation d'un questionnaire précis, et peu d'entre eux sont adaptés à notre profession. (40–42)

Depuis plusieurs années, des articles font l'objet de la création d'un questionnaire adapté évaluant l'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie. Ce nouvel engouement s'explique par l'augmentation des études concernant cette alliance, mais aussi par la difficulté de mettre en évidence l'influence de celle-ci sur nos résultats en utilisant des questionnaires non-adaptés, comme le WAI utilisé en psychothérapie. Or, les résultats de certaines études semblent prometteurs, c'est le cas notamment pour ceux d'une étude Hollandaise et une Espagnole. (40,42)

La première étude de *D.Paap et al.* présente le « Working Alliance Inventory Rehabilitation Dutch version » (WAI-ReD). Ce questionnaire est basé sur la version courte du WAI dont certains items ont été adaptés à notre profession afin de limiter la perte de données. Le WAI-ReD, rempli par le patient, est composé de 12 questions réparties en 3 domaines (tâches/objectif/lien) et utilise une échelle de Likert à 5 points (de « jamais » à « toujours ») pour établir un score. Leurs résultats valident 11 de leurs 14 hypothèses de départ, et 8 sur 10 des hypothèses concernant la validité du concept ont été vérifiées. Les effets plafonds du questionnaire étaient le défaut majeur mis en évidence par les résultats, limitant l'analyse des scores élevés. Une nouvelle étude a donc été réalisée en 2020 pour diminuer ces effets plafonds. L'échelle du questionnaire a été modifiée, ainsi le questionnaire utilise le principe de l'Échelle Visuelle Analogique (EVA). Les auteurs recommandent d'utiliser cette dernière version du WAI-ReD, même si les scores restent généralement élevés (voir annexe VII). (40,43)

La deuxième étude menée par *M.T.Linares-Fernandez et al.* développe un autre questionnaire, le questionnaire-patient d'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie ou « Cuestionario d'Alianza terapéutica de Fisioterapia-Pacientes » (CAF-P). Ce dernier est une nouvelle fois à destination des patients uniquement. Il est composé de 14 items répartis en 2 domaines (Collaboration et Lien), et utilise une échelle de Likert en 5 points (« pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). De plus, ce questionnaire est essentiellement dédié à notre profession, et sa conception suit les méthodes de l'International Society for Quality of Life Research. Leurs résultats sont comparables à ceux de la première version du WAI-ReD, sans effets plafonds, et

la validité du contenu a été vérifiée par un test psychométrique. Ce questionnaire semble adapté en pratique et pour la recherche (voir annexe VIII). (40,42)

Dorénavant, nous connaissons les points faibles des Masseurs-Kinésithérapeutes au sujet de l'alliance thérapeutique et de ses caractéristiques. Il s'agit maintenant de mobiliser nos ressources afin d'intégrer pleinement ces principes à notre pratique.

4.3 Limites de l'étude :

Les limites de cette étude résident principalement dans ses biais, mais également dans les fondements mêmes de l'alliance thérapeutique.

Tout d'abord, comme nous l'avons écrit plus haut, notre échantillon n'est pas représentatif de la population des MKDE de France. Cela ne nous permet pas d'extrapoler les résultats de notre enquête. Cependant, ce travail est, à notre connaissance, le premier à interroger les Masseurs-Kinésithérapeutes au sujet de cette notion. Et ce travail pourrait être le préambule d'une étude de plus grande ampleur.

De plus, n'ayant pas connaissance d'autres enquêtes réalisées sur ce sujet, nous étions dans l'impossibilité de confronter nos résultats à d'autres études. Et, comme beaucoup d'autres auteurs l'ont notifié, le manque de données de la littérature à propos de l'alliance thérapeutique au sein de la Masso-Kinésithérapie limite l'exploitation de nos résultats, même si ces dernières années marquent un tournant dans ce domaine.

D'autre part, notre questionnaire d'enquête n'interrogeait pas les participants au sujet de leurs sources de connaissance de l'alliance thérapeutique. Tout comme nous n'avons pas interrogé les professionnels concernant leurs pratiques spécifiques (telles que la pédiatrie, la neurologie, l'hypnose). Ces informations auraient été intéressantes pour comprendre comment émerge une réflexion intégrant les principes de l'alliance thérapeutique, tout en ciblant certaines catégories de professionnels plus prompts à y être sensibilisés.

Finalement, notre travail se trouve également limité par le caractère subjectif de l'alliance. Cette dernière étant continuellement en mouvement, rien n'est jamais acquis, tout est affaire

d'équilibre. Ainsi, cette caractéristique influence toutes les études s'intéressant à ce sujet. Cette subjectivité peut limiter l'intérêt de certains, restreignant encore la part de la population portant attention à l'étude de l'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie.

Les limites de ce travail discutées, il s'agit maintenant de proposer des solutions et des axes de réflexion dans l'intérêt de prochains travaux de recherches.

4.4 Propositions pour les pratiques futures :

4.4.1 Amélioration de l'outil d'enquête :

Nous avons précédemment critiqué la construction de notre questionnaire. À présent, nous voulons vous exposer les changements qu'il faudrait apporter à ce dernier afin de l'optimiser.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, notre questionnaire présente des défauts de formulation. La relecture et la réalisation d'un prétest n'ayant pas suffi à mettre en évidence ce point, quelques changements doivent être mis en place pour régler cela. Ainsi, nous vous proposons de changer l'intitulé de la question n° 8 (« selon vous, est-il essentiel de négocier avec le patient dans le cadre de sa prise en charge ? »). Le problème de cette question réside dans le terme « négociation » et sa connotation négative. En fait, le terme « échange » nous semble plus approprié à la situation. En effet, la notion d'échange renvoie vers une écoute des opinions de chacun des acteurs pour parvenir à un accord commun. De plus, il semble nécessaire d'apporter des précisions concernant le cadre de cette « négociation ». Nous pouvons ainsi préciser que cela intéresse les objectifs de la prise en charge. La question serait alors « selon vous est-il essentiel d'échanger avec les patients au sujet des objectifs de leur prise en charge ? ».

Ensuite, il serait intéressant d'apporter quelques modifications à la question n° 11 (« quel terme qualifierait au mieux une bonne relation thérapeutique selon vous ? ») concernant l'utilisation d'un mot pour définir une bonne relation thérapeutique. En effet, nous avons jugé insuffisant le nombre d'items à disposition des participants pour répondre à cette question. Nous pouvons

donc améliorer le questionnaire en ajoutant plusieurs autres mots clés. Mais il ne faut pas que cela soit trop exhaustif au risque de perdre les participants au milieu de toutes ces possibilités.

D'autre part, nous avons également souligné la possible perte d'information lors de la sous-utilisation de questions ouvertes. De ce fait, plusieurs possibilités s'offrent à nous. Nous pouvons choisir de transformer des questions ouvertes en questions fermées. Mais il est également possible d'ajouter un item « Autre » à certaines questions, avec possibilité de commenter. Les participants ne se retrouvant pas dans les propositions pourraient alors donner leur opinion. Ainsi, nous offrons la possibilité aux professionnels de partager leur avis sans rendre laborieux le travail d'analyse des données.

Enfin, après le recueil des données et leur analyse, nous nous sommes interrogés sur certains points que quelques questions supplémentaires auraient pu éclaircir. En effet, il serait intéressant d'ajouter une question à propos de l'origine des connaissances des participants concernant la notion d'alliance thérapeutique. Cela nous aurait permis de savoir si ces connaissances ont été acquises lors de la formation initiale, de la formation continue, à la suite de recherches personnelles ou par l'expérience. De plus, une question interrogeant les spécificités (pédiatrie, gériatrie, neurologie, rhumatologie...) des Masseurs-Kinésithérapeutes aurait permis d'identifier si certaines spécialisations sont plus ou moins favorables à l'intégration de l'alliance thérapeutique au sein de leur pratique.

Finalement, même si nous avons suivi des méthodes référencées pour construire ce questionnaire, il reste perfectible en tout point. Mais c'est aussi par son utilisation et sa diffusion que nous avons pu nous rendre compte des limites de ce dernier.

4.4.2 Proposition de sujets d'étude futurs :

Cette partie est consacrée à la proposition de sujet d'étude pour continuer ce travail d'investigation de l'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie.

Tout d'abord, il pourrait être intéressant de poursuivre notre travail. Il s'agirait de redistribuer notre questionnaire en apportant les améliorations citées précédemment, mais aussi en utilisant un autre moyen de diffusion. Ainsi, il serait possible de recueillir des données représentatives

et de les confronter aux résultats de notre étude pour identifier les variations possibles. Cette nouvelle étude pourrait alors conforter nos résultats, ou au contraire les démentir.

D'autre part, nous avons exposé l'existence de deux questionnaires de l'alliance thérapeutique à destination des patients adaptés à notre profession. Ceux-ci étant d'origine hollandaise et espagnole, il serait intéressant de les expérimenter sur le sol français. Ce travail permettrait de tester la validité de ces questionnaires, mais aussi leur intérêt dans le cadre de nos séances. Nous pouvons également imaginer un travail de recherche ayant pour objectif de comparer ces deux questionnaires, tant par leur application que par leurs résultats.

Ces sujets ne sont que des exemples, beaucoup d'autres travaux peuvent être menés au sujet de l'alliance thérapeutique. Or, il semble intéressant de se pencher sur ce thème en plein essor au sein de notre profession, et permettant d'acquérir une réflexion exploitable pour tout type de prise en charge.

4.4.3 Intégration de l'alliance thérapeutique en IFMK :

Du fait d'une pratique basée sur un modèle Biopsychosocial, et d'une réingénierie laissant plus de place aux sciences humaines au sein du programme de la formation initiale, il nous semblait pertinent de proposer une intégration de l'alliance thérapeutique au sein du cursus. (35,36)

Tout d'abord, il nous paraissait important de souligner le fait que l'alliance thérapeutique est avant tout l'acquisition d'une réflexion, et non d'une technique. Connaître les principes de l'alliance thérapeutique permet, comme nous l'avons cité plus haut, de prendre en considération l'existence de celle-ci. Mais, il s'agit aussi de comprendre ce que cette alliance peut apporter au thérapeute et au patient.

Nous pensons que cette initiation à l'alliance thérapeutique pourrait se faire par un cours magistral lors de la dernière année de formation des étudiants. En effet, il paraît judicieux d'exposer cette notion à de futurs diplômés, qui parviendront à faire le lien de la théorie avec leurs expériences pratiques durant les stages, et à l'évolution des relations de soins qu'ils ont su créer. Il s'agirait alors de sensibiliser les étudiants aux apports de l'alliance thérapeutique et

aux facteurs pouvant influencer cette dernière. Ce temps de travail se composerait d'une partie de théorie en rapport avec les données de la littérature, mais aussi de temps d'échanges et d'interactions avec les futurs diplômés pour faire appel à leurs expériences.

Ainsi, ces futurs professionnels auraient pleinement conscience des avantages que peut apporter l'alliance au sein de leurs pratiques, notamment lorsque ces derniers manquent d'expériences. Cette initiation pourrait leur faire gagner un temps précieux concernant l'acquisition d'une réflexion qui se fera, plus lentement, au fil des années. Cela rattachera également ces nouvelles générations aux bases de la profession, les relations interpersonnelles et une approche centrée sur le patient. (44)

5 CONCLUSION :

En conclusion, cette enquête nous a permis de révéler l'intérêt des Masseurs-Kinésithérapeutes français au sujet de l'alliance thérapeutique. Cette notion est familière pour un grand nombre d'entre eux, et ils appliquent les principes de l'alliance thérapeutique au sein de leurs prises en charge, et cela à tout âge. Malgré cela, il reste des points sur lesquels ces professionnels peuvent travailler pour améliorer leur compréhension de l'alliance thérapeutique et de ses enjeux, et ainsi optimiser la prise en charge de leurs patients. Ainsi, nous devons prendre conscience de l'importance de notre rôle et influence sur l'alliance, en tant que professionnels, mais aussi en tant que personnes. Des recherches sont encore nécessaires pour que les données concernant les avantages et la façon de construire une alliance thérapeutique au sein de notre profession soient admises par tous. Mais, au vu des nouvelles études et nouveaux outils à notre disposition, il semblerait que cette reconnaissance soit possible dans quelques années. Pour cela, il faut continuer nos investigations dans ce domaine, pour consolider les données de la littérature déjà présentes et en établir de nouvelles. Ainsi, il serait intéressant de poursuivre ce travail d'initiation à la recherche, dans une optique de vérification des résultats de l'enquête, ou en explorant d'autres axes mis en évidence par notre travail, comme évoqué précédemment.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLIANCE : Etymologie de ALLIANCE [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/alliance>
2. THÉRAPEUTIQUE : Etymologie de THÉRAPEUTIQUE [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/th%C3%A9rapeutique>
3. Cungi C. L'alliance thérapeutique. In: Troubles mentaux et psychothérapies. Auxerre: Éditions Sciences Humaines; 2016. p. 174-7. (Marmion J. Petite bibliothèque).
4. Despland J-N, de Roten Y, Martinez E, Plancherel A-C, Solai S. L'alliance thérapeutique : un concept empirique [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2000 [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>
5. Bachelart M. [Therapeutic alliance] L'alliance thérapeutique. In: L'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. Dunod; 2012. p. 163-8. (Aide Mémoire).
6. Bioy A, Bénony H, Chahraoui K, Bachelart M. Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. L'Évolution Psychiatr. juill 2012;77(3):342-51.
7. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspect Psy. 2010;Vol. 49(4):317-26.
8. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). J Psychol. 2008;n° 260(7):52-5.
9. Søndena P, Dalusio-King G, Hebron C. Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: is it adequate? Musculoskelet Sci Pract. 1 avr 2020;46:102131.
10. Leclercq I. La bienveillance et l'alliance thérapeutique font-elles partie du traitement de kinésithérapie ? Kinésithérapie Rev. déc 2019;19(216):1.
11. Diener I, Kargela M, Louw A. Listening is therapy: Patient interviewing from a pain science perspective. Physiother Theory Pract. 3 juill 2016;32(5):356-67.
12. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. Phys Ther Rehabil J. 1 août 2010;90(8):1099-110.

13. Manzoni ACT, Oliveira NTB de, Cabral CMN, Ricci NA. The role of the therapeutic alliance on pain relief in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2018;34(12):901-15.
14. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* août 2020;36(8):886-98.
15. Vestøl I, Debesay J, Pajalic Z, Bergland A. The importance of a good therapeutic alliance in promoting exercise motivation in a group of older Norwegians in the subacute phase of hip fracture; a qualitative study. *BMC Geriatr.* 30 mars 2020;20(1):118.
16. Moore AJ, Holden MA, Foster NE, Jinks C. Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: a longitudinal qualitative study. *J Physiother.* 1 janv 2020;66(1):45-53.
17. Cosgrove J, Hebron C. 'Getting them on board': Musculoskeletal physiotherapists conceptions of management of persons with low back pain. *Musculoskeletal Care.* nov 2020;msc.1524.
18. Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S, et al. Enhanced Therapeutic Alliance Modulates Pain Intensity and Muscle Pain Sensitivity in Patients With Chronic Low Back Pain: An Experimental Controlled Study. *Phys Ther.* 1 avr 2014;94(4):477-89.
19. Miciak M. Confronting Tensions and Challenges to the Therapeutic Alliance is Hard, but Necessary to Make a Difference: A Commentary on « Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Paediatric Physical Therapy ». *Phys Occup Ther Pediatr.* 2020;40(1):15-7.
20. Miciak M, Mayan M, Brown C, Joyce AS, Gross DP. A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiother Theory Pract.* 2018;35(1):40-56.
21. Miciak M, Mayan M, Brown C, Joyce AS, Gross DP. The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study [Internet]. *Archives of Physiotherapy.* 2018 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816533/>

22. O’Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O’Sullivan PB, et al. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* mai 2016;96(5):609-22.
23. Bishop M, Kayes N, McPherson K. Understanding the therapeutic alliance in stroke rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 21 août 2019;0(0):1-10.
24. Satge J, Gremeaux V, Guiraud T, Granger R, Pathak A, Labrunee M. Comment optimiser l’alliance thérapeutique autour de l’activité physique dans les maladies cardiovasculaires ? *Lett Médecine Phys Réadapt.* 29 mars 2013;29:119-28.
25. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother.* 2012;58(2):77-87.
26. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. rapport_demographie_2017.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_demographie_2017.pdf
27. Calculateur de taille d’échantillon [Internet]. CheckMarket. [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: <https://fr.checkmarket.com/calculateur-taille-echantillon/>
28. De Singly F. *Le questionnaire*. 5ème. Armand Colin; 2020. 128 p. (128 tout le savoir).
29. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire [Internet]. DMG Strasbourg. 2012 [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
30. Direction Générale des patrimoines département de la politique des Publics M de la C. Guide méthodologique sur les études de publics [Internet]. 2020 [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.culture.gouv.fr/Sites-thematiques/Musees-V2/Pour-les-professionnels/Rendre-les-collections-accessibles-aux-publics/Assurer-la-mediation-aupres-des-visiteurs/Guide-methodologique-sur-les-etudes-de-publics>
31. DREES. TABLEAU 1. EFFECTIFS DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES par zone d’activité principale, mode d’exercice global, sexe et tranche d’âge [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3779>

32. CEDIP L fiches en lignes. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
33. Mauduit L, Ferring V. La confiance dans la relation patient–thérapeute. *Kinésithérapie Rev.* déc 2016;16(180):60-4.
34. Greene J, Hibbard JH. Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *J Gen Intern Med.* mai 2012;27(5):520-6.
35. Daluiso-King G, Hebron C. Is the biopsychosocial model in musculoskeletal physiotherapy adequate? An evolutionary concept analysis. *Physiother Theory Pract.* 16 juin 2020;1-17.
36. Gatto F, Vincent S, Michel S. Pourquoi la nouvelle formation initiale des kinésithérapeutes est une formation « à et par la recherche » multi-référentielle (qualitative et quantitative), indispensable pour une professionnalisation de qualité et pour une approche globale des patients ? *Kinésithérapie Rev.* déc 2016;16(180):24-31.
37. Demont A, Le Neindre A. Formation initiale et formation continue : les vases communiquent-ils ? *Kinésithérapie Rev.* oct 2019;19(214):1-2.
38. Babatunde F, MacDermid J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 30 mai 2017;17(1):375.
39. Calner T, Isaksson G, Michaelson P. Physiotherapy treatment experiences of persons with persistent musculoskeletal pain: A qualitative study. *Physiother Theory Pract.* janv 2021;37(1):28-37.
40. Davy Paap PT Ms, Ernst Schrier PT M, Pieter U. Dijkstra PT P. Development and validation of the Working Alliance Inventory Dutch version for use in rehabilitation setting. *Physiother Theory Pract.* 2 déc 2019;35(12):1292-303.
41. Karel Y, Thoomes-de Graaf M, Scholten-Peeters G, Ferreira P, Rizopoulos D, Koes BW, et al. Validity of the Flemish working alliance inventory in a Dutch physiotherapy setting in patients with shoulder pain. *Physiother Theory Pract.* 4 mai 2018;34(5):384-92.

42. Linares-Fernández MT, La Touche R, Pardo-Montero J. Development and validation of the therapeutic alliance in physiotherapy questionnaire for patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Educ Couns*. 20 sept 2020;
43. Paap D, Schepers M, Dijkstra PU. Reducing ceiling effects in the Working Alliance Inventory-Rehabilitation Dutch Version. *Disabil Rehabil*. 24 sept 2020;42(20):2944-50.
44. Brun-Cottan N, McMillian D, Hastings J. Defending the art of physical therapy: Expanding inquiry and crafting culture in support of therapeutic alliance. *Physiother Theory Pract*. juin 2020;36(6):669-78.

Annexes :

ANNEXE I : Le questionnaire

09/02/2021

La relation de soin en Masso-Kinésithérapie

La relation de soin en Masso-Kinésithérapie

Ce questionnaire a pour objectif de mettre en évidence certains aspects de la relation de soin en Masso-kinésithérapie. Nous cherchons à déterminer quel(s) principe(s) suit le(a) MKDE dans l'élaboration d'une bonne relation thérapeutique, tout en faisant un état des lieux de ses connaissances sur le sujet.

***Obligatoire**

Passer à la question 1 Passer à la question 1

À propos de vous
L'anonymat est strictement respecté. Ces quelques infos d'ordre personnelles seront uniquement utilisées dans le cadre d'une description de population et pour permettre un croisement des résultats. Seules les informations jugées pertinentes vous seront demandées.

1. 1. Vous-êtes : *

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

2. 2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- 20-30ans
 30-40ans
 40-50ans
 50-60ans
 60ans et plus

3. 3. Vous-êtes diplômé(e) depuis : *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10ans
 10-20ans
 20-30ans
 plus de 30ans

4. 4. Vous exercez en : *

Une seule réponse possible.

- Libéral
 Salarial

Concernant
votre vision de
la relation
thérapeutique

Cette partie consiste à interroger vos pratiques, vos connaissances, ainsi que vos avis concernant la relation thérapeutique au sein de la Masso-kinésithérapie. Pour que ces résultats soient les plus représentatifs possible, nous vous demandons de répondre de façon authentique aux différentes questions, tout en vous rappelant l'aspect anonyme de vos réponses.

5. 5. La relation de soin doit se trouver au centre de la prise en charge. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

6. 6. Un lien de confiance est nécessaire dans la relation thérapeutique. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

7. 7. La prise en charge doit se centrer sur la pathologie. *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

8. 8. Selon vous, est-il essentiel de négocier avec le patient dans le cadre de sa prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

9. 9. Pensez vous que des temps d'explications soient utiles à vos prises en charge ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait

10. 10. Selon vous, une bonne relation thérapeutique : (1 ou plusieurs réponses sont possibles.) *

Plusieurs réponses possibles.

- Améliore significativement les résultats de la rééducation.
- Améliore l'adhérence du patient à son traitement.
- Reste fixe dans le temps.
- Est obtenue de la même manière pour tout type de patient.
- Se base sur un respect mutuel.

11. 11. Quel terme qualifierait au mieux une bonne relation thérapeutique selon vous ? *

Une seule réponse possible.

- Hiérarchique
 Collaborative
 Amicale
 Neutre

12. 12. Selon vous, quel(s) facteur(s) faut-il prendre en compte dans la relation de soin ? (1 ou plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Personnalité du patient
 Personnalité du praticien
 L'environnement du patient
 L'environnement du praticien

13. 13. Comment pensez-vous que ces attitudes (propres au praticien) impactent la relation de soin ? *

!!Attention!! si vous êtes sur smartphone, pensez à faire défiler sur le côté pour avoir accès à toutes les options.

Une seule réponse possible par ligne.

	Positivement	Indifféremment	Négativement
Empathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démonstration d'intérêt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attitude formelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Directif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Authenticité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indifférence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alliance
Thérapeutique

La dernière partie de cette enquête est exclusivement dédiée à l'alliance thérapeutique. Ainsi, les questions auront pour but d'interroger vos connaissances et vos avis à propos de cette notion.
L'authenticité des réponses est encore une fois de rigueur, tout comme le rappel sur l'anonymat des réponses.

14. 14. La notion d'alliance thérapeutique vous est-elle familière ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

15. 15. Comment-définiriez vous l'alliance thérapeutique en quelques mots ? *

Pour répondre à cela vous pouvez rédiger ou utiliser des mots-clés.

16. 16. Pensez-vous que cette notion est applicable en Masso-kinésithérapie ? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4

Pas du tout Tout à fait

- 17: 17. Pensez-vous qu'il existe un outil de mesure permettant de quantifier l'alliance thérapeutique en rééducation de manière adaptée ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

18. 18. Si cet instrument existait, pensez-vous qu'il vous serait utile ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

19. 19. Pour plus de commentaires à propos de l'alliance thérapeutique, c'est par ici :

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe II : Tableaux de comparaison des moyennes au SAAT

Tableau III : Comparaison des Moyennes au SAAT selon le sexe.

	Femme	Homme	P value
Moyenne SAAT	16,60	16,24	0,442

Tableau IV : Comparaison des Moyennes au SAAT selon la situation professionnelle.

	Libéral	Salarial	P value
Moyenne SAAT	16,51	16,82	0,449

Tableau V : Comparaison des Moyennes au SAAT selon la tranche d'âge.

	20-30ans	30-40ans	40-50ans	50-60ans	Plus de 60ans	P value
Moyenne SAAT	16,72	16,59	16,57	16,33	15,57	0,505

Annexes III : Tableaux de calcul de P value des réponses de Q5 à Q9.

Tableau VI : Comparaison des réponses aux question 5 à 9, en fonction de l'expérience professionnelle.

	Moins de 10ans	10-20ans	20-30ans	Plus de 30ans	P value
Relation de soin au centre de la prise en charge (Moyenne/4)	3,69	3,65	3,77	3,59	0,68
Importance de la confiance (Moyenne/4)	3,92	3,89	3,86	3,94	0,79
La prise en charge se centre sur la pathologie (Moyenne /4)	2,64	2,31	2,36	1,94	0,0008
Nécessité de négocier (Moyenne /4)	2,75	2,65	2,64	2,94	0,65
Importance des explications (Moyenne /4)	3,86	3,85	3,86	3,71	0,70

Tableau VII : Comparaison des réponses aux questions 5 à 9, en fonction de la tranche d'âge.

	10-20ans	20-30ans	30-40ans	40-50ans	Plus de 60ans	P value
Relation de soin au centre de la prise en charge (Moyenne/4)	3,62	3,75	3,64	3,67	3,57	0,59
Importance de la confiance (Moyenne/4)	3,91	3,93	3,82	3,93	3,86	0,52
La prise en charge se centre sur la pathologie (Moyenne /4)	2,66	2,36	2,46	1,93	2	0,002
Nécessité de négocier (Moyenne /4)	2,64	2 ;72	2,75	3	2,57	0,73
Importance des explications (Moyenne /4)	3,89	3,82	3,89	3,80	3,57	0,24

Annexe IV : Tableau de calcul de P value des réponses de Q12

Tableau VIII : Comparaison des réponses de la question 12, en fonction de la tranche d'âge.

	20-30ans (47)	30-40ans (61)	40-50ans (28)	50-60ans (15)	Plus de 60ans (7)	P value
Environnement patient	97,87%	88,64%	89,29%	80%	71,43%	0,08
Environnement Praticien	44,68%	29,55%	7,14%	0%	0%	8,35 ^E -5
Personnalité Patient	97,87%	98,36%	100%	100%	100%	0,91
Personnalité Praticien	82,98%	63,93%	45%	33,33%	28,57%	0,0002

Annexe V : Tableau de calcul de P value des réponses à Q13

Tableau IX : Comparaison des réponses à la question 13, en fonction de la tranche d'âge.

	20-30ans	30-40ans	40-50ans	50-60ans	>60ans	P value
Empathie (Moyenne/2)	1,81	1,93	1,93	1,93	1,71	0,18
Démonstration intérêt (Moyenne/2)	1,89	1,85	1,86	1,73	2	0,59
Distance (Moyenne/2)	1,26	1,31	1,32	1,47	1	0,55
Attitude formelle (Moyenne/2)	1,21	1,07	1,39	1,60	1,43	0,03
Engagement (Moyenne/2)	1,94	1,92	1,96	1,93	1,86	0,87
Directif (Moyenne/2)	1,28	1,18	1,07	1,07	1	0,69
Authenticité (Moyenne/2)	1,79	1,85	1,86	1,93	1,86	0,64
Indifférence (Moyenne/2)	2	1,80	1,96	2	2	0,001

Annexe VI : Définitions de l'Alliance thérapeutique par les participants

Tableau X : Termes les plus employés par les participants pour définir l'alliance thérapeutique.

Termes	Nombre de mention	Idées associée	Total
Collaboration	46	Coopération, travail équipe, partenariat, travail ensemble, association	46 + 28 = 74
Contrat	18	Accord mutuel	18+9 = 27
Objectifs communs	23	Objectifs, projet partagé	23+17 = 40
Confiance	35		35
Adhésion	18		18
Respect	13	Respect consigne	13 +1 =14
Communication		Ecoute, explication, compréhension, échanges	29
Patient actif	11	Motivation	13
Négociation	7		7
Engagement	13		13
Attente		Patient et thérapeute	7
Empathie	4		4
Bienveillance	2		2
Relation		Bonne entente, rigolade, relation positive, feeling, synergie, réciprocité	7
Projet de soin personnalisée		Adaptation thérapeute au patient, Spécifique à chacun	4
Honnêteté	1		1
Verbal et non verbal	1		1
Alliance soignant soigné	1		1
Sans réponses		Pas familier, ?, ne sait pas, § ?, ne voit pas le concept	5

Tableau XI : Comparaison des termes utilisés selon la connaissance ou non de l'alliance thérapeutique.

Mots	Pas connaissance AT (49)	Connaissance AT (109)
Objectifs	15	25
Collaboration	14	32
Confiance	8	27
Adhésion	0	13
Engagement	5	8
Coopération	2	14
Respect	3	10
Négociation	2	5
Contrat	8	10
Patient actif	3	8

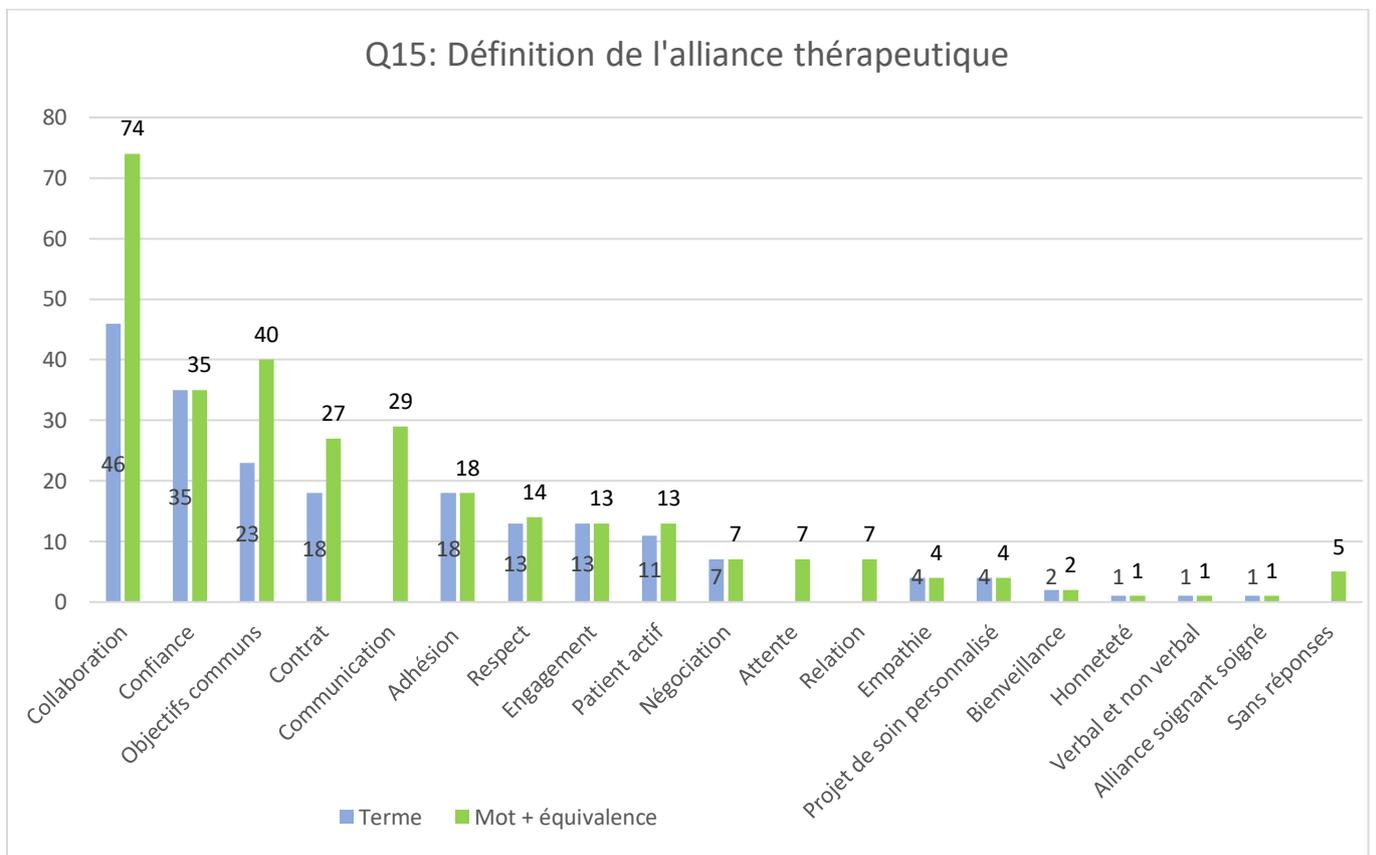


Figure 8 : Représentation des termes les plus souvent retrouvés dans les réponses de la question 15, avant et après regroupement des équivalences.

Annexe VII : Différentes versions du questionnaire WAI-ReD

Tableau XII : WAI-ReD

Les domaines :

	1	2	3	4	5
	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours
Grâce à mon traitement, je suis plus clair dans la façon dont je peux atteindre mes objectifs					
Ce que je fais dans le cadre de mon traitement me donne une nouvelle façon d'aborder mon problème					
Je crois que mon thérapeute m'aime bien					
Mon thérapeute et moi collaborons pour déterminer les objectifs de mon traitement					
Mon thérapeute et moi nous respectons mutuellement					
Mon thérapeute et moi travaillons dans la définition d'objectifs établis selon un accord mutuel					
Je sens que mon thérapeute m'apprécie					
Mon thérapeute et moi nous accordons sur ce qui est important de travailler dans mon cas					
Je sens que mon thérapeute se soucie de moi même lorsque je fais des choses qu'il n'approuve pas.					
Je remarque que les choses que je fais dans le cadre de mon traitement m'aideront à accomplir les objectifs que je veux atteindre.					
Mon thérapeute et moi avons une bonne compréhension du genre de changements qui seraient bon pour moi.					
Je pense que la façon dont nous traitons mon problème est correcte					

Tâches = 1,2,10, 12 / **Objectifs** = 4,6,8, 11 / **Liens** = 3,5,7 9

Score items : 1 à 5

Score Max par domaine = 20 Score Max total = 60

Working Alliance Inventory Rehabilitation Dutch version Visual Analogue Scale

(WAI-ReDVAS)

1. Grâce à mon traitement, je suis plus clair dans la façon dont je peux atteindre mes objectifs.

Parfois ●—————● Toujours

2. Ce que je fais dans le cadre de mon traitement me donne une nouvelle façon d'aborder mon problème.

Parfois ●—————● Toujours

3. Je crois que mon thérapeute m'aime bien

Parfois ●—————● Toujours

4. Mon thérapeute et moi collaborons pour déterminer les objectifs de mon traitement

Parfois ●—————● Toujours

5. Mon thérapeute et moi nous respectons mutuellement

Parfois ●—————● Toujours

6. Mon thérapeute et moi travaillons dans la définition d'objectifs établis selon un accord mutuel

Parfois ●—————● Toujours

7. Je sens que mon thérapeute m'apprécie

Parfois ●—————● Toujours

8. Mon thérapeute et moi nous accordons sur ce qui important de travailler dans mon cas

Parfois ●—————● Toujours

9. Je sens que mon thérapeute se soucie de moi, même lorsque je fais des choses qu'il n'approuve pas.

Parfois ●—————● Toujours

10. Je remarque que les choses que je fais dans le cadre de mon traitement m'aideront à accomplir les objectifs que je veux atteindre.

Parfois ●—————● Toujours

11. Mon thérapeute et moi avons une bonne compréhension du genre de changements qui seraient bon pour moi.

Parfois ●—————● Toujours

12. Je pense que la façon dont nous traitons mon problème est correcte

Parfois ●—————● Toujours

Score en fonction de la position du trait vertical inscrit par le patient. (en mm)

- Pour un item : 0 à 100
- Score Max pour un domaine = 400
- Scores Max total = 1200

Annexe VIII : Questionnaire CAF-P

Tableau XIII : CAF-P

	0	1	2	3	4
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni accord Ni désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
CAFP1 Mon physiothérapeute et moi avons convenu ensemble des objectifs du traitement.					
CAFP2 J'ai pu exprimer mes doutes sur le traitement et mon physiothérapeute m'a écouté.					
CAFP3 Mon physiothérapeute et moi avons une relation de confiance.					
CAFP4 Mon physiothérapeute et moi travaillons ensemble pour améliorer mon état.					
CAFP5 Mon physiothérapeute m'informe en détail des directives de traitement et tente de répondre à mes questions.					
CAFP6 Mon physiothérapeute et moi avons une relation honnête.					
CAFP7 Mon physiothérapeute et moi nous mettons d'accord sur ce dont j'ai besoin pour récupérer					
CAFP8 Mon physiothérapeute utilise un langage simple pour me parler					
CAFP9 Je peux parler de mes pensées et de mes sentiments avec mon physiothérapeute.					
CAFP10 Mon physiothérapeute me motive et me fait participer activement à mon rétablissement.					
CAFP11 Mon physiothérapeute et moi avons élaboré ensemble mon plan de traitement.					
CAFP12 Je comprends les instructions que mon physiothérapeute utilise pour m'enseigner les exercices					
CAFP13 Mon physiothérapeute a tenu compte de mes souhaits et de mes préoccupations en ce qui concerne les techniques de traitement appliquées.					
CAFP14 Les schémas thérapeutiques (séries, répétitions, repos) que je dois effectuer à la maison ont été établis conjointement avec mon physiothérapeute.					

Pour un item = 0 à 4 points / Score maximum 56 poin

L'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie

INTRODUCTION – L'intégration du modèle Biopsychosocial permet à l'alliance thérapeutique d'étendre son champ d'application jusqu'à atteindre celui de la Masso-Kinésithérapie, une profession avant tout basée sur la relation à l'autre. Nous pouvons définir cette notion comme une collaboration mutuelle du patient avec le thérapeute, basée sur un sentiment de confiance et la négociation des tâches et objectifs à accomplir dans le cadre de la rééducation. L'intégration des principes de l'alliance thérapeutique améliore l'adhérence et la satisfaction des patients concernant leurs soins. Elle serait également corrélée à une diminution de la douleur et donc une amélioration des résultats. Mais l'instauration d'une alliance thérapeutique nécessite la prise en compte de nombreux facteurs, tels que l'engagement, la confiance, le don de soi et l'écoute attentive. Nous nous sommes interrogés sur les connaissances des Masseurs-Kinésithérapeutes français à propos de l'alliance thérapeutique et l'intégration de ses principes lors de leurs prises en charge. **METHODE** — Pour répondre à cela, nous avons distribué un questionnaire à propos de la relation thérapeutique sur un réseau social durant quatre semaines. **RESULTAT** — Nous comptabilisons un total de 158 réponses. Les femmes constituent la majorité des participants (89,2 %), les 30-40ans sont les plus représentés (38,6 %) et 86,1 % travaillent en libéral. La moyenne générale au SAAT est de 16,56/20. Pour 98,70 % des participants, une bonne relation doit être collaborative. 86 % d'entre eux prennent en compte les éléments propres au patient dans cette relation, contre seulement 22,78 % pour ceux du praticien. Enfin, la notion d'alliance thérapeutique est familière à 69 % des participants, et 94,94 % des professionnels pensent qu'elle est applicable en Masso-Kinésithérapie.

CONCLUSION — Au vu des résultats de notre enquête, les Masseurs-Kinésithérapeutes français semblent connaître l'alliance thérapeutique et leurs pratiques paraissent en accord avec les principes de cette dernière. Mais certains éléments doivent être améliorés, notamment la prise en compte des facteurs du praticien sur la relation de soin. D'autres études dans ce domaine sont nécessaires pour confirmer ces résultats, et démontrer les intérêts de l'alliance thérapeutique en Masso-Kinésithérapie.

Mots clés : Alliance thérapeutique, Masso-Kinésithérapie, Enquête.

Therapeutic Alliance in Physiotherapy

INTRODUCTION - The transition to the Biopsychosocial model allows the therapeutic alliance to extend its scope of application to reach that of physiotherapy, a profession based above all on the relationship with the other. We can define this notion as a mutual collaboration between the patient and the therapist, based on a feeling of trust and the negotiation of tasks and objectives to be accomplished within the framework of rehabilitation. The integration of the principles of the therapeutic alliance improves patient adherence and satisfaction with their care. It is also correlated with a decrease in pain and therefore an improvement in outcomes. However, the establishment of a therapeutic alliance requires the consideration of many factors, such as engagement, trust, self-giving and attentive listening. We asked ourselves about the knowledge of French physiotherapists concerning the therapeutic alliance and the integration of its principles in their care. **METHOD** - To answer this question, we distributed a questionnaire about the therapeutic relationship on a social network during four weeks. **RESULTS** - We counted a total of 158 responses. Women constituted the majority of participants (89.2%), 30-40 years old were the most represented (38.6%) and 86.1% worked in private practice. The overall average on the SAAT was 16.56/20. For 98.70% of the participants, a good relationship must be collaborative. 86% of them take into account the patient's own elements in this relationship, compared to only 22.78% for the practitioner's elements. Finally, the notion of therapeutic alliance is familiar to 69% of the participants, and 94.94% of the professionals think that it is applicable in Physiotherapy.

CONCLUSION - According to the results of our survey, French physiotherapists seem to know the therapeutic alliance and their practices appear to be in accordance with its principles. However, some elements need to be improved, in particular the consideration of the practitioner's factors on the care relationship. Further studies in this field are needed to confirm these results and to demonstrate the interest of the therapeutic alliance in physiotherapy.

Key words : Therapeutic alliance, Physiotherapy, Survey.