

**CENTRE EUROPEEN D'ENSEIGNEMENT EN
REEDUCATION ET READAPTATION
FONCTIONNELLE**

TRAVAIL ECRIT REALISE EN VUE DE LA

VALIDATION DE L'UE 28

SEMESTRE 8

Année scolaire 2022/2023

**De la chronicité de la douleur à son impact sur l'alliance
thérapeutique lors de la prise en charge en masso-
kinésithérapie libérale : une étude quantitative et
qualitative**

BOURGEOIS Mathilde

Directeur de mémoire : HERRY Sébastien

Introduction : Les grèves répétées du personnel médical se multiplient face à un système de santé français en crise systémique depuis des années afin de rapporter un épuisement professionnel, menant à la peur de commettre des préjudices irrémédiables. De plus, l'accroissement exponentiel de la douleur chronique idiopathique s'inscrit comme une nouvelle problématique parmi les enjeux socio-économiques déjà existants. Ces douleurs sont souvent répertoriées comme un des facteurs inductifs de l'émergence d'attitudes stigmatisantes et discriminantes à l'égard de ces patients. Malgré leur expansion, un contraste se dessine entre d'une part ces attitudes et de l'autre l'importance d'une collaboration soignant-soigné évoluant vers une alliance thérapeutique. Elle bénéficie alors d'une approche bidirectionnelle au profit du paternalisme médical. Ainsi en quoi l'AT mise en place par les masseurs kinésithérapeutes libéraux peut-elle être entravée lors de la prise en charge de patients douloureux chroniques ?

Méthode : Notre étude quantitative visant à recueillir des données fiables et objectives a été menée sur l'ensemble du territoire national via l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce dernier se voyait composé de 27 questions divisées en 5 parties. Parmi elles 19 sont des questions fermées dans le but de parer une réflexion et une rédaction qui auraient dû être nécessairement plus approfondies. Cela aurait d'ailleurs accru le risque de découragement de certains participants. Néanmoins il est fondamental d'avoir conscience que face à la réalisation d'un état des lieux d'attitudes discriminantes voir de propos stigmatisants, on retrouve un biais de désirabilité sociale. Celui-ci pouvant entraver les résultats de notre étude. Par conséquent, afin d'y remédier les MK ont retrouvé, en amont de la partie 2 et 3, une consigne de substitution. Le test exact de fisher a également été utilisé afin de rechercher si certains facteurs socio démographiques pouvaient être à l'origine de ce type de comportements.

Résultats : En aval du recueil des données, 40 réponses exploitables sous-tendent que 92,5% des MK considèrent qu'au moins un de leur collègue a déjà été amené à refuser la prise en charge d'un patient pour le caractère chronique de sa douleur. Contrairement aux données de la littérature, cette étude démontre que ce n'est plus aux patients qu'incombe la faute de la non guérison : la notion de fantasme de réparation du soignant faisant son émergence. Par la suite, il a fallu faire face à un ensemble de stigmatisations s'étendant de la vision la plus répandue « c'est psy, c'est dans la tête du patient », à d'autres plus surprenantes mais récoltant néanmoins des pourcentages de réponses non négligeable tels que « ce sont des toxicomanes en recherche de prescription narcotiques ». Enfin et malgré la présentation d'un outil d'évaluation de l'AT, 45% des MK estiment qu'ils ne feront pas appel à ce dernier, posant alors la question de la place de l'auto métacognition dans la masso-kinésithérapie.

Discussion : Il semble donc que les discriminations et stigmatisations soient encore des sujets tabous en particulier par l'absence de littérature concernant les pratiques des MK. Cette étude a révélé que les commentaires stigmatisants l'emportaient sur ceux d'aspects d'utilités sociales et cela au sujet des patients souffrant de douleurs chroniques. De plus, les caractéristiques socio-démographiques des MK étudiés n'ont montré aucun lien significatif avec une tendance plus accrue à stigmatiser ou discriminer ce type de population. Néanmoins, la taille de l'échantillon trop faible ne permet pas une généralisation de ces résultats. Enfin, il a été observé que les patients ont tendance à percevoir l'AT de manière plus conséquente que les MK. Cela soulève l'importance pour ces derniers à objectiver ce type de résultats pour tendre vers une AT optimale. Cependant l'utilisation d'outils d'évaluation ne semblent pas s'inscrire tel un habitus dans la profession, ouvrant la voie pour de nouvelles études.

Mots clés : Masseur-kinésithérapeute (MK), douleurs chroniques, alliance thérapeutique (AT), stigmatisation, discrimination.

Abstract

Introduction: The repeated strikes by medical personnel are increasing in the face of a French healthcare system that has been in systematic crisis for years, leading to professional burnout and a fear of causing irreversible harm. Furthermore, the exponential increase in idiopathic chronic pain emerges as a new issue among the preexisting socio-economic challenges. These pains are often identified as one of the inducing factors for the emergence of stigmatizing and discriminatory attitudes towards these patients. Despite their growing prevalence, a contrast is evident between these attitudes and the importance of a caregiver patient collaboration evolving towards a therapeutic alliance. It then benefits from a bidirectional approach moving away from medical paternalism. So, how can the therapeutic alliance established by independent physiotherapists be hindered in the management of chronic pain patients?

Method: Our quantitative study, aimed at gathering reliable and objective data, was conducted nationwide through the use of a questionnaire. This questionnaire consisted of 27 questions divided into 5 sections. Among these, 19 were closed-ended questions, designed to prevent the need for deeper reflection and writing, which could have potentially discouraged some participants. Nevertheless, it is crucial to be aware that when assessing the presence of discriminatory attitudes of stigmatizing remarks, a social desirability bias can emerge, potentially affecting the outcomes of our study. Therefore, to address this issue, prior to sections 2 and 3, physiotherapists were given a substitution instruction. Additionally, the Fisher's exact test was employed to investigate whether certain socio-demographic factors might be responsible for such behaviors.

Results: After collecting the data, 40 usable responses suggest that 92,5% of physical therapists believe that at least one of their colleagues has been prompted to decline the treatment of a patient due to the chronic nature of their pain. Unlike, the data from the literature, this study demonstrates that it is no longer the patients who bear the blame for non-recovery. Instead, the concept of the caregiver's reparative fantasy is emerging. Subsequently, it was necessary to confront a range of stigmas, ranging from the most common perception, "it's psychological, it's in the patient's head" to others that were more surprising but still garnered significant response percentages, such as "they are addicts seeking narcotic prescriptions". Finally, despite the presentation of an assessment tool for AT, 45% of physical therapists believe they will not use it, raising the question of the role of self-metacognition in physical therapy.

Discussion: It appears that discrimination and stigmatization are still taboo subjects, particularly due to the lack of literature regarding the practices of physical therapists. This study revealed that stigmatizing comments outweighed those concerning social utility aspects, particularly in the context of patients suffering from chronic pain. Furthermore, the socio demographic characteristics of the studied physical therapists did not demonstrate any significant correlation with a heightened tendency to stigmatize or discriminate against this population. Nevertheless, the small sample size does not allow for the generalization of these results. Finally, it has been observed that patients tend to perceive AT more significantly than physical therapists do. This underscores the importance for the latter to objectify these types of results in order to strive for optimal AT. However, the use of assessment tools does not appear to be a common practice in the profession opening the door for further studies.

Key words: physiotherapist, chronic pain, therapeutic alliance, stigmatization, discrimination

Table des matières

INTRODUCTION

1. PREAMBULE	1
2. DOULEURS ET PARCOURS DE SOIN	1
2.1. LES DOULEURS.....	1
2.1.1. <i>Définition de la douleur</i>	1
2.1.2. <i>Douleurs chroniques</i>	2
2.2. DOULEURS MEDICALEMENT INEXPLIQUEES.....	3
2.2.1. <i>« C'est psy, c'est dans votre tête » : de la stigmatisation aux allégories</i>	3
2.2.2. <i>Différenciation, stigmatisation et discrimination : et la masso kinésithérapie dans tout cela ?</i>	5
2.2.3. <i>Notion de réceptivité</i>	7
2.3. PARCOURS DE SOIN	8
2.3.1. <i>Parcours de soin ou de santé ?</i>	8
2.3.2. <i>Reconnaissance de la douleur et enjeux socio-économiques</i>	8
3. ALLIANCE THERAPEUTIQUE.....	10
3.1. NAISSANCE D'UN CONCEPT : DE LA RELATION DU SOIN A L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	11
3.1.1. <i>La relation de soin</i>	11
3.1.2. <i>L'alliance thérapeutique</i>	11
3.1.3. <i>Relation ou alliance thérapeutique ?</i>	12
3.2. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : UNE NECESSITE D'ENGAGEMENT	12
3.2.1. <i>Une démarche réflexive</i>	12
3.2.2. <i>Un nouveau concept</i>	13
3.3. LA JUSTE DISTANCE.....	16
3.3.1. <i>La bonne distance</i>	16
3.3.2. <i>La notion de justice</i>	16
3.3.3. <i>Le soin, un commerce ?</i>	17
4. RELATION SOIGNANT SOIGNE.....	18

4.1.	EMPATHIE, SYMPATHIE ET COMPASSION	18
4.1.1.	<i>Définitions et usage courant</i>	18
4.2.	L'ATTACHEMENT SOIGNANT/SOIGNE	19
4.2.1.	<i>Le partage social des émotions</i>	19
4.2.2.	<i>Et dans la relation de soin ?</i>	20
4.2.3.	<i>Les limites du soignant</i>	21
5.	PROBLEMATIQUE	22
6.	CHOIX METHODOLOGIQUE	22
6.1.	CADRE REGLEMENTAIRE	22
6.2.	METHODE DU QUESTIONNAIRE	23
6.2.1.	<i>La population</i>	23
6.2.2.	<i>Présentation générale de la constitution du questionnaire</i>	23
6.2.3.	<i>La méthode de substitution</i>	24
6.3.	METHODE DE DIFFUSION ET D'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE.....	24
7.	RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	25
7.1.	RECUEIL DES DONNEES DU QUESTIONNAIRE.....	25
7.2.	PARTICIPANTS ET EVALUATION DES PRATIQUES	27
7.2.1.	<i>Profil des participants (questions 1 à 13)</i>	27
7.2.2.	<i>Évaluation des pratiques concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques (questions 14 à 16)</i>	31
7.3.	LES DIFFERENTES REPRESENTATIONS	33
7.3.1.	<i>Représentation du caractère chronique d'une pathologie (questions 17 à 19)</i> ..	33
7.3.2.	<i>Représentation de l'alliance thérapeutique (questions 20 à 22)</i>	35
7.4.	ÉVALUATION.....	38
7.4.1.	<i>Évaluation de l'alliance thérapeutique</i>	38
7.4.2.	<i>Apport d'un outil évaluatif</i>	39
DISCUSSION		
8.	ANALYSE DES RESULTATS	42
8.1.	DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	42
8.1.1.	<i>Genre et moyenne d'âge</i>	42
8.1.2.	<i>Formations continues</i>	43

8.1.3.	<i>Exercice libéral et patientèle</i>	44
8.1.4.	<i>Biais</i>	46
8.2.	DESCRIPTION DES RESULTATS DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES.....	47
8.2.1.	<i>Le refus de prise en charge</i>	47
8.2.2.	<i>Longueur du traitement et dépassement d'honoraire</i>	48
8.3.	DESCRIPTION DES RESULTATS CONCERNANT LA REPRESENTATION DU CARACTERE CHRONIQUE D'UNE PATHOLOGIE	49
8.3.1.	<i>Catégories, tableaux croisés dynamiques et test exact de Fisher</i>	49
8.3.2.	<i>Stigmatisations et alliance thérapeutique</i>	53
8.3.3.	<i>Biais et limites</i>	55
8.4.	REPRESENTATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE.....	55
8.4.1.	<i>Influence du caractère chronique de la douleur sur l'AT</i>	55
8.4.2.	<i>Alliance ou relation thérapeutique ?</i>	57
8.5.	ÉVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE.....	58
8.5.1.	<i>Évaluation et utilisation d'indicateurs (objectifs ou subjectifs)</i>	58
8.5.2.	<i>Working Alliance Inventory (WAI)</i>	59
8.5.3.	<i>Biais</i>	60
9.	REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE ET LIMITE PRINCIPALE DE CETTE ETUDE.....	61
9.1.	REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE.....	61
9.2.	LIMITE PRINCIPALE DE CETTE ETUDE.....	62
10.	APPORTS PROFESSIONNALISANTS	63
	CONCLUSION.....	69

Table des figures

Figure 1-Le cycle de la discrimination	5
Figure 2-Décision entreprise selon la démarche EBP et judiciaire	17
Figure 3- Réponses des participants concernant l'exercice en libéral (Q5).....	25
Figure 4-Réponses des participants concernant la prise en charge de patients douloureux chroniques (Q8).....	26
Figure 5- Diagramme de flux	26
Figure 6- Réponses des participants concernant leur genre (Q2).....	27
Figure 7- Réponses des participants concernant leur âge (Q3)	27
Figure 8- Réponses des participants concernant leur année d'obtention du diplôme (Q4).....	28
Figure 9- Réponses des participants concernant le nombre d'année d'exercices post DE (Q6)	28
Figure 10- Réponses des participants concernant la réalisation de formations continues (Q12).....	29
Figure 11- Réponses des participants concernant le type de formation continue réalisée (Q13).....	29
Figure 12- Réponses des participants concernant l'exercice au sein d'une structure de sensibilisation à la douleur chronique (Q7).....	30
Figure 13- Réponses des participants concernant les champs de prise en charge des patients douloureux chroniques (Q9).....	30
Figure 14- Réponses des participants concernant l'âge moyen des patients douloureux chroniques pris en charge (Q10)	30
Figure 15- Réponses des participants concernant le nombre de patients douloureux chroniques pris en charge dans une année (Q11).....	31
Figure 16- Réponses des participants concernant le refus de prise en soin d'un patient en raison du caractère chronique de sa douleur (Q14).....	31
Figure 17- Éléments sur lesquels se sont basés les MKs concernant le refus d'un patient douloureux chronique (Q15).....	32
Figure 18- Critères sur lesquels se sont appuyés les MKs afin de mettre en évidence le caractère chronique de la douleur (Q16).....	33
Figure 19- Réponses des participants concernant la prise en compte de la douleur chronique (Q17) ..	34
Figure 20- Réponses des participants concernant le comportement des MKs face à des patients douloureux chroniques (Q18).....	34
Figure 21- Réponses des participants concernant la vision des MKs vis-à-vis des patients douloureux chroniques (Q19)	35
Figure 22- Réponses des participants concernant l'influence du caractère chronique de la douleur sur l'AT (Q20).....	36
Figure 23- Réponses des participants concernant le moment à partir duquel les MKs considèrent que le caractère chronique influence le plus l'AT (Q22)	37

Figure 24-Réponses des participants concernant les éléments de l'AT qui pourraient selon eux être influencés par le caractère chronique de la douleur (Q21)	38
Figure 25-Réponses des participants concernant l'évaluation de l'AT (Q23).....	38
Figure 26- Réponses des participants concernant la fréquence d'utilisation du WAI (Q25).....	39
Figure 27-Part de la patientèle par tranche d'âge du patient.....	45
Figure 28- Questionnaire de l'étude	VI
Figure 29- Le Working Alliance Inventory	VIII

Table des tableaux

Tableau I- Stéréotypes négatifs évoqués par des thérapeutes.....	6
Tableau II- Les deux types d'engagement selon Higgins [33].....	14
Tableau III- Les deux types d'engagement selon Bright [33].....	15
Tableau IV- Les différents styles d'attachement [44,45].....	20
Tableau V- Critères d'inclusion et d'exclusion de la population pour le questionnaire.....	23
Tableau VI- Données statistiques concernant l'âge des participants et le nombre d'années d'exercice .	28
Tableau VII- Détails des outils utilisés par les MK afin d'évaluer l'AT (Q24)	39
Tableau VIII- Réponses des participants concernant les raisons les amenant à ne jamais ou que très rarement utiliser le WAI (Q.27).....	40
Tableau IX- Réponses des participants concernant les raisons les amenant à souvent ou toujours utiliser le WAI (Q.27).....	41
Tableau X- Déterminants sociaux des participants estimant qu'aucun MK n'a déjà été amené à refuser la prise en charge d'un patient pour le caractère chronique de sa douleur	47
Tableau XI- Tableau croisé dynamique concernant la question 17.....	50
Tableau XII- Tableau croisé dynamique concernant la question 18	50
Tableau XIII- Tableau croisé dynamique concernant la question 19	51
Tableau XIV- P value obtenue pour chaque question concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants	53
Tableau XV- P value obtenue pour chaque question concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants	53
Tableau XVI- Grille de cotation du Working Alliance Inventory.....	IX
Tableau XVII- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q17)	X
Tableau XVIII- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q17).....	X
Tableau XIX- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q18)	XI

Tableau XX- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q18).....	XI
Tableau XXI- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q19)	XII
Tableau XXII- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q19).....	XII
Tableau XXIII- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q17)	XIII
Tableau XXIV- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q17)	XIII
Tableau XXV- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q18)	XIV
Tableau XXVI- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q18)	XIV
Tableau XXVII-Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q19)	XV
Tableau XXVIII- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q19)	XV

Liste des abréviations

ALD: Affection Longue Durée

AMA: American Medical Association

AT : Alliance Thérapeutique

CIF : Classification Internationale du fonctionnement

CIM : Classification Internationale des maladies

CMU : Couverture Maladie Universelle

DE : Diplôme d'État

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DSM: Diagnostic and Statistical Manual ou Mental Disorders

EBP : Évidence Based Practice

EVA : Échelle visuelle analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP: International Association for the Study of Pain

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

MG : Médecin Généraliste

MK : Masseur- kinésithérapeute

MKDE : Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État

PSFS : Patient Specific Functional Scale

SFETD : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

WAI : Working Alliance Inventory

INTRODUCTION

1. Préambule

Soigner...

Un simple verbe étant parfois à l'origine de bien plus : la naissance d'une vocation. Véritable leitmotiv pour une partie des professionnels de santé, il est énoncé comme un des arguments expliquant leur volonté de s'orienter dans le domaine du soin. Défini comme « [le fait] de soulager la douleur, de diminuer le malaise et l'inconfort, [d'] atténuer la dépendance, l'assujettissement du patient à ce qui le mine [et de] l'aider à s'affranchir de la souffrance en tout ou en partie » [1] soigner est un des objectifs, si ce n'est L'Objectif, du soignant. L'idéal consiste alors à faire en sorte que le patient se rétablisse complètement et n'ait plus besoin de lui [1]. Et pourtant, en 2016, paraît *Les brutes en Blanc* de Martin Winckler [2]. Accueilli de manière critique par une grande partie du corps médical français, ce livre relate notamment des témoignages de patients victimes de maltraitance médicale. Au fil des pages, on ne cesse de découvrir un personnel soignant écrasé par un système de santé à bout de souffle depuis maintes années. Dans ce contexte et face à la souffrance humaine quotidienne, certains praticiens se transforment en de simples « ouvriers du soin », se révélant alors insensibles et parfois violents [3]. De ce fait, il s'avère légitime que des interrogations émergent, telles que

- Les patients peuvent-ils encore espérer à une prise en charge respectant leurs droits ?
- Les professionnels de santé ont-ils encore la potentialité de pouvoir assurer un accès au soin égalitaire pour chacun d'entre nous ?

2. Douleurs et parcours de soin

2.1. Les douleurs

2.1.1. Définition de la douleur

Responsable de près de deux tiers des consultations médicales, la douleur est un véritable enjeu de santé publique. Objet de nombreuses études aussi bien fondamentales que cliniques, celle-ci passionne autant qu'elle divise la communauté scientifique [4]. Officiellement définie en 1979 par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes », cette définition a su introduire et ce, avant même

l'apparition du modèle biopsychosocial de Engel, des composantes ne se rattachant pas exclusivement au domaine biomédical [5]. En effet, l'IASP a su pointer du doigt et mettre en évidence le caractère subjectif et personnel de la douleur. De l'unicité du patient en naît alors celle de sa douleur et par conséquent celle de sa prise en charge. En outre et de cette définition exhale également la mise en évidence d'un sujet encore très en proie aux débats à l'heure actuelle : la douleur en l'absence de toutes lésions structurelles objectivables. Certains professionnels de santé formés au modèle biomédical peuvent alors, et via la mise en application de ce paradigme, porter des regards sous estimant ou stigmatisants à l'encontre de ces patients douloureux chroniques. Ces regards s'expliquant notamment par la difficulté de voir une notion de complémentarité, non dualistique du corps et de l'esprit.

2.1.2. Douleurs chroniques

La prise en charge de patients douloureux chroniques est souvent perçue comme longue et complexe pour une majorité de professionnels de santé. Pour essayer d'en comprendre la cause, il est intéressant de se pencher sur la définition de base. En effet, et contrairement à la définition de la douleur parue en 1979 et toujours d'actualités quarante décennies plus tard, la douleur chronique n'a quant à elle pas de définition consensuelle. Par conséquent, on en retrouve une propre à chaque institution (IASP, American Medical Association (AMA), livret blanc de la douleur) [5–7]. Ainsi, et dans un contexte de prise en charge qui se doit d'être pluridisciplinaire, il est intéressant de se demander comment les professionnels de santé peuvent-ils proposer un projet thérapeutique cohérent pour ce type de patient alors même que leur conception de la douleur chronique peut s'avérer emprunt aux différences de part ce manque de consensus ?

Intéressons-nous alors à la définition donnée par l'IASP. Il s'agit, selon eux, d'une « douleur persistante au-delà du délai normal de guérison des tissus, généralement fixé à 3 mois. Elle n'a pas de finalité biologique et a des répercussions délétères chez le patient » [8]. Tandis que cette association s'était montrée être un véritable précurseur concernant la définition de la douleur, en prenant en compte et ce dès les années 80, ses différentes composantes (sensorielle et émotionnelle), l'importance du contexte psychosocial, tout comme le caractère d'unicité de celle-ci, sont alors autant d'éléments non retrouvés dans la définition de la douleur chronique. Et pourtant, nous savons à l'heure actuelle, que celle-ci est souvent multifactorielle, avec des

facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels, soit autant de critères à prendre en compte lors d'une prise en charge [7].

Outre le manque de consensus concernant la définition, on retrouve également l'arrivée de nouvelle terminologie telle que les « douleurs chroniques rebelles ». Définie comme « une douleur réfractaire aux thérapeutiques usuelles [nécessitant] la plupart du temps une prise en charge en équipe pluridisciplinaire, principalement en centre de la douleur », cette définition a très rapidement été considérée comme ambiguë, non consensuelle et finalement très peu utile pour la décision médicale [6]. De surcroît, le terme « rebelle » présente une connotation fortement négative, ce qui a toute son importance, car comme énoncé précédemment, les facteurs contextuels ont un rôle crucial dans ce type de symptomatologie. Par conséquent, le patient peut rapidement le ressentir tel un jugement stigmatisant, pouvant altérer l'acceptation de ses douleurs et l'image qu'il en a. Malgré les réserves émises concernant l'utilisation de ce terme, on le retrouve dans de nombreux articles scientifiques, mais également dans une des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) : évaluation et prise en charge de la douleur parue en 2022 ... [9]

Nous sommes alors emprunt à nous demander si l'absence d'une définition consensuelle émise en ce jour présente une quelconque relation avec le fait que le dernier plan gouvernemental concernant la prise en charge des patients douleurs chroniques date de 2013

2.2. Douleurs médicalement inexpliquées

2.2.1. « C'est psy, c'est dans votre tête » : de la stigmatisation aux allégories

A l'heure actuelle, au sein de la littérature scientifique, les douleurs médicalement inexpliquées sont perçues telles un synonyme des douleurs psychosomatiques. On entend par celles-ci « l'expression d'une détresse personnelle et sociale sous la forme d'un langage de plaintes somatiques avec une recherche de soins médicaux » [10]. Ainsi, le système de santé français considère généralement que pour toute douleur ou tout symptôme somatiquement inexplicable, la psychosomatisation peut alors en être à l'origine. Devenue véritable « voie de garage », les douleurs psychosomatiques se révèlent être un habillage opportun permettant de masquer une incapacité réelle à expliquer et à soulager un patient. Dans un paternalisme médical encore bien présent, où « à la faiblesse et à la passivité du patient correspond à la

puissance et à la responsabilité du médecin », il est alors plus aisé de donner un diagnostic par défaut sans éléments fiables venant l'étayer, plutôt que d'avouer son ignorance et les limites actuelles de la science [11].

De par l'incertitude entourant leur étiologie, la véracité des symptômes est souvent remise en question via le fait que « la croyance veut que la douleur soit un phénomène visible » [12]. Par conséquent, il n'est pas étonnant de retrouver une stigmatisation conséquente des patients douloureux chroniques tant auprès de la population française, que des professionnels de santé. On entend par là, « un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres » [13]. A l'instar de la répétition « c'est dans votre tête », la stigmatisation internalisée a alors fait son apparition. Ainsi, il a été démontré que les patients stigmatisés reproduisent envers eux-mêmes, un schéma identique de jugement et finissent par douter et remettre en question l'authenticité de leurs propres douleurs [12]. Face à la diminution de leur perception à pouvoir être en capacité de les gérer, l'exacerbation de celles-ci ne fait que de s'amplifier. De surcroît, et face à des professionnels de santé de plus en plus stigmatisants, certains patients préfèrent alors ne pas se prévaloir des services de santé dont ils ont besoin, laissant ainsi la douleur faire des ravages.

Dans un second temps, la littérature rapporte différentes allégories effectuées par des professionnels de santé envers des patients douloureux chroniques. Celles-ci viennent en quelque sorte rejoindre le processus de stigmatisation et par conséquent, corroborer nos dires précédents. Parmi ces allégories, on retrouve notamment celles établissant un parallèle entre les patients présentant des douleurs médicalement inexplicables et ceux dits heartsinks : « les patients qui soulèvent le cœur ». Considérés comme « chronophages », Down estiment qu'ils « exaspèrent les médecins, les mettent en échec, les submergent, les accablent, les écrasent et [...] qu'ils contribuent probablement à leur burn out » [10].

Le contexte actuel a voulu qu'une grève inédite des médecins généralistes se produise en décembre dernier dans notre pays. Ces derniers appelaient notamment à une diminution de leurs tâches administratives et à de meilleures conditions de travail. Face à ces revendications, nous pouvons alors nous questionner sur la convenance de l'attribution de la responsabilité des burn out médicaux aux patients douloureux chroniques...

2.2.2. Différenciation, stigmatisation et discrimination : et la masso kinésithérapie dans tout cela ?

A l'heure actuelle, la loi garantit à tous les citoyens français un accès égalitaire aux soins. Cependant, et dans un tout autre point de vue, la littérature scientifique ne cesse de prôner une pratique bio psycho sociale, basée sur l'individualité du patient et les caractéristiques qui lui sont propres. Par conséquent les professionnels de santé effectuent une véritable différenciation en fonction des données médicales et des objectifs définis dans le but de permettre l'assurance d'une prise en charge la plus adaptée. Elle peut donc s'avérer être aux antipodes de celle proposée à un tout autre patient présentant pour autant une pathologie identique. En revanche, le risque est alors d'y inclure des représentations sociales qui pourraient entraîner une dérive de ces praticiens vers un comportement discriminant et qui aurait pour ainsi dire comme point de départ la stigmatisation (fig1) [14]. En apposant des stigmates envers certains patients, les thérapeutes se dirigent alors tout droit, et ce de manière consciente ou non, vers une modification de leurs actes professionnels (TABI) [15]. On entend ainsi par le terme discriminatoire « la distinction, l'isolement, la ségrégation de personnes ou d'un groupe de personnes par rapport à un ensemble plus large. Elle consiste à restreindre les droits de certains en leur appliquant un traitement spécifique défavorable » [13].

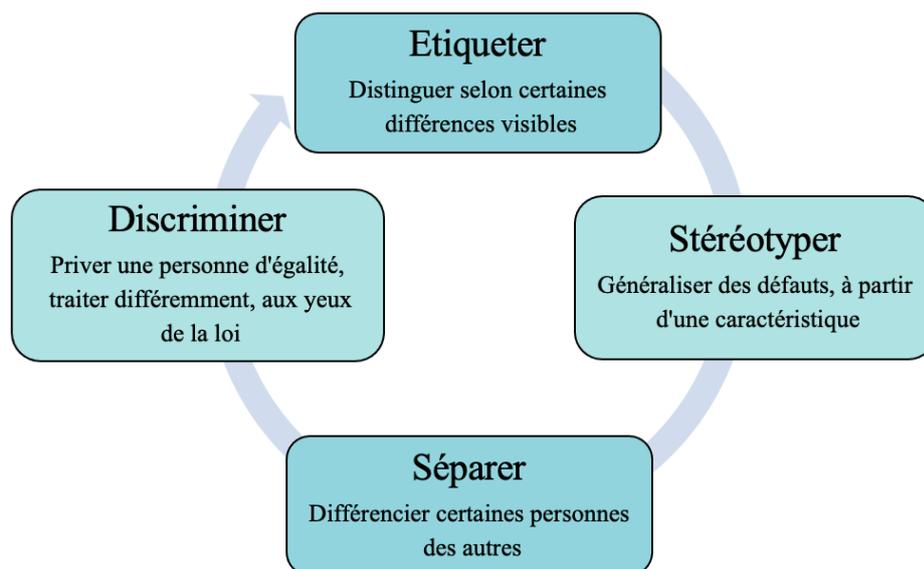


Figure 1-Le cycle de la discrimination

Tableau I-Stéréotypes négatifs évoqués par des thérapeutes

Thérapeutes	Les dires
Thérapeute 1	Des jeunes profs... y'a aussi pas mal de gens bobos... Ceux qui aiment l'homéo[pathie]
Thérapeute 2	Souvent c'est psy, ou c'est la ménagère de 50 ans qui s'emmerde, sans être dans la caricature, mais c'est quand même des situations un peu particulières
Thérapeute 3	Quand tu vois dans un dossier dans les antécédents : fibromyalgie et ben tu te dis « voilà encore une chieuse, une psy... »

Parmi les facteurs inductifs des comportements discriminatoires, on souligne l'arrivée exponentielle du caractère chronique d'une pathologie. En effet, il a été mis en évidence que les professionnels de santé qui attribuaient « moins de douleur à un patient, ressent[aient] moins de sympathie à son égard et [étaient] moins enclins à l'aider lorsque la douleur ressentie n'a[vait] pas de causes clairement identifiées » [12]. Du côté des patients, ceux-ci rapportaient un sentiment de délivrance de soins de bien moindre qualité, un temps de prise en charge trois fois moins conséquent que la moyenne ainsi qu'une sous-estimation de leur douleur, entraînant alors pour certains, un arrêt de leurs prescriptions d'antalgiques [16]. Cependant, est-il nécessaire de rappeler que la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 04 Mars 2002 reconnaît le « soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne » et que la lutte de celle-ci s'ajoute également telle une priorité de santé publique inscrite dans la loi de 2004 ? [5].

Défini tel « un professionnel chargé de la prévention, du diagnostic kinésithérapique et du traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, ainsi que des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles », le masseur kinésithérapeute (MK) peut lui aussi être sujet à la mise en place de discrimination. Il en va donc de rappeler, que selon l'article R.4321-58 du code de déontologie des MK, celui-ci « doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance, réelle ou supposée, à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de

santé, leur couverture sociale, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive entre la personne soignée » [17].

2.2.3. Notion de réceptivité

Selon les propos de Georges Charbonneau, « il serait naïf de penser que nous sommes toujours réceptifs à la douleur d'autrui. Il est plus facile d'être empathique si la souffrance est jugée injuste » [18]. Par conséquent, cet auteur met en évidence une notion fondamentale à celle de l'empathie : la réceptivité. Cependant et en tant qu'être humain, il faut prendre conscience qu'on ne peut pas être réceptif de manière constante et linéaire. En effet « [...] le mécanisme d'empathie est modifié par d'autres mécanismes complexes : préjugés, jugement de la vertu d'une personne, origine ethnique, [ce qui] modifie notre réception à la douleur d'autrui [...] » [18]. De ces derniers propos émanent de nombreux questionnements notamment sur un sujet encore actuel au sein de nos sociétés : la discrimination.

Chaque être humain va se construire à partir de valeurs et de principes inculqués depuis la naissance. Ainsi nous sommes tous « conditionnés ». Cela explique alors que face à n'importe quel individu, nos jugements tout comme nos préjugés ect..., peuvent moduler notre degré de réceptivité et par conséquent nos actions. Dans un contexte de soin, ils sont également capables d'amener le soignant à effectuer inconsciemment une différenciation dans la gestion de son alliance thérapeutique, tout comme dans son engagement auprès du patient. Ainsi, il n'est pas rare que ce comportement puisse être jugé comme discriminatoire par certains car considéré comme pouvant être inégal envers les malades. Toutefois ces soignants restent des êtres humains. Vouloir lutter contre tout cela ne s'avèrerait-il pas illusoire car synonyme de lutte contre la nature humaine en elle-même ainsi que contre notre propre inconscient ?

Des limites sont tout de même importantes à noter. L'empathie nécessite certes une capacité de compréhension et d'écoute d'autrui, mais notre rôle ne consiste pas en la réalisation d'une psychanalyse du patient. Il est nécessaire de rester humble face à leurs confidences, et ce sans rentrer dans de quelconques interprétations [19]. Gardons ainsi à l'esprit que « peu importe ce que l'on a compris, ce n'est jamais exactement ce qu'il (le patient) pense » [20].

2.3. Parcours de soin

2.3.1. Parcours de soin ou de santé ?

Actuellement en France, il a été mis en évidence que le parcours de soin vécu par le patient douloureux chronique est régulièrement un modèle d'échec. En effet, il a notamment été souligné que la manière dont il est organisé pouvait avoir un effet contraire à celui recherché, à savoir iatrogène et participer, par conséquent, à la chronicisation du patient [7]. C'est notamment pour cette raison qu'il est indispensable de faire la différence entre un parcours de soin et un parcours de santé.

En premier lieu, un parcours de soin est défini comme une « succession des actions de soins menées au bénéfice d'un patient, de façon cohérente et dans le cadre de référentiels ou à défauts de consensus basés sur des preuves scientifiques » [7]. Pour ainsi dire, il s'agit du parcours le plus typique, vécu par les patients, assujetti à des données objectives d'évaluation. Il s'agit d'une situation à un instant t, selon laquelle l'orientation vers les soins les plus spécifiques sera réalisée.

En second lieu, un parcours de santé correspond à la « prise en compte des déterminants bio psychosociaux et de leurs intrications qui doit être au premier plan » [7]. Celui-ci s'avère être beaucoup plus adapté aux patients douloureux chroniques pour lesquels une succession de soins n'est pas suffisante pour traiter leur problématique. De par une étiologie complexe, imbriquant, et ce de manière certaine, de multiples composantes aux déterminants médicaux, les éléments biopsychosociaux se doivent alors d'être pris en compte autant sur l'aspect causal de la pathologie que lors de la prise en charge [7].

2.3.2. Reconnaissance de la douleur et enjeux socio-économiques

Après avoir été une véritable pionnière concernant la recherche sur la douleur, la France perd progressivement du terrain par rapport à ces pays Européens voisins [7]. Après avoir assisté à la naissance de trois plans gouvernementaux la concernant et ce entre les années 1998 et 2010, un 4^e discuté il y a de ça neuf ans, n'est actuellement pas publié [6]. Malgré la loi de modernisation du système de santé ayant eu lieu en 2016 et soulignant la nécessité de prendre en charge les patients douloureux chroniques, aucun nouveau texte n'a depuis été promulgué, donnant l'impression d'un abandon progressif de la part des pouvoirs publics [7].

De surcroît, le traitement de la douleur n'est toujours pas reconnu comme une authentique spécialité. En effet, en France, il n'existe pas de diplôme d'étude spécialisé (DES) « douleurs chroniques ». Avant 2017, il était cependant possible, pour les médecins ayant obtenu leur DES, de se former en « douleurs chroniques et soins palliatifs » via le passage d'un diplôme supplémentaire (DESC). Mais suite à la réforme du 3^e cycle des études de médecine, ce dernier s'est vu supprimé et remplacé par une formation [21]. En revanche et si l'on en croit les dires des autorités, les médecins généralistes (MG) sont considérés comme suffisamment formés au cours de leur cursus pour assurer une prise en charge optimale des patients douloureux chroniques. En effet, ils sont vus comme le premier recours de ces derniers. Or, une étude a mis en évidence que 46% de ces MG déclaraient avoir des difficultés dans l'évaluation de la douleur et parmi leurs patients, plus de la moitié se plaignaient d'un soulagement insuffisant [6].

Malgré le côté humaniste qui lie la majorité des thérapeutes à la volonté d'exercer dans un métier de soin, il est tout de même nécessaire de se pencher quelque peu sur le côté économique. 12 millions de français estiment souffrir de douleurs chroniques dont 70% d'entre eux ne reçoivent pas le traitement approprié et dont moins de 3% bénéficient d'une prise en charge en centre anti douleur [8]. Chaque année, la douleur chronique coûte à l'État français plus de 1,163 milliard d'euros avec cinq fois plus d'arrêts de travail et quatorze consultations en moyenne par an, tous spécialistes confondus. On ne s'attardera pas non plus sur le coût des prises en charges médicamenteuses et para médicales telles que la masso kinésithérapie [22]. Pour pallier à une errance médicale longue, aux coûts souvent peu négligeables, les centres anti douleurs ont fait leur apparition. Cependant, et là encore, de nombreuses problématiques subsistent et ce, concernant notamment le délai de prise en charge. En moyenne, un patient douloureux chronique arrivera au sein de cette structure 5 ans après le début de ces douleurs et se devra d'attendre entre 2 et 8 mois pour obtenir son premier rendez-vous [22].

En manque de reconnaissance et de financement attribués par les autorités, la pérennité de ces structures se voit alors menacée, avec en prime une diminution drastique du nombre d'infirmiers et de psychiatres [7]. Par ailleurs, on notait déjà qu'en 2017 la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) prévoyait une disparition de 30% des organismes spécialisés au cours des 3 prochaines années si aucune action n'était mise en place [7]. En résumé, les patients douloureux chroniques ont une prise en charge généralement

considérée comme complexe. Les parcours qui leur sont proposés sont très régulièrement des parcours de soin peu adaptés à leurs besoins et par conséquent synonyme d'échec. Un accroissement de la stigmatisation de ce type de patients est également notable.

La réforme des études de masso-kinésithérapie de 2015, a fait émerger onze compétences que les étudiants se doivent de maîtriser à la fin de leur cursus. Parmi celles-ci, on y retrouve la compétence 5 ayant pour but d'« établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie » [23]. Elle met notamment un point d'honneur sur la nécessité de rechercher et/ou maintenir l'alliance thérapeutique (AT) avec le patient tout au long de l'intervention. On peut alors se demander qu'entendons-nous par AT ? Quelles sont les difficultés qu'il est possible de rencontrer lors de son instauration ? Quelles en sont ses limites ?

3. Alliance thérapeutique

Durant plusieurs siècles, le paternalisme médical n'a cessé de régner en maître. Une admiration incontestée était vouée à ces hommes scientifiques, cultivés et de surcroît, spécialistes d'une machinerie complexe, au fonctionnement encore peu connu : le corps humain. Mais comment cela aurait-il pu en être différemment ? La période Hippocratique a certes marqué un véritable tournant dans la médecine mais elle a cependant engendré, et ce malgré elle, une stagnation dans son évolution. La théorie des humeurs s'avère être d'ailleurs l'exemple le plus représentatif. En effet, celle-ci perdurera pendant plusieurs dizaines de siècles et s'y opposer sera synonyme de remise en cause des dires de celui considéré, et ce encore de nos jours, comme le père de la médecine. Ainsi, il faudra attendre l'arrivée de la dissection afin de contrer cette théorie et de pouvoir en supposer d'autres. De surcroît, l'illettrisme d'une grande partie de la population a également participé au fait que les soins ne puissent pas être réalisés en total compréhension et coopération avec le patient. Par ailleurs, leur santé était souvent remise à la volonté divine.

Je le soignai, Dieu le guérit (Ambroise Paré)

Cependant et de par les progrès de la médecine moderne, une désacralisation de ces figures d'autorité s'est opérée. L'émergence et l'accroissement de pathologies chroniques ont fortement remis en cause ce modèle paternaliste. Effectivement, il a été souligné qu'au sein de

ces maladies, des facteurs psychosociaux pouvaient présenter un impact bien plus conséquent que ceux biomédicaux, les seuls alors pris en compte depuis des décennies. La notion de biopsychosocialité a alors fait son apparition. En outre, l'importance que le patient soit un véritable acteur de sa santé, en comprenne les enjeux et que ses choix soient entendus, respectés et pris en compte devient essentielle. Ainsi et à l'heure actuelle, l'instauration d'une relation de confiance, d'un véritable pacte entre soignant et soigné prend véritablement tout son sens. Et si finalement soigner ne passait pas uniquement par la réalisation d'actes techniques ?

3.1. Naissance d'un concept : de la relation du soin à l'alliance thérapeutique

3.1.1. La relation de soin

Comme énoncé précédemment, un tournant dans la médecine s'est opéré lors de la période Hippocratique. Mais c'est également à cette époque que l'on doit les prémices de l'importance de la prise en compte de la relation humaine dans le soin. En effet, une relation est définie comme « un ensemble de rapports et de liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent et communiquent entre elles » [24]. Et c'est cette notion de communication qui sera étudiée et utilisée des décennies plus tard par Bernheim. En totale contradiction avec l'école de Charcot, il va introduire la notion de thérapie et tenter de prouver que via la technique hypnotique, soigner certaines pathologies par de simples paroles est possible. La relation de soin tout comme la psychothérapie prennent alors naissance et seront popularisées en Europe à partir de 1890 [25].

3.1.2. L'alliance thérapeutique

Passionnée par cette pratique et élève de Bernheim, Freud pratiquera l'hypnose avant d'arrêter et de déclarer « *je suis en droit de dire que la psychanalyse à proprement dite ne date que du jour où on a renoncé à avoir recours à l'hypnose* » [25]. Son mentor a certes démontré qu'une relation de soin pouvait permettre une guérison, cependant le paternalisme encore et toujours présent via cet ascendant du praticien sur le patient, amènera Freud à étudier la notion de collaboration. Selon lui, ce besoin de collaboration correspondra à la capacité du patient à s'engager pleinement dans le processus thérapeutique [26]. Il posera les bases de l'alliance thérapeutique sans en utiliser ces termes. Dans les années 1950, Rogers remettra en cause cette vision dans *L'approche centrée sur la personne*. Il énoncera d'ailleurs que les conditions relationnelles offertes par le thérapeute – empathie, congruence et regard positif inconditionnel-

sont en et par elles-mêmes suffisantes pour soigner les « clients » et la responsabilité de créer et maintenir une bonne alliance incombe au thérapeute [27]. Deux décennies plus tard, les approches antinomiques de Freud et Rogers seront réunies par Luborsky et Bordin, qui aborderont l'alliance thérapeutique avec une approche bidirectionnelle, considérant alors que le patient et le praticien ont tous deux un rôle à jouer. Par conséquent, ils définiront l'alliance comme un phénomène collaboratif, un partenariat co construit par les deux protagonistes [28]. Cependant, quelle différence pouvons-nous faire entre une relation et une alliance thérapeutique ?

3.1.3. Relation ou alliance thérapeutique ?

La relation thérapeutique est à voir comme le socle, la base sur laquelle va pouvoir s'instaurer l'alliance. Luborsky définira bien par ailleurs cette distinction en désignant l'alliance comme « le point dans la relation thérapeutique où d'un côté le patient élève le thérapeute à sa position d'autorité mais à un autre croit que cette puissance et cette autorité est partagée entre eux et qu'il y a un sens profond de collaboration et de participation dans le processus » [28]. Cette idée sera reprise par Lalau en expliquant que l'alliance thérapeutique désigne plus précisément le processus interactionnel qui lie le patient et le thérapeute autour de la finalité et du déroulement de la thérapie [28]. Ainsi et pour conclure nous reprendrons les propos de Bordin qui estimait que : « depuis sa conception, le rôle perçu de l'alliance thérapeutique était passé de l'idée que la relation entre le « client » et le clinicien [pouvaient] être thérapeutique en soi à la croyance qu'elle (alliance thérapeutique) permet au patient d'accepter et de suivre fidèlement le traitement » [29].

3.2. L'alliance thérapeutique : une nécessité d'engagement

3.2.1. Une démarche réflexive

L'engagement n'est pas toujours perçu de manière positive par l'ensemble du corps scientifique. En effet, certains auteurs l'ont très rapidement opposé à la neutralité, concept permettant apparemment l'assurance d'un cadre strict au sein duquel performance et compétences sont maîtres du jeu [30]. De surcroît, certains praticiens se sont vus freinés dans ce processus d'engagement à travers des affects et des sentiments pouvant se développer et pour lesquels s'y confronter pourrait s'avérer complexe. Et pourtant cela pourrait apparaître tel un paradoxe dans ce domaine où, du relationnel entre deux protagonistes, émanera

automatiquement des émotions quelles qu'elles soient. Cependant comment faire le reproche aux professionnels de santé, en ces temps où la nécessité de « s'endurcir » et de « se protéger » sont mis en exergue ?

Dans un second temps, et ce de manière relativement naturelle, la notion du sens a fait son apparition au sein de l'engagement. Rapidement a été souligné que le soin à l'Autre permettait, et ce pour la grande majorité des professionnels de santé, de trouver une direction et un certain épanouissement dans leur vie professionnelle. Comme l'a si bien défini Prayez, réparer autrui s'est rendre possible sa propre réparation [1]. En revanche, c'est également faire face à une réalité se confrontant au dogme sociétal. Effectivement, sur les épaules des soignants reposent l'image de personnes prêtes à faire don de soi et à se donner « corps et âme » pour autrui. Mais comment accepter alors ce qui pourrait s'apparenter pour certains comme une forme d'égoïsme : prendre du plaisir et trouver un intérêt personnel dans le soin ?

3.2.2. Un nouveau concept

Pendant plusieurs décennies, l'échec d'une thérapie ne se voyait reposée uniquement que sur les épaules du patient. D'ailleurs, Higgins définissait l'engagement comme « ce désir et la capacité de choisir activement de participer aux soins d'une manière qui convient uniquement à l'individu en coopération avec un professionnel de santé ou un établissement dans le but de maximiser les résultats ou les expériences de soins » [31]. Par conséquent, seul l'investissement du patient était mis en exergue. Mais en tant que professionnel inscrit dans une démarche biopsychosociale, réalisant notamment la classification internationale du fonctionnement (CIF), ne faisons-nous pas partie également des facteurs personnels et environnementaux touchant le patient ? Notre degré d'engagement envers le patient n'a-t-il pas lui aussi toute son importance dans la réussite ou l'échec d'une thérapeutique ?

Au fur et à mesure, maintes études se sont intéressées à ce sujet et ont finalement conclues que l'engagement était un processus co-construit, se produisant à travers la relation créée entre patient et thérapeute [32]. La perspective individualiste selon laquelle celui-ci n'était attribuable qu'au patient a donc été remise en question. En prenant en compte cette nouvelle variable, l'engagement a été nouvellement défini comme « un processus et un état co-construit ». Il intègre un processus de mise en relation progressive à un programme thérapeutique, qui permet à l'individu de devenir un collaborateur actif, engagé et investi dans

le domaine de la santé [33]. Par la suite, deux grands concepts feront leur émergence : celui de Higgins (TAB II) et celui de Bright (TAB III)

Demander des soins c'est faire appel au plein engagement et à la loyauté du soignant (Pascal Prayez)

Tableau II- Les deux types d'engagement selon Higgins [33]

Acteurs Type d'engagement	Patient	Praticien
Engagement à comprendre	Importance de s'engager dans la compréhension de leur état.	Se doit d'être motivé pour comprendre la situation dans laquelle se trouve le patient Nécessité de se consacrer à la fois à la situation physique mais aussi aux facteurs psychosociaux qui pourraient avoir une influence sur l'état et la thérapeutique du patient.
Engagement à l'action	Importance de s'engager à agir pour et dans leur propre intérêt.	Faire tous les efforts nécessaires pour permettre d'honorer les meilleurs intérêts du patient.

Tableau III- Les deux types d'engagement selon Bright [33]

Type d'engagement Acteurs	S'engager avec (processus d'engagement)	S'engager dans (ou état d'engagement)
Définitions	Le processus d'engagement a été décrit comme un processus graduel, souvent invisible et consistant à être attiré et à avoir un lien avec une activité ou une personne.	Cet état est décrit comme « être dans ce que l'on fait », « faire participer au-delà de la parole ».
Rôle du clinicien	Rôle central dans le processus d'engagement. Importance de la communication : le patient doit se sentir écouté et compris Importance de démontrer un intérêt à connaître le patient et son histoire.	S'engager dans c'est plus que simplement la participation du praticien. Cela implique un engagement actif, de l'enthousiasme, de l'énergie et des efforts.
Rôle du patient	Les patients ont suggéré que la connexion était renforcée avec le praticien s'il était lui-même perçu comme engagé et passionné par son travail. Pour que l'engagement soit continu : il est nécessaire que le patient prenne des décisions régulières pour rester engagé.	Influence clé : la façon dont le patient perçoit les attitudes et les comportements du praticien. Exige que le patient ait un niveau élevé d'intérêt et d'investissement dans la thérapie.

On comprend bien parmi l'ensemble des dires énumérés ci-dessus, que la notion d'engagement est plus complexe que ce que l'on pourrait imaginer. Cela nécessite un investissement du thérapeute qui s'étend au-delà de ses connaissances théoriques et par conséquent au-delà de sa posture de professionnel. Effectivement, « le rôle et la fonction du soignant n'inscrivent pas d'emblée le professionnel dans une relation d'aide. Une dimension humaine c'est-à-dire personnelle doit être présente pour cela » [3]. La bienveillance, la tendresse et la compassion dans le soin sont autant de qualités qui permettent de ne pas être de simples exécutants, mais d'être bien au-delà : des humains.

L'engagement est ce qui donne son poids d'humanité au soin [3]

3.3. La juste distance

3.3.1. La bonne distance

Porteur de la définition suivante « capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience des différentes places » [34], le terme de juste distance est compendieusement, et ce à tort, improprement corrélé avec celui de bonne distance. Depuis notre naissance, le cerveau est conditionné de telle sorte que son fonctionnement s'effectue de manière dichotomique : oui/non, bien/mal. L'éducation reçue par la suite permet d'accentuer et de figer définitivement cette façon de penser au sein des mœurs. Par conséquent, la notion de jugement ne peut faire qu'émerger. Toutefois on comprend rapidement que cette notion de bonne distance repose sur des critères subjectifs propres à chaque individu, à leurs histoires et à la relation créée entre eux. On peut alors être amené à penser qu'il serait peut-être un peu trop prétentieux et oiseux de vouloir ainsi estimer « la qualité » de la distance du soignant.

3.3.2. La notion de justice

Dans son ouvrage, Prayez souligne qu'il n'est pas rare d'oublier d'entendre le terme de juste distance au sens de justice [1]. Sans développer davantage cette idée, cet auteur pose ainsi une base à notre réflexion suivante. En outre, la justice peut être vue de deux manières différentes : sous la forme d'un principe et sous celle d'une institution. Dans un premier temps, celle-ci peut être définie tel un principe moral exigeant le respect des droits de chaque individu ainsi que d'une équité entre protagonistes. Malgré une relation naturellement déséquilibrée entre le soignant sachant et le soigné recherchant une aide, on ne pourra parler de distance « juste » que lorsque les droits du praticien comme ceux du patient se verront assurés au sein de la relation thérapeutique et ce de manière équitable.

Dans un second temps, l'Institution est le garant du respect des principes énoncés ci-dessus. De surcroit, et en s'intéressant à la symbolique de la justice, de nombreux points émergent et notamment des similitudes avec le modèle de l'évidence based practice (fig.2). Véritable institution chargée de prendre des décisions dans le but de garantir les droits de chaque citoyen, son schéma s'apparente de manière similaire à celui retrouvé dans la prise de décisions des soins. Par la suite, la balance, représentation ultime de la justice, signe l'impartialité exercée après avoir pesé le pour et le contre de chaque argument. Cependant, et à maintes reprises quotidiennes, le professionnel de santé réalise cette pesée intellectuelle afin

d'affermir que chaque acte est le plus adapté et sécuritaire vis -à-vis du patient. Concluons, sur le fait est que la justice a également pour mission de corriger les inégalités et de combler les handicaps tout comme les professionnels de santé.

La justice est garante de l'art du bon et de l'égal (citation du Moyen Âge)

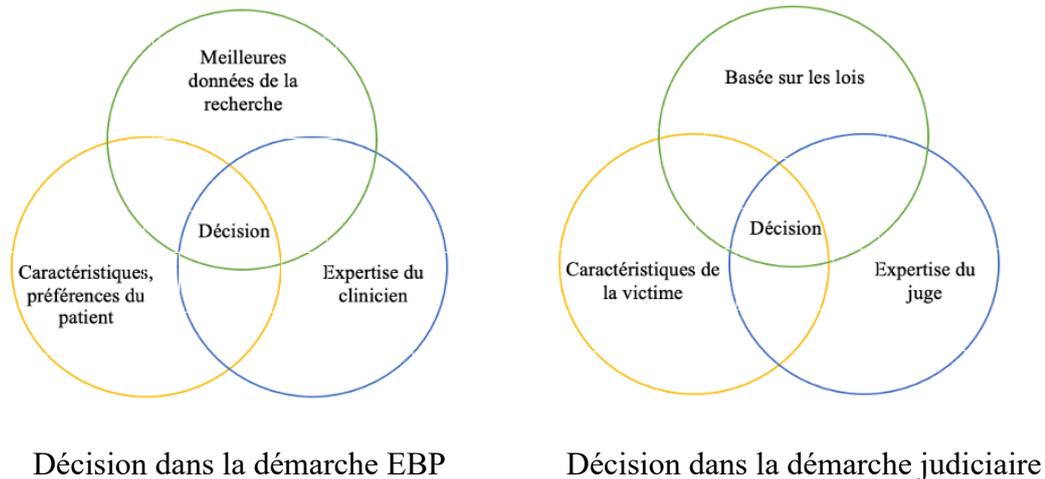


Figure 2-Décision entreprise selon la démarche EBP et judiciaire

3.3.3. Le soin, un commerce ?

Face à cette notion de distance complexe, certains praticiens ont alors pris le parti de s'inspirer du modèle commercial dans l'optique de faciliter leur pratique professionnelle et de se recentrer sur l'aspect biomédical. De cette façon, et tel que l'explique Paul Fustier, il faut voir la relation dans le soin comme « un contrat clair, avec des objectifs simples et précis et où l'aspect affectif est vu comme un débordement non professionnel » [35]. Par conséquent, le soigné vient rechercher une certaine aide, que lui apporte le praticien et ce, en contrepartie d'une somme d'argent. Une fois l'échange effectué, l'un tout comme l'autre ne se doivent plus rien. Certains peuvent alors penser qu'il s'agit d'une méthode quelque peu radicale et s'éloignant du contexte biopsychosocial conseillé actuellement. Cependant, si le patient ne souhaite pas s'investir dans une quelconque alliance thérapeutique, ne serions-nous pas contraires aux principes biopsychosociaux, à vouloir, et ce de manière absolue, lui en imposer une ?

Mais quand est-il des patients présentant une couverture maladie universelle (CMU), une affection longue durée (ALD) ou encore un accident de travail ? Ce paradigme s'applique-t-il également ? Prenons pour exemple les patients CMU. Une étude récente a démontré les

différents stéréotypes des MK les concernant. Décrits comme « peu assidus aux consultations, peu attachés à consulter des professionnels de santé de manière pertinente, peu attentifs à avoir une utilisation économiquement responsable du système de santé », ils sont régulièrement refusés par les cabinets libéraux et sont par conséquent victimes de discrimination [36]. On pourrait alors penser que le paradigme de soigner un patient motivé, avec des objectifs clairs et simples en contrepartie d'une somme d'argent ne peut s'appliquer ici et ce via ce sous-entendu manque d'investissement. Cependant, et bien au contraire, c'est la notion de commerce qui fait émerger cette situation. En effet, les motifs de refus pour soins en ALD, CMU ou arrêt de travail ne sont autres que des situations administratives contraignent les professionnels à devoir courir auprès de nombreux organismes dans l'espoir de se voir rembourser les actes émis, et ce des mois plus tard. Le côté commercial du soin ne peut alors pas prendre plus de sens qu'à travers ces situations....

4. Relation soignant soigné

4.1. Empathie, sympathie et compassion

4.1.1. Définitions et usage courant

Du terme empathie émane généralement dans l'esprit commun une corrélation avec le terme de compassion. Or il n'en n'est rien de tout cela. Issu du latin *compati* « souffrir avec », la compassion n'est autre qu'un « sentiment qui incline à partager les maux et les souffrances d'autrui » [37]. A l'inverse, « être empathique c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » » [38]. C'est ainsi que toute la subtilité de la langue française se dessine. En outre l'empathie rejoint la notion de distance dont nous avons eu l'occasion de discuter auparavant. De part une attitude empathique, le soignant montre alors sa réelle volonté d'être dans une dynamique de compréhension active du patient tout en restant dans une posture de professionnel de santé. En effet, et contrairement au phénomène de compassion, l'empathie permet au soignant de rester un être à part entière au sein de cette relation où le « je » et le « il » se révèlent être deux entités on ne peut plus distinctes.

D'autre part, la sympathie est elle aussi régulièrement associée au terme d'empathie. Utilisée couramment dans la langue française sous le diminutif de *sympa*, elle fait référence

dans l'esprit commun à une personnalité gentille, agréable, se révélant plutôt « cool ». Mais alors pourquoi déconseille-t-on aux soignants de présenter une telle attitude envers les patients ? En se penchant de plus près sur le sujet, celle-ci est en réalité définie comme « la capacité d'un individu de partager l'émotion ressentie par l'autre, de se sentir interpellé sur le plan émotionnel [...] ». Elle correspond à une forme de « résonance affective » entre soignant-soigné [39]. Ainsi sont éprouvés les mêmes émotions mais également les mêmes valeurs, objectifs et idéaux qu'autrui. Par conséquent, comment imaginer qu'un soignant puisse alors porter le poids des émotions de tous les patients sur ses épaules sans que ses capacités de jugement n'en soient altérées ? Certains auteurs se sont alors intéressés à la question et ont permis de mettre en exergue ce que l'on nomme le détachement compatissant. Il s'agit pour le professionnel de santé de présenter une « préoccupation empathique tout en maintenant une distance raisonnable de la sympathie pour maintenir un équilibre émotionnel » [40]. Mais cette notion est-elle suffisante pour permettre au soignant de trouver cette fameuse harmonie qui donne lieu à un véritable épanouissement professionnel sans pour autant tomber dans une sorte d'épuisement mental ?

Les soignants empathiques partagent leur compréhension, ceux sympathiques leurs émotions
[40]

4.2. L'attachement soignant/soigné

4.2.1. Le partage social des émotions

Étudié par Rimé dans les années 2005, le partage social des émotions se révèle être un phénomène universel. Que l'on soit atteint ou non d'une pathologie, dès lors qu'un épisode émotionnel est vécu, nous sommes emprunt à le raconter et ce de manière plus ou moins répété en fonction de l'intensité de celui-ci [41]. Les épisodes émotionnels ont par ailleurs la particularité de susciter des états de communion émotionnelle en ravivant chez les individus un sentiment d'union [42]. Dans le cas d'une maladie, ces liens sociaux affectifs ont particulièrement besoin d'être renforcés. Face à des émotions négatives, et via le phénomène d'attraction et d'empathie, un lien d'attachement entre thérapeute et patient peut alors se créer. En revanche, ce lien d'attachement peut alors être à double tranchant. En effet, soit celui-ci est suffisamment robuste pour que le patient se sente en confiance avec le praticien, soit il s'avère alors être « mal tissé », heurtant ainsi le patient au refus d'écoute. Il s'engage alors dans la voie de l'exclusion sociale [41]. De surcroît, le professionnel ne peut être exempté également. En

effet, et ce à tout moment, il peut se trouver empreint de fatigue face à une écoute de la souffrance d'autrui qui se veut quotidienne. Sortir de la relation d'écoute empathique peut alors être vu tel une forme de protection. Nous reviendrons sur cette notion prochainement.

Les études menées sur ce sujet ont révélé que l'émotion n'est jamais vécue de manière solitaire [42]. Ainsi, et lors d'épisodes émotionnels négatifs remettant en cause notre homéostasie psycho physiologique, chacun se tourne vers la recherche d'un soutien, généralement une figure d'attachement, dite « caregivers », apportant sécurité et réconfort [41]. Par conséquent et comme l'ont très bien mise en exergue Feeney et Woodhooose, « le désir de soutien et de réconfort dans l'adversité ne devrait pas être considéré comme infantile ou une dépendance immature mais devrait plutôt être respecté comme une part intrinsèque de la nature humaine qui contribue au bien-être et à la santé » [43].

4.2.2. Et dans la relation de soin ?

En règle générale, toute problématique de santé entraîne le développement d'un sentiment de vulnérabilité, lui-même responsable par la suite de l'activation du système d'attachement propre à chaque individu (Tab IV). De celui-ci émane alors la manière dont le patient va exprimer son besoin d'aide envers autrui. De surcroit, il est également intéressant de se pencher sur les schémas cognitifs du soigné. En effet, l'objectif est de savoir si d'une part, il se sent méritant à la réception de soins, et si d'autre part il se sent en capacité, à minima, de fournir aux professionnels de santé une certaine confiance.

Tableau IV- Les différents styles d'attachement [44,45]

Style d'attachement	Attachement sécuritaire	Attachement insécure
Caractéristiques du patient	Reconnaissance de sa vulnérabilité Autorisation d'expression des sentiments négatifs que peut générer la maladie sans que cela ne vienne altérer la relation avec les soignants	Difficultés à admettre ses symptômes et à estimer qu'il mérite de l'aide
Réponses du patient envers le soignant	Tendance à faire confiance aux autres	Tendance à percevoir un mur entre lui et le thérapeute, qu'il voit tel un contrôleur Réticence à faire confiance aux soignants, voir hostilité.

4.2.3. Les limites du soignant

Les limites du soignant peuvent parfois provenir de celles issues de nos institutions de formation. En effet, le sentiment d'impuissance dans lequel se retrouve parfois plongé le professionnel de santé provient généralement du fait qu'on lui a surtout appris à savoir faire pour guérir. En revanche, le savoir être pour accompagner, recevoir, écouter sans en être soi-même anéanti, étant considéré comme propre à chacun, n'est alors que très peu abordé au cours des cursus d'apprentissage [46]. De surcroît, et face à « des conventions sociales amenant à canaliser et réprimer nos émotions, on assiste à une minimisation non intentionnelle de celles-ci » [19]. Sans travail du professionnel sur sa subjectivité ainsi que sur l'acceptation de sa propre vulnérabilité, il s'expose à un risque accru d'épuisement professionnel dit « burn out ». Ainsi nous sommes à même de nous demander s'il ne serait pas pertinent de porter également un regard sur la place donnée à l'heure actuelle sur la gestion des émotions et de l'épuisement des soignants au sein des formations initiales ?

Malgré une symptomatologie décriée comme à la mode, le burn out voit son manque de reconnaissance s'installer peu à peu, et ce depuis une quarantaine de décennie, en marquant de son absence la classification internationale des maladies (CIM) tout comme celles des troubles mentaux (DSM). Cette réduction au silence est majoritairement liée à une association avec d'autres troubles psychiques sur lesquels repose l'image de maladies « honteuses ». En effet, la dissonance psychisme/corps est encore très présente dans les esprits des professionnels de santé et par conséquent, dans notre société actuelle. Ainsi, et contrairement aux croyances, les soignants ne se voient pas épargnés. Face à une société en perpétuelle évolution, où le rythme métrou-boulot-dodo règne en maître, les malades tout comme les maladies ainsi que les consciences et les demandes évoluent en permanence, obligeant alors les soignants à une mise à distance. En manque d'épanouissement, de satisfaction professionnelle et face à un refus de perdre le sens du soin, le burn out s'installe progressivement [1]. Défini telle une fatigue physique, un surplus de stress ou encore à une perte d'idéal, une grande majorité d'auteurs s'accordent cependant à dire qu'il s'agit globalement d'un épuisement émotionnel [46].

« L'épuisement professionnel est une maladie de l'âme en deuil de son idéal » (Freunberger)

5. Problématique

L'état actuel de la littérature a permis de mettre en relief l'accroissement de la stigmatisation du milieu médical et paramédical envers les patients douloureux chroniques. De surcroît, il a également été démontré que celle-ci se révélait être un des facteurs pouvant impacter de près comme de loin l'AT développée entre le soignant et le soigné. Cependant, et à l'heure actuelle, il manque des données concrètes sur les autres aspects pouvant entraver cette dernière. Ceci s'est alors avéré être le point de départ permettant de faire émerger le questionnement suivant : En quoi l'alliance thérapeutique mise en place par les masseurs kinésithérapeutes libéraux peut-elle être entravée lors de la prise en charge de patients douloureux chroniques ?

MATERIEL ET METHODE

6. Choix méthodologique

Dans le cadre de ce mémoire, le choix s'est porté sur la réalisation d'une enquête quantitative dans le but d'obtenir des données fiables et objectives auprès d'un échantillon représentatif et répondant. Pour cela, nous nous sommes placés au sein d'un paradigme positiviste accompagné d'une approche hypothético déductive. Ce paradigme est défini par Florence Piron comme un moyen « [d]'étudie[r] le monde et de tente[r] de le connaître et de l'expliquer » [47]. Caractérisé encore à ce jour telle la référence dominante en matière de démarche en recherche dans les sciences sociales, la figure du chercheur y est classique c'est-à-dire « observant mais bien distinct de ce qu'il observe » [47].

6.1. Cadre réglementaire

Suite à la publication en mai 2017 du décret modificatif (décret 2017-884, JO du mai 2017) concernant l'application de la loi Jardé, votée en mars 2012, toute recherche « organisée et pratiquée sur des personnes volontaires saines ou malades qui vise à évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique, l'efficacité et la sécurité de réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques » se doit d'être présentée puis validée par les comités de protection des personnes [48]. Cette étude n'ayant pas été soumise à ces derniers, aucun patient ne pourra être interrogé. Seuls les masseurs kinésithérapeutes et ce, sous leur statut de professionnel de santé, seront habilités à participer.

Ayant pour objectif de recueillir des données en lien avec les sciences humaines et ce via internet, notre questionnaire se devra de répondre à la loi « informatique et liberté ». En conformité avec les règles fixées par la Commission Nationale de l’informatique et des Libertés, les réponses seront collectées de manière anonyme et confidentielle, post obtention de l’accord des participants. Ces derniers seront également avertis qu’afin de pouvoir traiter l’ensemble de leurs réponses, le questionnaire se devra d’être complété dans son intégralité. Cependant ils seront libres de l’arrêter à tout moment et ce sans avoir à en donner une quelconque justification. Seules les données nécessaires et pertinentes au regard de notre problématique se verront conservées.

6.2. Méthode du questionnaire

6.2.1. La population

Dans un but de réalisation du questionnaire, des critères d’inclusions et de non inclusions ont alors été défini (TABV).

Tableau V-Critères d'inclusion et d'exclusion de la population pour le questionnaire

Critères d’inclusion	Critères de non inclusion
MK diplômé et exerçant en France	MK non diplômé et/ou n’exerçant pas en France
MK pratiquant en libéral (en partie ou en totalité)	MK ne pratiquant pas en libéral (en partie ou en totalité)
MK ayant pris au moins une fois en charge un patient douloureux chronique	MK n’ayant jamais réalisé une prise en charge d’au moins un patient douloureux chronique

6.2.2. Présentation générale de la constitution du questionnaire

Le questionnaire comporte 27 questions, toutes à caractère obligatoire, réparties en cinq parties. Notre choix s’est porté sur le fait de privilégier les questions fermées (au nombre de 19) afin de faciliter dans un premier temps le tri puis l’analyse des données. Dans un second temps, et au vu d’un nombre conséquent de questionnaires diffusés en cette période par les étudiants de dernière année, les MKs se voient quotidiennement sollicités. Ainsi les questions demandant davantage de réflexion et de rédaction peuvent rapidement décourager et pousser le participant à sortir de l’étude. Cependant, il nous a tout de même paru nécessaire de prévoir au

sein de certaines de ces questions fermées, une case « autre » permettant à chacun de pouvoir s'exprimer librement et limitant ainsi le risque de réponses hors sujets en cas d'avis contraire ou incertain. Avant d'effectuer la distribution du questionnaire, un pré test a été réalisé dans le but de s'assurer que ce dernier ne connaissait pas d'erreurs, de manque de pertinence ou de clarté. Il a été soumis à deux MKDE diplômés, dont l'un était mon directeur de mémoire, ainsi qu'à une étudiante en dernière année de masso kinésithérapie (annexe 1)

6.2.3. La méthode de substitution

Les parties 2 et 3 s'avèrent être un peu plus spécifiques. Ces dernières souhaitent aborder deux thèmes encore tabous à l'heure actuelle : la discrimination et la stigmatisation en masso kinésithérapie des patients douloureux chroniques. En effet, en tant qu'être humain mais également professionnel de santé, la loi, la déontologie, les normes sociales mais également la morale, interdisent toute forme de discrimination. Ainsi et malgré la garantie d'assurer une anonymisation totale lors des réponses, deux grands risques sont notables :

- Le premier : une forme d'auto illusion poussant le masseur kinésithérapeute à ne pas communiquer et fournir des informations véridiques, tout en étant convaincu qu'il dit la vérité
- Le second : modifier sciemment les réponses afin de paraître meilleur et d'apporter une bonne image de soi aux yeux des autres.

Un biais se dessine alors : le biais de désirabilité sociale. Dans le but de le limiter au maximum, notre choix s'est tourné vers la mise en place d'une consigne dite de substitution. Il est alors demandé aux masseurs kinésithérapeutes de non plus répondre en leur nom, mais plutôt au nom de la population qu'il représente. Quant aux différents propos stigmatisants proposés au sein de la partie 3, ces derniers sont tous issus de la littérature, et ce, sans exception [12]. De surcroît, et afin d'éviter une quelconque induction de réponses, des termes de désirabilités sociales (attachant, sympathique) ainsi que d'utilité sociale (courageux) se voient proposés parmi l'ensemble des items [36].

6.3. Méthode de diffusion et d'analyse du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé via l'intermédiaire de la plateforme *Google Form*®. Il a été publié sur *Facebook*® au sein de trois groupes de MKs et partager via *Messenger*® et *What*

App® à des connaissances afin qu'il soit diffusé au plus grand nombre. Le temps de recueil des données a duré 4 semaines et 3 jours soit du 30/01/2023 au 01/03/2023. L'analyse s'est, par la suite, vue effectuée via *Excel*® et *Xlstats*®.

RESULTATS

7. Résultats du questionnaire

7.1. Recueil des données du questionnaire

Lors de la clôture du questionnaire, 50 réponses ont été enregistré. Cependant et après vérification de l'ensemble des critères d'inclusion, 41 réponses pouvaient se voir être par la suite étudiées (fig.3 et 4). Enfin et vis-à-vis des commentaires reçus à la fin du questionnaire, 1 participant supplémentaire n'a pas été retenu pour cause de non compréhension des consignes et notamment celle de substitution (fig.5).

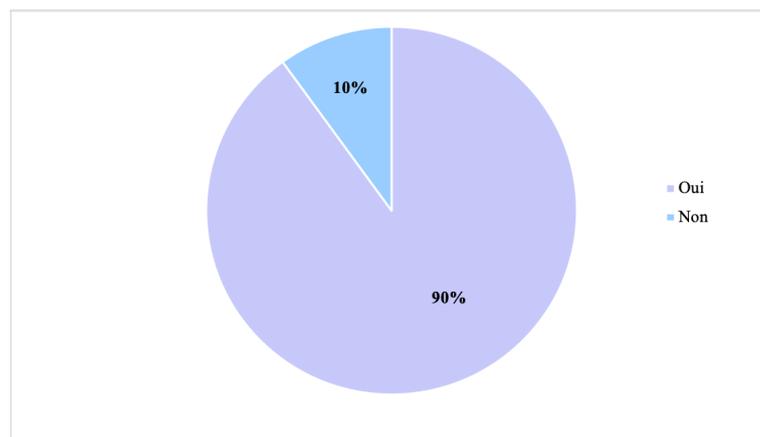


Figure 3- Réponses des participants concernant l'exercice en libéral (Q5)

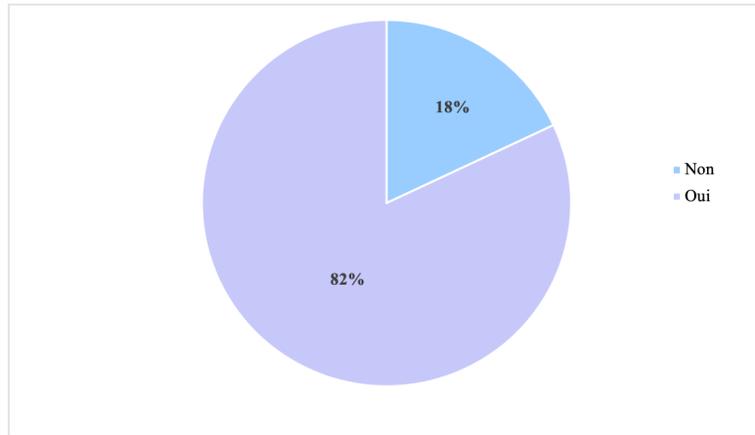


Figure 4-Réponses des participants concernant la prise en charge de patients douloureux chroniques (Q8)

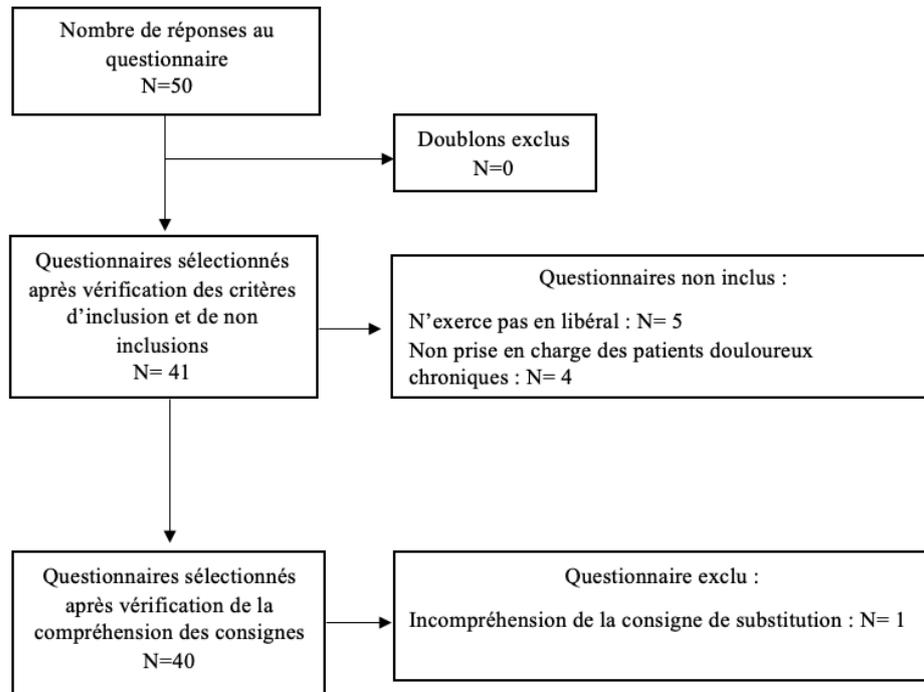


Figure 5- Diagramme de flux

7.2. Participants et évaluation des pratiques

7.2.1. Profil des participants (questions 1 à 13)

Parmi l'ensemble des réponses incluent au sein de cette étude, 55% proviennent de femmes et 45% d'hommes (fig.6)

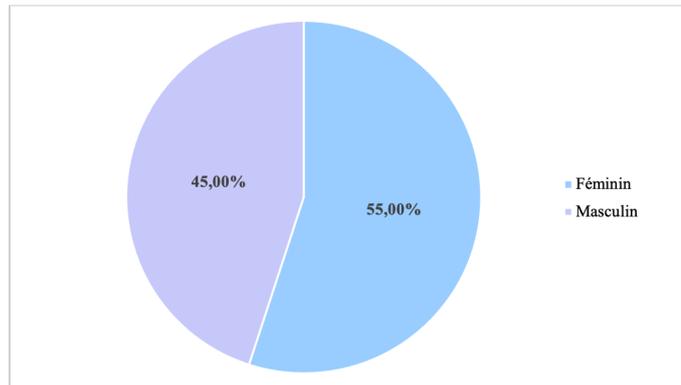


Figure 6- Réponses des participants concernant leur genre (Q2)

L'âge moyen des participants s'élève à 29,97 ans ($\pm 6,43$ ans) et 77,50% d'entre eux se sont vu obtenir leur diplôme de MKDE entre 2017 et 2022 (fig.7 et 8) (TABVI). Ainsi une grande majorité des répondants exerce le métier depuis moins de 5 ans (75%) (fig.9) (TABVII).

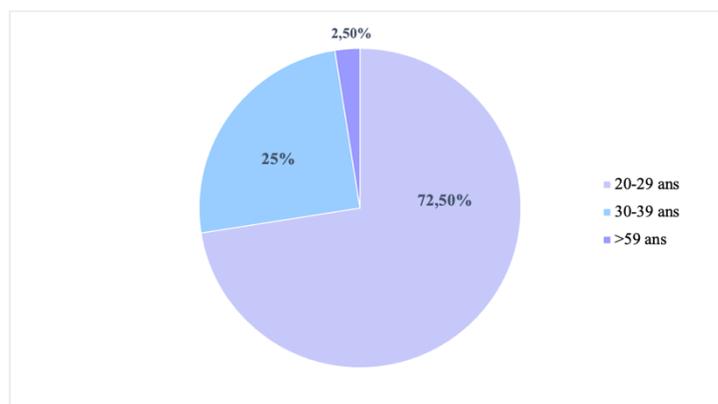


Figure 7- Réponses des participants concernant leur âge (Q3)

Tableau VI- Données statistiques concernant l'âge des participants ¹

VARIABLES	VALEURS
Moyenne	29,97
Minimale	23
Maximale	60
Q1	24
Q3	30
Étendue	37
Écart type	6,43
Médiane	26

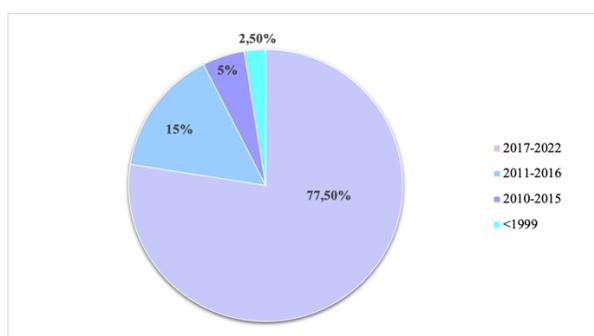


Figure 8- Réponses des participants concernant leur année d'obtention du diplôme (Q4)

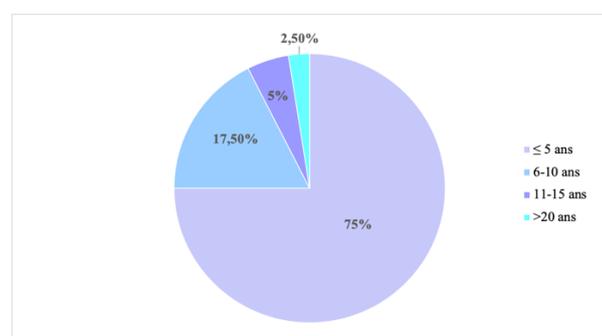


Figure 9- Réponses des participants concernant le nombre d'année d'exercices post DE (Q6)

Tableau VI-Données statistiques concernant le nombre d'années d'exercice ¹

VARIABLES	VALEURS
Moyenne	4,01
Minimale	0,25 (3mois)
Maximale	35
Q1	0,58
Q3	5
Étendue	34,75
Écart type	6,05
Médiane	2

¹ L'ensemble des valeurs ont été arrondi au centième près

Par ailleurs, 40% rapportent avoir effectué au moins une formation continue. Parmi les plus énoncées, on retrouve celles de (fig.10 et 11) :

- M.Stewart: know more pain (33,30%)
- Épaule au top et méthode CGE à égalité avec McKenzie, Mulligan, Dry neeling et thérapie manuelle (CAMPT) (26,67%)
- B.Littré : douleurs neuropathiques, neuroplastique et syndrome canalaire (20%)

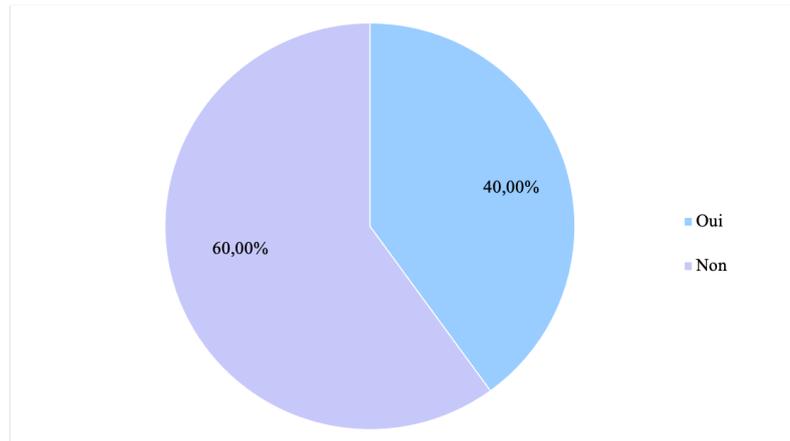


Figure 10- Réponses des participants concernant la réalisation de formations continues (Q12)

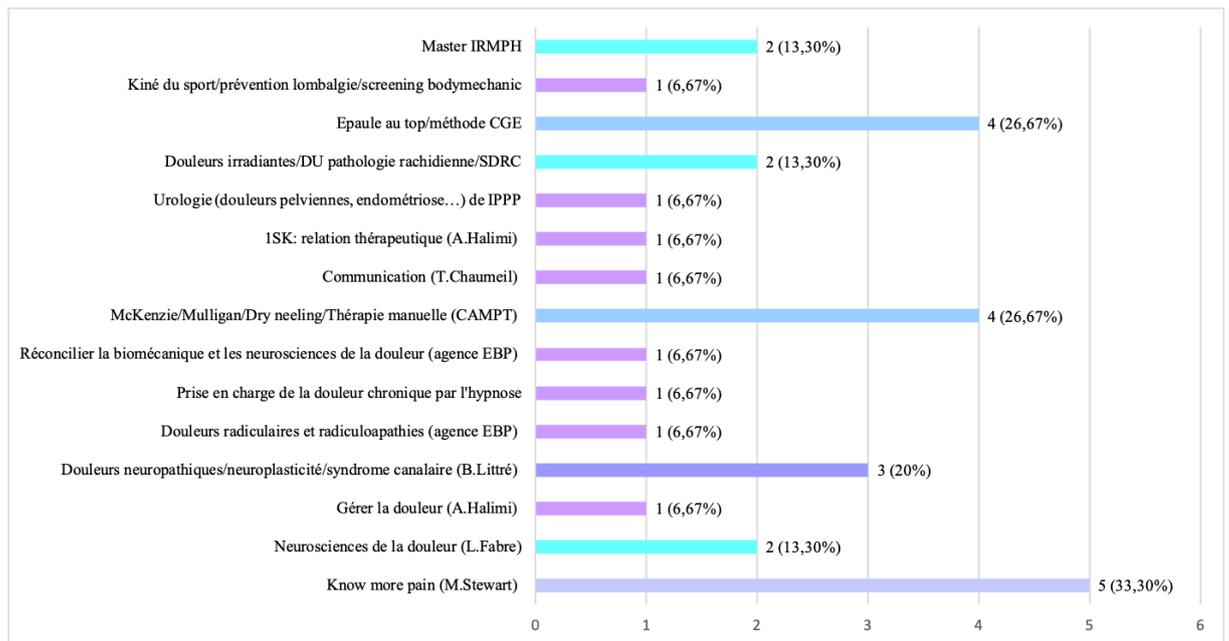


Figure 11- Réponses des participants concernant le type de formation continue réalisée (Q13)

Concernant la prise en charge de la douleur chronique, 62,50% des participants estiment exercer ou avoir exercé dans une structure au sein de laquelle ils ont été sensibilisé sur ce sujet

¹ L'ensemble des valeurs ont été arrondi au centième près

(fig.12). Les patients sont essentiellement des adultes (18 à 74 ans inclus) atteints de douleurs chroniques nécessitant une rééducation et ce, dans la grande majorité des cas, au sein du champ musculo squelettique (92,5%) ou neurologique (80%) (fig.13 et 14).

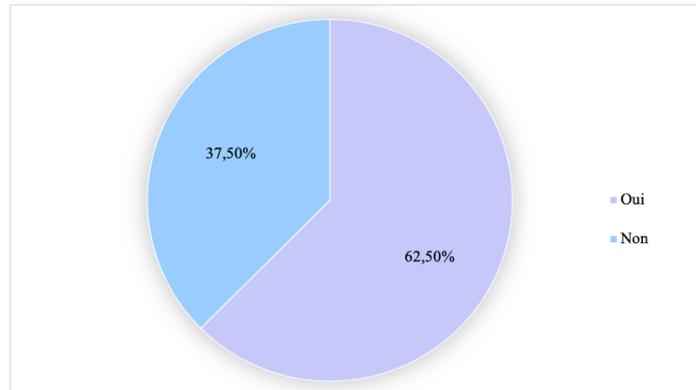


Figure 12- Réponses des participants concernant l'exercice au sein d'une structure de sensibilisation à la douleur chronique (Q7)

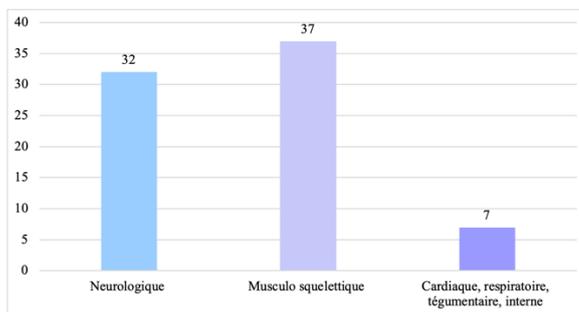


Figure 13- Réponses des participants concernant les champs de prise en charge des patients douloureux chroniques (Q9)

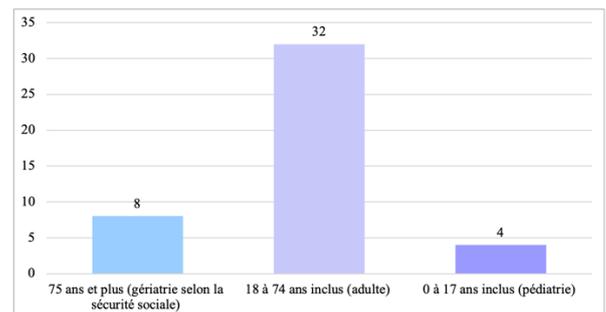


Figure 14- Réponses des participants concernant l'âge moyen des patients douloureux chroniques pris en charge (Q10)

Pour conclure cette première partie, 20 MKs ont estimé prendre en soin moins de 20 patients douloureux chroniques par an contre 21 à 40 pour 14 MKs, 41 à 60 pour 5 MKs et enfin 61 à 80 pour 1 MK (fig.15)

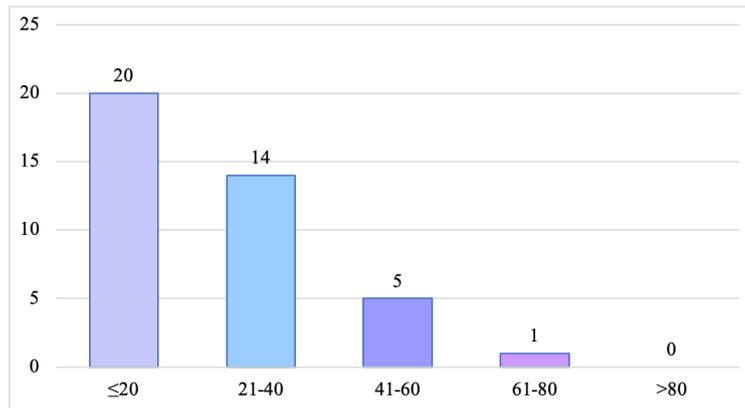


Figure 15- Réponses des participants concernant le nombre de patients douloureux chroniques pris en charge dans une année (Q11)

Concernant les parties suivantes soient la 2 et 3 (questions 14 à 19) la consigne de substitution ne permet pas d'évaluer la représentation personnelle du MK sur les pathologies chroniques mais bien de recenser la vision qu'il perçoit de ses confrères vis-à-vis de ce type de patients.

7.2.2. Évaluation des pratiques concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques (questions 14 à 16)

92,50% des MKs interrogés considèrent qu'un de leur confrère a déjà été amené à refuser la prise en charge d'un patient pour le caractère chronique de sa douleur (fig.16).

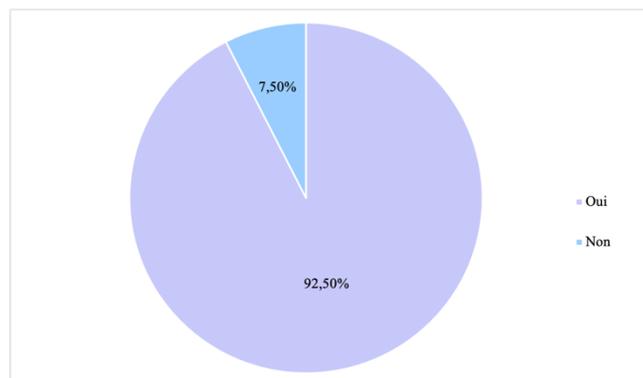


Figure 16- Réponses des participants concernant le refus de prise en soin d'un patient en raison du caractère chronique de sa douleur (Q14)

Lorsqu'il leur a été demandé sur quel(s) élément(s) ces derniers auraient pu baser leur refus, trois réponses principales ont fait leur éclosion (fig.17)

- La confrontation du thérapeute face à sa propre mise en échec (77,50%)
- La longueur du traitement en masso kinésithérapie (70%)

- La notion de non guérison totale ainsi que le nombre important de patients en liste d'attente pour des pathologies plus rapides à soigner (aigües) ou urgentes (62,50%)

De surcroit, 2 MKs ont également donné des éléments autres que ceux proposés (fig.17) :

- Réponse 1 : « *patient en ALD = pas de possibilités de dépassements d'honoraires (DE)* »
- Réponse 2 : « *patient en ALD = pas de possibilités de Dépassement d'honoraire + manque d'envie de s'investir* »

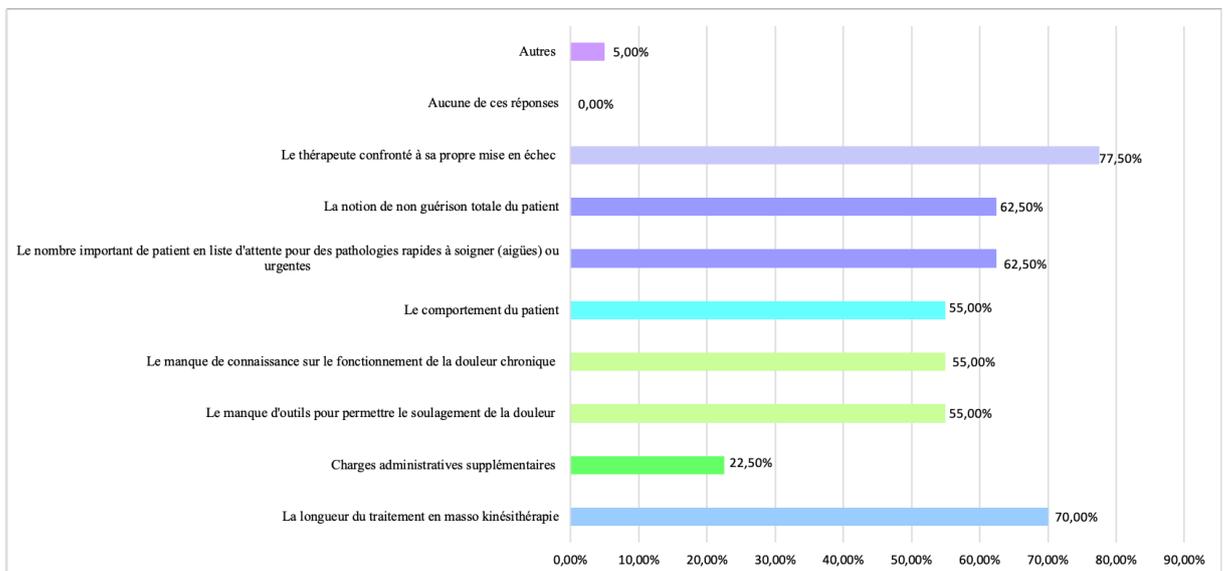


Figure 17- Éléments sur lesquels se sont basés les MKs concernant le refus d'un patient douloureux chronique (Q15)

La question 16 avait quant à elle pour but de faire émerger les critères sur lesquels leurs confrères pouvaient s'appuyer afin de mettre en évidence le caractère chronique de la douleur. On retrouve alors comme réponses principales (fig.18)

- Les dires du patient lors de l'entretien (85%)
- Le motif de consultation (67,50%)
- Le nombre de thérapeute consulté par le patient (60%)

Enfin, et comme précédemment étudié, une proposition diverse a été rapporté au sein de la case autre : « *le temps d'apparition des symptômes* ».

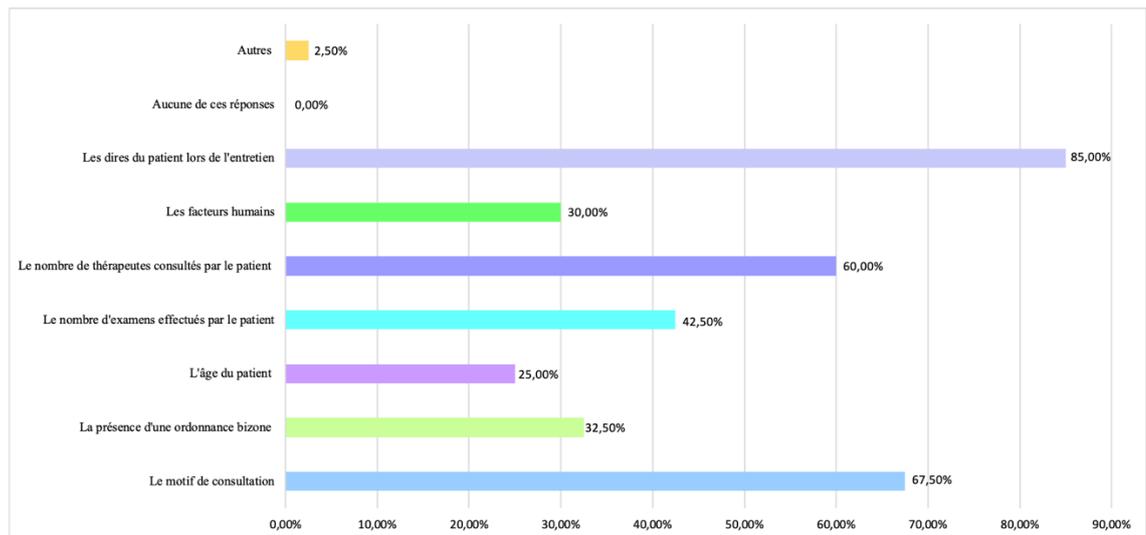


Figure 18- Critères sur lesquels se sont appuyés les MKs afin de mettre en évidence le caractère chronique de la douleur (Q16)

7.3. Les différentes représentations

7.3.1. Représentation du caractère chronique d'une pathologie (questions 17 à 19)

En premier lieu, lorsqu'il a été demandé aux MKs la vision qu'ils avaient de leurs confrères quant à la prise en considération de la douleur chronique, 80% estimaient que des doutes étaient souvent émis quant à sa crédibilité. Par la suite, 75% considéraient que cette dernière était d'origine « psy », elle est « dans la tête du patient » et enfin 72,5% la pensait sous-estimée. En revanche, aucune réponse n'a été recensé pour les items suivants : (fig19)

- Sa crédibilité n'est jamais remise en question
- Il est rare que des doutes soient émis quant à sa crédibilité
- Autre proposition

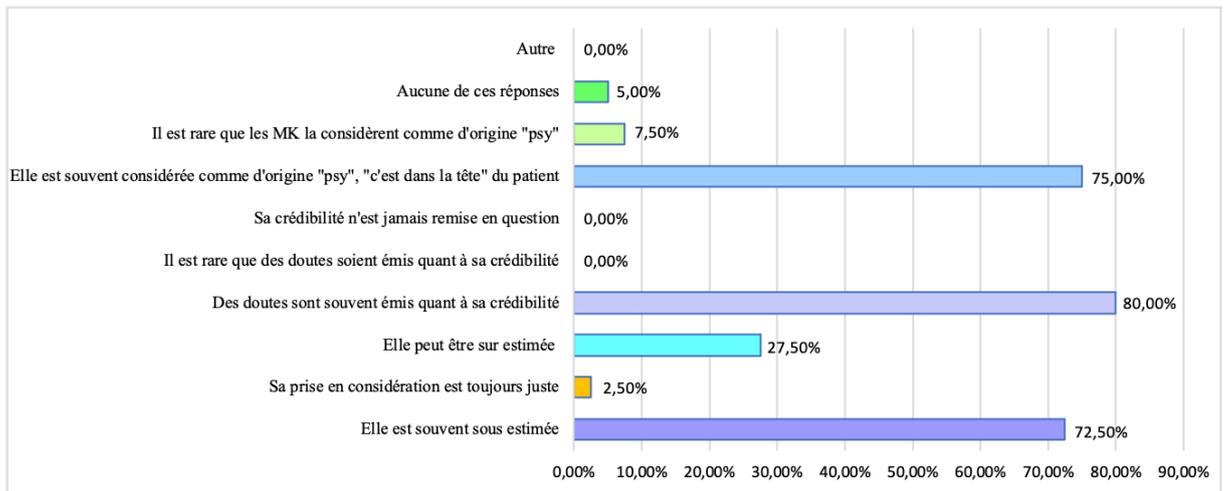


Figure 19- Réponses des participants concernant la prise en compte de la douleur chronique (Q17)

Par la suite, nous nous sommes attardés sur le comportement et les sentiments que les MKs perçoivent chez leurs confrères. De nouveau, trois grandes tendances se sont dessinées. Une nette majorité pense que ces derniers étaient amenés à prendre le patient moins au sérieux et à éprouver moins de sympathie envers celui-ci. De surcroit, 50% des répondants ont également souligné qu'ils ne les aimaient pas. Concernant les propositions mettant en avant un comportement positif envers le patient douloureux chronique, elles ont toutes, et ce sans exception, récoltés moins de 15% des suffrages (fig.20)

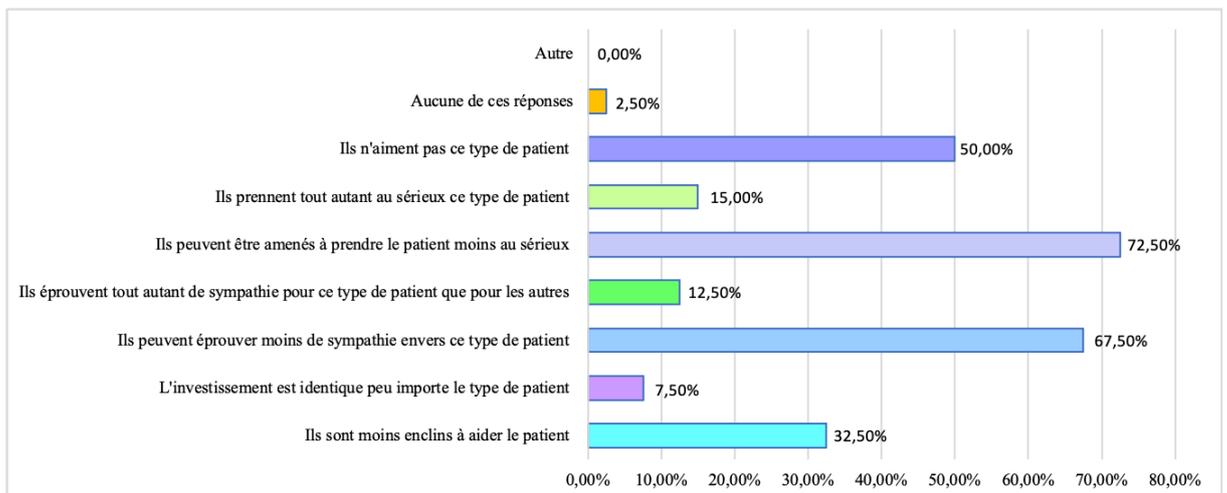


Figure 20- Réponses des participants concernant le comportement des MKs face à des patients douloureux chroniques (Q18)

Enfin, et au vu de notre problématique, il était indispensable d'étudier la vision globale portée sur ces patients chroniques. Contrairement aux réponses traitées précédemment, et à

l'exception d'un seul item, ces dernières ont fait l'objet de quelques controverses. En effet, 60% des MKs se sont rejoint sur le fait que ces patients étaient souvent perçus, par leurs collègues, comme recherchant l'attention d'autrui. Cependant, et outre cette entente relativement collégiale, les avis ont, par la suite, été davantage partagés. En effet, 22,5% ne se sont pas reconnus dans les propositions suggérées. Et seulement quelques pourcents séparaient deux visions antagonistes : celle de les considérer comme attachants, courageux et attachés à consulter de manière pertinente les professionnels de santé (20%) en opposition à celle de les définir comme lâches (15%) et apparentés aux toxicomanes en recherche de prescription narcotiques (12,5%) (fig.21)

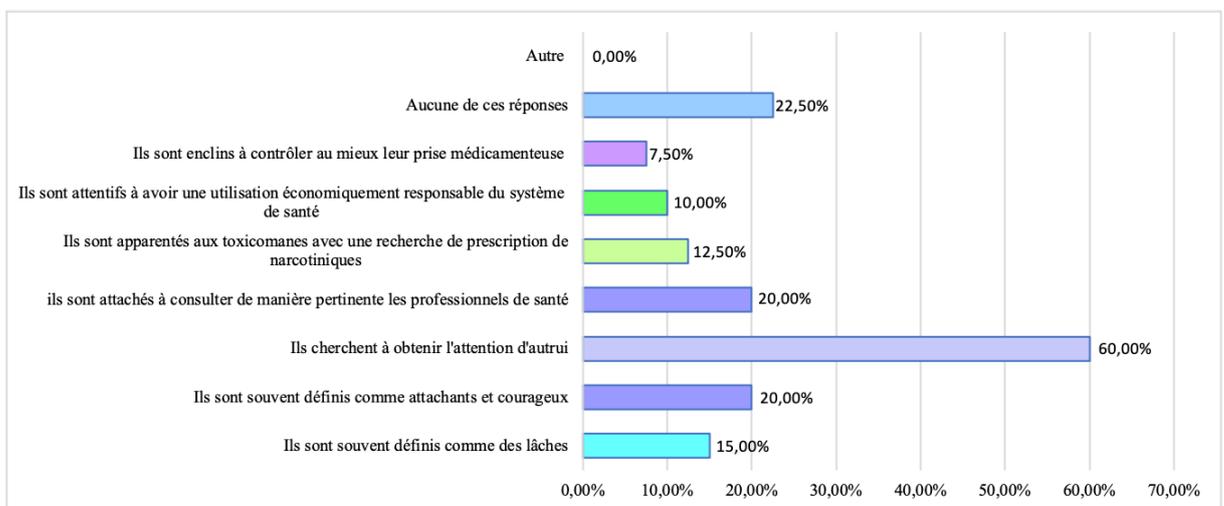


Figure 21- Réponses des participants concernant la vision des MKs vis-à-vis des patients douloureux chroniques (Q19)

Dès lors, les parties suivantes n'ayant plus pour objectif d'analyser d'éventuelles stigmatisations ou discriminations, le biais de désirabilité n'est plus d'actualité et engendre par conséquence une suppression de la consigne de substitution. Ainsi, nous recueillerons dorénavant les avis personnels des MKs (questions 20 à 27).

7.3.2. Représentation de l'alliance thérapeutique (questions 20 à 22)

Au sein de cette sous partie, nous allons traiter d'une des notions majeures de ce mémoire : l'alliance thérapeutique. Un rappel de la définition nous a paru nécessaire afin que chaque participant possède des bases équivalentes et ce quel que soit leurs connaissances et leurs expériences (année d'obtention du DE, formation initiale, formations continues, âge...)

Avant toute chose, nous avons cherché à savoir si les MKs supputaient que la douleur chronique puisse avoir un quelconque impact sur l'AT. Selon les résultats, il a été mis en évidence qu'un sentiment commun émergeait grandement : la pensée de l'existence d'une influence et ce de manière négative et positive. Il est important de noter, en revanche, que sur les 40 participants, aucun n'a estimé une absence de relation entre les deux.

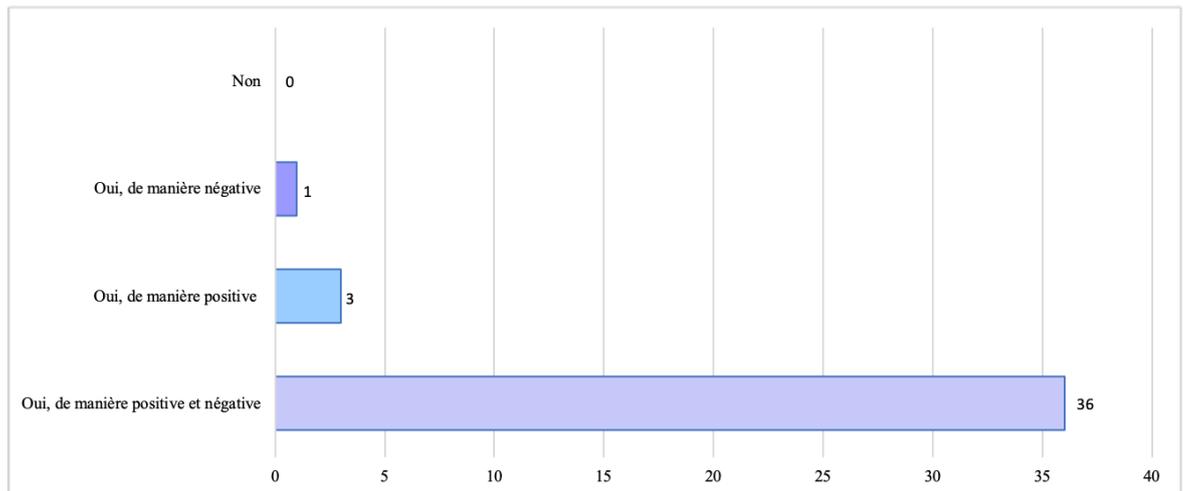


Figure 22- Réponses des participants concernant l'influence du caractère chronique de la douleur sur l'AT (Q20)

S'en est suivi l'étude du moment à partir duquel ces derniers considéraient que le caractère chronique pouvait le plus influencer l'AT durant la prise en charge. La moitié des participants se sont vu répondre « tout au long de la prise en charge » (50%). Cependant, le reste des réponses soulignait une discordance des avis des participants. Certains la pensait plus influente après « quelques séances » (32,50%), d'autres « lors du 1^{er} bilan » (25%) ou encore lors de « la fin de la prise en charge » (20%).

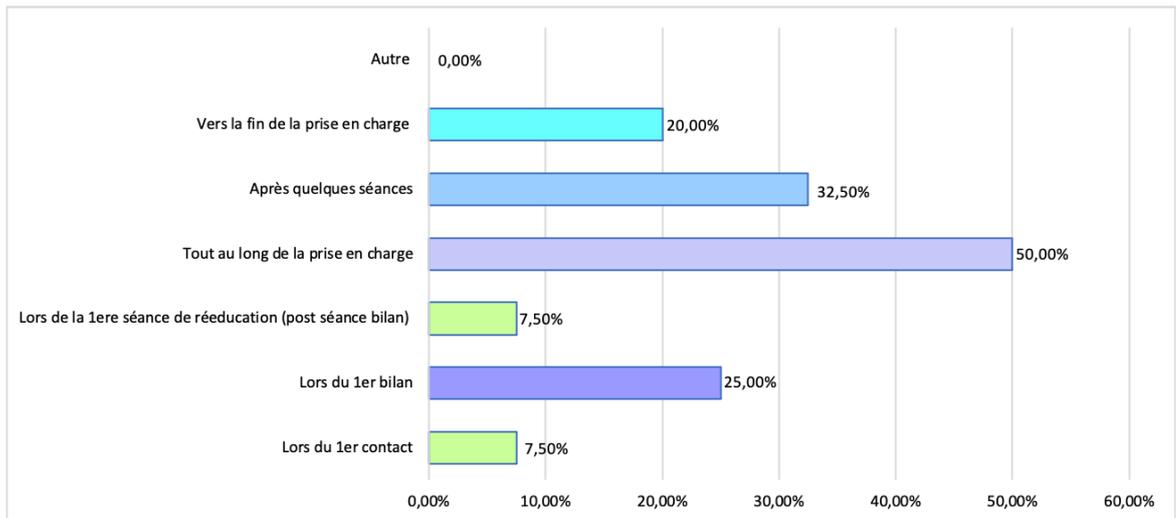
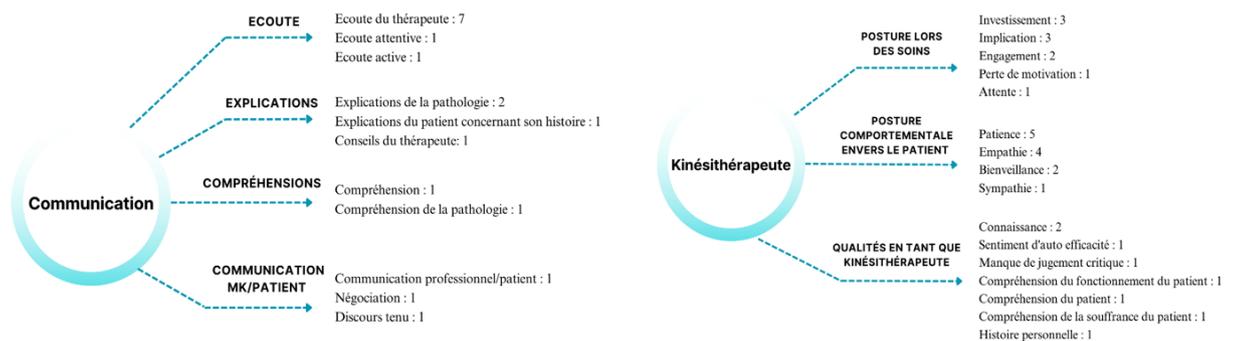


Figure 23- Réponses des participants concernant le moment à partir duquel les MKs considèrent que le caractère chronique influence le plus l'AT (Q22)

Enfin, il a été demandé aux participants de citer 3 éléments de l'AT qui pourraient, selon eux, être influencés par le caractère chronique de la douleur. A la suite de leur réponse, 4 thèmes ont fait leur émergence : la communication, le Mk, le thérapeute et le patient et enfin la prise en charge. Au sein de ces 4 grandes catégories, les réponses des participants ont ensuite été regroupés en sous thèmes (fig24).

2



² Les chiffres présents à côté de chaque item correspondent au nombre de réponses obtenues de la part des participants

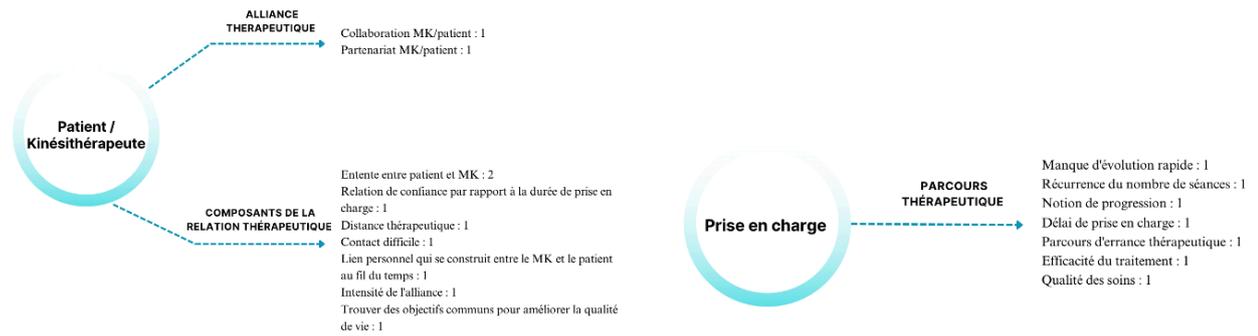


Figure 24-Réponses des participants concernant les éléments de l'AT qui pourraient selon eux être influencés par le caractère chronique de la douleur (Q21)

7.4. Évaluation

7.4.1. Évaluation de l'alliance thérapeutique

Dans un premier temps, notre but était d'effectuer des statistiques quant aux pratiques habituelles des MKs et notamment quant à celle concernant l'évaluation de l'AT qu'ils construisent au fur et à mesure des séances avec leur patient. 85% ont alors répondu qu'ils n'effectuaient jamais d'évaluation. Quant au reste des participants, 12,5% considèrent qu'ils utilisent un outil de type subjectif et 2,5%, de type objectif (fig.25). Ces derniers sont par ailleurs consignés dans le tableau VIII.

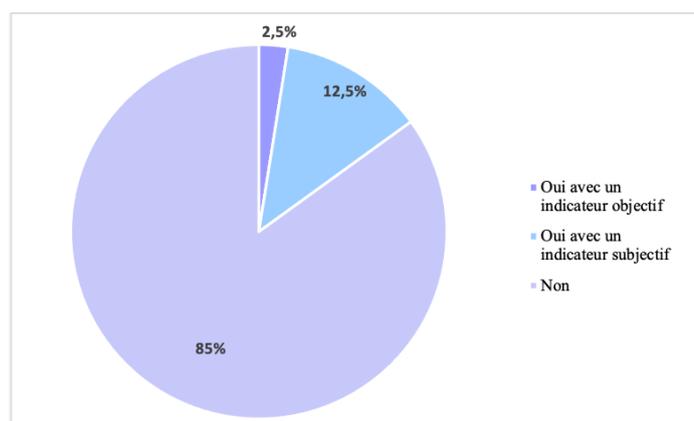


Figure 25-Réponses des participants concernant l'évaluation de l'AT (Q23)

² Les chiffres présents à côté de chaque item correspondent au nombre de réponses obtenues de la part des participants

Tableau VII- Détails des outils utilisés par les MK afin d'évaluer l'AT (Q24)

Participants	Outils	Type d'outils
Participant 1	Objectif	PSFS Outils SMARTER
Participant 2	Subjectif	Qualité de la confiance Qualité des échanges Observance
Participant 3	Subjectif	La réalisation des exercices prescrits en dehors des séances
Participant 4	Subjectif	Face pain/EVA
Participant 5	Subjectif	EVN
Participant 6	Subjectif	Synthèse orale avec le patient de l'évaluation initiale Échange pour vérifier une compréhension commune de la problématique

7.4.2. Apport d'un outil évaluatif

Il nous semblait indispensable qu'il y ait une notion de partage au sein de ce questionnaire et que les participants puissent avoir l'opportunité de ressortir avec quelques connaissances supplémentaires. Ainsi, pour l'ensemble des MKs l'utilisation d'un outil évaluant l'AT : le Working Alliance Inventory (WAI) leur a été présenté. Il était intéressant pour nous d'estimer par la suite, le pourcentage de thérapeutes qui seraient prêts à l'utiliser et, ce à quelle fréquence. Malgré l'apport de cet outil, une grande majorité ont répondu défavorablement à son utilisation (45% jamais et 37,5% rarement). Ainsi, une minorité s'estime être en mesure de le mettre en pratique (15% souvent et 2,5% toujours) (fig.26)

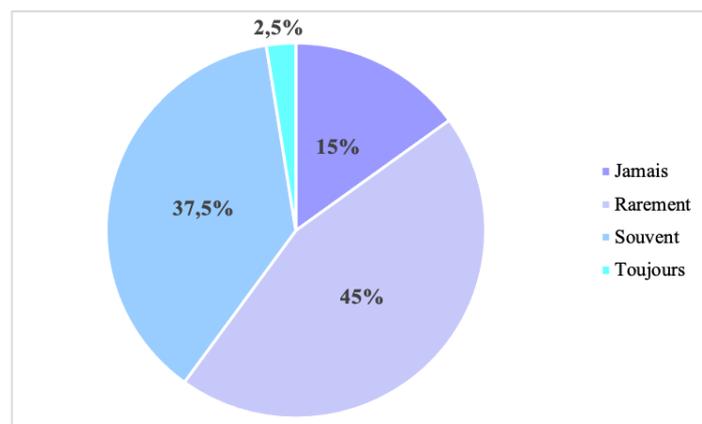


Figure 26- Réponses des participants concernant la fréquence d'utilisation du WAI (Q25)

Nous avons anticipé plusieurs scénarios de réponses possibles. Peu importe les réponses majoritaires qui allaient se dégager, il nous semblait indispensable de demander davantage de détails à nos participants. Ainsi pour ceux qui avaient coché les items « jamais »

ou « rarement », la question 27 avait pour but de mettre en relief les éléments qui les confortaient vers cette idée (TABIX).

Tableau IX-Réponses des participants concernant les raisons les amenant à ne jamais ou que très rarement utiliser le WAI (Q.27)

Rarement	Souhait de lire les écrits sur cette échelle pour savoir comment la mettre en place et mieux connaître les propriétés psychométriques
	Parfois trop de choses à travailler pendant les séances pour prendre le temps d'expliquer et de faire remplir le questionnaire
	Impression d'essayer déjà d'appliquer même si ce n'est pas toujours facile. C'est un outil intéressant pour avoir un comportement adéquat avec le patient. Mais une fois en tête, cela ne me semble pas indispensable de l'utiliser de manière systématique
	Caractère chronophage du questionnaire
	Manque d'adhésion
	Privilégier la communication directe avec le patient plutôt que via l'intermédiaire de questionnaire
	Manque de temps en libéral (5 réponses)
	Pas forcément nécessaire de le réaliser systématiquement. Cette check list est déjà présente dans ma tête
	Privilégier le bien être du patient en critère évaluatoire plutôt que les échelles EBP
	Trop subjectif
	L'évaluation permettra de mettre en avant les axes d'amélioration concernant l'AT
	Très rarement de souci avec l'AT
	Ne prendra pas le temps excepté si l'AT n'est pas présente avec le patient
	Pas convaincu de l'apport
	Il existe aujourd'hui plusieurs outils nous permettant de casser le caractère chronique de la douleur de certains patients notamment la lombalgie
Difficile de sortir de la routine et de proposer une alternative au patient. Barrière de la langue Attentes du patient	

Jamais	Trop complexe avec la patientèle
	Utilisation de certains items d'instinct sans forcément se poser les questions
	Ce questionnaire présente-t-il un réel intérêt ?
	Je ne pense pas que cela sera utile dans l'amélioration de la communication et des objectifs communs mis en place
	En cas de non AT : je réfère le patient
	Préférence d'une évaluation plutôt subjective des prises en charge Une fois le questionnaire rempli : que faire des données ? Manque de temps en libéral

Quant aux thérapeutes ayant fait un choix entre les fréquences souvent ou toujours, la question 26 les interrogeait sur le ou les éventuel(s) apport(s) de cet outil dans leur pratique (TABX).

Tableau VIII-Réponses des participants concernant les raisons les amenant à souvent ou toujours utiliser le WAI (Q.27)

Souvent	Définir si la prise en charge relève d'une compétence en masso kinésithérapie
	Permettrait d'éviter de donner de moins bons soins
	Semble facile à utiliser et permet une méta cognition relativement objective
	Permet d'avoir un retour objectif sur sa propre pratique
	Efficacité
	Cela donne l'impression au patient que le MK est à l'écoute et met en place les moyens pour sa rééducation et son suivi
	Semble utile sur le plan thérapeutique
	Permet d'exprimer certains points implicites entre le thérapeute et le patient Permet un moment d'expression des 2 personnes Permet d'inclure des notions importantes tels que les objectifs et le fait qu'ils soient partagés
	Permettre de remettre en question la communication et les croyances internes que les MKs peuvent avoir face aux patients douloureux chroniques

Toujours	Permettre de se remettre en question Mettre en évidence ce qu'il serait possible de modifier afin d'adapter au mieux la prise en charge En fonction des résultats, il serait intéressant de refaire un bilan avec le patient en évoquant les items du questionnaire
	Formation initiale ayant appuyé sur cela

DISCUSSION

8. Analyse des résultats

8.1. Description de la population étudiée

8.1.1. Genre et moyenne d'âge

Afin de pouvoir réaliser notre étude, 50 MKs ont accepté de remplir le questionnaire précédemment décrit mais seulement 40 ont répondu aux critères d'inclusion de ce dernier. 55% étaient des femmes, 45% des hommes, exerçant tous en milieu libéral, avec une moyenne d'âge s'élevant à 29,97 ans.

En premier lieu, et selon l'ordre des MKs, la féminisation de la profession s'est accrue, et ce, à partir de 2020. En effet, cette année-là, l'estimation du nombre de thérapeutes féminin chez les moins de 30 ans s'élevait alors à 57,1% [49]. Cependant, en 2022 comme en 2023, toutes les données démographiques n'ont pas fait l'objet de publication. C'est donc pour cela qu'il nous est apparu complexe d'affirmer cette tendance. Néanmoins, notre étude plussoie les dires démographiques d'il y a 3 ans.

Concernant la moyenne d'âge, elle se haussait l'an dernier à 41 ans, ce qui dénote d'une dizaine d'années environ avec celle calculée au sein de notre population [50]. Comme explication, on peut notamment s'attarder sur la réforme de 2015 concernant l'universitarisation des études de masso kinésithérapie, qui a représenté pour une majorité des MKs diplômés antérieurement, un « changement flou, méconnu voir inconnu » de la formation initiale » [51]. De surcroît, l'intégration de la démarche scientifique et par conséquent la diminution du temps de pratique a cristallisé des tensions « notre métier est un métier pratique aussi. Les pratiques ont été supprimées du diplôme d'État, ce que je regrette parce que nous devons quand même toucher les patients » [51]. Ainsi, comment demander à ces MKs de participer à l'élaboration de notre mémoire en complétant des questionnaires, alors que pour une majorité d'entre eux, la

réalisation d'une démarche scientifique et réflexive serait « contre-producti[ve] pour le groupe professionnel car cela reviendrait à former des étudiants à des protocoles de plus en plus prégnants » [51]. De cette manière, notre étude chemine vers une affirmation de ce raisonnement, et ce encore à l'heure actuelle, puisque 75% de nos répondants sont diplômés depuis moins de 5 ans tandis que les 5% et 2,50% le sont depuis, respectivement, 11-15 ans et plus de 20 ans.

8.1.2. Formations continues

En complément avec les dires précédents, une des questions portait sur la réalisation de formations complémentaires. En effet, et à l'heure actuelle, le développement professionnel continu (DPC) initié par la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009, et rendu obligatoire depuis 2013, figure ainsi au sein du code de déontologie de la profession [52]. Cependant, seulement 40% des participants de notre étude ont répondu positivement au fait d'avoir réalisé au moins une formation depuis la sortie de leur diplôme. Or, la réalisation de ces dernières, participe à sensibiliser sur l'évidence based practice et par conséquent sur l'apport de la littérature scientifique, et ce, quel que soit notre champ de pratique privilégié. Ce chiffre est corroboré par ceux recensés par l'agence nationale du DPC. En 2022, 21 592 sur 91 485 Mks étaient inscrits à au moins une action, soit 23,60% [53]. Néanmoins, les chiffres du FIFPL n'étant dénombrés que par secteur, il nous est impossible d'obtenir un pourcentage pour notre métier. De surcroît, certains thérapeutes ne passent pas obligatoirement via ces deux organismes. Ainsi, on ne peut pas affirmer que seulement 23,60% des MKs aient suivi une formation continue. Cependant, et au vu des deux chiffres obtenus, il semble peu probable que ce pourcentage soit suffisant pour assurer que chaque professionnel se forme de façon régulière. Il pourrait s'avérer intéressant de s'attarder sur les motifs de ce manque d'implication.

Parmi ceux ayant réalisé une formation, une spécificité commune s'est alors démarquée, et ce, dès le premier regard : les formations sur la douleur. En effet, sur les 15 énoncées par les participants à notre étude, 11 traitent de ce sujet et 57,5% estiment que les autres MKs manquent de connaissances à propos de ce dernier. Afin d'expliquer cet afflux, il nous a paru pertinent de s'intéresser à l'évolution de l'apport des connaissances sur la douleur au sein des IFMK. En 2015, aucune école parmi celles interrogées dans une enquête menée par le Dr Osinski, ne prévoyait la mise en place d'un enseignement spécifique sur la douleur. En effet, on pouvait retrouver les propos suivants « les IFMK ne semblaient pas prévoir de mettre en place un cursus

dédié à la douleur avec une cohérence interne regroupant les différents enseignements se rapportant à la douleur » [54]. De surcroît et à cette époque-ci, les différences entre douleurs aiguës et douleurs chroniques n'étaient jamais abordées sur une durée de plus de 2 heures tout comme le modèle biopsychosocial de la douleur. Les formateurs n'étaient pas membres « d'institutions savantes » et les écoles ne suivaient pas pour la plupart les recommandations internationales (IASP et IOM). Néanmoins, en 2017, un accroissement des heures de cours sur ce sujet, passant de 5 heures en moyenne à 12,7 heures, a été souligné tout comme une amélioration sur les connaissances des recommandations. En 2019, la réalisation d'un mémoire par un étudiant, poursuivant le travail du Dr Osinski, a pu confirmer cette nécessité de formation continue par les MKs sur les douleurs. Il a pour cela utilisé la version française validée du *Neurophysiology of pain questionnaire*. Le livre *explain pain* est paru comme un tremplin dans la littérature et dans l'approche, et ce, de manière abordable, de la douleur. Par conséquent, une différence statistiquement significative se faisait ressentir entre les participants ayant connaissance du livre et les autres. Cette étude a donc démontré à la fois que la lecture de cet ouvrage tendait à l'amélioration des connaissances neurophysiologiques de la douleur tout comme la réalisation de formations continues [55].

8.1.3. Exercice libéral et patientèle

En second lieu, l'exercice en libéral était un des critères nécessaires afin d'être inclus au sein de l'étude. En effet, en 2020, on dénombrait 85,3% des MK exerçant une activité libérale ou bien mixte contre 14,7% en salarial de manière exclusive [49]. Par conséquent et afin que notre échantillon soit le plus représentatif possible de la population, le choix s'est porté exclusivement sur les praticiens libéraux. Néanmoins, cette décision s'est vue controversée et certains thérapeutes souhaitant répondre au questionnaire ont exprimé leur déception en laissant un commentaire tel que « bon courage... il y a des douloureux chroniques dans les établissements » ou encore « dommage qu'on ne prenne pas en compte les kinés en hospitalier prenant en charge la douleur chronique ». Cela porte donc ainsi à discussion. En effet, il est évident que des patients douloureux chroniques sont également pris en charge au sein de structures. De surcroît, les unités d'évaluation et de traitement de la douleur ne sont présentes qu'au sein de centres hospitaliers. Néanmoins, et c'est toute la subtilité de ce mémoire, un des buts de ce dernier consiste à mettre en évidence ou non une éventuelle discrimination de la part des MK face à ce type de patient. Or, et dans un premier temps, ces structures SDC ne sont dédiées qu'à des patients souffrant de manière chronique, ce qui diminue considérablement le

risque de discrimination vis-à-vis de ce facteur. Dans un second temps, la responsabilité d'admettre en soins le patient ne repose pas sur le MK, mais sur le médecin, ce qui de nouveau ne correspond pas à l'objet de notre recherche. Cependant, ce choix ne sous-estime en rien la prise en charge en masso kinésithérapie des patients douloureux chroniques au sein d'établissements ou de structures de soin. Cela pourrait même faire l'objet de nouvelles recherches.

Pour rappel, notre étude soulignait que les adultes, soient les patients âgés de 18 à 74 ans inclus, représentaient la majorité des patients chroniques pris en charge en masso kinésithérapie, suivi par les personnes âgées (75 ans et plus) et enfin les enfants. Concernant le champ de la PEC, il était à dominance musculo squelettique suivi de très près par la neurologie, le cardiaque/respiratoire/tégumentaire/interne ne représentant que quelques cas.

Selon les données obtenues par l'assurance-maladie et datant de 2020, le graphique ci-dessous démontre que la part de patientèle la plus conséquente en masso kinésithérapie se situe entre les 20-74 ans (fig27) [56].

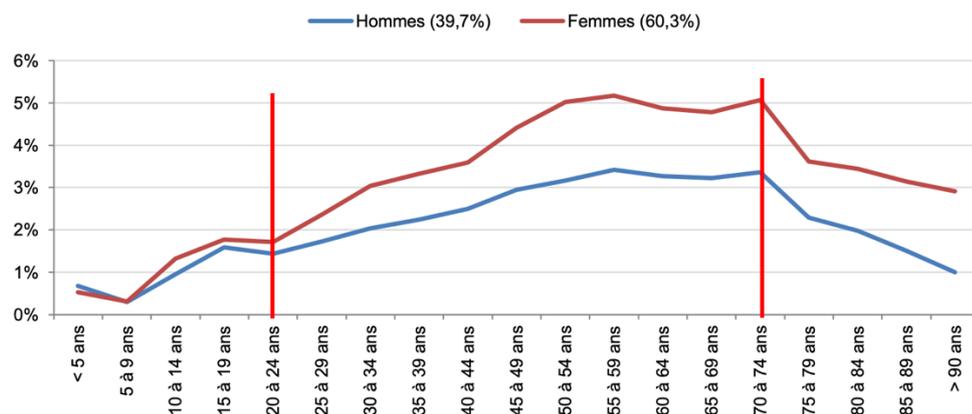


Figure 27-Part de la patientèle par tranche d'âge du patient

Ce graphique représentant la population générale, on peut donc estimer que la tendance se voit être similaire chez les patients douloureux chroniques. On peut tout de même souligner un point pouvant faire l'objet d'étonnement. En effet, et dans l'imaginaire collectif, les douleurs chroniques ont tendance à être plus facilement associées à l'âge. Le rapport de la DREES vient contrer ces a priori, en affirmant que seulement 1 personne sur 5 âgée de 75 ans, et plus, déclarerait souffrir de douleurs fortes ou très fortes [57]. Enfin la publication *Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'académie nationale de médecine concernant une meilleure prise en charge des malades* à retranscrit les dires de la HAS concernant la répartition des patients consultants les SDC selon leur type de douleur. On retrouve ainsi en première

position les lombalgies/sciatalgies (26%) soit le champ musculo squelettique, les douleurs neuropathiques (19%) en seconde position pour finir par les douleurs cancéreuses (17%) soit tégumentaire, interne [58].

8.1.4. Biais

Biais méthodologique

Le biais de méthode entraîne notamment un recueil d'informations insuffisant et difficile. Assurément, et comme énoncé précédemment, il a été complexe de recueillir un maximum de données en cette période où de nombreux étudiants de 4^e année publient également leur questionnaire. Par conséquent, cette difficulté de récolte d'informations a engendré un échantillon insuffisant (50 participants, dont 40 inclus) par rapport à celui théoriquement calculé (n=383).

$$\frac{\frac{z^2 \times p (1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p (1-p)}{e^2 N}\right)} = \frac{\frac{1,96^2 \times 0,5 (1-0,5)}{0,05^2}}{1 + \left(\frac{1,96^2 \times 0,5 (1-0,5)}{0,05^2 \times 78036,705}\right)} \simeq 382,28 \text{ soit } 383 \text{ participants}$$

Avec N = taille de la population concernée soit 85,3% MK libéraux x 91485 MK en France = 78036,705
 Z= 1,96 pour un intervalle de confiance à 95%
 e = marge d'erreur soit 5%
 p = écart type soit 0,5

Concernant la réalisation du questionnaire en lui-même, celui-ci était constitué en grande majorité de questions fermées à réponses multiples. En effet, ce type de questions permet d'éviter une lassitude des participants dans le but d'obtenir un maximum d'implication des sondés du début à la fin du questionnaire afin de réduire le taux d'abandon. Néanmoins, cette démarche présente des inconvénients puisque nous diminuons l'autonomie des répondants en les contraignant dans l'approfondissement de leur réflexion. De surcroît, et malgré la mise en place d'une case « autre », un risque d'induction de réponse se voit probable puisqu'ils ont pu avoir accès aux différents items proposés auparavant.

Biais de sélection

Dans un premier temps, la réalisation de cette étude et notamment les réponses obtenues à la suite de la distribution du questionnaire ont pu engendrer deux biais de sélection. Basé sur le volontariat afin de veiller au respect du consentement des participants, un biais de participation a pu se voir généré. En effet, il est plausible que les caractéristiques des

participants volontaires soient différentes de ceux ne l'étant pas. Dans un second temps, les sujets ne peuvent se joindre à l'étude uniquement si les critères d'inclusions sont respectés, causant obligatoirement la survenue d'un biais de recrutement.

8.2. Description des résultats de l'évaluation des pratiques concernant la prise en charge des patients douloureux chroniques

8.2.1. Le refus de prise en charge

Pour rappel, 92,50% des MKs interrogés considèrent qu'un de leur confrère a déjà été amené à refuser la prise en charge d'un patient pour le caractère chronique de sa douleur, et ce, pour les principales raisons suivantes : la confrontation du thérapeute face à sa propre mise en échec, la longueur du traitement en masso kinésithérapie et la notion de non-guérison totale du patient. Il s'agit-là d'un pourcentage non négligeable, se rapprochant tout de même des 100%. Néanmoins, 7,5% des participants estiment le contraire. En se plongeant dans l'ensemble de leurs déterminants sociaux, on dénote que de nombreuses caractéristiques leurs sont communes (TABXI). Il s'agit ainsi d'une information notable que nous ne pouvons cependant pas plus approfondir, de par la petitesse de la taille de l'échantillon. En effet, il nous est impossible à ce stade, de déterminer si cela peut être la conséquence du hasard. Il serait intéressant néanmoins qu'une étude regroupant un plus grand nombre de participants puisse se pencher sur cette constatation qui pose question.

Tableau IXI- Déterminants sociaux des participants estimant qu'aucun MK n'a déjà été amené à refuser la prise en charge d'un patient pour le caractère chronique de sa douleur

Numéro du participant	20	30	38
Genre	Masculin	Masculin	Masculin
Âge	30 ans	31 ans	37 ans
Année d'obtention du diplôme	2015	2015	2022
Avoir exercé/exercé dans une structure au sein de laquelle une sensibilisation à la douleur chronique a été effectué	Oui	Oui	Oui
Champs de prise en charge	Neurologique + MS	Neurologique + MS	Neurologique + MS
Tranche d'âge des patients	Adulte (18 à 74 ans inclus)	Gériatrie (75 ans et plus)	Gériatrie (75 ans et plus)
Nombre moyen de patients douloureux chroniques prise en charge par an	21 à 40	21 à 40	21 à 40
Réalisation d'une formation continue	Oui	Non	Non

Pendant de nombreuses années, et parfois encore à l'heure actuelle, s'est dessinée une tendance : celle de faire porter au patient douloureux chroniques la responsabilité de l'échec quant à l'amélioration de son état de santé. Néanmoins, lorsque les MKs ont été interrogés afin de définir les éléments sur lesquels leurs collègues étaient amenés à se baser quant au refus de prise en charge de ce type de patient, leurs réponses étaient relativement déconcertantes. Étonnamment, ce n'est pas une problématique provenant des patients qui les amenaient à prendre cette décision mais plutôt la confrontation à leur propre mise en échec ainsi qu'à la notion de non-guérison totale. En effet, et comme retrouvé dans les dires de la littérature, une sorte de fantasme du soignant tend à se dégager. Régulièrement, en tant que professionnel de santé, nous partons du principe qu'une mission nous incombe : soigner, soulager la souffrance et amener le patient vers une évolution meilleure. On parle alors du fantasme de réparation. Le tout accompagné par les réactions des personnes extérieures, qui pour la majorité gratifient la difficulté et le dévouement des praticiens : l'exemple des applaudissements quotidiens à 20 heures lors de la crise sanitaire soulignant parfaitement ces propos. Mais en outre, et c'est ainsi que nous pouvons rejoindre les propos obtenus via le questionnaire, dans certaines situations, il nous est impossible d'aller plus loin dans le soin, de soulager de manière plus conséquente le patient ou bien de maîtriser son parcours de manière adéquate. Notamment, chez les patients douloureux chroniques qui espèrent et attendent lors de chaque nouvelle rencontre de professionnel de santé la solution magique. Comment expliquer alors à un patient souffrant depuis de nombreuses années que la masso kinésithérapie ne pourra le soigner totalement, sans que cela puisse nous renvoyer à un sentiment d'échec et à une incapacité à guérir totalement ce patient [59].

8.2.2. Longueur du traitement et dépassement d'honoraire

Quant à la longueur du traitement et à l'impossibilité de réaliser des dépassements, cela apporte de nouvelles notions à discuter. Vivant aujourd'hui dans une société de consommation où tout tend à aller de plus en plus vite, les soins n'y dérogent pas. En effet, le but est de soigner vite et bien tant du point de vue du soignant que du patient et des organismes de remboursement. Par ailleurs et si nous appuyons sur les dires de la sécurité sociale et notamment sur les situations de rééducation soumises à un référentiel, une prise en charge, et ce qu'elle soit rachidienne, du membre supérieur ou du membre inférieur ne doit excéder un nombre de séances définies au préalable par l'assurance-maladie. Ainsi le maximum retrouvé étant de 50

dans le cas précis d'une réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule par arthroscopie ou abord direct [60]. On peut alors comprendre qu'un traitement long peut amener à déranger.

De surcroît, la notion de dépassement d'honoraire s'est vue recensée à deux reprises au sein de notre questionnaire. En effet, en cas de patients chroniques, il y a de fortes chances que la prise en charge se fasse en ALD, empêchant toute possibilité de dépassements d'honoraires. Il s'agit d'un thème vaste, sujet à de nombreuses controverses et source de conflits entre les MKs et la CPAM. Pour rappel, et selon le code de déontologie et de la santé publique « il est interdit d'appliquer un dépassement d'honoraires systématique [...] Les dépassements ne pouv[ant] avoir lieu que pour une exigence de temps et de lieu. Et non pour l'utilisation d'un matériel onéreux ou pour une compétence particulière » [61]. Cependant, en 2018, on dénombrait que 46,9% des MKs parisiens réalisaient des dépassements. De plus, et à l'heure actuelle notre questionnaire souligne que l'infaisabilité de les facturer pourrait s'avérer être un obstacle à la prise en charge de patients douloureux chroniques, sous-entendant que cette pratique continue d'être effectuée. Dans un premier temps, il est, en effet, anormal que ce type de patient ne puisse accéder à des soins en masso kinésithérapie pour des raisons d'impossibilité de compter une séance plus onéreuse. Cela pourrait s'apparenter à de la discrimination et encourager l'inégalité d'accès aux soins en France. Mais dans un second temps, cela souligne un mal-être de la profession notamment concernant le manque de revalorisation de cette dernière avec une lettre clé n'ayant pas été modifiée depuis juillet 2012. Ayant de surcroît un grade de master depuis 2021, on pourrait se poser la question de la normalité de continuer à être payé 16,13 euros la demi-heure. De plus, et malgré la réalisation de DU ou d'autres masters, l'expertise acquise dans un domaine ne fait pas l'objet de revalorisation de par sa non-figure au sein de la liste des motifs donnant le droit à facturer une séance avec dépassement. Cette réflexion peut ainsi faire l'objet d'un éventuel lien de cause à effet par rapport au manque de formation continue des MKs.

8.3. Description des résultats concernant la représentation du caractère chronique d'une pathologie

8.3.1. Catégories, tableaux croisés dynamiques et test exact de Fisher

Dorénavant, nous allons nous attarder sur l'image que possèdent les MKs vis-à-vis de leurs collègues concernant la représentation du caractère chronique d'une douleur. Trois

questions avec diverses propositions se sont vues leur être exposé. Parmi les items possibles : des propos stigmatisants tous issus de la littérature, et ce, sans exception ainsi que des termes de désirabilité et d'utilité sociale pour éviter une quelconque induction de réponses. Afin de pouvoir analyser ces dernières de manière pertinente, un tableau croisé dynamique a été réalisé pour chacune des questions (TABXII, XIII, XIV).

Tableau X- Tableau croisé dynamique concernant la question 17

Étiquettes de lignes	Somme de Nombre de réponses
Les 2	3
Propositions positives et négatives	3
Négative	102
Des doutes sont souvent émis quant à sa crédibilité	32
Elle est souvent considérée comme d'origine "psy", c'est dans la tête du patient	30
Elle peut être sur estimée	11
Elle est souvent sous estimée	29
Neutre	2
Aucune de ces réponses	2
Autre	0
Positive	4
Il est rare que des doutes soient émis quant à sa crédibilité	0
Il est rare que les MK la considèrent comme d'origine psy	3
Sa crédibilité n'est jamais remise en question	0
Sa prise en considération est toujours juste	1
Total général	111

Tableau XI- Tableau croisé dynamique concernant la question 18

Étiquettes de lignes	Somme de Nombre de réponses
Les 2	3
Propositions négatives et positives	3
Négative	89
Ils n'aiment pas ce type de patient	20
Ils peuvent éprouver moins de sympathie envers ce type de patient	27
Ils peuvent être amenés à prendre le patient moins au sérieux	29
Ils sont moins enclins à aider le patient	13
Neutre	1
Aucune de ces réponses	1
Autre	0
Positive	14
Ils éprouvent tout autant de sympathie pour ce type de patient que pour les autres	5
Ils prennent tout autant au sérieux ce type de patient	6
L'investissement est identique peu importe le type de patient	3
Total général	107

Tableau XII- Tableau croisé dynamique concernant la question 19

Étiquettes de lignes	Somme de Nombre de réponses
Les 2	11
Propositions positives et négatives	11
Négative	35
Ils cherchent à obtenir l'attention d'autrui	24
Ils sont apparentés aux toxicomanes avec une recherche de prescription narcotiques	5
Ils sont souvent définis comme des lâches	6
Neutre	9
Aucune de ces réponses	9
Autre	0
Positive	23
Ils sont attachés à consulter de manière pertinente les professionnels de santé	8
Ils sont attentifs à avoir une utilisation économiquement responsable du système de santé	4
Ils sont enclins à contrôler au mieux leur prise médicamenteuse	3
Ils sont souvent définis comme attachants et courageux	8
Total général	78

De manière générale, trois grandes catégories se dessinent

- Une première sur la prise en compte de la douleur chronique par les MKs.
- Une seconde sur le comportement des MKs face à ce type de douleur
- Une troisième sur leur vision des patients douloureux chroniques.

La décroissance du nombre de réponses est intéressante à souligner. En effet, nous passons d'un total de 111 à 78, corrélé à une augmentation du nombre de réponses concernant l'item « aucune de ces réponses ». On peut alors être amené à s'interroger sur l'origine de cette influence et notamment à se demander s'il n'y a pas une quelconque relation avec les différentes catégories dégagées au paragraphe précédent. En effet, et comme vu précédemment, la première n'est composée que de propos sur la douleur en elle-même : soit un sujet inanimé, impalpable. En revanche, la 2nd et la 3^e catégorie touchent quant à elles soit le comportement des MKs soit le comportement de patients c'est-à-dire des entités bien vivantes. Ainsi cela ne met-il pas en exergue une facilité accrue de réponse lorsqu'il s'agit de notions impalpables contrairement à celles reliées à l'être humain en lui-même ? Quant à la sélectivité des propos, on peut remarquer que pour chaque question, les propositions stigmatisantes prennent le pas sur celles d'utilité sociale. Par conséquent, les MKs relatent que leurs collègues ont une vision plutôt négative de la douleur chronique et des patients qui en sont atteints. Des propos forts tels que « des doutes sont souvent émis quant à sa crédibilité », « ils peuvent être amenés à prendre le patient moins au sérieux » ou bien « ils cherchent l'attention d'autrui » se démarquent notamment.

Au début de cette discussion, nous avons pu voir notamment que la réforme d'universitarisation des études de masso-kinésithérapie a permis à la notion de douleur de faire une entrée véritable au sein des institutions et d'ancrer son importance dans ce cursus. Ainsi un

véritable avant/après a pu être mis en évidence, engendrant le raisonnement naturel suivant : les MKs diplômés avant 2015 possèdent moins de connaissances sur la douleur que les collègues diplômés post réforme, augmentant dès lors un risque plus conséquent de stigmatisations. En outre, deux hypothèses ont été posées et un tableau de contingence a été réalisé pour chaque question à savoir la Q17, 18 et 19 (Annexe 3)

- H0 : Il n'existe pas de différence statistique significative entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants
- H1 : Il existe une différence statistiquement significative entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

De surcroît, à l'heure actuelle, intégrer le genre dans la conception des politiques de santé publique s'avère être indispensable afin d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. Ainsi et pour faire avancer l'universalité des politiques de santé qui ne nie pas les différences, notamment celle du genre, nous avons décidé de rechercher si une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes existaient quant au fait de penser que les collègues MKs pouvaient présenter des propos stigmatisants envers les patients douloureux chroniques. En outre, et de nouveaux, deux hypothèses ont été posées et un tableau de contingence a été réalisé pour chaque question à savoir la Q17, 18 et 19 (Annexe 4)

- H0 : Il n'existe pas de différence statistique significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants
- H1 : Il existe une différence statistiquement significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Les variables d'interventions étant dans les deux cas, des variables qualitatives, un test paramétrique du Chi 2 d'homogénéité aurait dû être utilisé. Or, les effectifs théoriques n'étant pas tous supérieurs à 5 et une correction de Yates ne pouvant pas s'effectuer (car certains effectifs étant inférieurs à 3), un test non-paramétrique a dû se voir être réalisé, à savoir le test exact de Fisher (Annexe 3 et 4).

En conclusion, les tests de Fisher réalisés ont tous démontré une absence de différence statistiquement significative, et ce peu importe le sexe ou le fait d'avoir été diplômé avant ou après la réforme d'universitarisation. Ainsi, il y a une uniformité dans notre population de MKs

qui se dessinent concernant ces items (TAB XV et XVI). Cependant, ces déterminants ne sont qu'une infime partie de ceux pour lesquels on pourrait réaliser une recherche de différence statistiquement significative. Ainsi, de nombreuses autres hypothèses sont encore à ce jour à tester.

Tableau XV- P value obtenue pour chaque question concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Test exact de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants	
Questions	P value obtenue pour alpha= 0,05
17	0,127
18	0,236
19	0,686

Tableau XIII- P value obtenue pour chaque question concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Test exact de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants	
Questions	P value obtenue pour alpha= 0,05
17	0,785
18	0,066
19	0,168

8.3.2. Stigmatisations et alliance thérapeutique

A l'heure actuelle, la stigmatisation dans le milieu du soin apparaît encore comme un sujet tabou, sur lequel il ne faut pas s'attarder trop longuement. Par ailleurs, lorsque l'on se met à la recherche de données dans la littérature, très peu d'études n'abordent de front le sujet de la stigmatisation. C'est régulièrement de manière distillée et fondue dans le corps du texte, que l'on retrouve quelques confidences de soignants. En masso kinésithérapie, aucune étude, thèse ou mémoire n'a encore été publié à propos des stigmatisations sur les patients douloureux chroniques, et comme nous en discuterons par la suite, il en va de l'intérêt de ce mémoire. Pour

l'image de la France dans le domaine de la santé, il est compréhensible qu'il soit bien moins glorieux d'aborder cette thématique, plutôt que celles mettant en avant les avancées de la science concernant d'éventuelles guérisons, amélioration de la qualité de vie des malades... Cependant, la stigmatisation se voit être un facteur primordial, qui peut rapidement entraver l'alliance thérapeutique, cette dernière pourtant indispensable dans la prise en charge de tout patient, qu'il soit ou non douloureux chronique.

Une méta-analyse conduite depuis les années 50, a souligné que la « variable thérapeute représenterait 3 à 7% de la variance du changement en thérapie » [62]. Ainsi, et comme il en est parfaitement explicité au sein du travail de Mme Guex-Joris : « les professionnels de santé demandent une participation pour l'offre de soins, mais ils doivent à leur tour identifier et respecter une personne en souffrance, pas un symptôme » car eux aussi ont une part importante à jouer au sein du processus de soin [63]. Cependant, le pragmatisme de Fauchère n'est pas à négliger, car humainement parlant, il est « peu réaliste d'exiger que le praticien se fasse une obligation de toujours croire un patient qu'elles que soient les conditions » [63]. En revenant au contexte de notre étude, la réalité fait alors face. En effet, les MKs estiment que leurs collègues peuvent être amenés à ne pas aimer et à ne pas prendre au sérieux les patients douloureux chroniques tout comme à éprouver moins de sympathie envers ces derniers. Il semble ainsi complexe de penser que l'AT ne se verra pas ébranlée par l'ensemble de ces variables. De même, comment penser que l'écoute du praticien soit identique et pertinente lorsque la douleur chronique est considérée comme d'origine « psy », que des doutes sont émis quant à sa crédibilité et que celle-ci est sous-estimée.

Par conséquent le regard positif inconditionnel, encore appelé considération positive inconditionnelle, est décrit tel un des principes de l'AT que les soignants doivent tenter d'adopter. Cela se définit comme « accepter le « client » inconditionnellement, c'est-à-dire indépendamment de son comportement et répondre à ses besoins par des comportements concrets qu'il est en mesure de comprendre » [63]. Rogers rangeait par ailleurs dans cette notion, le principe de respect : « accepter la personne telle qu'elle se présente, telle qu'elle se connaît, telle qu'elle se raconte » [64].

8.3.3. Biais et limites

Phénomène du click through

Comme explicité dans la présentation du questionnaire, 27 questions composaient ce dernier dont 8 étaient ouvertes. Ce choix a été réalisé en toute connaissance de cause à savoir, que des questions ouvertes trop conséquentes pouvaient amener le participant à abandonner le questionnaire. Or, et en cette période de forte influence de demande d'aide par les élèves en 4^e année de masso kinésithérapie concernant la réalisation de leur mémoire, l'obtention de réponses se faisait de manière relativement complexe. Ainsi, l'abandon ne devait surtout pas se surajouter à cette difficulté. Cependant, et en se penchant sur le cas des questions 17,18 et 19, on remarque que leur forme est identique. En outre, et en choisissant ce type de format, une augmentation du risque du phénomène de click through s'est révélé. Afin de limiter un nombre de réponses machinales, il nous aurait fallu réaliser une question supplémentaire entre la 18 et la 19 afin de s'assurer de la concentration et de la lecture de nos participants, telle que : « Veuillez cocher parmi les propositions suivantes, le mot orange : pomme / vert / raisin / jaune / orange ».

Limite des tests

Dans le cas de la réalisation de tests statistiques, les tests paramétriques sont toujours ceux à privilégier et à utiliser en première intention. En effet, ces derniers sont plus puissants et plus sensibles quant aux valeurs aberrantes. Cependant, ils requièrent de nombreuses conditions à valider afin de pouvoir être exécutés. Mon échantillon de population ne répondant pas à ces dernières, un test non-paramétrique a été réalisé. Ainsi, la puissance et la sensibilité se révèlent être moindres. Il s'agit d'une des limites notables concernant la partie statistique de ce mémoire.

8.4. Représentation de l'alliance thérapeutique

8.4.1. Influence du caractère chronique de la douleur sur l'AT

Lors de la question 20, les MKs se sont vu interroger sur la présence ou non, d'une quelconque influence du caractère chronique d'une douleur sur l'AT, et si oui de quelle manière (négativement, positivement ou les 2). Cependant, et en s'attardant sur les réponses données précédemment, on se rend compte que ces derniers ont déjà répondu en majeure partie à cette question : oui, le caractère chronique d'une douleur influence l'AT. Néanmoins et ce qui nous

subjugue au sein de cette interrogation c'est la confrontation entre les réponses rapportées aux questions précédentes et celles données à cette question. Au vu du nombre de propos stigmatisants recueillis, à savoir 226 (questions 17,18 et 19 confondues), on s'attend de manière quasi-certaine à avoir une majorité de réponses soutenant que le caractère chronique d'une douleur présente une influence négative. Néanmoins, seul 1 participant a été amené à cocher cette proposition. Par conséquent, cette contradiction s'avère être intéressante à souligner. En effet, c'est la toute première proposition que l'on adresse aux participants sans consigne de substitution, autrement dit, ce sont les premières réponses récoltées et pour lesquelles les praticiens ne répondent plus au nom des autres, mais en le leur. Et c'est ainsi que l'on prend conscience de toute l'importance que peut présenter cette consigne dans la limitation du biais de désirabilité sociale et d'auto complaisance.

La question suivante portait sur le moment où le caractère chronique influençait le plus l'AT. 50% des participants considéraient que ce dernier avait une influence tout au long de la prise en charge, mon avis personnel convergeant avec le leur. Effectivement, et selon moi, une AT est fragile. Elle ne peut jamais être considérée comme acquise et de surcroît, lorsque l'on rentre dans le parcours de soin d'un patient chronique. C'est une notion à entretenir à tout instant, à chaque séance et qui peut rapidement vaciller car, dépendante à la fois du thérapeute et du patient. Outre cela, 40% des MKs estimaient quant à eux, que c'était davantage lors du « 1^{er} bilan », du « 1^{er} contact », ou de la « 1^{ere} séance » que le caractère chronique influait sur l'AT. Or, c'est ce type de réponses qui oriente la discussion suivante. En effet, et au vu des notions déjà abordées lors de l'introduction, une AT se construit sur un ensemble de fondations qui doivent être, de surcroît, solides. Ainsi, une relation de confiance et une relation thérapeutique sont essentielles afin d'espérer par la suite voir une alliance se mettre en place et cela prend du temps. Par ailleurs, Lalau le confirme dans ses écrits « Elle (AT) se vit dans le temps [...] cette inscription dans le temps est essentielle : c'est la construction dans le temps qui importe ; et cette perception du temps nécessaire pour l'obtention d'un changement nous permet de nous affranchir du diktat de l'efficacité » [65]. Ainsi, pouvons-nous être vraiment sûre qu'une AT s'instaure dès le 1^{er} contact ou 1^{er} bilan ? Ne sommes-nous pas plutôt dans une notion de relation soignant/soigné ? Les Mks font-ils suffisamment la différence entre relation et alliance ?

8.4.2. Alliance ou relation thérapeutique ?

L'analyse des verbatims se révèle être quelque peu intéressante. En effet, les réponses des participants confirment nos dires ci-dessus, à savoir qu'il y a une certaine confusion notable entre les notions. Pour rappel, la relation soignant/soigné se définit comme « le lien bilatéral asymétrique entre le soignant et la personne soignée », tandis que l'alliance est « la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans une visée d'atteinte des objectifs fixés conjointement » [66]. Enfin, la relation de confiance se construit quant à elle, et selon Bellanger, dans « un processus où chacun prend progressivement de petits risques envers l'autre et s'identifie selon 3 facteurs : l'engagement d'au moins une des personnes, le respect mutuel des personnes en relation et la volonté de s'engager et de négocier le processus de risque pendant un certain temps » [67]. En analysant les thèmes et les sous-thèmes, on remarque la présence d'un faible nombre de verbatims, pourtant incontournables de l'AT. En effet, les notions de partenariat et de collaboration ne sont citées qu'à une seule reprise alors qu'elles apparaissent comme de véritables piliers de l'alliance. De même les principes d'engagement, d'implication et d'investissement ne sont associés qu'au comportement du MK alors que la réciprocité est le fondement même de l'alliance thérapeutique. Enfin, l'importance de définir et de centrer le soin autour d'un ou de plusieurs objectifs fixés communément n'est également citée qu'une seule fois. Par conséquent, les termes les plus communément évoqués tels que la communication, l'écoute, les explications et la compréhension ramènent à un sentiment d'unilatéralité. C'est-à-dire un sentiment où il n'y a pas obligatoirement de partage entre patient et Mk. L'un parle, l'autre écoute, l'un explique, l'autre comprend. On est ainsi totalement plongé dans la notion de relation thérapeutique. Il en va de même, lorsque le terme de négociation ressort, renvoyant quant à lui à la notion de confiance.

En résumé, cette question démontre que selon les MKs, le caractère chronique influe sur un nombre conséquent d'éléments, mais qui sont malheureusement davantage en lien avec la notion de relation thérapeutique qu'avec celle de l'AT. Il en va de soi, que sans relation ni confiance, aucune alliance ne peut voir le jour. Et que si un des fondements qui la constitue vacille, alors cette dernière vacille également. Cependant, il est important que les MKs puissent avoir en tête que ce n'est pas parce qu'ils ont établi une excellente relation thérapeutique avec un patient, qu'une alliance s'est automatiquement mise en place. Cette dernière ne se crée que si elle est souhaitée et que tout est mis en œuvre afin de lui donner naissance.

8.4.3. Biais

Désirabilité sociale

La désirabilité sociale est un terme utilisé pour décrire une tendance que tout humain est susceptible d'adopter : répondre à des enquêtes de manière biaisée afin de montrer une facette socialement désirable de sa personne, aux dépens parfois de ses propres opinions ou croyances.

8.5. Évaluation de l'alliance thérapeutique

8.5.1. Évaluation et utilisation d'indicateurs (objectifs ou subjectifs)

Depuis la réforme des études de masso-kinésithérapie, un référentiel de compétences a vu le jour, permettant ainsi à chaque MK d'acquérir le savoir, le savoir être et le savoir-faire nécessaire au métier. Parmi les 11 compétences des MKs, la compétence 7 a notamment pour objectif d'analyser, d'évaluer et de faire évoluer sa pratique professionnelle [23]. Ainsi, l'évaluation de l'AT fait partie d'un de nos rôles. Sur l'ensemble de notre échantillon étudié lors de ce mémoire, 85% des MKs avouent ne pas le faire. Ainsi, cela nous permet de mieux comprendre la difficulté de distinction des notions entre relation et alliance thérapeutique soulignée précédemment. En effet, un outil spécifique à l'évaluation de l'alliance permettrait de faire ressortir l'ensemble des piliers fondamentaux de cette dernière et par conséquent de rendre sûrement plus facile la distinction entre ces deux notions par les thérapeutes.

En second lieu, 15% des MKs ont quant à eux estimé qu'ils évaluaient l'AT via un outil soit subjectif soit objectif. Néanmoins, et en se penchant sur les réponses données, aucun indicateur énoncé ne permet une réelle évaluation de cette dernière. En effet, et dans un premier temps, l'échelle visuelle analogique (EVA) ou le face pain sont attribués à l'évaluation de la douleur. L'échelle Patient Specific Functional Scale (PSFS), a quant à elle pour but de quantifier les progrès fonctionnels du patient notamment dans le domaine musculo squelettique. Enfin, l'outil SMARTER s'avère être plutôt une aide dans la définition d'objectifs communs. Quant aux outils subjectifs rapportés, une impression conséquente d'unilatéralité se fait ressentir de nouveau. En effet, lorsque les MKs consignent s'appuyer sur « la qualité de la confiance », « la qualité des échanges » ou encore « la réalisation d'exercices prescrits en dehors des séances » pour évaluer l'AT, on a comme l'impression que l'avis du patient n'est pas quêté et donc non pris en compte. Pourtant pour s'assurer que la notion de collaboration et

de partenariat soit bien établie, tant l'opinion du thérapeute que celle du patient se voit être indispensable.

8.5.2. Working Alliance Inventory (WAI)

Il semblait nécessaire qu'à la fin du questionnaire, chaque participant n'évaluant pas l'AT puisse retrouver un des outils permettant de le faire : le choix s'étant porté sur le Working Alliance Inventory (Annexe II). En proposant ce dernier, cela a permis de mettre en évidence le pourcentage de MKs prêt à évaluer dorénavant leur AT, car ayant désormais en main un questionnaire adapté. Or, 82,5% d'entre eux ont estimé que jamais il ne serait à même de l'utiliser ou sinon que très rarement. Pour rappel, 85% des praticiens considéraient ne jamais évaluer l'AT mise en place avec leur patient. Par conséquent, et au vu du pourcentage important de thérapeutes ne souhaitant pas utiliser le questionnaire, on peut donc supposer que la problématique ne provient pas du manque de connaissances concernant les outils permettant cette évaluation, mais émanerait davantage de la volonté des MKs. Ainsi, et lorsque l'on étudie les justifications à la fois des thérapeutes estimant qu'ils ne l'utiliseraient pas ou que très rarement versus ceux qui en auraient une utilisation fréquente (souvent voire toujours), deux types de paradigmes s'affrontent.

En premier lieu, le manque de temps en libéral s'avère être l'argument le plus cité, accompagné par la suite de la difficulté de sortir de la routine, le fait de n'avoir que très peu de souci avec l'AT ou encore la préférence de référer le patient si cette dernière s'avère absente. Ainsi, étudions ces divers arguments. Manquer de temps en libéral est compréhensible de par une durée de séance restreinte et des charges administratives, souvent lourdes à gérer. Cependant et dans le cas d'un patient douloureux chronique qui suppose une prise en charge généralement longue, il est totalement possible de pouvoir dédier une séance pour refaire un bilan et en profiter pour lui faire remplir le questionnaire. De même d'autres possibilités s'offrent à nous : lui demander de le remplir dans la salle d'attente, de le rapporter pour la prochaine séance, de le remplir lors d'une fin de séance etc... Quant aux thérapeutes estimant qu'ils n'ont que très peu de souci avec l'AT ou qu'ils préfèrent référer si cette dernière s'avère absente, il est très intéressant de s'interroger sur la façon dont ils tirent l'estimation de cela. En effet, ces praticiens font partie des 85% à ne pas réaliser une évaluation de leur AT. Ainsi, comment peuvent-ils apprécier que cette dernière soit suffisamment bonne ou bien au contraire mauvaise sans utilisation d'un quelconque outil objectif ? Référer un patient ne se révèle-t-elle pas être une solution de facilité plutôt que de se confronter à la ou les problématiques ?

Néanmoins, et afin de nuancer nos propos, il est cependant professionnel de la part du thérapeute de référer lorsqu'il estime que ses compétences sont atteintes, à condition qu'il puisse faire par la suite une métacognition de ce qui a pu aboutir à cette situation. C'est ainsi que ce groupe de MK se différencie du second (celui regroupant ceux souhaitant une utilisation plus régulière du questionnaire). En effet, ces derniers donnent l'impression d'être dans une certaine routine professionnelle où la métacognition et la remise en question face à chaque patient ne s'avère pas être un automatisme.

En second lieu, et concernant les MKs souhaitant une utilisation régulière du WAI, on retrouve parmi les arguments les plus cités, que ce dernier permettrait un retour objectif sur la pratique, une remise en question face aux patients douloureux chroniques et une possibilité de mettre en évidence des points à modifier afin d'adapter la prise en charge. De surcroît, pour un des thérapeutes, sa formation initiale a également permis l'appui d'utilisation régulière de tel questionnaire dans sa pratique quotidienne. Par conséquent, ce groupe de praticiens voit en l'utilisation de questionnaire l'opportunité de réaliser une métacognition sur leur travail de tous les jours, une manière pour eux de ne pas se reposer sur les acquis et/ou les habitudes et de poursuivre leur quête vers une amélioration de tous les instants concernant leur pratique professionnelle et notamment concernant la notion d'alliance thérapeutique, pas si simple à maîtriser.

8.5.3. Biais

Mécanisme du patient poli

Certains patients peuvent être amenés à mettre en place ce type de mécanisme et ce manière conscient ou non. En effet, la sympathie, la politesse ou le sens de l'obligation peuvent faire naître une surestimation d'un ou plusieurs paramètres tels que l'amélioration de la symptomatologie, la relation thérapeutique mise en place ou autre. Par conséquent, le WAI et donc l'évaluation de l'AT ne déroge pas à ce phénomène. Ainsi, un patient peut être amené à biaiser ses réponses par gentillesse, par sentiment de redevance envers son thérapeute ou encore par peur de le blesser.

Biais méthodologique

Lors de la partie 5, les participants ayant émis l'utilisation de tout outil, qu'il soit subjectif ou objectif, afin d'évaluer l'AT tissée avec leur patient, ont été invités à la question 21 à énoncer le nom de ce dernier. Par la suite, le questionnaire s'arrêtait pour eux et le WAI ne

leur était pas présenté. Cependant, et au vu des réponses données par les thérapeutes, lesquelles ont été analysées partie 8.5.1 de ce mémoire, il aurait été intéressant que ces derniers puissent prendre également connaissance de l'existence de ce questionnaire.

9. Réponse à la question de recherche et limite principale de cette étude

9.1. Réponse à la question de recherche

En quoi l'alliance thérapeutique mise en place par les MK libéraux peut-elle être entravée lors de la prise en charge de patients douloureux chroniques ? C'est de cette question de recherche qu'en a découlé l'ensemble de ce travail réflexif. Les recherches effectuées dans la littérature ont permis dans un premier temps de réaliser un état des lieux concernant la prise en charge actuelle de la douleur chronique en France. Puis c'est dans un second temps, que les notions d'alliance thérapeutique et de relation soignant/soigné ont pu être traitées. Dans le but d'apporter des réponses, un questionnaire a été distribué à l'ensemble de la population des MKs libéraux ayant déjà pris en charge au moins un patient douloureux chronique au cours de leur exercice professionnel.

Un constat principal a fait son émergence : la stigmatisation de ce type de patients. En effet, et comme on a pu le voir, des propos forts ont fait leur émanation parmi les réponses les plus données par les participants. Par conséquent, être amené à remettre en doute les dires du patient, à penser qu'ils cherchent l'attention d'autrui ou à éprouver moins de sympathie envers ces derniers sont autant d'éléments qui peuvent entraver l'alliance thérapeutique mise en place avec le patient, supposé que cette dernière ait été instaurée. De surcroît, le refus de prise en charge d'un patient douloureux chronique a été attribué, et ce, de manière majoritaire, à la longueur du traitement et à la mise en échec du praticien. En effet, et comme il en a déjà été question au sein de la discussion, le fantasme du soignant peut s'avérer complexe à « combattre ». Accepter de ne pas pouvoir soigner totalement un patient, de surcroît généralement plein d'espoir envers un tout nouveau thérapeute, peut être une source de frustration et nécessiter par conséquent un travail sur soi laborieux à exécuter, que certains MKs peuvent ne pas avoir envie d'effectuer. Ce fantasme peut ainsi contribuer à l'entrave de l'AT. Par la suite, un second constat a été réalisé : le manque de connaissances sur la douleur chronique. En effet, et comme vu lors du déroulé de ce mémoire, la volonté de mise en place d'un enseignement spécifique sur la douleur a été laissée au libre choix de chaque IFMK.

Cependant, la réalisation d'une étude a permis de mettre en évidence que le nombre d'heures en moyenne réalisées, et ce, avant 2017, ne dépassait généralement pas les 5 heures sur l'ensemble du cursus, le tout ne suivant que très peu les recommandations internationales. Ainsi, une méconnaissance de la neurophysiologie, des divers mécanismes, des recommandations etc... engendre automatiquement des difficultés dans une prise en charge et peut rendre complexe tout AT mise en place. Ces dires ont par ailleurs été étayés via notre étude. En effet, pour rappel, sur les 15 formations continues citées, 11 traitaient de ce sujet, soulignant ainsi le besoin des professionnels à se former davantage.

Concluons avec un dernier constat : le manque d'évaluation de l'AT de la part des professionnels, estimé, pour rappel, à 85% au sein de notre échantillon. Malgré la proposition d'un outil adapté, le WAI, seul 15% des thérapeutes pensent qu'ils en feront dorénavant souvent voire toujours usage. En effectuant une analyse précise de verbatims, une problématique sous-jacente a pu voir le jour. Effectivement, les termes employés par les MKs concernant l'AT étaient davantage emprunt à la notion de relation qu'à celle de l'alliance, démontrant que la distinction entre ces termes s'avère confuse. Ainsi pour rappel des dires déjà énoncés précédemment, ce n'est pas parce qu'une excellente relation thérapeutique a été mise en place, que de manière automatique, une alliance est présente. Il faut mettre en œuvre les éléments nécessaires afin de lui donner naissance. Ce manque de distinction entrave par conséquent, fortement l'AT puisque l'on suppose que dans une majorité des cas, et au détriment de cette dernière, ce n'est seulement qu'une relation thérapeutique qui s'élabore entre patient et thérapeute.

9.2. Limite principale de cette étude

La réalisation de cette étude s'est appuyée sur un concept quelque peu particulier : la présence d'une consigne de substitution. Cette dernière s'est cependant révélé être une véritable source de déstabilisation pour les MKs volontaires au remplissage de ce questionnaire. En effet, de nombreux commentaires ont fait leur émergence, avec comme interrogation majeure l'intérêt de la mise en place d'une telle consigne et la frustration de ne pouvoir répondre en son nom. En effet, ces thérapeutes se sont vu sortir de leur zone de confort, de leurs habitudes à donner un avis qui leur est propre, leur demandant par conséquent une plus grande nécessité d'adaptation. Cela démontre finalement que l'espèce humaine est conditionnée à ce que les

réponses soient toujours centrées sur elle-même. Finalement, on retrouve un concept d'unilatéralisme qui apparaît comme le réel leitmotiv de cette étude.

C'est donc à ce type de consigne que notre étude doit ses résultats. Néanmoins, il est nécessaire de mettre en évidence que la manière dont la méthode a été réalisée ne permet pas de démontrer de manière précise et incontestable un comportement stigmatisant des MKs envers les patients douloureux chronique. Elle souligne que c'est une attitude perçue via le regard de leurs collègues. Et c'est ainsi que se dessine la subtilité. Afin de pouvoir confirmer cette stigmatisation, mais cette fois-ci via les dires des MKs eux même, tout en limitant encore et toujours le biais de désirabilité sociale, il faudrait mener une enquête sur une plus grande durée. En effet, il serait nécessaire de demander à chaque thérapeute de répondre à deux reprises au même et unique questionnaire. Le premier, sans consigne de substitution et le second avec. Un test paramétrique permettrait par la suite d'effectuer une comparaison de moyenne à une norme. En cas de différence statistiquement significative, on sera amené à ce qu'un certain nombre de caractéristiques stigmatisantes non cochées lors de la consigne standard apparaissent avec cette dernière. Néanmoins, et comme énoncé précédemment, la durée de l'étude se doit d'être plus conséquente par rapport à la nôtre afin de limiter le biais de mémorisation. De surcroît, il faut également trouver des participants libéraux prêts à s'investir pour remplir à deux reprises le questionnaire et limiter ainsi le nombre de perdus de vue.

10. Apports professionnalisants

Le travail réflexif porté autour de ce mémoire a permis de faire un véritable état des lieux de la prise en charge actuelle de la douleur chronique en France. Après avoir été un sujet central du gouvernement, conduisant à la mise en place de 3 plans, et ce, de 1998 à 2010, ce dernier se voit dorénavant déchu depuis 13 décennies. Malgré des chiffres alarmants (12 millions de Français atteints de douleurs chroniques, 70% ne recevant pas de traitement approprié et moins de 3% bénéficiant d'une PEC dans une structure spécialisée) cette notion ne semble plus être une priorité pour l'État. Par conséquent, une forte impression émerge : la négligence empreinte à ce sujet de santé publique semble être un héritage transmis de gouvernement en gouvernement, sans qu'aucun n'ait encore osé le prendre à bras-le-corps. Néanmoins, et à force de fuir la douleur chronique, les thérapeutes se retrouvent de plus en plus démunis face à un système de soin de moins en moins adapté et en manque de plus en plus de recommandations de bonnes pratiques pour la PEC de ce type de patient. Cela tend ainsi à

réfléchir sur le fait que la pierre est peut-être trop facilement jetée sur le personnel soignant et le manque de connaissances, sur les écoles de formation... De surcroît, ce mémoire s'inscrit également dans un but d'apports de connaissances sur certains mécanismes pouvant se mettre en place lors d'une PEC. En effet, et comme cela a pu être souligné, celle d'un patient douloureux chronique s'avère être complexe car à multifacettes. Il faut à la fois avoir une approche physique et psychique du patient. Cependant, beaucoup de thérapeutes ne souhaitent pas s'aventurer sur le côté psychique considérant que cela sort de leur champ de compétence. Or, pour qu'une prise en charge se voie être biopsychosociale il est indispensable que la psychologie du patient soit appréhendée. Néanmoins, ce comportement est compréhensible et explicable via un manque de cours en masso-kinésithérapie concernant les conséquences pouvant toucher tout praticien, à la suite de l'élaboration d'une relation thérapeutique. Effectivement, le transfert, le contre transfert, la juste distance ou encore la différence entre sympathie et empathie sont autant de notions non abordées au sein de notre cursus et qui peuvent cependant avoir des effets ravageurs sur notre santé mentale.

L'étude réalisée précédemment a permis de mettre en exergue une prise de conscience non-négligeable vis-à-vis de la présence de stigmatisation et quelque peu de la discrimination envers les patients douloureux chroniques. Au-delà de mettre en avant, ne serait-ce que leur présence, cela a également permis de souligner leur ampleur. Pour rappel, 92,50% des MKs interrogés considéraient qu'un de leur confrère avait déjà été amené à refuser la PEC d'un patient pour le caractère chronique de sa douleur. De surcroît, des propos forts ont fait leur émergence telle qu'apparenter ce type de patients à des toxicomanes, ou encore à avouer ne pas les aimer et à être moins enclins à les aider. Cependant, ce type de dires tenu ne s'avère plus être si étonnant après lecture de notre introduction. En effet, entre le manque de considération du gouvernement, la divergence de pensées entre les autorités estimant les MG les plus à même de traiter ce type de pathologie et ces derniers considérant leur formation sur la douleur trop peu aboutie, une attente d'en moyenne 5 ans avant que le patient ne soit envoyé vers une structure spécialisée, sont autant d'éléments se répercutant sur la PEC médicale de la douleur chronique. En somme, il s'avère alors implacable que celle paramédicale se retrouve ébranlée par toutes les répercussions provenant du milieu médical.

Une seconde prise de conscience a également fait son émergence à la suite de ce mémoire : celle concernant la mise en place d'une AT. Effectivement, l'arrivée de l'EBP ainsi que du modèle biopsychosocial l'a inscrit comme une notion fondamentale à mettre en place

avec le patient. Cependant et malgré un nombre d'heures conséquent consacré à cette dernière lors du cursus de masso-kinésithérapie, le terrain révèle une tout autre réalité. Très peu de praticiens arrivent à effectuer une distinction claire entre la notion de relation et celle d'alliance engendrant par conséquent une conclusion sans appel : la majorité d'entre eux ne se voient mettre en place qu'une relation thérapeutique, cette dernière ne se développant pas au-delà. Cela pose ainsi question et pourrait faire l'objet de plus amples recherches : pourquoi, et ce malgré un enseignement considérable, une AT est-elle si difficile à mettre en place pour les MKs ?

Pour conclure sur ces apports professionnalisants, il est important de noter que je suis loin d'être utopiste. En effet, je présente une totale conscience que ce mémoire ne changera pas les choses, que demain le président de la République ne se lancera pas dans un 4^e plan de lutte contre la douleur autant que la discrimination et la stigmatisation envers les patients douloureux chroniques n'aurent pas disparues, bien au contraire. Ce mémoire a été écrit pour faire un état des lieux, mettre en avant les éléments qui s'avèrent être nécessaires pour que demain tout professionnel de santé amené à le lire, soit à même de faire la métacognition de sa pratique. Qu'il ait conscience des difficultés profondes dont émane la PEC d'un patient douloureux chronique et qu'il puisse, je l'espère, trouver des éléments de réponses à ses difficultés rencontrées.

Ce mémoire permet également de faire une ouverture bien plus conséquente. En effet, la sortie du livre puis du film *Maman ne me laisse pas m'endormir* [68], à faire naître des débats passionnants sur le traitement de la douleur en France et les problématiques en découlant depuis le dernier plan d'action mis en place en 2010. La Loi Kouchner a révolutionné la PEC de la douleur en faisant de son soulagement un droit. Cependant, elle a également entraîné des dérives : dérives des patients dans la prise médicamenteuse responsable d'addictions pouvant être mortelles et dérives des praticiens, prescrivant avec une facilité déconcertante ces molécules addictives. La conclusion est donc, comme vous l'avez compris toujours la même : le manque de cadre vécu actuellement par le système de santé français concernant la PEC de la douleur a des conséquences pouvant devenir dévastatrices...

CONCLUSION

D'un vécu personnel complexe et conflictuel avec le monde médical, est née cette problématique de mémoire qui n'est autre que celle à laquelle j'ai pu être, à maintes reprises,

confrontée en tant que patiente. Néanmoins, un nombre conséquent d'obstacles ont dû être franchis afin que ce dernier puisse voir le jour. En effet, ce mémoire était loin de faire l'unanimité dans le monde de la masso-kinésithérapie, le sujet dérangeant quelque peu. De nombreux MKs ont vu en ce travail un risque de discréditation de la profession, s'inscrivant ainsi aux antipodes de l'objectif pensé du mémoire. Cependant, et comme pour n'importe quel travail, tout dépend du prisme sous lequel on décide d'en observer les faits. Par conséquent, le but de ce dernier s'inscrivait davantage dans la réalisation d'un état des lieux de la PEC de la douleur chronique en France, suivie par la recherche, et ce sans aucun jugement, d'éléments qui pourraient se voir porter la responsabilité de l'entrave de l'AT mis en place avec tout patient douloureux chronique.

La littérature scientifique a permis de mettre en exergue certaines problématiques d'un système de soin français arrivé à bout de souffle et au sein duquel, la préoccupation d'une lutte contre la douleur chronique ne s'avère être plus qu'un lointain souvenir. Sans nouveau plan gouvernemental depuis plus d'une décennie, sans recommandations de bonnes pratiques, le tout accompagné d'un parcours de soin relevant davantage d'un parcours du combattant, les soignants se voient de plus en plus démunis face à la PEC d'un patient douloureux chronique.

Après avoir recueilli l'ensemble de ces informations, un questionnaire a été conçu et distribué aux MKs libéraux. Ce dernier a permis de mettre en évidence la présence d'une certaine discrimination, accompagnée d'une stigmatisation nette et considérable envers ce type de patients. Des propos forts ont alors pu faire leur émergence. Un test non-paramétrique de Fischer a cependant permis de confirmer l'absence de toute corrélation entre des propos stigmatisants, le genre et le fait d'avoir reçu son diplôme avant la réforme d'universitarisation des études. Par conséquent, la discrimination et les stigmatisations ne sont guère attribuables à un type de praticien en particulier. Tous sont susceptibles d'adopter ces comportements. Un aspect universel se voit poindre. Enfin, cette étude a permis de mettre en avant un point qui au départ était loin de faire partie de nos hypothèses initiales : la difficulté d'effectuer une différence entre la notion de relation et d'alliance thérapeutique. En effet, l'analyse des verbatims a permis de démontrer que les MKs ne mettaient généralement en place qu'une relation thérapeutique. Une nouvelle étude se révélerait être intéressante afin de comprendre les difficultés amenant les thérapeutes à ne pouvoir réussir l'instauration d'une réelle AT avec les patients. Le nombre de participants, les caractéristiques de l'échantillon ainsi que la mise en place d'une consigne de substitution, ne permettent pas de généraliser les conclusions à

l'ensemble de la population de MKs français. Cependant ceci n'est que le synopsis d'un sujet passionnant et qui pourrait permettre à la profession une amélioration fondamentale dans la PEC de ces patients douloureux chroniques. De nombreuses pistes de réflexion sont à pourvoir....

Table des annexes

Annexe 1- Questionnaire	I
Annexe 2- WAI.....	VII
Annexe 3- Tableaux de contingence et test exact de Fisher en ce qui concerne une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants	X
Annexe 4- Tableaux de contingence et test exact de Fisher en ce qui concerne une recherche de différence significative ou non entre genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants	XIV

Annexe 1- Questionnaire

Actuellement étudiante en 4e année de masso kinésithérapie au CEERRF, mon choix de mémoire s'est tourné vers le thème suivant : l'impact de la douleur chronique sur l'alliance thérapeutique lors d'une prise en charge en masso kinésithérapie libérale.

Le questionnaire est composé de 27 questions et sa durée est estimée à 5 minutes.

Il s'effectue sur la base du volontariat.

Afin de pouvoir traiter l'ensemble des données, il est nécessaire que ce dernier soit entièrement rempli. Cependant, chaque participant est libre de l'arrêter à tout moment et ce, sans justification.

Pour une grande majorité des questions, plusieurs réponses seront possibles. Les réponses seront traitées de manière anonyme, confidentielle et uniquement utilisées à des fins de réalisation de ce mémoire.

Je vous remercie pour le temps que vous pourrez y consacrer.

Mathilde

Partie 1- Profil des participants	
Questions	Objectifs
Q1- Exercez-vous le métier de MK en France ? <ul style="list-style-type: none">▪ Non : arrêt du questionnaire▪ Oui	Assurer une réduction du biais de sélection en évitant que l'échantillon ne soit pas représentatif de la population cible
Q2- Êtes vous <ul style="list-style-type: none">▪ Un homme▪ Une femme▪ Non binaire▪ Ne souhaite pas répondre	Permettre de définir les déterminants sociaux
Q3- Quel est votre âge (en année) ?	
Q4- Quelle est votre année de diplôme ?	
Q5- Exercez-vous ou avez-vous exercé en libéral ? (En totalité ou au moins en partie) <ul style="list-style-type: none">▪ Non : arrêt du questionnaire▪ Oui	
Q6- Depuis combien de temps ?	

<p>Q7- Avez-vous ou exercez-vous dans une structure au sein de laquelle vous avez été sensibilisé à la douleur chronique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui ▪ Non 	
<p>Q8- Prenez-vous en charge des patients douloureux chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non : arrêt du questionnaire ▪ Oui 	<p>Assurer une réduction du biais de sélection</p>
<p><i>Concernant les patients douloureux chroniques</i></p> <p>Q9- Quel(s) est/(sont) le/les champ(s) correspondant à leur prise en charge ? (Plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neurologique ▪ Musculo squelettique ▪ Cardiaque, respiratoire, tégumentaire ou interne 	<p>Permettre de définir les déterminants sociaux</p>
<p>Q10- En moyenne, quelle est la tranche d'âge correspondant à la majorité de vos patients douloureux chroniques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 75 ans et plus (gériatrie selon la sécurité sociale) ▪ 18 ans à 74 ans inclus (adulte) ▪ 0 à 17 ans inclus (pédiatrie) 	
<p>Q11- En moyenne, combien de patients douloureux chroniques prenez-vous en charge lors d'une année ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Moins de 20 ▪ Entre 21 et 40 ▪ Entre 41 et 60 ▪ Entre 61 et 80 ▪ Plus de 80 	
<p>Q12- Avez-vous réalisez des formations complémentaires ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui, lesquelles ▪ Si non : passage partie 2 du questionnaire : Q14 	
<p>Q13- Si oui la(es)quelle(s) ?</p>	

**Partie 2- Évaluation des pratiques concernant la prise en charge des patients
douloureux chroniques**

Consigne : Vous devez répondre aux questions non pas en fonction de ce que vous pensez personnellement mais en fonction de ce que les autres kinésithérapeutes (la population générale des MKs en France) sont amenés à penser et ce même si cela ne correspond pas à votre opinion

Questions	Objectifs
<p>Q14- Selon vous, un masseur kinésithérapeute a-t-il déjà été amené à refuser la prise en charge d'un patient en raison du caractère chronique de sa douleur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : passage à la Q15 ▪ Non : Passage à la partie 3 du questionnaire Q17 	
<p>Q15- Selon vous, sur quel(s) élément(s) se sont alors basés ces MK ? (Plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La longueur du traitement en masso kinésithérapie ▪ Charge administrative supplémentaire (patients en ALD par exemple) ▪ Manque d'outils pour permettre le soulagement de la douleur ▪ Manque de connaissance sur le fonctionnement de la douleur chronique ▪ Comportement du patient ▪ Nombre important de patients en liste d'attente pour des pathologies plus rapides à soigner (aigües) ou urgentes ▪ La notion de non guérison totale du patient ▪ La confrontation du thérapeute face à sa propre mise en échec ▪ Aucune de ces réponses ▪ Autres : 	<p>Analyser la représentation que les MK présentent concernant leurs confrères quant à leur prise en charge des patients douloureux chroniques</p>
<p>Q16- Selon vous, sur quels critères ces MK se sont appuyés afin de mettre en évidence le caractère chronique de la douleur du patient ? (Plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le motif de consultation ▪ La présence d'une ordonnance bizonne ▪ Âge du patient ▪ Nombre d'examens effectués par le patient ▪ Nombre de thérapeutes consultés par le patient ▪ Facteurs humains ▪ Les dires du patient lors du premier entretien ▪ Aucune de ces réponses ▪ Autres : 	

Partie 3- Représentation du caractère chronique d'une pathologie [49]

Consigne : Vous devez répondre aux questions non pas en fonction de ce que vous pensez personnellement mais en fonction de ce que les autres kinésithérapeutes (la population générale des MKs en France) sont amenés à penser et ce même si cela ne correspond pas à votre opinion

Questions	Objectifs
<p>Q17- Concernant la prise en compte de la douleur chronique par les MK : (plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elle est souvent sous-estimée ▪ Sa prise en considération est toujours juste ▪ Elle peut être sur estimée ▪ Des doutes sont souvent émis quant à sa crédibilité ▪ Il est rare que des doutes soient émis quant à sa crédibilité ▪ Sa crédibilité n'est jamais remise en question ▪ Elle est souvent considérée comme d'origine psy, c'est dans la tête du patient ▪ Il est rare que les kinésithérapeutes la considèrent comme d'origine psy ▪ Aucune de ces réponses ▪ Autres : 	<p>Analyser si les MK considèrent que leurs confrères effectuent des stigmatisations envers les patients douloureux chroniques</p>
<p>Q18- Concernant le comportement des MK face à la douleur chronique : (plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ils sont moins enclins à aider le patient ▪ L'investissement est identique peu importe le type de patient ▪ Ils peuvent éprouver moins de sympathie envers le patient ▪ Ils éprouvent tout autant de sympathie pour ce type de patient que pour les autres ▪ Ils peuvent être amenés à prendre le patient moins au sérieux ▪ Ils prennent tout autant au sérieux ce type de patient ▪ Ils n'aiment pas ce type de patient ▪ Aucune de ces réponses ▪ Autres : ... 	
<p>Q19- Concernant la vision des patients douloureux chroniques par les MK : (plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ils sont souvent définis comme lâches ▪ Ils sont souvent définis comme attachants et courageux ▪ Ils cherchent à obtenir l'attention d'autrui 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ils sont attachés à consulter de manière pertinente les professionnels de santé ▪ Ils sont apparentés aux toxicomanes avec une recherche de prescription de narcotiques ▪ Ils sont attentifs à avoir une utilisation économiquement responsable du système de santé ▪ Ils sont enclins à contrôler au mieux leur prise médicamenteuse. ▪ Aucunes de ces réponses ▪ Autres... 	
---	--

Partie 4- Représentation de l'alliance thérapeutique	
Consigne : Dorénavant, les réponses à l'ensemble des questions suivantes vont devoir se faire en fonction de VOUS, de VOS pensées, de VOS opinions	
<i>Alliance thérapeutique : « l'alliance thérapeutique désigne de façon générale la relation privilégiée que les hommes établissent entre eux par contrat dans le champ de l'existence individuelle et collective. L'alliance thérapeutique désigne plus précisément le processus interactionnel qui lie patient et thérapeute autour de la finalité et du déroulement de la thérapie » [69]</i>	
Questions	Objectifs
Q20- Pensez-vous que la caractère chronique peut influencer l'alliance thérapeutique ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, de manière positive ▪ Oui, de manière négative ▪ Oui de manière positive et négative ▪ Non : fin du questionnaire 	Analyser la représentation qu'on les MK quant à l'alliance thérapeutique Analyser l'impact du caractère chronique sur cette dernière
Q21- Citez 3 éléments de l'alliance thérapeutique qui pourraient selon vous être influencés par le caractère chronique de la douleur	
Q22- A quel(s) moment(s) de votre prise en charge estimez-vous que le caractère chronique influence le plus l'alliance thérapeutique instaurée avec le patient douloureux chronique ? (Plusieurs réponses possibles) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lors du premier contact ▪ Lors du bilan ▪ Lors de la première séance de rééducation (post séance bilan) ▪ Tout au long de la prise en charge ▪ Après quelques séances ▪ Vers la fin de la prise en charge ▪ Autres : 	

Partie 5- Évaluation de l'alliance thérapeutique	
<i>Consigne : Comme dans la partie précédente, les réponses à l'ensemble des questions suivantes vont devoir se faire en fonction de VOUS, de VOS pensées, de VOS opinions</i>	
Questions	Objectifs
<p>Q23- A l'heure actuelle, utilisez-vous un outil/ un indicateur afin d'évaluer l'alliance thérapeutique mise en place avec votre patient douloureux chronique : (plusieurs réponses possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, un outil/indicateur objectif ▪ Oui, un outil/indicateur subjectif ▪ Non : passage à la Q25 	<p>Analyser si une évaluation est réalisée par les MK concernant l'alliance thérapeutique</p> <p>Analyser l'apport d'une évaluation ainsi que les éventuelles limites de cette dernière</p>
<p>Q24- Le(s)quel(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponse puis arrêt du questionnaire 	
<p>Q25- A l'heure actuelle, il existe l'outil WAI (Annexe 2) Maintenant que vous connaissez cet outil, à quelle fréquence pensez-vous l'utiliser avec vos patients douloureux chroniques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toujours : passage à la Q26 ▪ Souvent : passage à la Q26 ▪ Rarement : passage à la Q27 ▪ Jamais : passage à la Q27 	
<p>Q26- Selon vous et en quelques mots, quel serait l'(les) apport(s) de cet outil dans votre pratique ?</p>	
<p>Q27- Pourquoi ?</p>	

Figure 28- Questionnaire de l'étude

Conclusion : Si vous le souhaitez, il vous est possible de laisser un commentaire ci-dessous

Au plaisir de pouvoir vous lire et en vous remerciant pour votre participation.

Annexe 2- WAI

WAI-SR – Version Médecin - Traduction française

Consignes : Ci-dessous vous trouverez une liste d'affirmations concernant le vécu que les professionnels peuvent avoir vis-à-vis de leur patient. Certaines propositions font directement référence à votre patient (sous la forme d'un espace souligné _____). En lisant ces propositions, remplacez le nom de votre patient à la place de l'espace souligné _____ dans le texte.

IMPORTANT : Prenez le temps nécessaire pour considérer attentivement chaque question

1. _____ et moi sommes d'accord sur les étapes à suivre pour améliorer sa situation

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

2. Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____

⑤	④	③	②	①
Toujours	Très souvent	Assez souvent	Parfois	Rarement

3. Nous travaillons sur des objectifs convenus ensemble

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

4. _____ et moi sommes tous les deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement au cours de cette prise en charge

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

5. J'estime ___ en tant qu'individu
- | | | | | |
|----------|-----------------|------------------|---------|----------|
| ⑤ | ④ | ③ | ② | ① |
| Toujours | Très
souvent | Assez
souvent | Parfois | Rarement |
6. Nous nous sommes mis d'accord sur le type de changement qui serait bon pour ___
- | | | | | |
|----------|-----------------|------------------|---------|----------|
| ⑤ | ④ | ③ | ② | ① |
| Toujours | Très
souvent | Assez
souvent | Parfois | Rarement |
7. ___ et moi nous respectons l'un l'autre
- | | | | | |
|----------|---------|------------------|-----------------|----------|
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Rarement | Parfois | Assez
souvent | Très
souvent | Toujours |
8. ___ et moi avons une perception commune de ses objectifs
- | | | | | |
|----------|-----------------|------------------|---------|----------|
| ⑤ | ④ | ③ | ② | ① |
| Toujours | Très
souvent | Assez
souvent | Parfois | Rarement |
9. Je respecte ___ même quand il/elle fait des choses que je n'approuve pas
- | | | | | |
|----------|---------|------------------|-----------------|----------|
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Rarement | Parfois | Assez
souvent | Très
souvent | Toujours |
10. Nous sommes d'accord sur ce qui est important pour ___ de travailler
- | | | | | |
|----------|-----------------|------------------|---------|----------|
| ⑤ | ④ | ③ | ② | ① |
| Toujours | Très
souvent | Assez
souvent | Parfois | Rarement |

Figure 29- Le Working Alliance Inventory

Tableau XIV- Grille de cotation du Working Alliance Inventory

Grille de notation pour la version courte de la WAI (HATCHER GILLASPY)			
Version patient et médecin généraliste			
Moyenne de l'échelle patient:		Moyenne de l'échelle Médecin Généraliste:	Pour obtenir une échelle ou une note totale, additionnez simplement et prenez la moyenne des propositions.
O = Objectif =		O = Objectif =	
T = Travail =		T = Travail =	
L = Lien =		L = Lien =	
Note totale =		Note totale =	
Item de la WAI SR	Note de la version patient	Note de la version médecin généraliste	Type d'échelle
1			T
2			T
3			L
4			O
5			L
6			O
7			L
8			O
9			L
10			T
11			O
12			T

Annexe 3- Tableaux de contingence et test exact de Fisher en ce qui concerne une recherche de différence significative ou non entre le fait d’avoir été diplômé avant la réforme d’universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Question 17

Tableau XV- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d’avoir été diplômé avant la réforme d’universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q17)

Diplômé avant la réforme universitaire (< ou égal 2015)	Propos stigmatisants				Totaux
	Oui	Non	Accompagnés de propos d’utilité sociale	Aucune de ces réponses	
Oui	6	1	1	1	8
Non	29	0	2	1	32
Totaux	35	0	3	2	40

Hypothèses :

- H0 : Il n’existe pas de différence statistique significative entre le fait d’avoir été diplômé avant la réforme d’universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants
- H1 : Il existe une différence statistiquement significative entre le fait d’avoir été diplômé avant la réforme d’universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Test exact de Fisher: P value

Tableau XIX- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d’avoir été diplômé avant la réforme d’universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q17)

P-value (bilatéral)	0,127
Alpha	0,05

P-value supérieure au niveau de signification seuil alpha = 0,05. On ne rejette pas H0. Ainsi il n’y a de différence statistiquement significative entre le fait d’avoir été diplômé avant la réforme d’universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Question 18

Tableau XVI- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q18)

Diplômé avant la réforme universitaire (< ou égal 2015)	Propos stigmatisants				Totaux
	Oui	Non.	Accompagnés de propos d'utilité sociale	Aucune de ces réponses	
Oui	5	1	1	1	8
Non	26	4	2	0	32
Totaux	31	5	3	1	40

Hypothèses :

- H0 : Il n'existe pas de différence statistique significative entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants
- H1 : Il existe une différence statistiquement significative entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Test exact de Fisher: P value

Tableau XVIII- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q18)

P-value (bilatéral)	0,236
Alpha	0,05

P-value supérieure au niveau de signification seuil $\alpha = 0,05$. On ne rejette pas H0. Ainsi il n'y a de différence statistiquement significative entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Question 19

Tableau XVIII- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q19)

Diplômé avant la réforme universitaire (< ou égal 2015)	Propos stigmatisants				Totaux
	Oui	Non.	Accompagnés de propos d'utilité sociale	Aucune de ces réponses	
Oui	2	1	2	3	8
Non	13	5	8	6	32
Totaux	31	6	10	9	40

Hypothèses :

- H0 : Il n'existe pas de différence statistique significative entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants
- H1 : Il existe une différence statistiquement significative entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Test exact de Fisher: P value

Tableau XIX- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q19)

P-value (bilatéral)	0,686
Alpha	0,05

P-value supérieure au niveau de signification seuil $\alpha = 0,05$. On ne rejette pas H0. Ainsi il n'y a de différence statistiquement significative entre le fait d'avoir été diplômé avant la réforme d'universitarisation et de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Annexe 4- Tableaux de contingence et test exact de Fisher en ce qui concerne une recherche de différence significative ou non entre genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Question 17

Tableau XXIV- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q17)

Sexe	Propos stigmatisants				Totaux
	Oui	Non.	Accompagnés de propos d'utilité sociale	Aucune de ces réponses	
Féminin	20	0	1	1	22
Masculin	15	0	2	1	18
Totaux	35	0	3	2	40

Hypothèses :

- H0 : Il n'existe pas de différence statistique significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants
- H1 : Il existe une différence statistiquement significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Test exact de Fisher: P value

Tableau XX- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q17)

P-value (bilatéral)	0,785
Alpha	0,05

P-value supérieure au niveau de signification seuil alpha = 0,05. On ne rejette pas H0. Ainsi il n'y a de différence statistiquement significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants.

Question 18

Tableau XXII- Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q18)

Sexe	Propos stigmatisants				Totaux
	Oui	Non.	Accompagnés de propos d'utilité sociale	Aucune de ces réponses	
Féminin	16	5	1	0	22
Masculin	15	0	2	1	18
Totaux	31	5	3	1	40

Hypothèses :

- H0 : Il n'existe pas de différence statistique significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants
- H1 : Il existe une différence statistiquement significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Test exact de Fisher: P value

Tableau XXII- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q18)

P-value (bilatéral)	0,066
Alpha	0,05

P-value supérieure au niveau de signification seuil $\alpha = 0,05$. On ne rejette pas H0. Ainsi il n'y a de différence statistiquement significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants.

Question 19

Tableau XXIII-Tableau de contingence concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q19)

Sexe	Propos stigmatisants				Totaux
	Oui	Non.	Accompagnés de propos d'utilité sociale	Aucune de ces réponses	
Féminin	6	2	9	5	22
Masculin	9	3	2	4	18
Totaux	15	5	11	9	40

Hypothèses :

- H0 : Il n'existe pas de différence statistique significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants
- H1 : Il existe une différence statistiquement significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants

Test exact de Fisher: P value

Tableau XXIVX- Test de Fisher concernant une recherche de différence significative ou non entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants (Q19)

P-value (bilatéral)	0,168
Alpha	0,05

P-value supérieure au niveau de signification seuil $\alpha = 0,05$. On ne rejette pas H0. Ainsi il n'y a de différence statistiquement significative entre le genre et le fait de penser que les MKs peuvent tenir des propos stigmatisants.

Bibliographie

- [1] PRAYEZ, Pascal. *Distance professionnelle et qualité du soin*. 2^e édition. Paris : Lamarre, 2009. 287 p.
- [2] WINCKLER, Martin. *Les brutes en blanc*. 1^{ere} édition. Paris : Flammarion, 2016. 368 p.
- [3] CUNHA DA SILVA, Angela. *La distance professionnelle dans la prise en charge d'un patient en fin de vie*. Mémoire professionnel. Institut de formation en soins infirmiers. Quimper. 2015. [Consulté le 12/08/2022]. 36 p. Disponible à l'adresse : <https://docplayer.fr/69645514-La-distance-professionnelle-dans-la-prise-en-charge-d-un-patient-en-fin-de-vie.html>
- [4] INSERM. *Douleur. Un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité* [En ligne]. (Modifié le 28/06/2021). [Consulté le 11/11/2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>
- [5] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. *La douleur* [En ligne]. (Mise à jour le 10.03.23). [Consulté le 14/11/2022]. Disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur#:~:text=La%20loi%20relative%20aux%20droits,de%20santé%20publique%20de%202004>
- [6] CALTERO, Christophe. *Le parcours de soins du patient douloureux chronique : Étude qualitative concernant la perception et les attentes des médecins généralistes des départements de Seine Maritime et de l'Eure à l'égard des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique*. Mémoire professionnel. Thèse pour le doctorat en médecine. Rouen. 2019. [Consulté le 22/10/2022]. 154 p. Disponible à l'adresse : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02049805/document>
- [7] SOCIETE FRANCAISE D'ETUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (SFETD). Livre blanc de la douleur. État des lieux et proposition pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [En ligne]. Med-Line. 2017. [Consulté le 11/11/2022]. Disponible : https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf
- [8] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Parcours de soin d'un patient douloureux chronique [En ligne]. Novembre 2019. [Consulté le 11/11/2022]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2874863/fr/portail-has-professionnels?redirect=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2F2020-11%2Fapp_253_cadrage_douleur_post_coi_2019_11_13_v0.pdf&jsp=front%2Flogin.jsp

- [9] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Évaluation et prise en charge de la douleur » en MCO. [En ligne]. Mars 2022. [Consulté le 11/11/2022]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/fiche_descriptive_pcd_mco_2022.pdf
- [10] DOCQUIR, Camille. Les symptômes médicalement inexpliqués : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes. *Bulletin de psychologie*. [En ligne]. 13 mars 2013. [Consulté le 22/10/2022]. N°523, p 61-75. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2013-1-page-61.htm#pa2>
- [11] JAUNAIT, Alexandre. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*. [En ligne]. 2003. [Consulté le 14/11/2022]. N°11, p 59-79. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-3-page-59.htm>
- [12] LEVESQUE-LACASSE, Alexandra et CORMIER Stéphanie. La stigmatisation de la douleur chronique : un survol théorique et empirique. *Douleurs : Évaluation- Diagnostic- Traitements*. [En ligne]. Juin 2020. [Consulté le 26/01/2023]. Vol 21, Issue 3, p 109-116. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624568720300470>
- [13] SANTE PUBLIQUE FRANCE. Stigmatisation : quel impact sur la santé ? *La santé de l'homme*. [En ligne]. Publié le 01 Mai 2012, mis à jour le 23 Août 2021. [Consulté le 14/11/2022]. N°419, p07-42. Disponible à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-de-l-homme-mai-juin-2012-n-419stigmatisation-quel-impact-sur-la-sante>
- [14] PSYCOM. La stigmatisation et les discriminations. *Psycom santé mentale info*. [En ligne]. 20 Mars 2023. [Consulté le 14/11/2022]. Disponible : <https://www.psycom.org/comprendre/la-stigmatisation-et-les-discriminations/>
- [15] SARRADON-ECK Aline, DIAS Maïté et POUCHAIN Renaud. Ces patients « particuliers ». Comment les jeunes médecins (dé)médicalisent les symptômes médicalement inexpliqués. *Sciences sociales et santé*. [En ligne]. Mis en ligne le 06/04/2020. [Consulté le 14/11/2022]. Vol 38, n°1, p 5-30. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2020-1-page-5.htm>
- [16] UPSHUR Carole.C, BACIGALUPE Gonzalo et LUCKMANN Roger. « They don't what anything to Do with you” : patient views of primary care management of chronic pain. *Pain Medicine*. [En ligne]. Publié le 06/12/2010. [Consulté le 14/11/2022]. Vol 11, Issue 12, p 1791-

1798. Disponible à l'adresse : <https://academic.oup.com/painmedicine/article/11/12/1791/1943242?login=false>
- [17] *Non-discrimination- R.4321-58*. [Consulté le 14/11/2022]. Disponible à l'adresse : <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-generaux-des-masseurs-kinesitherapeutes/r-4321-58-non-discrimination/>
- [18] DESHAYS, Catherine. Distance, posture et éthique relationnel. *Les Cahiers de l'Actif*. [En ligne]. [Consulté le 06/08/2022]. N°460/461, p 133-147. Disponible à l'adresse : https://www.academia.edu/11959515/Distance_professionnelle_et_implication_dans_la_relati_on_daccompagnement
- [19] VANNOTTI, Marco. L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. [En ligne]. Publié le 01/10/2002. [Consulté le 04/09/2022]. Vol 29, n°2, p.213-237. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm?ref=doi>
- [20] LUSSIER Marie-Thérèse et RICHARD Claude. Feeling understood. *Canadian Family Physician*. [En ligne]. Publié le 04/2007. [Consulté le 05/09/2022]. Vol 53, n°4, p.640-641. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1952591/>
- [21] MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION. *La réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine*. [En ligne]. (Mise à jour le 02/03/2022). [Consulté le 14/11/2022]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
- [22] ASSOCIATION FRANCOPHONE POUR VAINCRE LES DOULEURS, FIBROMYALGIE FRANCE. *La prise en charge de la douleur en France. Une priorité de santé publique*. [En ligne]. 21p. [Consulté le 14/11/2022]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_Blanc_Douleur_Chronique_AFVD_FIBROMYALGIE_FRANCE_env_270415.pdf
- [23] FNEK. Annexe II, Diplôme d'État de Masseur kinésithérapeute. Référentiel de compétences. [En ligne]. 15/09/2015. [Consulté le 14/11/2022]. Disponible : <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/Référentiel-compétences.pdf>
- [24] LAROUSSE. Relation. Dans *dictionnaire en ligne*. [Consulté le 01/09/2022] sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845#:~:text=1.,elles%20%3A%20R elations%20de%20bon%20voisinage>.
- [25] COMBIS, Hélène. Dans l'œil de Jean-Martin Charcot. *Radiofrance*. [En ligne]. 24/06/2014. [Consulté le 02/09/2022]. Disponible à l'adresse : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/dans-l-oeil-de-jean-martin-charcot-4608699>

- [26] BIOY Antoine, BENONY Hervé, CHAHRAOUI Khadija et BACHELART Maximilien. Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Rénik. *L'évolution psychiatrique*. [En ligne]. 07/2012. [Consulté le 30/07/2022]. Vol 77, n°3, p.342-351. Disponible à l'adresse : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014385512000333>
- [27] ROGERS, Carl. *L'approche centrée sur la personne*. Ambre Eds, 2013. 544 p. (Développement personnel).
- [28] BIOY Antoine et BACHELART Maximilien. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psychiatriques*. [En ligne]. 15/10/2010. [Consulté le 28/07/2022]. Vol 49, n°4, p.317-326. Disponible à l'adresse : https://www.perspectives-psy.org/articles/ppsy/abs/2010/04/PPSY_494_0317/PPSY_494_0317.html
- [29] KINNEY Meredith, SEIDER Jasmine, FLOYD BEATY Amanda, COUGHLIN Kaitlin, DYAL Maximilian, CLEWLEY Derek. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*. [En ligne]. 28/09/2018. [Consulté le 04/08/2022]. Vol 36, n°8, p.886-898. Disponible à l'adresse : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09593985.2018.1516015>
- [30] NASIELSKI Salomon. Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*. [En ligne]. 04/2012. [Consulté le 06/08/2022]. Vol 144, n°4, p.12-40. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2012-4-page-12.htm>
- [31] MICIAK Maxi, MAYAN Maria, BROWN Cary, S. JOYCE Anthony et P. GROSS Douglas. The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretative description study. *Archives of Physiotherapy*. [En ligne]. 2018. [Consulté le 31/07/2022]. Vol 8, p.3. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29468089/>
- [32] DE ROTEN Yves. L'alliance thérapeutique : un processus de co-construction. *L'entretien clinique en pratiques*. [En ligne]. 01/01/2006. [Consulté le 02/09/2022]. P.111-128. Disponible à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/288956633_L%27alliance_therapeutique_un_procesus_de_co-construction
- [33] BRIGHT Felicity, M. KAYES Nicola, WORRALL Linda et M. MCPHERSON Kathryn. A conceptual review of engagement in healthcare and rehabilitation. *Disability and*

- Rehabilitation*. [En ligne]. 27/06/2014. [Consulté le 07/08/2022]. Vol 37, Issue 8, p.643-654. Disponible à l'adresse : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2014.933899>
- [34] MICHON Florence. Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Soins*. [En ligne]. 13/03/13. [Consulté le 02/09/2022]. Vol 58, n°773, p.32-34. Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/article/793472/les-relations-interpersonnelles-avec-la-personne-s>
- [35] FUSTIER Paul. *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*. Dunod, avril 2015. 256 p. (Santé social)
- [36] HERRY Sébastien. Catégorisation sociale des bénéficiaires de la CMU par les masseurs-kinésithérapeutes. Analyse d'un stéréotype attribué aux patients. *Kinésithérapie, la revue*. [En ligne]. 03/2020. [Consulté le 25/02/2023]. Vol 20, n°219, p. 3-9. Disponible à l'adresse : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012320300012>
- [37] CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. Compassion. Dans *dictionnaire en ligne*. [Consulté le 29/09/2022] sur <https://www.cnrtl.fr/definition/compassion#:~:text=fém.-COMPASSION%2C%20subst.,et%20les%20souffrances%20d%27autrui>.
- [38] SIMON Edith. Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*. [En ligne]. 2009. [Consulté le 04/09/2022]. Vol 98, n°3, p.28-31. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm>
- [39] LUSSIER Marie-Thérèse et RICHARD Claude. Le médecin de famille doit-il être empathique ? *Canadian Family Physician*. [En ligne]. 08/2010. [Consulté le 05/09/2022]. Vol 56, n°8, p.744-746. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920769/>
- [40] HOJAT Mohammadreza, S GONNELLA Joseph, J NASCA Thomas, MANGIONE Salvatore, VERGARE Michael et MAGEE Michael. Physician empathy: definition, components, measurement and relationship to gender and specialty. *The American Journal of Psychiatry*. [En ligne]. 01/09/2002. [Consulté le 05/09/2022]. Vol 159, Issue 9, p.1563-1569. Disponible à l'adresse : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12202278/>
- [41] UNIVERSITE DE LORRAINE. Concept et savoirs de base en santé publique-disciplines concourantes. *Partage social des émotions*. [En ligne]. [Consulté le 14/11/2022]. Disponible : https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23857/mod_resource/content/1/co/Partage_Social_Emotions.html
- [42] RIME Bernard et PAEZ Dario. Chapitre 4 : L'empathie dans le partage social des émotions. In : *Les paradoxes de l'empathie, Philosophie, psychanalyse, sciences sociales*. [En

ligne]. Paris : CNRS Éditions, 2011. P 281-295. [Consulté le 16/10/2022]. Disponible à l'adresse : <http://books.openedition.org/editions-cnrs/17292>

[43] GUEDENEY. Apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la relation aidant/aidé chez la personne très âgée. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. [En ligne]. 02/2019. [Consulté le 14/09/2022]. Vol 19, Issue 109, p.3-10. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483018301569>

[44] MISTYCKI et GUEDENEY. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*. [En ligne]. 02/2007. [Consulté le 08/09/2022]. Vol 89, n°2, p. 43-51. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-43.htm>

[45] GUILLEMENEY Josselin, CLARY Bernard, LABADIE-FOBIS Annie, OUDE ENGBERINK Agnès et PAVAGEAU Sylvain. La théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient : méta synthèse qualitative. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*. [En ligne]. 01/04/2019. [Consulté le 08/09/2022]. Vol 177, n°4, p.335-341. Disponible à l'adresse sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718302221>

[46] BONNETTI Sébastien. *Le contre transfert en kinésithérapie : « de la nécessité de reconnaître et de gérer ses émotions à la recherche de la juste distance dans la relation soignant-soigné »*. [En ligne]. Mémoire professionnel. Travail écrit en vue de l'obtention du diplôme d'État de Masseur kinésithérapeute. France : Institut régional de formation sanitaire et sociale du Limousin, Juin 2012. [Consulté le 29/09/2022]. 52 p. Disponible à l'adresse : <http://www.ifres.fr/medias/files/limoges-2012-bonetti-reeducation-1-.pdf>

[47] CHARMILLOT Maryvonne. Définir une posture de recherche, entre constructivisme et positivisme. *Éditions science et bien commun*. [En ligne]. [Consulté le 30/01/2023]. Disponible à l'adresse : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/les-grands-debats-epistemologiques-occidentaux-attribue/>

[48] REPUBLIQUE FRANCAISE. *Décret n°2017-884 du 09 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine*. 2017.

[49] OBSERVATOIRE DE LA DEMOGRAPHIE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES. *Démographie des kinésithérapeutes*. [En ligne]. 2020. [Consulté le 15/04/2023]. Disponible : <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf>

[50] MACSF. *Kinés : les chiffres clés 2022*. [En ligne]. 02/02/23. [Consulté le 04/04/2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.macsf.fr/actualites/chiffres-cles-kinesitherapeutes>

- [51] PEREZ-ROUX Thérèse et AVENEL Céline. Représentations et formes d'appropriation de la réforme des études en masso-kinésithérapie par les formateurs : regards croisés entre échelles nationale et locale. *Les sciences de l'éducation- Pour l'ère nouvelle*. [En ligne]. 01/2020. [Consulté le 15/04/2023]. Vol 53, n°1, p.31-56. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2020-1-page-31.htm>
- [52] Code de déontologie- *Article R.4321-51 à R.4321-145*.
- [53] AGENCE NATIONALE DU DPC. *Chiffres clés de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (DPC)*. [En ligne]. [Consulté le 04/04/2023]. Disponible à l'adresse : https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/images/chiffres_cles_septembre_2022_vf.pdf
- [54] OSINSKI Thomas et BARDE-CABUSSON Yannick. Enseignement de la douleur en formation initiale de masso-kinésithérapie en France : enquête auprès des IFMK. *Kinésithérapie, la revue* [En ligne]. 14/06/2018. [Consulté le 06/04/2023]. Vol 18, n°198, p.3-7. Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/article/1221373/enseignement-de-la-douleur-en-formation-initiale-d>
- [55] WURTZ Alexis. *Neurophysiologie de la douleur : État des lieux des connaissances et évolution de celles-ci à un an. Enquête auprès des masseurs-kinésithérapeutes francophones*. [En ligne]. Mémoire professionnel. Travail écrit en vue de l'obtention du diplôme d'État de Masseur kinésithérapeute. France : institut de formation en masso-kinésithérapie d'Alsace, 2019. [Consulté le 06/04/2023]. 56 p. Disponible à l'adresse : https://www.urpsmk.fr/data/doc-413/20191009/18363_1.pdf
- [56] L'ASSURANCE MALADIE. *Masseurs-kinésithérapeutes libéraux*. [En ligne]. Mise à jour le 21/02/2022. 3 p. [Consulté le 15/04/2023]. Disponible à l'adresse : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_masseurs-kinesitherapeutes-liberaux_2.pdf
- [57] DRESS. L'état de santé de la population en France. [En ligne]. Septembre 2022. 70 p. [Consulté le 15/04/2023]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>
- [58] QUENEAU Patrice, SERRIE Alain, TREVES Richard, BONTOUX Daniel. Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie Nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*. [En ligne]. 2018. [Consulté le 15/04/2023]. N°7, p.1355-1370. Disponible à l'adresse : <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/10/P.1355-1370.pdf>

- [59] DELIEUTRAZ Séverine. Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan trouvé. *Cliniques*. [En ligne]. 02/2012. [Consulté le 15/04/2023]. Vol 4, n°2, p.146-162. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2012-2-page-146.htm>
- [60] ASSURANCE MALADIE, MSA, ALIZE, FFMKR et SNMKR. *Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie*. [En ligne]. 20/04/2022. 28 p. [Consulté le 15/04/2023]. Disponible à l'adresse : https://www.ameli.fr/sites/default/files/GUIDE%20PRATIQUE%20DE%20LA%20NGAP%20EN%20MASSO-KINESITHERAPIE_AssuranceMaladieAURA-a..._1.pdf
- [61] Obligation d'affichages- *Article R.4321-98, Article L.1111-3 et Article R.1111-21*.
- [62] PLANTADE-GIPCH Anne. *Une supervision centrée sur l'alliance : effets sur la réflexivité des psychothérapeutes et sur les représentations des patients de l'alliance*. [En ligne]. Thèse en vue de l'obtention du Doctorat de psychologie Clinique. 08/11/2019. [Consulté le 17/04/2023]. 251 p.
- [63] GUEX-JORIS Sylvie. *Alliance thérapeutique et prise en soins de personnes souffrant de douleur chronique*. [En ligne]. Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers. France : Sion, 06/07/2009. [Consulté le 17/04/2023]. 121 p. Disponible à l'adresse : https://doc.rero.ch/record/16812/files/Sylvie_Guex-joris_Travail_de_bachelor.pdf
- [64] MONNET Virginie. « *Alliance thérapeutique en milieu contraint* ». *Regards croisés sur les enjeux, les difficultés et les stratégies pour entrer en relation*. [En ligne]. Travail de bachelor pour l'obtention du diplôme de Bachelor of Science HES-SO en travail social. [Consulté le 17/04/2023]. 65 p. Disponible à l'adresse : <https://core.ac.uk/download/pdf/79426083.pdf>
- [65] VALOT Laurent, LALAU Jean-Daniel. L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*. [En ligne]. 12/2020. [Consulté le 17/04/2023]. Vol 14, Issue 8, p.761-767. Disponible à l'adresse : [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1957255720300080?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=7baef7111a3cd383%20\(accessed%20April%202020,%202023\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1957255720300080?fr=RR-2&ref=pdf_download&rr=7baef7111a3cd383%20(accessed%20April%202020,%202023)).
- [66] KHAMMAR EP HADJADJ. Cours 3 : relation soignant/soigné. [En ligne]. Cours de 1ere année de Médecine. 2018/2019. [Consulté le 17/04/2023]. Disponible à l'adresse : https://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf
- [67] BASTIAN Joëlle, VALDEYRON Jean Luc et VAQUIER Véronique. « De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique ». Étude conceptuelle et son application dans les soins

infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*. [En ligne]. 09/2001. [Consulté le 20/04/2023]. N°66, p.93-99. Disponible à l'adresse : <https://docplayer.fr/2393456-De-la-relation-de-confiance-a-l-alliance-therapeutique.html>

[68] TESTUD Sylvie. (Réalisateur). (2023). *Maman ne me laisse pas m'endormir*. [Film].

[69] LALAU Jean-Daniel, LACROIX Anne, DECCACHE Alain et WAWRZYNIAK Michel. *Créer une alliance thérapeutique ; on n'éduque pas un adulte souffrant*. [En ligne]. Chronique sociale, 02/11/2012. P.85. [Consulté le 20/04/2023]. (Comprendre les personnes). Disponible à l'adresse : <https://halldulivre.com/livre/9782850089435-creer-une-alliance-therapeutique-on-n-eduque-pas-un-adulte-souffrant-jean-daniel-lalau-anne-lacroix-alain-deccache-michel-wawrzyniak/>