

A S S O C I A T I O N
I F P E K



INSTITUT DE FORMATION
PÉDICURIE-PODOLOGIE
E R G O T H É R A P I E
MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

IFPEK Rennes

Institut de Formation en Pédicurie-podologie, Ergothérapie, Masso-
kinésithérapie

12 rue Jean-Louis Bertrand, 35 000 Rennes

Douleurs chroniques et Représentations sociales en Masso-kinésithérapie

Quelle influence dans la rééducation ?

Mémoire d'initiation à la Recherche

Mehdi Bourasset

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Masso-Kinésithérapie

Formation en Masso-Kinésithérapie

Sous la direction de :

Julien Patoux

Promotion 2018-2022

Session juin 2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

ATTESTATION SUR L'HONNEUR, FRAUDES ET PLAGIAT, CODE DE LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

**Diplôme d'Etat de Masso-Kinésithérapie
Travail de fin d'études :**

Douleurs chroniques et Représentations sociales en Masso-kinésithérapie : Quelle influence dans la rééducation ?

Page à insérer par l'étudiant après la 1^{ère} page de couverture de son travail de fin d'études

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de masso-kinésithérapeute est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 15/02/2022

Signature de l'étudiant :

Mehdi Bourasset

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1er : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.



Je soussigné, Mehdi Bourasset, étudiant(e) IFPEK en :

- Pédicurie-Podologie Ergothérapie Masso-kinésithérapie

- Reconnaît avoir pris connaissance de la procédure IFPEK « Procédure Interne Ethique Recherche Etudiante »
- Accepte les conditions de réalisation des projets au sein de l'IFPEK
- M'engage à respecter toutes les étapes définies dans la procédure, durant toute la durée de mes études au sein de l'IFPEK, et notamment :
 - o Le recueil des consentements auprès des personnes interrogées dans le cadre de mes projets,
 - o L'anonymisation des personnes interrogées et des données collectées,
 - o La non diffusion de ces données en dehors du cadre pédagogique,
 - o La destruction des données brutes recueillies.

En cas de manquement à ces différentes règles, l'IFPEK sera susceptible d'appliquer des sanctions notamment si des plaintes ou réclamations sont déposées par des personnes interrogées (avertissement, conseil de discipline, ...).

Fait en deux exemplaires à Rennes, le 31/01/2022

L'étudiant IFPEK
(lu et approuvé)

Lu et approuvé

Glossaire des abréviations

BM : BioMédical

BPS : Bio-Psycho-Social

CEN : Collège des Enseignants de Neurologie

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

ECPA : Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Éducation Thérapeutique

EVA : Échelle Visuelle Analogique

EVS : Échelle Visuelle Simple

FPS-R : Face Pain Scale – Revised

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP: International Association for Study of Pain

IDN : Indice De Neutralité

IDP : Indice De Polarité

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

IME : Institut Médico-Educatif

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médical

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État

RS : Représentations Sociales

PEC : Prise En Charge

SDRC : Syndrome Dououreux Régional Complexe

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UE : Unité d'Enseignement

Abstract

NOM : Bourasset
PRÉNOM : Mehdi

TITRE : Douleurs chroniques et Représentations sociales en Masso-kinésithérapie : Quelle influence dans la rééducation ?

ABSTRACT:

Background: The “No pain, no gain” philosophy seems always present in sports but also in rehabilitation. This is a social representation of pain. These social representations are present in both patients and physiotherapists. Psychosocial factors such as beliefs, culture, attitudes, emotions, or social representations will favour pain chronicisation. This study aims to understand physiotherapists social representations on chronic pain and how these may have an impact in rehabilitation? **Methods:** A questionnaire was made for physiotherapists and sent out, during 3 weeks, through social networks and sent directly using our physiotherapists network. The first part was based on a ranked evocation, “chronic pain” were the keywords follow by a ranking of these words according to their importance. Then, questions were asked regarding their vision of chronic pain and rehabilitation. The data was analysed with Excel and Jamovi softwares. 64 people responded to this questionnaire. **Results:** Our results show that social representations of physiotherapists about chronic pain have negative connotation (IDP = -0,257). Kinesiophobia, fatigue, disability, depression and education are the words most associated with chronic pain. 56,3% of physiotherapists think patient’s profile, especially his investment, his dynamism, an established therapeutic alliance and emotional stability could allow an optimal rehabilitation. The psychosocial context and the patient’s environment are also elements which can have a positive or negative influence. Finally, patient and physiotherapist attitudes as well as the therapeutic relationship are mentioned when discussing the impact of certain factors on treatment. **Conclusion:** Negative connotations of these social representations may cause a difficulty in rehabilitation as much as social representations differences with patient can also prevent a therapeutic relationship. Positive elements known by physios like patient education, motivational interviewing, communication, listening, and empathy enable to optimize treatment. Formal and continuing education as well as questioning of the practitioner may be also solutions to modify these social representations.

Introduction : La philosophie « No pain, no gain » semble toujours être présente dans le monde du sport mais aussi en rééducation. C’est ce que l’on peut appeler une RS de la douleur. Ces RS sont présentes autant chez les patients que chez les MK. Les facteurs psychosociaux tels que les croyances, la culture, les attitudes, les émotions ou encore les RS vont favoriser la chronicisation. Notre étude a pour but de comprendre comment les RS des MK sur les douleurs chroniques de leurs patients peuvent-elles impacter la rééducation ? **Méthode :** Un questionnaire a été réalisé à destination des kinésithérapeutes et diffusés pendant 3 semaines par mails et sur les réseaux sociaux. Une première partie était basée sur une évocation hiérarchisée, avec « douleur chronique » comme mots inducteurs suivi d’un classement de ces mots par ordre d’importance. Ensuite, des questions concernant leur vision de la douleur chronique ainsi que sa prise en charge ont été posées. L’analyse des données a été réalisée via les logiciels Excel et Jamovi. 64 personnes ont répondu à ce questionnaire. **Résultats :** Nos résultats montrent que les RS des MK sur la douleur chronique ont globalement une connotation négative (IDP moyen = -0,257). La kinésiophobie, la fatigue, le handicap, la dépression et l’éducation sont les mots les plus associés à la douleur chronique. 56,3% des MK pensent que le profil du patient, notamment son investissement, son dynamisme, et une stabilité émotionnelle pourrait permettre une rééducation plus optimale. Le contexte psychosocial et l’environnement du patient peuvent avoir une influence positive ou négative. Enfin, les attitudes du patient et du MK ainsi que la relation thérapeutique sont abordées lorsque l’on évoque l’impact de certains facteurs sur la PEC. **Conclusion :** La connotation négative de ces RS peut être un obstacle à la rééducation tout comme les différences de RS avec les patients pouvant entraver la relation thérapeutique. Des éléments positifs connus des MK tels que l’éducation thérapeutique, l’entretien motivationnel, la communication, l’écoute, l’empathie permettent d’optimiser la PEC. La formation initiale, la formation continue ainsi que la remise en question du praticien peuvent également être des solutions pour modifier ces RS.

KEYWORDS : Chronic pain, Physiotherapy, Rehabilitation, Social representation, Ranked evocation

MOTS-CLÉS : Douleur chronique, Masso-kinésithérapie, rééducation, représentations sociales, évocation hiérarchisée

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE : 12 rue Jean-Louis Bertrand 35000
Rennes

MÉMOIRE D’INITIATION À LA RECHERCHE EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE – 2018-2022

Remerciements

Avant toute chose, je tenais à remercier les nombreuses personnes qui m'ont accompagné tout au long de ces 2 années dans la réalisation de ce travail mais également lors de ces 5 ans d'études.

En premier lieu, Julien Patoux, mon directeur de mémoire pour ses nombreux conseils, son suivi très régulier, la supervision de mon travail et sa disponibilité pour répondre à mes nombreuses interrogations.

Merci aux 3 étudiants du groupe mémoire pour leurs conseils et leurs aides précieuses.

Merci à mes amis, « La Team » qui ont su me redonner le sourire quand il le fallait et me motiver lors des moments importants.

Merci à l'équipe de recherche de l'IFPEK qui a su nous guider dans la réalisation de ce travail et qui ont été présents pour nous accompagner au mieux.

Merci également aux 6 masseurs-kinésithérapeutes qui ont bien voulu m'accorder de leurs temps pour réaliser mes entretiens exploratoires.

Merci à tous les masseurs-kinésithérapeutes qui ont donné de leurs temps pour répondre à mon questionnaire mais aussi à ceux qui l'ont diffusé autour d'eux, sur leurs réseaux.

Merci à mes parents et à ma sœur qui m'ont soutenu et supporté lors des moments plus difficiles.

Merci aux membres de ma famille, à mes amis et mes tuteurs de stages qui ont participé à la relecture de ce travail.

Et enfin, merci à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Glossaire des abréviations	
Sommaire	
Table des Illustrations	
Table des Tableaux.....	
Introduction.....	1
1. Les concepts clés.....	2
1.1. La Douleur.....	2
1.1.1. Définition :.....	2
1.1.2. Physiologie et voies de la douleur :.....	4
1.1.3. Douleur aiguë et douleur chronique	6
1.1.4. Les types de douleurs	8
1.1.5. Les échelles de la douleur.....	9
1.1.6. Le contrôle de la douleur.....	9
1.1.7. Les facteurs de risques psychosociaux	10
1.2. Les Représentations sociales	12
1.2.1. Définition.....	12
1.2.2. Représentations individuelles et collectives	14
1.2.3. Les croyances	15
1.2.4. Les préjugés et les stéréotypes.....	15
1.2.5. Construction et élaboration d'une représentation sociale	16
1.2.6. La théorie du noyau central.....	19
1.2.7. Fonctions des Représentations sociales.....	20
1.2.8. Les Représentations sociales de la douleur	21
1.2.9. Les pensées et croyances dans la douleur	23
1.3. La Masso-kinésithérapie	24
1.3.1. Le métier de Masseur-Kinésithérapeute	24
1.3.2. La douleur chronique : les compétences du MK.....	25
1.3.3. Formation initiale et Douleur	26
1.3.4. Bilan de la douleur en kinésithérapie	28
1.4. Entretiens exploratoires.....	29
2. Problématisation.....	31
3. Méthodologie de recherche.....	33
3.1. Population étudiée.....	33
3.2. Approche et outil	33
3.2.1. Le questionnaire.....	33
3.3. L'évocation hiérarchisée.....	36
3.1. Diffusion du questionnaire.....	37

3.2.	Méthode d'analyse du questionnaire	37
3.3.	Considérations éthiques	38
4.	Résultats.....	40
4.1.	Analyse descriptive de la population.....	40
4.2.	Evocation hiérarchisée	42
4.3.	Douleur chronique et rééducation	44
4.4.	Analyse comparative	51
4.4.1.	Distribution de la population.....	51
4.4.2.	Croisement entre IDP individuel et sexe, statut, catégorie d'âge et date de diplôme.....	52
4.4.3.	Croisement entre formation complémentaire et IDP individuel.....	53
5.	Discussion	54
5.1.	Analyse des principaux résultats.....	54
5.1.1.	Des Représentations sociales obstacles à la rééducation.....	55
5.1.2.	Comparaison des RS des MK et des patients	55
5.1.3.	Pathologies et facteurs associés à la douleur chronique.....	57
5.1.4.	Profil d'un patient douloureux chronique	58
5.2.	Cohérence externe.....	58
5.3.	Validité interne.....	59
5.3.1.	Forces et avantages.....	59
5.3.2.	Limites	60
5.4.	Perspectives de recherches.....	62
5.5.	Implications cliniques	64
6.	Conclusion.....	69
7.	Bibliographie.....	70
8.	Table des Annexes.....	I

Table des Illustrations

Figure 1 : Modèle de l'oeuf de Loeser (FABRE, 2016)	3
Figure 2 : Modèle de Turk (FABRE, 2016).....	3
Figure 3 : Les voies de la douleur (CALVINO, 2019).....	6
Figure 4 : théorie du Portillon (FABRE, 2016)	10
Figure 5 : Schématisation de l'articulation entre Représentations mentales, Représentations sociales et croyances (MANNONI, 2016, p.35).	14
Figure 6 : Répartition de l'effectif Homme/Femme selon leur classe d'âge.....	40
Figure 7 : « Pouvez-vous me citer au moins une pathologie à laquelle vous associez les douleurs chroniques ? (3 réponses maximum) » (Question 10)	44
Figure 8 : « Quelle image vous faites-vous d'un patient présentant une douleur chronique ? » (Question 11).....	46
Figure 9 : « Estimez-vous que la prise en charge des douleurs chroniques soit plus optimale chez certains profils de patient ? ».....	47
Figure 10 : « Selon vous, qu'est ce qui peut impacter la douleur chronique dans la prise en charge du patient ? » (Question 15).....	50
Figure 11 : IDP moyen en fonction des formations complémentaires réalisées.....	53
Figure 12 : Analyse des évocations hiérarchisées sur l'objet « douleur » chez des patients (PÉOC'H, 2012, p.216)	57

Table des Tableaux

Tableau 1 : Tableau typique d'une analyse prototypique à propos de la constitution d'une représentation sociale (ABRIC, 2005, p.64).....	36
Tableau 2 : Les différentes formations réalisées par les répondants	41
Tableau 3 : Analyse prototypique des réponses lorsque les mots « douleur chronique » sont utilisés comme mots inducteurs	42
Tableau 4 : Caractéristiques du profil d'un patient où la rééducation serait la plus optimale possible (Question 13)	47
Tableau 5 : Caractéristiques du profil d'un patient où la rééducation risque de durer (Question 14)	49
Tableau 6 : Tableau récapitulatif des tests statistiques réalisés.....	52

Introduction

La douleur est un élément central de la prise en soin en kinésithérapie. C'est ce que j'ai pu constater lors de différents stages. Elle est un repère servant de limite dans la rééducation. Elle permet de déterminer par exemple s'il est possible de continuer un soin, une mobilisation ou bien l'arrêter car le Masseur-Kinésithérapeute (MK) et/ou le patient juge la douleur comme trop ou pas assez importante. L'arrêt de la technique se produit car le MK considère le bénéfice possible inférieur au risque potentiel. La douleur est donc présente au sein d'une séance mais aussi lors des séances suivantes, afin de suivre l'évolution, le patient a-t-il eu des douleurs depuis la dernière séance ? Cette dernière est un indicateur indispensable nous permettant de placer un curseur dans la rééducation mais également pour évaluer sa progression et son efficacité. Ces observations se sont basées sur de nombreux exercices et thérapies : le massage transversal profond, le renforcement musculaire, les ondes de choc, le massage décontracturant, les triggers points... Cependant, les patients évaluent aussi l'efficacité de nos séances par cette douleur. Lors de mes stages, certains patients m'ont dit que si, lors de la première séance, ils n'avaient pas eu mal, ils avaient l'impression que nous n'avions rien fait pour eux. Un patient m'a même dit un jour : « la douleur est un état d'esprit ». La douleur est donc au centre de la prise en charge pour évaluer le gain, l'efficacité de nos techniques. Je suis également sportif, et dans ma pratique régulière je peux souvent entendre : « si ça fait mal, c'est que ça travaille » ou encore « on n'a rien sans souffrir ». Tout ceci m'a fait penser à une philosophie d'actualité qui est la philosophie « no pain, no gain ». Celle-ci nous dit qu'on ne peut espérer gagner quelque chose sans douleur.

Toutes ces observations m'ont amenées à me poser différentes questions : comment placer le curseur de la douleur pour obtenir la meilleure optimisation possible ? La douleur est-elle forcément source de bénéfice ? Doit-on forcément avoir mal pour obtenir une amélioration, un gain ? Pourquoi est-ce que cette philosophie « no pain, no gain » est-elle aussi omniprésente ? Quelles sont les limites à la douleur en rééducation ? Comment ces représentations que l'on a sur la douleur peuvent-elles influencer la rééducation ? Ainsi, après toutes ces questions que je me suis posées, je peux résumer ce questionnement par cette question : Dans quelle mesure et comment expliquer que la philosophie « no pain, no gain » soit toujours d'actualité ?

Afin de poser les bases de mon mémoire, il convient donc de pouvoir définir les principaux concepts de notre sujet. La notion de « no pain, no gain » étant très spécifique, il semble plus approprié d'évoquer et de développer le concept de représentation sociale (RS). Ainsi notre cadre théorique va se concentrer sur la douleur dans un premier temps, sur les RS dans un deuxième temps et sur le contexte de l'intervention, c'est-à-dire la masso-kinésithérapie dans un dernier temps. À la suite du cadre théorique, la phase de problématisation va nous permettre de définir la problématique. Après cette phase, nous expliquerons la méthodologie que nous avons employée afin de répondre à cette problématique et les considérations éthiques seront évoquées. La partie résultat fera suite à la méthodologie de recherche, résultats qui seront ensuite analysés dans la discussion avant d'aboutir à la conclusion de ce mémoire.

1. Les concepts clés

1.1. La Douleur

1.1.1. Définition :

Tout d'abord, nous pouvons commencer par définir la douleur en elle-même. L'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes » (INSERM, 2016). La douleur s'articule donc autour de 4 composantes fondamentales qui sont les composantes sensori-discriminative, affective et émotionnelle, cognitive et comportementale (CALVINO, 2007). La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes physiologiques. La composante affective et émotionnelle concerne l'aspect désagréable de la douleur et son retentissement émotionnel tel que la dépression ou l'agressivité. La composante cognitive regroupe l'interprétation cognitive de la douleur et les stratégies mentales permettant de faire varier la perception et la réaction de la personne. La composante comportementale concerne les manifestations physiologiques, verbales ou motrices (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017).

La douleur doit donc être prise en compte à la fois au niveau sensoriel et psychologique. Le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) donne comme définition de la douleur : « Souffrance plus ou moins vive, produite par une blessure, une brûlure, une lésion ou toute autre cause, qui manifeste une rupture du bien-être, de l'équilibre de la santé, la perte ou la diminution de l'intégrité physique » mais aussi « Souffrance de l'âme, produite par une déception, un deuil, un chagrin, une peine, qui compromet plus ou moins gravement la quiétude, le goût, le bonheur de vivre », « Souffrance affectant le corps et l'âme » (CNRTL, 2020). Dans ces 2 définitions, il est souligné que la douleur lie le physique et le psychique. Cependant, ici, le CNRTL ne fait pas de différence entre douleur et souffrance. Le modèle de l'œuf de Loeser (Figure 1) peut nous aider à comprendre la différence qui existe entre douleur et souffrance. Sur ce modèle, 4 niveaux sont identifiés : la nociception, la douleur, la souffrance et les comportements.

La nociception correspond à la « perception des stimulations produisant la douleur » (UNIVERSALIS, 2020), c'est la détection des stimulations qui menacent l'intégrité de l'organisme, elle correspond donc à un signal d'alarme. Elle est le premier composant qui alerte de l'état d'un probable danger tissulaire via les nocicepteurs et les voies nociceptives. Arrive ensuite la douleur, correspondant au processus d'intégration des centres supérieurs qui vont transformer l'influx nociceptif en un message conscient, d'où la définition d'expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. À partir de cet instant entrent en jeu des aspects psychosociaux (FABRE, 2016). La souffrance correspond, dans le modèle de Loeser, à un état émotionnel de détresse pouvant

être provoqué par la douleur créée par de la peur, de l'anxiété ou même de la dépression. C'est un vécu affectif négatif en réponse à une menace de l'intégrité de la personne. La souffrance peut donc être physique, psychique et même sociale. Les comportements en lien avec cette douleur sont la dernière composante. Ce sont « toutes les manifestations extérieures de la personne qui souffre accompagnant son expérience douloureuse. Ces comportements sont influencés par les expériences passées, les croyances, l'environnement culturel et social » (FABRE, 2016). Grâce à ce modèle, nous pouvons comprendre que la douleur n'est pas une simple sensation désagréable faisant suite à une lésion tissulaire. Elle est beaucoup plus complexe puisqu'elle n'est pas forcément due à une lésion tissulaire mais qu'il y a également une grande part psycho-sociale qui entre en compte. C'est cet aspect qui va expliquer la subjectivité de la douleur. En fonction de la culture de chacun, de l'expérience, de l'éducation, des croyances, pour une même lésion tissulaire, deux individus pourront avoir un ressenti de la douleur différent. C'est pourquoi, chaque PEC (Prise En Charge) est adaptée au patient.

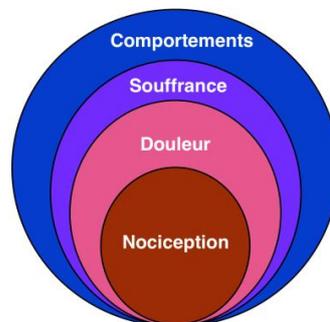


Figure 1 : Modèle de l'oeuf de Loeser (FABRE, 2016)

En parallèle, le modèle de Turk (Figure 2) apporte un aspect complémentaire qui est l'évaluation de l'expérience douloureuse. Celle-ci remplace la composante souffrance du modèle de Loeser. Ainsi, ce modèle s'intéresse plus à l'importance accordée par le patient à sa douleur et quel comportement va-t-il adopter par rapport à sa douleur en conséquence ? Nous regarderons donc si le patient surmonte, évite ou catastrophise le problème, s'il utilise des comportements de peur ou d'évitement. Enfin, ce modèle permet de voir, en fonction de cette douleur, si celle-ci aura un impact sur les rôles sociaux de la personne, va-t-elle la limiter dans ses participations, son travail, son sport, ou va-t-elle continuer ? (FABRE, 2016).

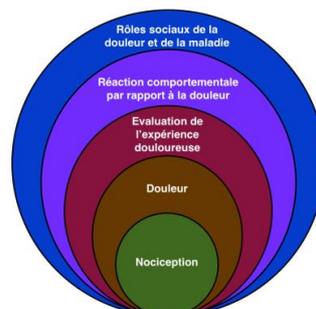


Figure 2 : Modèle de Turk (FABRE, 2016)

La douleur a donc un impact global sur la personne et vient modifier son comportement et son rôle social. Le physiothérapeute David Butler a comparé le modèle BioMédical (BM) et le modèle Bio-Psycho-Social (BPS) sur le point de la douleur. Il explique que ce modèle BPS reconnaît plusieurs causes impliquées, qu'elles soient biologiques, psychologiques ou sociologiques. Il se concentre sur la douleur et ses conséquences, préconisant une gestion active et une autogestion de la douleur en mettant en avant l'activité physique. Dans ce modèle, la recherche se concentre sur la dimension psychosociale de la douleur notamment via l'utilisation des neurosciences. Au contraire, le modèle BM reconnaît une seule cause biologique à la douleur, en se concentrant sur les processus biologiques de cette douleur, préconisant des traitements passifs et percevant l'activité physique comme nocive. Les 2 modèles sont donc opposés. Par ailleurs, nous pouvons observer, notamment dans le modèle BPS, la répercussion de la douleur sur cet aspect psycho-social (FABRE, 2016).

Après avoir défini le cadre de la douleur et les modèles qui y sont associés, nous allons évoquer la physiologie de la douleur.

1.1.2. Physiologie et voies de la douleur :

Par sa dimension sensitive, la douleur fait partie de la sensibilité, mettant ainsi en jeu le système nerveux central mais également le système nerveux périphérique. Il est admis qu'il n'existe pas de structure, de récepteurs spécifiques permettant de capter la douleur. Cependant, les messages nociceptifs sont générés au niveau des terminaisons libres des fibres nerveuses qui sont donc des nocicepteurs. Pour être un nocicepteur, le récepteur doit néanmoins avoir une capacité de réponse proportionnelle à l'intensité du stimulus et un seuil de réponse plus élevé que les thermorécepteurs et mécanorécepteurs régissant les stimuli légers. Le message nociceptif part de ces récepteurs par les voies nociceptives responsables de la sensibilité thermoalgique, comprenant les fibres peu myélinisées, fibres A δ , et les fibres non myélinisées, fibres C. D'un point de vue cutané, il existe 2 types de nocicepteurs : les nocicepteurs unimodaux et les nocicepteurs polymodaux. Les unimodaux sont des mécanorécepteurs activés par un stimulus mécanique intense, transmettant l'information par les fibres A δ . Cependant, des nocicepteurs mécanothermiques peuvent également utiliser ces fibres A δ . Les polymodaux, plus nombreux, répondent à la fois à des stimuli mécaniques mais également à des stimuli thermiques et chimiques (chémorecepteurs), associés aux fibres C. Le stimulus nocicepteur peut être de différentes natures (mécanique, chimique, thermique) mais c'est bien l'intensité du stimulus, capable de provoquer une lésion tissulaire, qui en fera un stimulus nocicepteur. Les fibres A δ seront responsables d'une première douleur, car plus rapides, provoquant une sensation brève semblable à une piqûre et à l'origine du réflexe de retrait. Une deuxième douleur sera provoquée par les fibres C, plus lentes, qui sera plus tardive, diffuse, semblable à une brûlure. Ces fibres vont ensuite rejoindre le ganglion spinal puis vont se projeter sur les couches I, II et V dans la corne postérieure de la moelle épinière. Elles croiseront la ligne médiane pour se diriger vers le

cordons antéro-latéraux de l'hémi-moelle contralatérale afin de former le faisceau spino-thalamique qui rejoindra le thalamus. 2 voies spinothalamiques existent : la voie spinothalamique médiane ou spinoréticulaire et la voie spinothalamique latérale. Cette décussation explique que le cerveau gauche percevra les informations douloureuses de l'hémicorps droit. Ces faisceaux transmettent les informations nociceptives somatiques, viscérales et thermo-algiques. (MARCHAND, 2009, p.68-80). Le faisceau spinothalamique est le principal faisceau conduisant la douleur mais il existe également d'autres faisceaux liés à la douleur tel que le faisceau néo-spinothalamique et le faisceau paléo-spino-réticulo-thalamique. Le premier traverse le tronc cérébral, la formation réticulée et se termine dans le thalamus latéral et est impliqué dans la localisation des sensations douloureuses. Le second se termine dans le thalamus médian et est impliqué dans le codage de l'intensité des stimuli douloureux et dans la mise en jeu des structures limbiques et corticales responsables des comportements douloureux (MELZACK et WALL, 1982, p.138-141).

Une fois passées la moelle épinière, les fibres nociceptives arrivent au niveau des structures nerveuses supra-spinales. Le faisceau spinothalamique latéral possède un champ récepteur précis ainsi qu'une représentation somatotopique corticale précise. Le complexe ventro-basal du thalamus reçoit les afférences spinothalamiques et se projette au niveau du cortex somatosensoriel primaire (gyrus pariétal post central) et secondaire. Ces projections vont permettre la composante sensori-discriminative car elles permettront de localiser et de percevoir l'information douloureuse, identifier la nature, l'intensité et la durée du stimulus douloureux. Par ailleurs, le faisceau spinoréticulaire possède un champ récepteur plus large, provenant en majorité des fibres C, se projette vers le tronc cérébral, le thalamus et le cortex. Le thalamus médian recevra les afférences de ce faisceau et émettra des signaux au niveau du lobe frontal et du système limbique homolatéral, notamment le cortex cingulaire antérieur ainsi que l'insula. Cette voie sera donc impliquée dans la composante motivo-affective de la douleur et possède donc un rôle dans l'aspect désagréable de la douleur mais également dans la mémoire et les émotions. Les projections au niveau notamment du cortex cingulaire antérieur et de l'insula permettraient l'apprentissage et la mémorisation des sensations nociceptives. Cela permet d'adopter un comportement spécifique lorsque l'individu se sent dans une potentielle situation pouvant provoquer de la douleur, créant par exemple des comportements d'évitement, de fuite ou d'anticipation. Le cortex frontal aurait également un rôle dans l'aspect « souffrance » de la douleur (MARCHAND, 2009, p.80-94). Un résumé de ces différentes voies est présenté sur la figure 3.

Il y a donc un premier neurone entre le nocicepteur et la moelle épinière, un deuxième neurone allant de la corne dorsale de la moelle épinière au thalamus puis un troisième neurone allant du thalamus au cortex somatosensoriel et certaines structures limbiques. Le deuxième neurone va également établir des contacts synaptiques avec la substance grise périaqueducal et le noyau raphé qui vont moduler l'information douloureuse (MARCHAND, 2009, p.80-94).

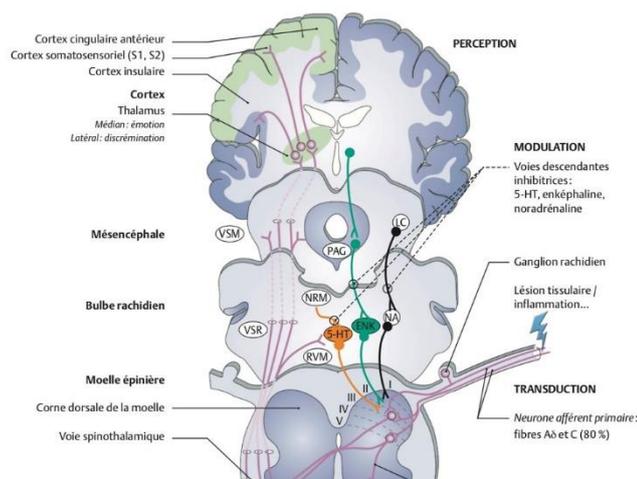


Figure 3 : Les voies de la douleur (CALVINO, 2019)

Nous avons donc expliqué la physiologie de la douleur, cependant il existe différents types de douleur.

1.1.3. Douleur aiguë et douleur chronique

Il n'existe pas une seule douleur, plusieurs types sont identifiables. Tout d'abord, il est possible de différencier la douleur aiguë et la douleur chronique. Une douleur aiguë est très intense mais de courte durée, alors qu'une douleur chronique est une douleur pathologique, sur le long terme, qui excédera 3 mois et est récurrente (INSERM, 2016). La douleur aiguë est due à une cause précise et va disparaître lorsque la cause sera supprimée. La douleur chronique, elle, persistera même si la cause a disparu et aura un fort impact au niveau moral et physique. Au contraire des douleurs aiguës, les douleurs chroniques deviennent des pathologies à part entière et ne jouent plus leur rôle de signal d'alarme (INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2020). La HAS donne 3 caractéristiques d'une douleur chronique : elle évolue depuis plus de 3 mois, il y a une réponse insuffisante aux traitements et il existe une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient au quotidien, que ce soit dans sa vie familiale ou professionnelle. Cette douleur peut être accompagnée de difficulté pour les patients à s'adapter à la situation. De plus, les patients ont des demandes insistantes de recours à des médicaments malgré leurs déclarations sur l'inefficacité de ces techniques (HAS, 2008).

La douleur aiguë, nociceptive, résulte d'une triade lésion – inflammation – douleur. La lésion va provoquer une inflammation locale. Les cellules lésées vont synthétiser et libérer des molécules et les cellules immunitaires compétentes seront également présentes sur le site de la lésion. Ces molécules vont également activer ou sensibiliser les nocicepteurs périphériques ce qui provoquera par la suite la perception douloureuse (CALVINO, 2019). Tout cet ensemble va constituer la « soupe inflammatoire ». Les macrophages arrivent sur la zone lésée pour la

nettoyer mais il y a également un relargage d'histamine qui sensibilise les nocicepteurs et augmente leur vigilance pour éviter une autre blessure (BUTLER, MOSELEY et SUNYATA, 2013, p.52-53). D'autres substances que l'histamine peuvent être génératrices de douleurs, libérées à partir de tissus lésés telles que la bradykinine ou les prostaglandines (SELOUANI, 2020).

Pour la douleur chronique, la douleur persiste au-delà du temps de guérison des tissus, c'est-à-dire 3 à 6 mois. Cette douleur chronique va impacter au niveau physique, émotionnel, interpersonnel et socioprofessionnel la vie de l'individu (BEAUPRÉ et MCKERRAL, 2012). Dans les douleurs chroniques, les patients anticipent souvent le retour de la douleur ce qui va créer des craintes et de l'anxiété (WATSON, 2020). Une douleur chronique provoque souvent les signes d'une dépression évolutive avec des mouvements mesurés, un ralentissement de la pensée fonctionnelle, des troubles de l'humeur, des troubles cognitifs mais également des perturbations des relations sociales, familiales et des habitudes de sommeil (MELZACK et WALL, 1982, p.40). Les troubles de la mémoire, des problèmes à se concentrer ou à accomplir des tâches de la vie quotidienne sont fréquemment rapportés. Ces difficultés cognitives peuvent mener à des accidents mineurs de la vie quotidienne (BEAUPRÉ et MCKERRAL, 2012). Souvent, la lésion initiale a disparu dans une douleur chronique, et l'entourage du patient peut commencer à suspecter que « tout va bien ». Un questionnement négatif entoure alors la personne douloureuse chronique, conduisant à un enfermement dans un contexte et une spirale négatifs (MELZACK et WALL, 1982, p.40).

Normalement, avant toute douleur chronique il y a une douleur aiguë. Pour décrire cette chronicisation de la douleur, au niveau neurophysiologique, le modèle de la douleur postopératoire persistante est le plus utilisé. La lésion tissulaire initiale provoquerait une activation immédiate des nocicepteurs ainsi qu'une inflammation localisée. Une hypersensibilité d'origine inflammatoire se développe et peut persister plusieurs semaines. Si ces changements persévèrent après la cicatrisation, ils deviennent contre-productifs, menant à une sensibilisation périphérique. Une hyperalgésie primaire se développe par abaissement du seuil de déclenchement des nocicepteurs qui sont devenus très sensibles. Suite à cela, une sensibilisation centrale va se développer (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017). La sensibilisation périphérique correspond à une sensibilisation au niveau des nocicepteurs tandis que la sensibilisation centrale se localise au niveau du cerveau et de la moelle épinière. La chronicisation reste un mécanisme complexe et peu expliqué. Cependant, il est reconnu que de nombreux facteurs favoriseraient la chronicisation. Des facteurs psychologiques tels que l'anxiété, le catastrophisme ou la dépression sévère. Dans le cadre de la douleur postopératoire, les techniques invasives, la durée de l'intervention ou l'intensité de la douleur aiguë postopératoire sont également des facteurs de chronicisation (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017). Par ailleurs, les douleurs chroniques pourraient aussi s'expliquer par un dérèglement des mécanismes de contrôle de la douleur. Une baisse de l'inhibition ou une augmentation de l'excitation centrale pourraient être à l'origine de douleurs persistantes (MARCHAND, 2009, p.95).

1.1.4. Les types de douleurs

Par ailleurs, entrant dans ces catégories de douleurs aiguës ou chroniques, il y a différentes formes de douleurs classifiables selon les mécanismes physiopathologiques :

- La douleur par excès de nociception : formant une grande partie des douleurs aiguës, elle possède une localisation précise et est rattachée à une lésion, un traumatisme ou une pathologie (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017). Il y a une augmentation de la stimulation des nocicepteurs, un excès d'influx nerveux douloureux dans le système nerveux provoquant la douleur par dépassement du seuil algique (CHUV : SERVICE DE NEUROLOGIE, 2018). Mais cela peut également être l'augmentation de la réactivité des nocicepteurs ayant un seuil d'excitabilité diminué. Ainsi, les stimuli douloureux seront détectés plus précocement et donc amplifiés. Cela correspond à la définition de la sensibilité périphérique donnée par Woolf en 2011 (FABRE, 2017)
- La douleur neuropathique : définie par l'IASP comme « conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somatosensoriel ». Il s'agit donc d'une lésion des structures neurologiques périphériques ou centrales provoquant des sensations de brûlure ou de paresthésie. Les douleurs neuropathiques représenteraient 25% des douleurs chroniques en France (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017). Il y a ainsi une atteinte du système somato-sensoriel engendrant un dysfonctionnement des voies nerveuses et provoquant souvent des douleurs chroniques.
- La douleur psychogène : ce sont des douleurs ne possédant pas de substrats anatomiques, il n'y a pas de lésion d'organe mais elles seraient plutôt liées à des troubles psychiques, pouvant être associée à de l'anxiété et de la dépression (VIDAL, 2020). La douleur « psychophysiologique » est un autre nom pour parler des douleurs psychogènes, la douleur étant issue d'une interaction entre facteurs physiques et psychologiques. Crainte et anxiété vont diminuer la production de substances qui réduisent la sensibilité des neurones à la douleur. Ainsi le seuil de sensibilité à la douleur sera diminué expliquant la persistance de la douleur après la résolution des causes, voire même que la douleur soit ressentie de façon plus sévère (WATSON, 2020).
- La douleur dysfonctionnelle ou douleur par sensibilisation centrale : ce sont des douleurs dues à une « dysfonction du système nerveux central et notamment des systèmes de contrôle de la douleur lorsqu'aucune lésion n'est clairement identifiée comme la fibromyalgie ». Selon Mayer et al., la sensibilisation centrale serait une « allodynie, une hyperalgésie, une expansion du champ récepteur et une douleur anormalement prolongée après que le stimulus ait été supprimé » (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017). La sensation douloureuse sera donc amplifiée, diffusée à une zone plus étendue et un stimulus normalement indolore pourra provoquer une réponse douloureuse.

Il existe donc 4 types principaux de douleur. Cependant, il semble intéressant d'évaluer cliniquement ces douleurs, pour cela il existe différentes échelles.

1.1.5. Les échelles de la douleur

La douleur est très subjective, il est donc difficile de l'évaluer. Malgré cela, différentes échelles existent et sont fonction de l'âge des patients mais aussi de l'évaluateur (auto ou hétéroévaluation). Les échelles d'auto-évaluation de l'adulte sont notamment l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), l'Échelle Numérique (EN), l'Échelle Verbale Simple (EVS) où, pour chacune, il y a une cotation numérique correspondant à un niveau de douleur, d'absente à maximale. Ensuite, 3 autres échelles existent pour évaluer la douleur chez l'enfant avec l'échelle des visages (FPS-R (Face Pain Scale – Revised)), l'EVA et l'EN. Il existe ensuite une multitude d'échelles d'hétéroévaluation de la douleur chez un nouveau-né prématuré ou non, chez l'enfant, chez l'enfant et l'adolescent en situation de handicap, chez l'adolescent et l'adulte en situation de handicap ou encore chez la personne âgée (HAS, 2020). En gériatrie, les échelles Algoplus, Doloplus ou encore l'ECPA (Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée) sont les plus connues (SFAP, 2021). Il existe enfin une dernière échelle, le questionnaire DN4 (diagnostic de Douleur Neuropathique en 4 questions) utilisé pour dépister les douleurs neuropathiques (HAS, 2020).

Ces échelles permettent donc d'évaluer la douleur en clinique. Par ailleurs, il existe des mécanismes physiologiques permettant de contrôler cette douleur.

1.1.6. Le contrôle de la douleur

2 mécanismes internes permettant de contrôler la douleur existent : le gate control et le contrôle supra-spinal. Le gate control ou théorie du portillon, est un mécanisme de contrôle spinal de la douleur. Au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière, il y a un relai synaptique des fibres de la douleur peu ou non myélinisées mais également des fibres myélinisées. Un interneurone inhibiteur enképhalinergique est présent avant cette synapse et est excité par les fibres myélinisées à conduction rapide et inhibé par les fibres de la douleur. Cet interneurone vient inhiber la synapse de ces fibres au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière. Il existe donc un tonus inhibiteur entretenu par les grosses fibres mais qui serait levé en cas d'arrivée d'une information nociceptive suffisante provoquant ainsi la stimulation de la synapse par les voies douloureuses (SELOUANI, 2020). Ce mécanisme est aussi appelé théorie du portillon. L'activation des fibres non nociceptives de gros diamètre fermerait le portillon bloquant ainsi l'information nociceptive. À l'inverse, l'activation des fibres nociceptives ouvrirait le portillon, favorisant ainsi la transmission de l'information douloureuse. La douleur serait ressentie seulement lorsque l'activation serait assez importante pour ouvrir le portillon face à la résistance des fibres non nociceptives (CALVINO, 2019). Il est donc possible de venir inhiber ce message nociceptif en augmentant la stimulation des grosses fibres ce qui augmentera la stimulation de

l'interneurone. La stimulation de ces fibres peut se faire par exemple par un massage, des effleurages venant stimuler les récepteurs cutanés, permettant de bloquer l'information douloureuse. L'utilisation de neurostimulation électrique transcutanée (TENS) utilise aussi ce mécanisme (CALVINO, 2019).

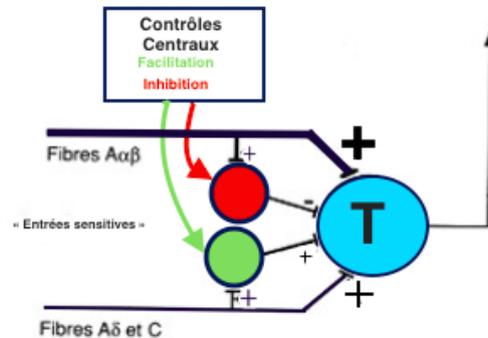


Figure 4 : théorie du Portillon (FABRE, 2016)

Le deuxième mécanisme est lui supra-spinal, au niveau du tronc cérébral. Il est déclenché par des stimulations cérébrales ou par des stimulations nociceptives. Lorsque la stimulation est cérébrale, le contrôle s'établit par plusieurs zones du tronc cérébral, notamment le noyau raphé et la substance grise périaqueducule. À partir de là, des fibres vont descendre en empruntant le cordon dorsal de la moelle épinière et réaliser un effet inhibiteur sur les neurones convergents (SELOUANI, 2020). Les neuromédiateurs impliqués sont les substances opioïdes, la sérotonine et la noradrénaline. Les substances opioïdes sont notamment les endorphines, les enképhalines, les dynorphines et les néoendorphines (MALDONADO, 2010). Le contrôle inhibiteur descendant déclenché par stimulus douloureux va impliquer la sérotonine et les endomorphines. Ici, c'est la rétículo bulbaire qui est impliquée. Ce contrôle est mis en jeu lorsqu'il se produit une stimulation douloureuse de neurones convergents. Ces neuromédiateurs iront inhiber ces neurones convergents en « fermant la porte », empêchant la douleur de passer. Ceci explique également l'utilisation de molécules ayant une action centrale, comme certains antidépresseurs, notamment la sérotonine et la noradrénaline, afin d'obtenir des actions antalgiques dans certaines douleurs chroniques comme les douleurs neuropathiques (CALVINO, 2019).

Nous avons défini la douleur, sa physiologie, les types de douleurs, les échelles et le contrôle de la douleur. Cependant, dans les douleurs chroniques, il y a également une grande importance des facteurs psychosociaux, des pensées et des croyances sur la douleur.

1.1.7. Les facteurs de risques psychosociaux

Il est maintenant reconnu que les facteurs psychosociaux sont impliqués dans l'expérience douloureuse, la douleur étant subjective et multidimensionnelle. Les facteurs psychosociaux semblent même être les principaux facteurs de risques menant à la chronicisation. Ces facteurs résultent de l'interaction entre la personne et son environnement social et l'influence de celle-ci sur le comportement de la personne (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017). Les facteurs

psychosociaux sont indicateurs de risque accrus de passage à la chronicité. Ils sont aussi appelés drapeaux jaunes et s'organisent en 4 points. Dans le cadre de la lombalgie, les attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos sont évoquées. C'est par exemple l'idée que la douleur représenterait un danger et qu'elle pourrait être la source d'un handicap grave ou encore un comportement passif avec l'attente de solution plutôt qu'une implication active. Un autre point est l'existence de comportements inappropriés face à la douleur tel que la réduction de l'activité ou l'évitement en lien avec la peur de la douleur. Le troisième point concerne les problèmes liés au travail, insatisfaction ou environnement hostile, ou liés à l'indemnisation. Enfin, le dernier point évoque les problèmes émotionnels que cela soit dépression, anxiété, stress ou la tendance à l'isolement (ASSURANCE MALADIE, 2020). Ainsi ces facteurs sont nombreux, notamment les émotions, le contexte social, le contexte environnemental, les antécédents socio-culturels, les croyances ou encore la signification subjective de la douleur. Quand plusieurs de ces facteurs convergent, la douleur devient chronique (BEAUPRÉ et MCKERRAL, 2012). Ces facteurs psychosociaux sont donc globalement des caractéristiques remarquables d'un patient avec ses pensées, croyances, émotions et comportements, qui vont impacter la manière de gérer une situation.

Les croyances et RS sont citées à de nombreuses reprises parmi ces facteurs psychosociaux. Que cela soit l'idée qu'un comportement passif peut améliorer la situation, la réduction de l'activité ou encore l'évitement en lien avec la peur de la douleur sont autant d'éléments de croyances qui peuvent freiner la rééducation. Les notions d'appréhension-évitement et de croyances sont fortement présentes chez les patients lombalgiques chroniques, que cela soit dans la survenue, le maintien ou le renforcement de ce processus douloureux. Ces notions désignent le plus souvent la peur de la douleur ou du mouvement, ce qui est largement associé à la kinésiophobie (NGUYEN et al., 2009). Celle-ci correspond à une peur excessive et irrationnelle à réaliser certains mouvements ou certaines activités de peur de se blesser. Les individus kinésiophobes évitent cette douleur car ils croient qu'elle est signe de lésion corporelle et que toute douleur est dangereuse et à éviter. Il y a ainsi une hypervigilance et une anticipation des mouvements potentiellement douloureux qui se développent (ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, 2020). Ainsi, les RS et croyances des patients peuvent engendrer des comportements délétères puisqu'ils auront tendance à maintenir le processus de douleur chronique.

Des questionnaires existent afin d'évaluer le risque de chronicité chez un patient, principalement dans le cadre de lombalgie. Il y a par exemple l'outil StarT Back, le questionnaire Orebro. Le questionnaire FABQ (Fear Avoidance Beliefs Questionnaire) concernant les peurs, appréhensions et croyances ou le questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) sur l'anxiété et la dépression, sont des questionnaires plus spécifiques (HAS, 2019a). Enfin, le questionnaire Tampa Scale of Kinesiophobia permet d'évaluer le niveau de kinésiophobie chez des patients douloureux chroniques (HAS, 2019b).

Nous venons donc d'évoquer la douleur, les différents mécanismes physiologiques liés à celle-ci, la façon de l'évaluer mais aussi l'influence des facteurs psychosociaux et notamment des pensées et croyances. Ainsi, nous pouvons développer le deuxième concept de ce mémoire qui est les représentations sociales.

1.2. Les Représentations sociales

1.2.1. Définition

Le premier à évoquer la notion de représentation collective est E. Durkheim mais c'est bien S. Moscovici qui formule, pour la première fois en 1961, la théorie des représentations sociales (RS) (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Une représentation peut se définir comme l'action de rendre quelque chose présent à quelqu'un en faisant savoir. D'un point de vue plus philosophique et psychologique, il peut s'agir du fait de se représenter quelque chose (CNRTL, 2021). Une représentation sociale se réfère toujours à un objet, qui peut être l'intelligence, le travail ou la santé et la maladie par exemple (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Il n'y a « pas de représentation sociale sans objet » (MANNONI, 2016, p.50). Plus spécifiquement, les RS sont, selon J-C. Abric, « le produit et le processus d'activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (JOUET LE PORS, 2006). À propos d'un objet donné, J-C. Abric explique que les RS regroupent tout un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). A. Bangerter explique qu'une RS est issue de la transformation d'un savoir expert en un savoir profane. Le savoir profane est accessible à tous, concret et peut être interprété de différentes façons par différents groupes. Cette interprétation peut conduire à des informations plus ou moins modifiées et donc plus ou moins exactes (BANGERTER, 2008). Dans son étude, « La psychanalyse, son image et son public » (1961), S. Moscovici montre comment une RS transforme un savoir scientifique en un savoir vulgaire (MANNONI, 2016, p.42). Selon Jodelet, « les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensées » (JOUET LE PORS, 2006). Les représentations sociales se définiraient donc comme une forme de connaissance qui serait élaborée et partagée au niveau social dans un but pratique permettant la construction d'une réalité commune à tout un ensemble social, une société (DESWARTE, 2019).

Un groupe d'individus peut ainsi construire et adopter des représentations qui vont leur servir d'interprétation du monde extérieur et ainsi se faire une idée à propos d'un objet de par les informations entendues, les idées reçues ou des opinions. Elles serviront également à guider

leurs pratiques. Ces RS sont des structures sociocognitives, elles sont des modalités de la pensée sociale qui s'opposent au raisonnement hypothético-déductif de la pensée scientifique (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Pour P. Mannoni, les RS sont plus des connaissances vulgaires pouvant emprunter à l'irrationnel mais où il n'y a pas un besoin de preuves ou d'exactitude. Les RS sont un assemblage d'éléments émotionnels et cognitifs permettant de créer des images significatives (MANNONI, 2016, p.50-60). S. Moscovici dit des RS qu'elles « familiarisent avec l'étrange au contraire de la science qui rend étrange le familier » (LECOMTE, 1998). Les individus mobilisent les RS en tant que connaissance et source de signification, ce qui leur permet de comprendre leur état et d'interpréter ce qui leur arrive, elles peuvent parfois même fournir des explications à leur état. Dans le cas d'une maladie, d'une perturbation physique, les sujets vont faire appel à leurs représentations afin d'identifier la maladie, de lui donner un nom, une cause et même anticiper une potentielle conduite à tenir (JODELET, 2013). L'exemple type est la RS du SIDA, avec un stéréotype physique particulier et où contagion et contamination ont été confondues provoquant discrimination et évitement des personnes contaminées (MANNONI, 2016, p.110-116).

D. Jodelet explique que ces RS sont des formes de connaissances de sens commun. Elles se différencient de la religion ou de la science notamment par leur fonction ou leurs modes de productions. La transmission de ces RS se fait essentiellement par la communication et notamment la communication orale. Les RS sont consensuelles au sein d'un groupe mais peuvent varier avec celles d'autres groupes, elles sont donc sources de débats et de conflits. (JODELET, 2013).

Cette définition des RS est donc assez complexe. Globalement, une RS est une activité mentale permettant à un individu ou à un groupe d'interpréter et de reconstituer le réel et de lui donner une signification spécifique. Elles sont constituées d'éléments émotionnels et cognitifs permettant de créer des images significatives à propos d'un objet donné. Ce sont donc des connaissances vulgaires, de sens commun, élaborées, partagées dans un groupe d'individus dans un but pratique d'interprétation de la réalité, de compréhension, de communication et d'orientation des pratiques. Contrairement à la pensée scientifique, les RS peuvent emprunter à l'irrationnel et il n'y a pas de besoin d'exactitude ou de preuves. Les individus vont se faire une idée à propos d'un objet en partant d'informations entendues, des idées reçues ou des opinions. Ces RS contiennent ainsi un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions ou d'attitudes. Elles permettront l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation des pratiques, expériences, pensées ou modèles de conduites. Ainsi, toutes nos actions, nos pensées, nos paroles sont sous l'influence des représentations sociales et sont indispensables pour vivre en société.

1.2.2. Représentations individuelles et collectives

Avant même la notion de RS, c'est le concept de représentations individuelles et collectives qui a été évoqué par E. Durkheim. Dans cet ouvrage, « Représentations individuelles et représentations collectives », il évoque notamment le fait que les représentations collectives sont produites par les actions et les réactions échangées entre les différentes individualités composant la société. Ces représentations collectives dériveraient donc des représentations individuelles avant de les déborder (DURKHEIM, 1898). Pour P.Mannoni, les représentations individuelles, ou représentations mentales, sont des « images chargées émotionnellement, des reflets d'objets, des reproductions symboliques à contenu figuratif que l'on se re-présente ou que l'on re-présente à d'autres intentionnellement dans la perspective d'une communication d'informations intellectuelles ou affectives qui ont valeur dans l'échange interhumain » (MANNONI, 2016, p.12). C'est donc une représentation d'une personne, individuelle, construite à partir des expériences mais aussi des échanges avec le milieu. Cette façon d'intégrer ces expériences et ces informations est propre à chacun, cependant, les sociétés impactent fortement ces dernières puisqu'elles viennent modifier nos images, nos croyances, nos représentations. La représentation individuelle peut donc fluctuer dans le temps, ce qui différencie les représentations individuelles des RS, notamment par les échanges avec la société et en fonction des expériences de chacun. Elles forment néanmoins une continuité avec les représentations sociales. Chaque RS ayant une part individuelle et une part groupale, l'ensemble des individus du groupe vont participer à l'élaboration de ces RS. Etant partagées par un grand nombre et permettant l'interprétation de la réalité dans une situation donnée, elles ont à la fois une valeur socialisée et socialisante (MANNONI, 2016, p.13). La schématisation ci-dessous permet de synthétiser l'articulation des représentations individuelles et collectives. Les RS se situent donc en aval des représentations mentales ou psychiques et des fantasmes. Ces RS vont jouer un rôle d'organiseurs de schèmes cognitifs, des connaissances élaborées par l'expérience permettant de guider les actions. Par ailleurs, elles ont également une fonction constituante. Elles sont situées en amont des clichés, stéréotypes, croyances, contes et vont donc fournir des éléments permettant de les constituer (MANNONI, 2016, p.35).

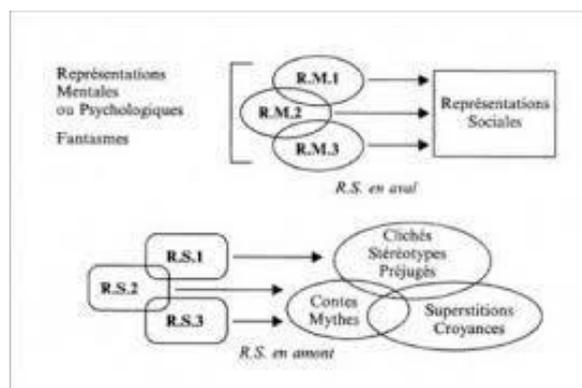


Figure 5 : Schématisation de l'articulation entre Représentations mentales, Représentations sociales et croyances (MANNONI, 2016, p.35).

Les RS sont impliquées dans la constitution des croyances. Néanmoins, les croyances diffèrent tout de même des RS.

1.2.3. Les croyances

La croyance peut se définir comme une « adhésion de l'esprit qui, sans être entièrement rationnelle, exclut le doute et comporte une part de conviction personnelle, de persuasion intime » (CNRTL, 2020). Elle peut aussi se définir comme une opinion qui, sans être religieuse, a le caractère d'une conviction intime et qui exclut le doute (CNRTL, 2020). J. Dewey donne une autre définition des croyances qui est : « opinion ferme de ce dont nous n'avons pas de connaissances solides ou que nous ne pouvons prouver mais dont, par contre, nous sommes convaincus » (ROSA TORRAS CHERTA, TRAGANT MESTRES et LUISA GARCIA BERMEJO, 1997). Lorsque P.Mannoni évoque les croyances, il explique que le besoin de croire implique que l'être humain ne se fie pas aux explications scientifiques, aux démonstrations rationnelles, il cherche plutôt à trouver des liens de causalités là où il n'y en a pas comme par exemple dans les superstitions. Les croyances seraient donc « des affirmations sans preuves ayant forces de conviction » (MANNONI, 2016, p.26). Il y a un tel besoin de cohérence interne qu'il peut y avoir des aménagements cognitifs jusqu'à parfois une transformation de la réalité pour aller dans le sens de ses désirs. La croyance désigne donc bien l'action de croire et l'objet de croyance. La RS désigne plutôt la dynamique des connaissances autour d'un objet social et l'acte mental de se représenter l'objet (KALAMPALIKIS, 2018). Ainsi, la croyance correspond à l'action de croire, d'adhérer à des idées, des opinions à propos d'un objet peu importe les preuves, une conviction intime. Les représentations sociales sont plutôt un ensemble de connaissances concernant un objet et la façon dont on se le représente et dont les croyances sont une partie.

Il existe ainsi un certain continuum entre croyances et RS. Par ailleurs, les préjugés et les stéréotypes sont des notions similaires mais qui se différencient également des RS.

1.2.4. Les préjugés et les stéréotypes

Les préjugés et les stéréotypes correspondent à des mentalités collectives. Étant constitutifs de la pensée commune, ils participent au système de représentation. Il y a des échanges directs entre préjugés, stéréotypes et RS. Les préjugés et stéréotypes sont des élaborations, reflétant, à un moment donné, le point de vue prédominant dans un groupe relativement à des faits, des situations ou des personnes. Cela mène à la production d'une idée reçue s'imposant avec une valeur attributive ou prédicative, ne souffrant d'aucune contradiction, et intervient donc dans l'élaboration d'un jugement (MANNONI, 2016, p.20). Les préjugés peuvent correspondre à une opinion souvent préconçue, établie de manière hâtive et pouvant être imposée par le milieu, l'époque, l'éducation ou due à la généralisation d'un cas particulier ou d'une expérience

personnelle (CNRTL, 2021b). Il s'agit en quelque sorte d'une évidence qui s'impose à la connaissance avec une adhésion presque automatique, qui se fait dans l'inconscient, il y a une approbation du groupe par un accord spontané de l'ensemble des individus. Les préjugés, simples, réducteurs et caricaturaux, sont inscrits dans le temps, leur ancienneté et la multitude d'adhésion leur vaut un respect quasiment traditionnel. Tous les humains sont assujettis à ces préjugés tant ils sont économiques, commodes, efficaces et facilitateurs de la communication (MANNONI, 2016, p.21).

Le stéréotype correspond lui à une « idée, opinion toute faite, acceptée sans réflexion répétée, sans avoir été soumise à un examen critique, par une personne ou un groupe, et qui détermine, à un degré plus ou moins élevé, ses manières de penser, de sentir et d'agir » (CNRTL, 2021). En complément, nous pouvons ajouter que les préjugés sont des clichés mentaux stables, qui peuvent être susceptibles de modifications et qui sont constitutifs de l'opinion d'un groupe. Ils produisent un biais de catégorisation sociale, les caractéristiques de l'objet sont faussées régulièrement et s'imposent faussées. Ainsi, les stéréotypes sont des idées préformées issues de la mentalité collective regroupant l'ensemble des qualités de l'objet. Ils ont également une fonction de facilitation de la communication comme les préjugés, ils permettent à la pensée de se constituer rapidement, et participent également à des attitudes discriminantes. Ainsi, ils peuvent déterminer des conduites collectives telles que l'acceptation ou l'exclusion (MANNONI, 2016, p.22-25).

Il est important de ne pas confondre préjugés, stéréotypes, RS, croyances et opinions publiques. Les préjugés sont plus proches de l'attitude que le stéréotype qui découle du préjugé et en serait la manifestation. Le préjugé peut être comparé au génotype d'attitude quand le stéréotype correspond plus au phénotype, c'est la rationalisation du préjugé. Une même RS peut faire appel à plusieurs stéréotypes ou préjugés. Elle s'en sert de notion basale mais finalement les dépasse. L'opinion publique se situe à un niveau où s'articulent plusieurs préjugés, stéréotypes et RS. Enfin, les croyances sont des affirmations sans preuves, forces de conviction. Dans les stéréotypes ou les RS, il existe une part de vérité, de réalité mais elles ne le sont pas complètement (MANNONI, 2016, p.26-28).

1.2.5. Construction et élaboration d'une représentation sociale

Afin de permettre l'émergence d'une RS, 3 conditions sont essentielles selon S. Moscovici : la dispersion de l'information à propos de l'objet de la représentation, la focalisation d'un groupe sur certains aspects de l'objet et la pression à l'inférence exercée par le groupe (MONNEY et FONTAINE, 2016).

La dispersion de l'information permet à une partie des connaissances indirectes de devenir un savoir social via la communication, savoir social qui peut être altéré. En effet, il existerait un décalage entre les informations que nous possédons et celles permettant la connaissance de l'objet. Cette difficulté d'accès à l'information, généralement surabondante et

insuffisante, favorise ainsi la transmission indirecte de cette dernière et l'apparition de distorsions (PIANELLI, ABRIC et SAAD, 2010).

La focalisation du groupe sur certains aspects de l'objet est le fait de concentrer son attention sur une partie de l'objet, empêchant les individus d'en avoir une vision globale. Cette focalisation est dépendante des intérêts de chacun et de l'implication des individus par rapport à l'objet (PIANELLI, ABRIC et SAAD, 2010).

Enfin, la pression à l'inférence exercée par le groupe correspond à la pression exercée par la société, les circonstances et les rapports sociaux. Le sujet a donc un choix à effectuer rapidement, un jugement à poser face aux phénomènes rencontrés. Ainsi, il y a nécessité d'adhérer à un code commun, stable, afin d'obtenir la reconnaissance des autres (PIANELLI, ABRIC et SAAD, 2010).

Cependant, tous les objets ne sont pas sources de RS. En effet, les objets des RS peuvent apparaître sous différentes formes dans la société, ils sont polymorphes et doivent remplir 2 critères afin d'être considérés comme des objets sociaux. L'objet en question doit avoir une fonction de concept dans la société et doit être source de pratique et de communication dans un groupe donné (PIANELLI, ABRIC et SAAD, 2010). La douleur rentre parfaitement dans ces 2 critères. À la suite de l'évolution des sociétés, des religions et des cultures, la douleur n'a cessé d'évoluer notamment sa perception, les pensées ou les savoirs en lien avec celle-ci. Dans la Grèce Antique, la douleur était harmonieuse ou disharmonieuse, au Moyen Âge la douleur constituait la réparation ou la punition pour le christianisme. À présent, des oppositions plus contemporaines existent comme la douleur ou la souffrance, la douleur physique ou psychologique, le soma ou la psyché (PÉOC'H, 2012, p.175). Par ailleurs, la douleur est source de pratique et de communication, notamment en rééducation où praticiens comme patients communiquent et choisissent des techniques afin de diminuer cette douleur.

Ensuite, 2 processus entrent en jeu dans l'élaboration d'une RS : l'objectivation et l'ancrage.

1.2.5.1. L'objectivation

La première phase, l'objectivation, a pour but de fournir les contours de la représentation, son image (MANNONI, 2016, p.42). Dans cette phase, le groupe rend concret un concept abstrait en réalisant plusieurs transformations de ce dernier, le « naturaliser » (PIANELLI, ABRIC et SAAD, 2010). Elle comporte 3 étapes. La première est la construction sélective, un tri est effectué parmi les informations concernant l'objet de la représentation et les individus du groupe vont sélectionner les informations qui les intéressent (MANNONI, 2016, p.42). C'est une étape de filtre qui retient ou rejette certains éléments, les détache de son contexte théorique, les décontextualiser, pour les remodeler par les individus (PÉOC'H, 2012, p.121). Il y a par la suite une étape de schématisation structurante. Les individus vont schématiser les informations retenues afin de mieux les assimiler (MANNONI, 2016, p.42). C'est dans cette phase que le

noyau dur de la représentation s'élabore mais aussi que les aspects conflictuels sont éliminés (PÉOC'H, 2012, p.121). La dernière étape est la naturalisation, où l'image schématisée devient une évidence pour le groupe, intégrée dans une réalité de sens commun (MANNONI, 2016, p.42). La naturalisation donne à voir cette image comme l'expression directe de la réalité, les données deviennent concrètes, utilisables pour expliquer la vie quotidienne (PÉOC'H, 2012, p.121). La représentation peut donc servir de base pour communiquer ou guider les pratiques des membres du groupe (MANNONI, 2016, p.42). Pour faire écho à ces 3 étapes, C. Pianelli, J-C. Abric et F. Saad parlent de transformation iconique. Cette transformation correspond à la sélection des informations relatives à l'objet de la représentation ainsi qu'à leurs décontextualisations. Des critères culturels, normatifs ainsi que les valeurs du groupe vont influencer cette transformation iconique. Les auteurs émettent l'hypothèse que la sélection et la décontextualisation des informations seront impactées par les RS déjà existantes (PIANELLI, ABRIC et SAAD, 2010).

1.2.5.2. L'ancrage

Après la phase d'objectivation vient la phase d'ancrage correspondant à un enracinement social de la représentation. Il permet de rendre le contenu de la représentation disponible au sein du groupe (MANNONI, 2016, p.43). L'ancrage permet l'intégration de l'objet et de sa représentation dans le système de pensée sociale. Il rend familier un élément méconnu et étranger et permet de l'inclure dans des catégories familières, permettant une compréhension et une maîtrise plus rapide de cet élément (PIANELLI, ABRIC et SAAD, 2010). L'ancrage va permettre de donner du sens à l'objet représenté en fonction des valeurs du groupe. L'ancrage montre également que la représentation fonctionne comme un système d'interprétation permettant de réguler la relation sociale, évaluer les événements et conduites. La représentation a donc valeur d'utilité sociale et devient élément de médiation dans un groupe. Ce processus d'ancrage permet également l'intégration de nouveaux éléments dans la représentation, qui amèneront par la suite à sa modification (PÉOC'H, 2012, p.122). Ainsi, C. Pianelli, J-C. Abric et F. Saad expliquent que l'objectivation et l'ancrage sont dépendants du réseau de RS préexistant et qu'il existerait une relation d'emboîtement entre les différentes RS. Les représentations déjà existantes servent d'ancrage pour l'intégration d'un nouvel objet, l'ancrage correspondrait donc à l'emboîtement d'une nouvelle représentation dans un réseau de représentation préexistant. Le nouvel objet est donc inséré dans un système, un réseau déjà existant. Ainsi, ces représentations préexistantes, « emboîtantes » déterminent le contenu mais également la structure de la nouvelle représentation « emboîtée ». Par ailleurs, il est difficile de dire qu'une représentation peut être autonome dans son environnement. Il existe plutôt une organisation hiérarchisée des RS qui serait fonction du poids et de l'importance de chacune dans la pensée sociale (PIANELLI, ABRIC et SAAD, 2010).

Nous venons de voir comment s'élabore et se construit une RS. Cependant il est également intéressant de se pencher sur la structuration d'une RS et pour comprendre celle-ci, un modèle a été développé par J-C. Abric : la théorie du noyau central.

1.2.6. La théorie du noyau central

Ces RS étant un ensemble structuré et organisé d'éléments, il est important de repérer le contenu et la structure de ces représentations, ce qui semble essentiel pour comprendre le fonctionnement de la représentation. Le contenu correspond aux éléments de la représentation, que cela soit les croyances, les attitudes, les informations. Cependant, il est nécessaire également d'identifier la structuration de cette représentation. Afin de comprendre l'organisation interne d'une représentation, J-C. Abric a proposé la théorie du noyau central. La RS est considérée comme un ensemble de cognitions, de croyances partagées par les membres d'un groupe qui se structure autour d'un système central, la composante fondamentale de la RS ou noyau central. Ce noyau central fournit le sens global de la représentation et organise le contenu de celle-ci. Autour de ce noyau, il y a les éléments périphériques constituant l'interface entre le noyau central et la réalité quotidienne (MONACO et GUIMELLI, 2008). La RS peut être imaginée comme un noyau central, déterminant la signification de la représentation, donnant du sens à celle-ci, et des éléments périphériques qui gravitent autour avec un gradient quantitatif centralisé. Les éléments à forte valeur sont donc centraux tandis que les éléments plus faibles des représentations sont plus en périphérie. Afin de comprendre cette théorie, une RS peut être représentée comme un atome avec un noyau et ses électrons, ou bien s'imaginer le phénomène de coagulation avec différents éléments dispersés qui viennent s'assembler afin de former un produit (MANNONI, 2016, p.65-70). Si un seul élément central varie entre 2 représentations alors celles-ci diffèrent. Lorsque le noyau central est différent entre 2 groupes alors les informations ne seront pas comprises de la même façon. Le noyau central constitue une évidence, ses éléments sont le plus fortement associés à la représentation, il sert de cadre d'interprétation pour de nouvelles informations (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Les éléments centraux sont des critères décisifs, ils sont nécessaires pour que l'objet soit reconnu. Si ces éléments ne sont pas inclus, alors l'objet n'est pas reconnu (DANY et APOSTOLIDIS, 2007).

Les éléments périphériques prennent leur sens et leur importance grâce et à travers le noyau central. Cependant, ces éléments ont également leurs fonctions. Ils viennent concrétiser les éléments centraux (aller à la bibliothèque pour acquérir des connaissances par exemple). Ils vont également réguler les significations centrales en adaptant leurs sens à la situation. C'est pourquoi, les éléments périphériques n'ont de sens que dans un contexte précis. Ces éléments périphériques vont également neutraliser des éléments contradictoires avec le noyau central, en les limitant, les réinterprétant ou en les minorant (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Ils protègent donc le noyau central des contraintes externes pouvant menacer sa cohérence ou son assise (MONACO et GUIMELLI, 2008). Ils permettent également l'intégration d'expériences quotidiennes du fait de leur flexibilité, et permettent une hétérogénéité du contenu de la représentation (DANY et APOSTOLIDIS, 2007). En accord avec le noyau central, les éléments périphériques vont également prescrire comportements et prises de position et entrent donc en jeu dans la détermination des pratiques sociales et des jugements (LO MONACO et LHEUREUX,

2007). Une RS est indissociable de son contexte et des autres RS, notamment les éléments périphériques. Il est ainsi préférable de s'imaginer un ensemble de représentations qui s'associent de manière privilégiée afin de former une constellation de représentations (MANNONI, 2016, p.59). Les éléments périphériques sont également impliqués dans l'évolution, la transformation des RS. En effet, lorsqu'un nombre suffisant d'éléments périphériques évoluent, alors des changements peuvent arriver (MANNONI, 2016, p.51). Il est donc important de voir, au-delà de la structure de la RS, l'importance d'avoir un contexte et de prendre en compte l'ensemble des RS gravitant autour de la RS cible.

Après avoir développé la structure d'une RS par le biais de cette théorie du noyau central, il convient de se pencher sur les rôles et fonctions de ces RS dans la société.

1.2.7. Fonctions des Représentations sociales

Les RS sont extrêmement présentes dans notre société et possèdent plusieurs fonctions. La première est celle de permettre la communication et la compréhension au sein d'un groupe d'individus. En effet, à propos d'un objet particulier, un groupe d'individus aura ses propres croyances fournies par ces RS leur permettant une compréhension mutuelle. Par exemple, lorsque la protection de la nature est évoquée pour les chasseurs, ils savent qu'ils évoquent la gestion du territoire, alors que pour un groupe d'écologistes, la protection de la nature n'a pas la même signification (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Les RS sont une sorte de grille de lecture et de décodage de la réalité permettant compréhension, langage mais également l'initiation et la justification des conduites. Elles vont permettre ainsi au sujet de se repérer dans son environnement (MANNONI, 2016, p.46-48). Les RS ont également une fonction de guide des actions, notamment de par leur « aspect normatif prescripteur de comportements » (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Ces images normatives vont également permettre de réguler la vie sociale. Elles deviennent des impératifs et vont formater les individus du groupe. Cette fonction rejoint la fonction d'orientation des pratiques puisque ces normes vont guider et orienter la réalisation de tel ou tel comportement dans une situation particulière (MANNONI, 2016, p.43-65).

Nous pouvons donc résumer les fonctions des RS en 4 fonctions principales selon J-C. Abric : fonction de savoir, fonction identitaire, fonction d'orientation et fonction justificatrice (PÉOC'H, 2012, p.122). La fonction de savoir correspond au fait que les RS sont des savoirs de sens commun, un savoir vulgaire qui est partagé au sein du groupe d'individus. Ce savoir commun va donc faciliter la communication permettant de comprendre la réalité (JOUET LE PORS, 2006). Les expériences diverses vont permettre également d'accumuler des éléments nouveaux plus accessibles et en cohérence avec le fonctionnement des individus, participant à la compréhension de cette réalité, à interpréter leur environnement (PÉOC'H, 2012, p.122). La fonction identitaire permet à un groupe d'élaborer et d'affirmer une identité sociale face aux autres groupes. Les RS vont fournir un même cadre de référence pour les individus d'un même groupe

qui peut ainsi se faire sa propre identité sociale mais aussi se comparer aux autres membres du groupe. Les RS interviennent donc dans la socialisation et la comparaison sociale entre individus (DESWARTE, 2019). Ce cadre de référence commun permet également de renforcer les liens sociaux et donc la cohésion de groupe (PÉOC'H, 2012, p.122). Cette fonction permet donc de définir l'identité du groupe et de préserver sa spécificité (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Comme nous avons pu l'évoquer, la fonction d'orientation correspond au fait d'orienter les comportements, guider les pratiques des individus. Les RS produisent un système d'anticipation et vont permettre soit de décider rapidement face à une situation connue, soit de s'orienter parmi différents choix possibles face à la nouveauté et l'imprévisible. La dernière fonction permet de justifier les actions des individus d'un groupe que cela soit en amont ou en aval de ces pratiques, notamment face à celles d'autres groupes (PÉOC'H, 2012, p.123). Elle permet d'expliquer les prises de positions et les comportements (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Elles jouent donc un rôle dans les positions sociales des individus (DESWARTE, 2019).

Tout au long de cette partie, le concept des RS a été développé. Il semble maintenant pertinent d'observer les différentes RS pouvant exister concernant la douleur, et plus particulièrement dans un contexte de soin.

1.2.8. Les Représentations sociales de la douleur

Comme nous avons pu l'évoquer, tout le monde a des RS, les patients comme les MK. Notre travail abordant les RS des MK, il est intéressant de se porter sur les RS des patients concernant la douleur. Une recherche a été réalisée auprès de 244 patients hospitalisés. Ces personnes soignées ont répondu à un questionnaire comportant notamment une partie avec une question ouverte portant sur le récit de vie des patients concernant la douleur. Ils ont été divisés en 2 groupes, un groupe « douleur aiguë » et un « douleur chronique ». Une analyse des récits de vie a ensuite été réalisée par le logiciel Alceste. Concernant les douleurs chroniques, 4 classes de représentations sont ressorties. Une première classe fait ressortir la douleur comme source de solitude, qui se vit en silence et qui isole. Le sujet doit faire face à la douleur. La communication sur ce sujet est complexe, notamment avec l'entourage, elle renvoie à ce qui est intime, singulier et est difficile à traduire verbalement. Ainsi, les proches se retrouvent impuissants face à cette solitude, à cet isolement. Selon N. Péoc'h, par sa répétitivité, la douleur provoque isolement et souffrance morale menant à une mise à l'écart sociale. Dans la deuxième classe, ce sont les notions de temporalité, de longueur qui ressortent ainsi que l'aspect physique de l'atteinte, une agression physique qui évolue sous forme de crise. Le corps, comme médiateur de la douleur, renvoie à une lésion localisable. La troisième catégorie met en valeur le fait que la douleur est vécue comme un fardeau. Cette douleur, quotidienne, vient impacter la vie et l'histoire du sujet mais également l'histoire de la famille. Les personnes évoquent une impuissance face à cette douleur et l'épreuve de la douleur est intimement porteuse d'un appel à l'aide, qu'elle soit

spirituelle ou non. Enfin, la quatrième classe, la plus importante, rapporte la notion de souffrance et du fait de souffrir avec une douleur chronique. La RS de la douleur est déterminée aussi par le contexte, notamment la maladie et plus précisément le cancer. Le fait que la douleur fasse partie de la vie, qu'elle soit omniprésente, avec un corps comme entité autonome exprimant ses maux (PÉOC'H, 2014).

Concernant la douleur aiguë, 3 classes se sont dégagées. La première évoque la notion de douleur après une opération avec les mots « morphine » et « antalgique » qui sont récurrents. La morphine a plutôt une image positive car elle permet un soulagement rapide des douleurs mais également des craintes, peurs et doutes suscités par la douleur. Dans cette classe, le souhait d'une PEC globale de la douleur, aussi bien physique que psychologique est à relever. Dans la deuxième classe, les termes « normal » et « souffrir » ressortent énormément. Selon ces patients, il serait normal de souffrir à l'hôpital, dans ce contexte, la souffrance serait légitime. Enfin, la dernière classe, la plus importante, les notions de douleur morale et physique et l'impact sur l'entourage ressortent énormément. La douleur physique est liée à la souffrance, morale qui elle doit se supporter. Cette douleur morale pèse sur le quotidien et sur l'entourage (PÉOC'H, 2014).

Cet article de 2014 fait suite à l'ouvrage de N. Péoc'h sur les RS de la douleur chez les personnes soignées de 2012. Dans cet ouvrage, un des axes de recherche concernait l'identification de la structure des RS de la douleur par l'utilisation d'une évocation hiérarchisée. Les résultats mettent en valeur le noyau central et les éléments périphériques de cette RS. Dans le noyau central, les mots « souffrance », « mal », « solitude », « douleur morale » ou encore « angoisse » étaient présents. Dans la première périphérie les mots « fatigue », « thérapeutique » (regroupant l'ensemble du lexique lié aux médicaments et antalgiques), « peur », « insupportable » et « incompréhension » sont retrouvés. « Stress », « soulagement », « hôpital », « combat », « corps » ou encore « soigner » sont des notions présentes dans les éléments contrastés. Enfin, la deuxième périphérie contient des mots tel que « injustice », « tristesse », « impuissance », « lassitude » et « colère ». Dans cette partie résultat, des prises de positions idéologiques des patients concernant la douleur ont également été évoquées. Les patients avaient à choisir vrai ou faux concernant des expressions et proverbes. Ceci permettant donc de pénétrer dans les croyances et idéologies issues de la RS de la douleur. Les principales expressions qui ressortent comme « vrai » pour une partie importante des patients sont : « la douleur, on est toujours seul à la porter », « la douleur de l'âme pèse plus que la souffrance du corps », « pouvoir sentir la douleur est un signe de vie », « l'homme est un apprenti, la douleur est son maître » « la douleur c'est être au supplice » ou encore « après la douleur, vient la joie ». Dans cette étude, nombreuses sont les RS négatives, notamment avec les notions de solitude et de souffrance. Par ailleurs, quelques RS positives ressortent telle que la dernière évoquant la joie après la douleur (PÉOC'H, 2012, p.187-202).

Les RS des patients concernant la douleur, notamment les patients douloureux chroniques, sont très intéressantes, elles pourront notamment nous servir de comparaison lors

de notre partie discussion avec les RS que nous aurons recueillies auprès des MK. Ces RS ne sont pas sans conséquences dans la rééducation et notamment la PEC de la douleur. Elles ont un impact sur cette dernière, notamment par le biais des pensées et croyances.

1.2.9. Les pensées et croyances dans la douleur

Dans le système nerveux, les pensées et croyances correspondent aussi à des impulsions nerveuses. Les êtres humains ont l'avantage d'avoir la pensée, le fait de pouvoir apprendre de ses expériences et utiliser la logique pour tenter de prédire le futur. Ainsi, nous tentons d'identifier des situations potentiellement à risque avant qu'une lésion tissulaire se produise. Cependant, dans le cadre de douleur chronique, le système de détection de la douleur est très sensible. Ainsi, face à des informations jugées dangereuses, sans relation avec des dommages tissulaires, le cerveau peut provoquer une douleur. Ainsi, chez des personnes ayant des douleurs chroniques, le simple fait de penser à un mouvement ou de voir quelqu'un faire un mouvement peut provoquer une douleur. Ce sont les neurones miroirs qui sont à l'origine de ce phénomène. Ces pensées menaçantes vont provoquer une libération de neuromédiateurs algogènes dans notre cerveau. Ainsi, la peur de récurrence de blessure dans certaines activités et les pensées menaçantes vont pouvoir augmenter la douleur. Ainsi, ces pensées virales sont assez puissantes pour causer ou augmenter une douleur, notamment dans le cadre de lombalgie mais probablement aussi dans toute expérience douloureuse. Chez les personnes ayant des douleurs chroniques et ne comprenant pas la physiologie de la douleur, certaines pensées sont fréquentes. En effet, ils pensent que puisqu'aucunes machines ou examens complémentaires n'aient pu trouver la cause du problème, c'est que cette cause doit être grave, qu'il faut rester au calme et ne rien faire jusqu'à ce que la douleur s'estompe (BUTLER, MOSELEY et SUNYATA, 2013, p.80-81). Ainsi, lorsque la physiologie de la douleur est mal comprise, les pensées et croyances sont rapidement négatives et nocives pour le patient. Sur le long terme cela peut mener à une sensibilisation centrale du système d'alarme de notre corps. La douleur persiste, c'est le cas de certaines pathologies comme la lombalgie chronique, la fibromyalgie ou encore les syndromes de fatigue chronique. Dans ces pathologies, la douleur est énormément liée aux pensées et émotions. Le fait d'être heureux pourra diminuer la douleur alors que la tristesse risque de l'augmenter (BUTLER, MOSELEY et SUNYATA, 2013, p.82-83).

Après nous être intéressés à la douleur et aux RS, nous devons maintenant définir le contexte de cette thématique, et donc la masso-kinésithérapie.

1.3. La Masso-kinésithérapie

Afin d'aborder la masso-kinésithérapie, il est important de définir la profession de MK.

1.3.1. Le métier de Masseur-Kinésithérapeute

L'ancienne définition de la profession de MK, présente sur le site du gouvernement est la suivante : « Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes de massage et de gymnastique médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute exerce sur prescription médicale. » (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2012). Dans cette définition, le rôle du MK se limite au massage et à la gymnastique médicale et fait référence aux origines de cette profession. Cependant, les missions du MK sont plus nombreuses. Le travail du MK se fait en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins du patient. Le MK établit son propre bilan permettant de déterminer un diagnostic kinésithérapique ainsi que différents objectifs de rééducation. Il peut ensuite faire un choix sur l'ensemble des moyens qui lui semblent appropriés et qu'il utilisera dans sa prise en soin (MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2012).

Par ailleurs, la loi du 26 janvier 2016 a modifié la définition de cette profession. Ainsi : « La pratique de la Masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. » (ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, 2016). Cette définition élargit donc grandement les compétences du MK notamment en l'intégrant dans la politique de santé publique par des actions de prévention et de promotion de la santé en plus de son rôle dans la PEC des patients. Il intervient également dans la formation initiale et continue mais peut aussi participer à la recherche dans notre profession. Le MK peut mettre en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs dans la PEC de pathologies impliquant une altération des capacités fonctionnelles. Dans le respect du code de déontologie, il a le droit de choisir et d'utiliser les différents savoirs et savoirs faire en fonction de la situation du patient (ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, 2016).

Par ailleurs, le MK possède un vaste champ d'action. Il peut pratiquer notamment en cabinet libéral, en hôpital, en centre de rééducation, en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), ou encore dans des clubs sportifs. Le MK intervient donc auprès de publics très variés : en gériatrie, en pédiatrie, avec des sportifs, en psychiatrie ou même en entreprise. Les domaines d'interventions sont également très nombreux :

traumatologie, orthopédie, neurologie, affections respiratoires et cardio-vasculaires, troubles périnéo-sphinctériens, oncologie, soins palliatifs, troubles de l'équilibre, troubles maxillo-faciaux etc... La rééducation est donc très vaste tout comme les pathologies que le MK peut rencontrer, qu'elles soient aiguës ou chroniques. Il faut également savoir que, selon l'INSERM, 30% des adultes souffrent de douleurs chroniques, ce qui met en avant le rôle du MK qui peut participer à la PEC des douleurs chroniques (INSERM, 2016).

1.3.2. La douleur chronique : les compétences du MK

La PEC des douleurs chroniques est très complexe, notamment par l'implication des facteurs psychosociaux, des pensées et croyances qui sont à prendre en compte dans notre rééducation. C'est pourquoi, le MK doit avoir développé certaines compétences afin d'optimiser cette prise en soins. Le référentiel de compétence du MK identifié par l'annexe II issu de la réforme des études du 2 septembre 2015 (MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2015), définit 11 compétences du MK qui peuvent intervenir dans la prise en soins. Excepté la compétence 9 portant sur l'organisation d'une structure individuelle ou collective, ainsi que la compétence 11 abordant la formation et l'information des personnes en formation, toutes sont susceptibles d'aider le MK dans la PEC de la douleur chronique et de ses représentations (URPS KINÉ ÎLE-DE-FRANCE, 2021).

La compétence 1, « Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique », semble essentielle dans cette PEC. Le MK doit être capable d'analyser et évaluer la douleur de son patient, le contexte dans lequel il vit ainsi que les nombreuses croyances et RS qu'il a autour de sa douleur mais aussi de la prise en soin en kinésithérapie. La compétence 2 sur la conception et la conduite d'un projet thérapeutique en kinésithérapie, adapté au patient, fait suite à la compétence 1. En fonction de ce que le MK a pu analyser concernant la douleur de son patient, il doit programmer, organiser un plan de soin qui soit adapté au type de douleur, à sa localisation, son intensité ou encore à ce qui peut la soulager. L'objectif du plan de soin est notamment de diminuer cette douleur évaluée lors du bilan. Par ailleurs, le MK doit également adapter sa prise en soin en fonction des RS identifiées au préalable. Par exemple, si un patient pense qu'il ne doit pas bouger pour diminuer sa douleur, le MK doit prendre en compte cette représentation, s'y adapter et peut tenter de la modifier par de l'éducation à la santé. Ainsi, la compétence 3 concernant la promotion, la prévention et l'éducation thérapeutique (ETP), correspond parfaitement à la prise en soin d'une douleur chronique et des RS qui y sont associées. La conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'une séance de kinésithérapie (compétence 4) semble également une compétence nécessaire dans la prise en soin de la douleur chronique. Généralement, la séance est basée sur la douleur et comment la diminuer, cette séance est donc adaptée à la douleur, au patient et l'évaluation de la séance se fait selon le ressenti du patient et de sa douleur. La compétence 5, « établir et entretenir une relation et une communication, dans un contexte d'intervention en kinésithérapie », semble également essentielle puisque c'est grâce à une relation de confiance que le MK peut récolter les

RS du patient et optimiser au mieux la PEC de la douleur et de ces RS. Nous pouvons donc voir que ces 5 compétences « cœur de métier », spécifiques aux MK, interviennent de manière importante dans la prise en soin d'un patient ayant des douleurs chroniques avec ses propres RS (MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2015).

Les compétences 6 à 11, compétences transversales, sont non spécifiques à la profession et certaines sont importantes à développer dans le cadre de cette PEC. La capacité à avoir un œil d'expert sur une situation et à pouvoir conseiller le patient (compétence 6) sur ce qui semble adapté pour ses douleurs, comment les diminuer est absolument nécessaire à acquérir. Pouvoir analyser, évaluer et faire évoluer ses pratiques professionnelles (compétence 7) rentre également en jeu dans cette PEC puisque le MK doit pouvoir évaluer l'utilité et l'efficacité des techniques employées afin de diminuer les douleurs. Par ailleurs, il doit aussi être capable de prendre du recul par rapport à la relation qu'il entretient avec son patient et notamment identifier les RS qu'il peut avoir sur son patient et ses douleurs. Le MK peut également se former sur certaines techniques pour améliorer sa PEC de la douleur. La compétence 8 concernant la recherche et l'analyse des données professionnelles et scientifiques est également une compétence qui rentre en jeu. Le MK doit pouvoir analyser l'utilité de ses techniques dans la littérature mais aussi trouver la meilleure solution pour les douleurs du patient qu'il prend en charge de manière spécifique. Enfin la compétence 10 concernant l'organisation et la coopération avec les différents acteurs intervenant dans le parcours de soins est également essentielle. La douleur chronique étant complexe, multimodale, il est impossible de la prendre en charge sous un seul angle. Ainsi, le travail pluridisciplinaire entre le MK, le médecin généraliste, le psychologue et les autres professionnels de santé et de la santé pouvant graviter autour du patient semble nécessaire pour une prise en soin optimale du patient. (MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2015).

Ainsi, sur l'ensemble des compétences répertoriées dans le référentiel de la réforme des études de 2015, nombreuses sont les compétences importantes à avoir dans la PEC d'un patient ayant des douleurs chroniques et les RS qui leur sont liées. Cependant, il est intéressant de regarder la place de la douleur dans la formation initiale.

1.3.3. Formation initiale et Douleur

Depuis la nouvelle réforme concernant les études en Masso-kinésithérapie et l'arrêté du 2 septembre 2015, le concept de douleur est pleinement intégré dans la maquette pédagogique. En effet, dans l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de MK seuls 16 modules sont décrits, 4 pour la première année et 12 pour les 2^{èmes} et 3^{èmes} années. L'annexe I de cet arrêté décrit très rapidement l'intitulé et le nombre d'heures de cours de chaque module sans les détailler ce qui laisse une certaine liberté aux différents IFMK (Institut

de Formation en Masso-Kinésithérapie) concernant la formation à la douleur. Dans aucun de ces modules, le concept de douleur n'est abordé, les IFMK ont donc le choix d'aborder la douleur dans tous les modules ou dans un seul par exemple (MINISTRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, 2019).

Dans l'arrêté du 2 septembre 2015, la douleur est largement abordée. L'évaluation de la douleur est inscrite dans la réalisation du bilan et l'analyse causale de la douleur dans la partie élaboration du diagnostic en masso-kinésithérapie. C'est l'annexe IV décrivant les différentes UE (Unité d'Enseignement) qui nous permet d'identifier la place de la douleur dans la formation initiale. La douleur est décrite dans les UE 3, 6, 7, 9, 18, 19, 20 et 23. L'UE 3 aborde majoritairement la partie théorique de la douleur avec la neurophysiologie et la physiopathologie de la douleur, la sémiologie et l'évaluation de la douleur ainsi que les différentes thérapeutiques médicales, médicamenteuses et non médicamenteuses. L'UE 6 aborde l'évaluation de la douleur et la douleur comme cause de perturbation du mouvement. L'UE 7 évoque les déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation dues à la douleur. L'UE 9 concerne le vocabulaire anglais lié à la douleur. L'UE 18 se charge d'aborder la douleur dans les différentes pathologies spécifiques en pédiatrie, gériatrie, dans le sport, au travail ou encore dans la santé mentale. Concernant les UE 19, 20 et 23, la douleur est abordée dans le cadre des approches cognitives et comportementales (MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, 2015). Dans ces UE « pratiques », la douleur est abordée en termes de bilan et de rééducation, de moyen antalgique donc globalement la PEC de celle-ci. C'est pourquoi, nous pourrions également ajouter l'UE 21 concernant les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire. Effectivement, la douleur peut aussi se retrouver dans des pathologies respiratoires, cardio-vasculaire ou chez des grands brûlés par exemple. Cependant, cet arrêté ne définit pas un nombre d'heure précis alloué à la douleur dans la formation initiale, chaque IFMK peut ainsi décider du nombre d'heures durant lesquelles la douleur sera étudiée de manière spécifique, en fonction des heures disponibles par UE.

Une étude a été réalisée entre 2015 et 2017 auprès des différents IFMK de France concernant l'enseignement de la douleur en formation initiale. L'étude s'est déroulée en 2 étapes : la première au moment de la mise en place du référentiel de 2015 et la deuxième 2 ans plus tard, avec les mêmes questions dans chaque questionnaire pour les 2 parties. Les objectifs de cette étude étaient d'observer l'organisation de l'enseignement de la douleur en France avant la mise en place de la réforme et de savoir si la mise en place de la réforme avait engendré des modifications concernant cet enseignement. Malheureusement, sur les 50 IFMK sollicités, seuls 12 ont répondu à la première partie, en 2015, et 3 à la deuxième partie, en 2017, ce qui n'a pas permis de conclure à de véritables changements objectifs mais plutôt de dégager une tendance. Sur l'échantillon interrogé, pour la première partie, tous les IFMK avaient des cours spécifiques à la douleur, cependant sur l'ensemble de la formation, le nombre d'heures consacrées à la douleur

variait énormément selon les IFMK. En moyenne, 23,9 heures étaient consacrées à la douleur avec un écart-type de 14,5 heures. Globalement, les neurosciences de la douleur, l'évaluation de la douleur, le modèle BPS et l'auto-traitement étaient des thématiques abordées dans la majorité des IFMK. Cependant, d'autres thématiques comme la notion d'interdisciplinarité, la PEC médicale ou psychologique était moins abordée sur l'ensemble des IFMK. Les résultats de l'étude ont montré que le temps consacré varie en fonction des instituts de formation mais également que les thématiques autour de la douleur varient en termes de temps consacré pour chacune des thématiques. La deuxième partie relevait que le temps dédié à la douleur a augmenté dans les 3 instituts. Ainsi, l'enquête montrait que la réforme de 2015 aurait tendance à avoir un effet bénéfique sur le développement des enseignements en lien avec la douleur. Cependant il est impossible de généraliser du fait du manque de participation de l'ensemble des IFMK. Comparativement aux recommandations internationales, le nombre d'heures dédiées à la douleur en formation initiale reste inférieur, d'où le rôle de la formation continue pour venir palier ce manque (OSINSKI et BARDE-CABUSSON, 2018).

La douleur prend donc de plus en plus de place dans la formation, ce qui reflète la réalité du terrain où la majorité du temps, les patients consultent pour des douleurs. C'est pour cette raison également que le bilan de la douleur a toute son importance.

1.3.4. Bilan de la douleur en kinésithérapie

La douleur est une perception et son évaluation est subjective, c'est pourquoi son évaluation et notamment l'évaluation de l'intensité et du ressenti doit au maximum être une auto-évaluation. Lorsque cela n'est pas possible, une hétéroévaluation est utilisée se basant notamment sur le comportement, la mimique, les sons émis, mais il existe un biais d'interprétation. Avant tout, la première chose à faire est de localiser la douleur, savoir si elle est ciblée, étendue ou diffuse, ce qui permet de potentiellement cibler une structure, un type de douleur ou une topographie neurologique. Il est intéressant de demander au patient de montrer du doigt ou bien de montrer sur un « bodychart ». Ensuite, l'intensité peut être évaluée via les différentes échelles, déjà évoquées (cf.1.1.5). L'évaluation peut être complétée par la recherche d'indicateurs sur le mode d'apparition, traumatique ou progressif, le rythme, mécanique ou inflammatoire, le type de douleur ou encore les facteurs soulageant ou aggravants (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017).

Pour une douleur chronique, du fait de son caractère multidimensionnel, il est intéressant d'ajouter certains éléments à cette évaluation. Demander l'ancienneté de la douleur, comment a-t-elle commencé et comment a-t-elle évolué, si des traitements antalgiques sont pris ou d'autres traitements, ou encore s'il existe des pathologies associées peuvent être des éléments pertinents à aller rechercher. Il est possible également de s'informer sur le contexte familial, psychosocial, médico-légal, rechercher les facteurs cognitifs et comportementaux pouvant impacter la douleur comme une kinésiophobie qui apparaîtrait ou un évitement. Ainsi, dans une douleur chronique, il est important d'aller aussi rechercher les facteurs psychosociaux tels que l'état émotionnel du

patient, ses comportements, la compréhension de ses symptômes, d'où l'importance de l'entretien et l'analyse de la communication qu'elle soit verbale ou non. Pour les douleurs chroniques, il semble plus pertinent de s'interroger sur l'intensité au repos et en mouvement, évaluer une fréquence d'apparition, et la durée des « crises » douloureuses. Le questionnaire de Saint-Antoine, incluant un « bodychart » peut être intéressant à utiliser pour qualifier le type de douleur, électrique ou lancinante par exemple, dans les dimensions sensorielle, affective et évaluative (intensité de la douleur) (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017).

De plus, lors du bilan, 2 types de douleurs sont à distinguer : les douleurs perçues par le patient et les douleurs provoquées par un mouvement, une position ou l'activité/ la passivité. Un questionnaire ou des échelles seront plus adaptées pour les douleurs perçues tandis que les douleurs provoquées font partie du bilan des mobilités qu'elles soient tissulaires ou fonctionnelles (PÉNINOU, 2001). Enfin, il semble intéressant de savoir ce que les patients connaissent de la douleur et de leur douleur. Il est par exemple profitable de savoir s'ils pensent qu'une aggravation de la douleur n'indique pas forcément une lésion dans leur organisme cela permettant une diminution de l'anxiété et donc de ressentir moins de douleur (WATSON, 2020).

La douleur est centrale en Masso-kinésithérapie, autant dans les compétences que l'on développe, la formation initiale et continue mais aussi dans notre pratique quotidienne où la douleur trouve sa place dans un bilan adapté. Afin de compléter l'ensemble de mon cadre théorique, j'ai réalisé des entretiens exploratoires qui m'ont également permis de tester certaines questions potentielles.

1.4. Entretiens exploratoires

Les objectifs de ces entretiens exploratoires étaient de permettre d'approfondir notre cadre théorique avec des données de terrain en faisant appel à l'expérience de différents professionnels, de tester des questions pour notre questionnaire et de recueillir certaines RS concernant la douleur.

Lors de ces entretiens plusieurs notions sont ressorties. Les MK interrogés définissent les RS comme la manière dont la société perçoit les choses, l'internet, les médecins et la société en général vont participer à la création de ces RS. Les légendes et croyances urbaines y sont associées et sont ancrées dans l'histoire et l'esprit des patients selon un praticien. Un exemple qui a été évoqué est l'idée selon laquelle lorsqu'un patient a de l'arthrose, il est condamné à avoir mal, le fait que quand un patient a mal, il ne peut pas bouger. Selon ce professionnel, elles peuvent constituer d'énormes freins à la PEC. C'est pourquoi il est important de prendre du temps pour évoquer ces représentations avec le patient et de le faire adhérer à la PEC. Par ailleurs certaines représentations peuvent être favorisantes comme le « crac » qui est gage d'efficacité d'une technique et d'une séance pour certains patients. De même, surestimer la douleur peut

nous amener à en faire trop et la sous-estimer pourrait nous amener à ne pas la prendre assez en compte. C'est pourquoi, les RS des MK peuvent être autant facilitantes qu'obstacles à la prise en soin. Pour éviter les RS négatives et freinant la rééducation, il est important de faire verbaliser la douleur, d'avoir une anamnèse précise et de faire adhérer le patient selon un MK.

Un autre aspect qui est ressorti est l'aspect négatif de certaines RS. Un MK le reconnaît, il dit avoir une image parfois négative de certains patients notamment les non-sportifs qui sont plutôt « mous » ou qui manquent de temps. La fibromyalgie a été évoquée dans ce contexte et est associée à un environnement négatif et à l'idée que les patients fibromyalgiques « se plaignent et aiment le faire ». Cela impacte négativement la motivation du kinésithérapeute et crée des images péjoratives de ces patients. Chez des patients qui se plaignent beaucoup et plus globalement sur des patients douloureux chroniques, les différents MK ont évoqué l'importance des facteurs psychosociaux. Par ailleurs, un MK a évoqué la peur de la PEC d'une douleur chronique car le patient a pu déjà voir de nombreux thérapeutes et l'adhésion au traitement peut être compliquée à obtenir si le patient ne voit pas une évolution positive rapidement. Ce praticien explique aussi que la mise en place du traitement est aussi impactée par l'adhésion à la personnalité du MK mais également par les croyances et représentations du patient.

Cependant, il est important de rappeler que ces représentations sont très variables selon les individus. Un MK explique que, pour lui, le profil des patients peut également fortement impacter la PEC. Par exemple, les patients sportifs se connaissent bien et savent écouter leur corps. Des facteurs qui peuvent faciliter ou limiter la PEC sont notamment l'envie du patient, sa personnalité, lui-même, l'observance, sa motivation, un patient écoutant mais aussi un mauvais choix de traitement du MK.

Enfin, concernant la douleur, un MK explique que, parfois il est nécessaire de faire mal en rééducation, notamment pour le MTP ou les ondes de choc mais que la douleur ne doit pas toujours être recherchée. Ainsi, le « no pain, no gain » ne se justifie pas forcément en rééducation, notamment dans le cadre d'une douleur chronique, selon ce praticien. Cependant, un autre MK dit que cette philosophie se justifie en rééducation à partir du moment où reproduire ou empirer la douleur initiale n'est pas recherchée. Cette philosophie est, selon ce même MK, adaptée à n'importe qui. Les techniques de type Mc Kenzie ou la rééducation de lésion myo-aponévrotique imposent de travailler avec un minimum de douleur.

Grâce à la réalisation de nos recherches bibliographiques et de ces entretiens exploratoires, nous avons pu affiner les différents concepts étudiés, retenir ou non certaines questions, préciser notre problématique et en émettre des hypothèses.

2. Problématisation

Dans notre pratique sportive et lors des différents stages, nous avons pu observer que la douleur est très présente, notamment lorsque l'efficacité d'une technique est évoquée. Beaucoup de personnes ont pu nous dire « si ça ne fait pas mal, ce n'est pas efficace », ou « la douleur est un état d'esprit ». Dans le sport, les sportifs sont souvent poussés à « donner le maximum », « se faire mal » pour s'améliorer. Ainsi, différentes interrogations se sont posées à nous. Grâce à celles-ci, nous avons dégagé notre question de départ : Dans quelle mesure et comment expliquer que la philosophie « no pain, no gain » soit toujours d'actualité ? Cette question nous a amenée vers 2 concepts principaux qui sont les RS et la douleur, dans un contexte masso-kinésithérapique.

La douleur est un mécanisme complexe, souvent définie comme un signal d'alarme face à une agression extérieure mais également comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable (INSERM, 2016). Il existe cependant des mécanismes physiologiques permettant de la réguler, de la contrôler, le gate control et le contrôle supra-spinal. De plus, de nombreuses façons existent afin d'évaluer la douleur en fonction de l'âge et du type de questionnaire. Cependant l'aspect chronique de la douleur ne se définit pas uniquement par une douleur qui persiste plus de 3 mois et n'est plus forcément liée à une lésion tissulaire (MELZACK et WALL, 1982, p.40). Derrière cette notion se cache une PEC complexe, multimodale et faisant intervenir de nombreux facteurs dont les facteurs de risques psychosociaux qui semblent jouer un rôle majeur dans la douleur chronique. Les RS et les croyances du patient sont identifiées comme des facteurs de risques psychosociaux (ACAPO, SEYRÈS et SAVIGNAT, 2017). Ces dernières sont des images attribuées par un groupe sur un sujet donné et qui leur offrent une signification spécifique, ce qui correspond à leur interprétation du monde qui les entoure. C'est tout un ensemble d'informations, accessibles à tous, qui se mélangent permettant de créer des connaissances vulgaires sur un sujet. Les RS se distinguent et englobent les croyances, préjugés et stéréotypes. Les pensées et croyances vont impacter directement la douleur. De plus, la construction d'une RS suit certaines étapes essentielles mais permet d'aboutir à une RS qui aura différentes fonctions. Parmi celles-ci, une RS peut notamment permettre la compréhension et la communication entre les individus d'un groupe, d'avoir des références et des connaissances communes, d'affirmer l'identité d'un groupe face à d'autres groupes mais aussi de guider les pratiques (PÉOC'H, 2012, p.122). Ces RS se caractérisent généralement par un noyau central créant le cœur de la RS. Les patients ont leur propre RS de la douleur chronique, tout comme les MK. C'est pourquoi, se demander quelles sont les RS des MK concernant les douleurs chroniques des patients et comment pourraient-elles influencer la PEC semble particulièrement pertinent. En effet, la douleur est extrêmement présente en Masso-kinésithérapie puisqu'elle demande de nombreuses compétences pour l'évaluer et la prendre en charge. Différentes évolutions ont pu être relevées avec notamment une augmentation de la place de l'enseignement de la douleur dans la formation initiale mais aussi une place importante du bilan de la douleur en rééducation.

Toute cette démarche nous a amenée à la problématique suivante : **Comment les représentations sociales des MK sur les douleurs chroniques des patients, impactent-elles la rééducation ?**

Plusieurs hypothèses découlent de notre problématique :

- Les RS des MK sur les douleurs chroniques ont globalement une connotation négative, c'est en tout cas un des points qui est ressorti dans les entretiens exploratoires menés.
- Les RS des MK sur les douleurs chroniques de leurs patients sont obstacles à la rééducation, les RS ayant un impact direct sur les comportements et attitudes.
- Les RS des MK présentent des similitudes avec celles des patients mais avec un noyau central différent. Cela s'expliquerait potentiellement par la formation des MK.

Les objectifs de ce mémoire sont donc :

- Identifier les RS des MK sur les douleurs chroniques de leurs patients et de comprendre leurs structures.
- Comparer les RS des MK et des patients concernant les douleurs chroniques.
- Identifier la représentation que se fait un MK d'un patient douloureux chronique et des pathologies qui lui sont associées.
- Identifier des facteurs impactant la PEC de la douleur chronique et donc des leviers et des freins potentiels.
- Nous initier à la recherche et à sa méthodologie.
- Développer nos connaissances sur 2 thématiques omniprésentes dans notre pratique professionnelle : la douleur et les RS.

3. Méthodologie de recherche

3.1. Population étudiée

L'objectif de cette enquête étant de connaître l'impact des RS des MK sur les douleurs chroniques des patients dans la rééducation, la population cible a été la population de MK en France.

L'enquête a été réalisée auprès de MK, aucun critère de sélection en fonction de la patientèle chronique ou non n'a été établi. De plus, aucun critère d'exclusion n'a été émis concernant la patientèle aiguë ou chronique prise en charge puisque tout le monde possède ses représentations. L'objectif était d'obtenir un large aperçu des RS des MK mais également obtenir leurs opinions sur l'impact potentiel de ces représentations sur la rééducation. Nous n'avons pas souhaité cibler un statut particulier afin d'avoir un spectre plus large d'avis et de représentations sur les douleurs chroniques mais aussi de potentiellement mettre en avant des différences de représentations en fonction de l'activité.

3.2. Approche et outil

Cette thématique concernant les sciences humaines et sociales, il a semblé naturel de se tourner vers l'approche « questionnement professionnel ». Même si l'entretien semble adapté à l'étude des RS, le choix du questionnaire était intéressant dans ce sens où il permet un recueil conséquent d'informations concernant les RS et opinions des MK mais aussi de valider ou non certaines hypothèses. Cependant, le questionnaire ne se prête pas à l'étude des RS. Afin de comprendre leur fonctionnement, il semble plus intéressant d'utiliser des questions ouvertes, même si celles-ci sont plus complexes à traiter dans un questionnaire. Enfin, l'utilisation de l'évocation hiérarchisée qui est une méthode d'étude des RS, a paru pertinente à employer et a donc été incluse dans ce questionnaire.

3.2.1. Le questionnaire

Un questionnaire permet de répondre à différents objectifs : décrire une population, estimer une grandeur ou vérifier des hypothèses. Il doit répondre à des objectifs clairs, précis et limités. Le premier choix à faire est d'établir l'objectif principal du questionnaire. Dans notre cas, étant donné que nous recherchons des opinions, le questionnaire vient principalement valider des hypothèses. Dans ce cadre, la distribution des réponses dépend de la formulation des questions. Il était donc important, dans la rédaction des questions, de ne pas orienter les réponses mais également de rester clair, précis, avec une seule idée par question (BLANCHET et al., 2010, p.150-165). Le but de l'enquête par questionnaire est donc de rendre visible l'action des

déterminants sociaux sur les pratiques, conduites des différents acteurs (SINGLY, 2012, p.15). Le raisonnement autour du questionnaire s'établit en termes de déterminants sociaux, de facteurs influents afin de déterminer une potentielle causalité avec les actions réalisées. Il est également possible d'intégrer des questions d'opinions et de justifications sur les différentes pratiques (SINGLY, 2012, p.18). Dans notre cas, l'objectif était d'observer les RS des MK concernant la PEC des douleurs chroniques mais également de recueillir l'opinion des MK sur l'impact de ces douleurs en rééducation et donc l'impact de leurs représentations. Ainsi, ce questionnaire a pour but de vérifier ou non les hypothèses évoquées lors de la problématisation. Un questionnaire permet d'être le plus objectif possible, même si l'objectivité complète est inatteignable (SINGLY, 2012, p.15), et d'avoir de nombreuses données à traiter.

Un questionnaire se compose de manière générale de 2 parties, une concernant l'objet en lui-même et l'autre concernant les déterminants sociaux tel que l'âge, le sexe ou la profession (SINGLY, 2012, p.29). Généralement, un questionnaire se compose de 2 types de questions : des questions de fait, qui sont à privilégier afin de cerner certaines dimensions de la pratique, et des questions d'opinions où un jugement est demandé.

Dans cette conception du questionnaire, il est important de limiter le nombre de questions ouvertes. En effet, les interprétations offrent de grandes perspectives de codages avec la construction possible de plusieurs variables et n'imposent pas non plus de catégories spécifiques. Cependant, les informations recueillies peuvent être trop dispersées, fragiles ou inutilisables et il existe un effet important lié à l'enquêteur qui sélectionne les informations sans forcément avoir le contexte de la réponse. Il est possible également de proposer des questions mixtes qui sont fermées dans un premier temps puis ouvertes dans un second temps, en fonction de la réponse (« Si oui... ») (SINGLY, 2012, p.64-65). Contrairement à cette conception du questionnaire, notre choix s'est porté sur un nombre de questions ouvertes plus important. En effet, les questions fermées semblaient très limitantes dans cette approche basée sur les RS. Étant dans une thématique orientée vers les sciences humaines et sociales, il semblait compliqué d'identifier l'ensemble des réponses possibles face à une question, cela étant impossible de prévoir toutes les réponses prévues. Fermer les questions correspond à préconstruire une variété de réponses socialement possibles. Les questions ouvertes donnent des réponses « libres » et l'analyse du contenu se fait avant de décider du code à appliquer (COMBESSIE, 2007). Faire des questions fermées semblait donc très limitant dans cette démarche car le risque était de passer à côté de nombreuses informations. Malgré tout, il est important que ces questions ouvertes restent claires, précises et formulées dans des termes familiers aux enquêtés.

L'avantage d'un questionnaire est également de limiter la « zone muette ». Celle-ci correspond aux mots et expressions qui ne sont pas citées par les participants car ces réponses

ne correspondent pas aux normes actuelles ou à l'opinion publique. La question est de savoir si ce que les personnes ont répondu correspond vraiment à ce qu'elles pensaient, notamment lorsque certains sujets sont évoqués (ABRIC, 2005, p.60-64). Ainsi, grâce à l'anonymat et à la réalisation de ce questionnaire en distanciel, l'expression de cette « zone muette » est diminuée.

Nous allons à présent aborder la composition de cette enquête.

3.2.1.1. Composition de l'enquête

Afin de répondre aux différents objectifs évoqués, le questionnaire se compose de différentes parties.

L'introduction contient une présentation rapide du mémoire ainsi que l'objectif du questionnaire. Cette partie permet d'introduire les différentes notions abordées lors du questionnaire, d'expliquer le déroulement de celui-ci mais également d'évoquer les modalités de réalisation du questionnaire (durée, anonymat, utilisation des données). Cette partie est également composée de questions d'ordre général concernant les déterminants sociaux (âge, sexe, date du diplôme, statut et les formations complémentaires réalisées). Elle comporte 6 questions. Les déterminants sociaux sont utiles à recueillir afin de comparer les RS des MK en fonction de ces déterminants.

La deuxième partie concerne les RS des MK sur la douleur chronique. Dans cette partie nous nous sommes basés sur l'évocation hiérarchisée de J-C. Abric. Le principe est d'associer 5 mots à l'objet de la RS, ici la douleur chronique. Ensuite, les mots doivent être classés par ordre d'importance. Il est également nécessaire que le répondant y ajoute un indice de polarité (+ ou -) afin de déterminer s'il considère que ce mot a une connotation plutôt positive ou négative, ou un « 0 » s'il considère ce mot comme neutre (MONACO et GUIMELLI, 2008). Au total, 3 questions composent cette évocation hiérarchisée. L'objectif est d'identifier les RS des MK concernant les douleurs chroniques des patients, d'établir le noyau central et certains éléments périphériques de la RS et d'obtenir la polarité ou la neutralité de ces représentations. Puis, 2 questions ouvertes abordent également les RS des MK sur ce qu'est un patient douloureux chronique selon eux, l'image qu'ils s'en font et quelles pathologies peuvent être associées à la douleur chronique. Les objectifs pour ces questions sont d'identifier les pathologies caractéristiques des douleurs chroniques selon les MK mais également d'identifier les représentations des MK sur le profil d'un patient présentant des douleurs chroniques.

La troisième partie est orientée sur la rééducation et notamment sur les profils de patients et les facteurs influençant la rééducation. 4 questions y sont posées dont 1 fermée et 3 ouvertes. Pour ces questions, les objectifs sont d'identifier des profils de patients où la PEC serait plus optimale et les RS des MK associées à ces profils, d'identifier des profils de patient où la PEC risque d'être plus longue et complexe. Un dernier objectif est d'identifier des facteurs impactant les douleurs chroniques et de voir s'il existe un lien entre les RS et ces facteurs.

La dernière partie contient une question ouverte donnant la parole aux répondants ainsi que des remerciements destinés aux participants.

Nous allons à présent évoquer une partie spécifique de ce questionnaire qui est l'évocation hiérarchisée.

3.3. L'évocation hiérarchisée

L'évocation hiérarchisée de J-C. Abric est une méthode qualitative, car elle permet de comprendre les comportements, et comporte 2 étapes. La première étape est une phase d'association libre. Chaque participant inscrit 5 mots ou expressions à propos de la thématique. Nous pouvons ainsi accéder aux différentes représentations des sujets à propos de la thématique (MONNEY et FONTAINE, 2016). Ces 5 mots sont associés à l'objet de la RS étudiée qui est le mot inducteur (MONACO et GUIMELLI, 2008).

La deuxième étape correspond à la hiérarchisation des mots ou expressions en fonction de l'importance accordée par le participant. Cette hiérarchisation peut se faire sur une échelle allant de 1, le plus important, à 5, le moins important. Ainsi, l'ensemble des mots recueillis peut être classé en fonction de la fréquence d'apparition et de l'importance (Degré d'Importance (DI)) accordée par les participants (MONNEY et FONTAINE, 2016). Nous avons donc ici 2 indicateurs qui nous ont été utiles dans l'analyse de nos résultats. A partir de ces 2 étapes, nous pouvons déjà établir une première analyse de la RS. Nous pouvons en effet dégager 4 parties : les mots appartenant au noyau central, ceux appartenant à la première périphérie, ceux appartenant à la deuxième périphérie et également les éléments contrastés (DERNAT et SIMÉONE, 2014). L'analyse prototypique se base sur la fréquence d'apparition des mots et leur importance moyenne et permet d'établir un tableau (Tableau I, inspiré du livre « Méthode d'étude des Représentations sociales » (ABRIC, 2005, p.64)). Cette analyse à la fois quantitative et qualitative permet de mettre en évidence la structure de la RS selon la théorie du noyau central. Ainsi, il est possible de formuler des hypothèses sur la place centrale ou périphérique des mots étudiés dans la RS. L'avantage de l'évocation hiérarchisée est qu'elle permet de recueillir un large contenu d'informations sans être contraignant pour les participants de l'enquête (MONACO et GUIMELLI, 2008).

	Importance élevée	Importance faible
Fréquence d'apparition élevée	Noyau central	Première périphérie
Fréquence d'apparition faible	Eléments contrastés	Deuxième périphérie

Tableau 1 : Tableau typique d'une analyse prototypique à propos de la constitution d'une représentation sociale (ABRIC, 2005, p.64)

Enfin, lors de la dernière étape, les participants doivent associer aux 5 mots un caractère positif ou négatif par rapport au mot inducteur. Cela peut se faire sur une échelle de 7 points

allant de -3 (absolument négatif) à +3 (absolument positif) (MONACO et GUIMELLI, 2008) ou simplement en associant un « + », un « - » ou un 0 si le participant considère le mot comme neutre. Un indice de polarité (IDP) et un indice de neutralité (IDN) sont ainsi obtenus (DERNAT et SIMÉONE, 2014). C'est cette dernière version, détaillée par A. De Rosa, que nous avons choisie (ABRIC, 2005, p.81-117). Le « + » signifie donc que le mot donné par le participant est associé positivement au mot inducteur et inversement pour le « - ». Cette étape peut permettre de mettre en évidence d'éventuelles oppositions dans les représentations des sujets (MONACO et GUIMELLI, 2008).

Grâce à cette méthode, nous pouvons donc identifier la structure de la RS avec son noyau central et les éléments périphériques qui la composent, mais également son contenu en relevant les principaux mots ou expressions qui sont exprimés.

Pour conclure sur notre méthodologie, nous pouvons dire que nous avons mis en place une étude mixte, qualitative et quantitative. L'étude qualitative ayant pour but de comprendre ou d'expliquer un phénomène et dont les résultats s'expriment généralement avec des mots (CLAUDE, 2019). L'évocation hiérarchisée correspond donc tout à fait aux critères d'une étude qualitative. Une étude quantitative a elle pour but de prouver, démontrer des faits par la quantification de phénomène, ceci en fournissant des chiffres, des statistiques explicatives (CLAUDE, 2019). Notre enquête étant un questionnaire qui nous a fourni des données à propos de notre problématique, ce qui correspond donc à une étude quantitative.

3.1. Diffusion du questionnaire

Afin d'obtenir un maximum de réponses possibles mais surtout afin d'obtenir un minimum de 30 réponses, il a fallu utiliser certains outils assurant un minimum de réponses. Pour la réalisation de ce questionnaire, nous avons utilisé le logiciel « Google Form », gratuit et simple d'utilisation. Ce questionnaire a ainsi été diffusé via les réseaux sociaux Facebook et Instagram mais également via l'envoi de mails auprès de différents tuteurs rencontrés en stage. Sur Facebook, différents groupes composés uniquement de MK ont été utilisés. Différents MK suivis par de nombreuses personnes sur Instagram ont été identifiés afin qu'ils partagent ce questionnaire pour élargir la population touchée. Ce questionnaire a donc été diffusé pour la première fois sur Facebook le lundi 11 octobre 2021, ainsi que par mails. Le 14 octobre, une publication par « story » a été effectuée sur Instagram. Une première relance eu lieu sur Facebook ainsi que par mails le 15 octobre. Le 25 octobre, une dernière relance a été faite sur Facebook, Instagram et par mails. Le questionnaire a été clôturé le 1^{er} novembre.

3.2. Méthode d'analyse du questionnaire

Afin de classifier les éléments dans les différentes parties composant la structure de la RS, nous nous sommes basés sur 2 paramètres : la fréquence d'apparition moyenne et le degré d'importance (DI) moyen. Par exemple, le noyau central est donc la partie avec une fréquence

supérieure à la fréquence moyenne et un DI inférieur au DI moyen. De même les éléments contrastés ont un DI inférieur au DI moyen mais une fréquence inférieure à la fréquence moyenne (MONNEY et FONTAINE, 2016).

Par ailleurs, l'évocation hiérarchisée implique le calcul de l'IDP et de l'IDN. L'indice de polarité se calcule de la manière suivante : $IDP = (\text{nombre de mots positifs} - \text{nombre de mots négatifs}) / \text{Nombre total de mots associés}$. L'IDP varie entre -1 et 1. La plupart des mots ont une connotation négative si l'IDP est compris entre -1 et -0,05 et une connotation positive si l'IDP est compris entre 0,05 et 1. Entre -0,04 et 0,04, cela signifie que les mots positifs et négatifs ont tendance à être égaux (DERNAT et SIMÉONE, 2014).

L'indice de neutralité peut se calculer comme ceci : $IDN = (\text{Nombre de mots neutres} - (\text{nombre de mots positifs} + \text{nombre de mots négatifs})) / \text{Nombre total de mots associés}$. De même que pour l'IDP, l'IDN varie entre -1 et 1. Lorsque l'IDN est compris entre -1 et -0,05, la neutralité de l'ensemble des mots est faible, peu de mots ont une connotation neutre. Entre -0,04 et 0,04, il y a autant de mots neutres que la somme de mots positifs et négatifs, la neutralité est moyenne. Pour une neutralité forte, l'IDN est compris entre 0,05 et 1 et la plupart des mots sont connotés de façon neutre (DERNAT et SIMÉONE, 2014). Ainsi, ces 2 indices, calculés pour chacun des mots induits, nous donnent une idée de la connotation positive, négative ou neutre du mot inducteur.

Par ailleurs, pour traiter l'ensemble des données, les logiciels Excel et Jamovi ont été utilisés. Excel nous a permis le calcul de l'ensemble des paramètres qui entrent en compte dans notre évocation hiérarchisée mais également pour l'analyse descriptive de la population et la classification des données des questions ouvertes. L'IDP a été pris en compte dans la réalisation de notre analyse prototypique sans pour autant séparer les mots de polarité différente. Par exemple, les mots « Long + », « Long - », « Long 0 » et « Long » ont été assemblés sous le mot « Long » associé à son IDP moyen. Jamovi a été utilisé pour réaliser l'analyse croisée des données.

3.3. Considérations éthiques

D'un point de vue éthique, lors de la réalisation des questionnaires et des entretiens exploratoires, l'anonymat a été respecté de manière absolue. Pour les entretiens exploratoires, la procédure interne de l'IFPEK a été respectée, notamment concernant l'utilisation des données de cet entretien. Aucun jugement sur quiconque MK ou professionnel de santé ni sur aucune pratique n'a été porté. De manière générale, le code de déontologie des MK concernant les devoirs des professionnels a été respecté (LÉGIFRANCE, 2008), ainsi que le RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données – Règlement Européen) notamment concernant le consentement du patient ainsi qu'au traitement des données à caractère personnel (CNIL, 2018). Le secret professionnel a été conservé conformément aux articles L1110-4 du Code de la Santé Publique (LÉGIFRANCE, 2018) ainsi qu'à l'article 226-13 du Code Pénal (LÉGIFRANCE, 2002).

Pour respecter le droit des patients concernant la recherche, nous nous sommes basés sur la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine ou loi Jardé (LÉGIFRANCE, 2012). Lors de cette enquête, aucune donnée de santé n'est recueillie. Ainsi, cette recherche n'implique pas la personne humaine. L'objectif étant de réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. Les objectifs de ce travail sont l'identification des RS des MK sur les douleurs chroniques des patients et comprendre leurs structures, identifier les représentations que se font les MK sur un patient douloureux chronique et les pathologies associées. Les autres objectifs sont d'identifier des profils de patients qui seraient favorisés dans la PEC mais aussi des facteurs impactant la PEC de ces douleurs chroniques et ainsi en faire ressortir les différents freins et leviers. Nous sommes donc bien dans une recherche n'impliquant pas la personne humaine et correspondant à la méthodologie de référence MR-004 (LEGIFRANCE, 2021).

4. Résultats

4.1. Analyse descriptive de la population

Nous allons commencer cette analyse par décrire les caractéristiques de notre population. Grâce à la diffusion de ce questionnaire par mail et sur les réseaux sociaux, 64 réponses ont été obtenues. Cet effectif se compose de 21 Hommes (32,8%) et 43 Femmes (67,2%). 70,3% des répondants rentraient dans la classe d'âge des 22 à 31 ans. Le reste de la répartition Homme/Femme en fonction de classe d'âge est présenté sur la Figure 6.

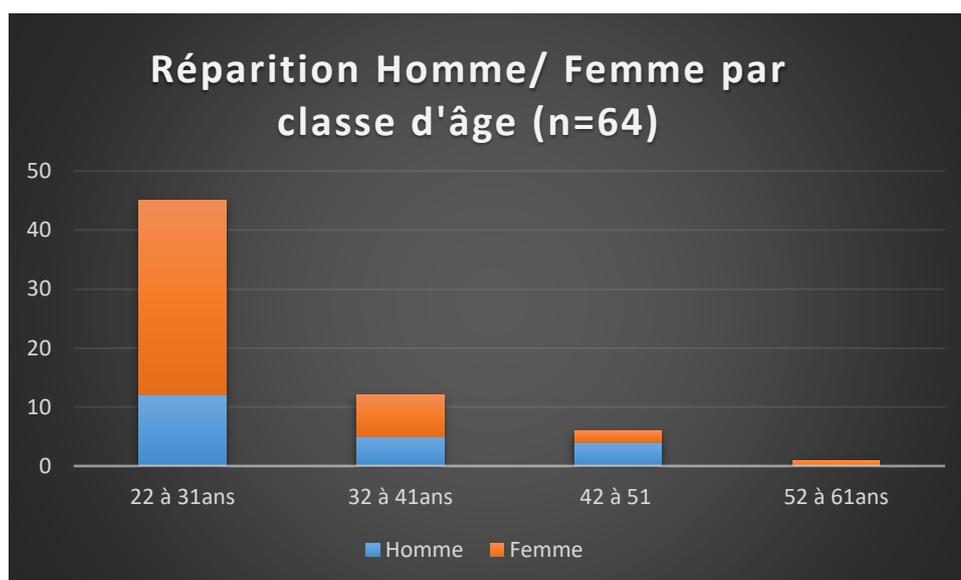


Figure 6 : Répartition de l'effectif Homme/Femme selon leur classe d'âge.

Concernant la date d'obtention du diplôme, 39 personnes (60,9%) ont été diplômées après 2019, contre 25 (39,1%) avant 2019. La date de 2019 correspond à la première promotion diplômée suite à la nouvelle réforme des études du 2 septembre 2015.

À propos des différentes formations réalisées (Tableau 2), les formations autour de la thérapie manuelle, de la kinésithérapie du sport sont celles qui ont attiré le plus de MK dans l'effectif de répondants. Il est intéressant de relever que 6 personnes ont réalisé une formation spécifique concernant la douleur mais aussi que 4 personnes ont réalisé un autre métier avant la Masso-kinésithérapie, dont 3 dans une profession autour de la santé. Enfin, 5 des MK pratiquent également l'ostéopathie.

Catégories de Formations réalisées	Formations réalisées	Nombre de personnes par formation
Thérapie Manuelle	Thérapie manuelle, MDT, cervicalgies, CGR, Massage bien être, Busquet	15
Kiné du sport	Kiné du sport, Clinique du coureur, BE judo, Prépa physique	11
Epaule	E-learning Jo Gibson, CGE, épaule au top, sohier	8
Formation de Kinésithérapie spécifique	Vestibulaire, Pédiatrie, Gériatrie, Réanimation	6
Formation autour de la douleur	(Prise en charge des TCC des douleurs chroniques, neuroscience de la douleur avec Laurent Fabre, explain pain, hypnose, douleur chronique)	6
Autres formations	1er secours en santé mentale, ETP, pilate, Dry needling, master en ergonomie, Posturologie, recherche clinique, jeune sapeur-pompier, électrothérapie, Entretien motivationnel, Abdominaux de De Gasquet, Viscéral	11
Ostéopathie	Ostéopathe	5
Ancien métier	Enseignant APA, Manipulateur en électroradiologie médicale, Vendeuse	4
Aucune formation		17

Tableau 2 : Les différentes formations réalisées par les répondants

Concernant le statut des répondants, la majorité pratique une activité uniquement libérale (67,2%). 17,2% ont une activité uniquement salariée et 15,6% ont une activité mixte. Dans ces derniers, tous ont une activité libérale associée à la pratique de la masso-kinésithérapie en club sportif (3), ou en établissement (6) (EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)), SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) en hôpital, service gériatrie en hôpital, foyer handicap, IME (Institut Médico-Educatif) ou clinique psychiatrique).

4.2. Evocation hiérarchisée

	Importance élevée (DI < 2,919)	Importance faible (DI > 2,919)
Fréquence d'apparition élevée (>7,14)	Noyau central : Kinésiophobie (F = 13 ; DI = 2,31 ; IDP = -0,83) Fatigue (F = 12 ; DI = 2,5 ; IDP = -1) Handicap (F = 11 ; DI = 2,73 ; IDP = -0,82) Éducation (F = 11 ; DI = 2,27 ; IDP = 0,82) Complexe (F = 10 ; DI = 2,9 ; IDP = -0,8) Biopsychosocial (F = 9 ; DI = 2,44 ; IDP = 0,44) Psychologie (F = 9 ; DI = 2,89 ; IDP = -0,25) Dépression (F = 9 ; DI = 2,56 ; IDP = -0,89)	Première périphérie : Long (F = 20 ; DI = 2,95 ; IDP = -0,75) Pathologie chronique (F = 8 ; DI = 4,25 ; IDP = -0,29)
Fréquence d'apparition faible (<7,14)	Eléments contrastés : Communication (F = 6 ; DI = 2,17 ; IDP = 1) Écoute (F = 6 ; DI = 2,5 ; IDP = 0,6) Souffrance (F = 6 ; DI = 2 ; IDP = -1) Multifactorielle (F = 6 ; DI = 2,3 ; IDP = 0,17) Pluridisciplinarité (F = 6 ; DI = 2,8 ; IDP = 0,83) Accompagnement (F = 5 ; DI = 2,4 ; IDP = 1) Cerveau (F = 5 ; DI = 2,6 ; IDP = -0,5) Sédentarité (F = 5 ; DI = 2,8 ; IDP = -1) Sensibilisation (F = 5 ; DI = 2,8 ; IDP = -0,6)	Deuxième périphérie : Laborieux (F = 6 ; DI = 3,17 ; IDP = -1) Contexte (F = 6 ; DI = 3,83 ; IDP = -0,17) Patience (F = 6 ; DI = 3,5 ; IDP = 1) Apprentissage (F = 4 ; DI = 3,25 ; IDP = 0,5) Perte de mobilité (F = 4 ; DI = 3,75 ; IDP = -1) Croyances (F = 3 ; DI = 4,33 ; IDP = -0,33) Incompréhension (F = 3 ; DI = 3,33 ; IDP = -1) Cercle vicieux (F = 3 ; DI = 3,33 ; IDP = -1) Émotions (F = 3 ; DI = 3 ; IDP = -0,67)

Tableau 3 : Analyse prototypique des réponses lorsque les mots « douleur chronique » sont utilisés comme mots inducteurs

Dans cette partie, nous avons associé les différents mots par synonymes afin de faciliter l'analyse. Les synonymes et mots associés ont été réunis sous forme de tableau en annexe (Annexe II). Afin de sélectionner les mots, nous avons retenu une fréquence minimum de 3. De plus parmi l'ensemble des mots ayant minimum 3 apparitions, il fallait que ces 3 mots aient une polarité ou une neutralité associée, important pour le calcul de l'IDP et de l'IDN. En effet, certains mots ne possédaient ni « + », ni « - », ni « 0 ». 28 mots ont donc été retenus. Grâce à cette partie, nous avons pu recueillir une partie des RS des MK concernant la douleur chronique, les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Ainsi, à partir des mots « douleur chronique », nous avons obtenu un total de 320 mots, 79 étaient positifs, 156 négatifs et 65 neutres. Il est important de relever que 20 mots ne possédaient ni polarité ni neutralité, le calcul des IDP et IDN s'est donc basé sur les 300 mots qui possédaient une polarité. Nous avons ainsi obtenu un IDP de -0,257 et un IDN de -0.567 pour les mots « douleur chronique ». La plupart des mots sont donc connotés négativement et la neutralité associée est faible, peu de mots ont une connotation neutre. Concernant la dispersion, 201 mots différents ont été relevés, l'indice de dispersion étant donc de 0,63. La fréquence moyenne était de 7,14 et le DI moyen de 2,919.

Dans le tableau 3 ci-dessus, le noyau central est conséquent et possède plusieurs éléments avec une forte connotation négative, indiquée par les IDP. Les mots « Kinésiophobie », « Fatigue », « Handicap », « Complexe » ou encore « Dépression ». Par ailleurs, ce noyau central possède également quelques éléments positifs avec le mot « Biopsychosocial » mais aussi le mot « Éducation » ayant une forte connotation positive avec un IDP supérieur à 0,8. Nous obtenons une fréquence moyenne de 10,5, un DI moyen de 2,575 et un IDP moyen de -0,42. Le noyau central reste donc à connotation négative malgré la présence de mots fortement connotés positivement.

En ce qui concerne les éléments contrastés, seuls 4 mots possèdent un IDP négatif : « Sédentarité », « Sensibilisation », « Cerveau » et « Souffrance ». Les 5 autres mots possèdent un IDP positif avec notamment les mots « Communication », « Accompagnement » et « Pluridisciplinarité » qui possèdent un IDP supérieur à 0,8 et ayant donc une forte connotation positive. Au contraire, le mot « Sédentarité » possède lui une forte connotation négative. Dans cette partie, la fréquence moyenne est moins importante que dans le noyau central (F= 5,56). Cependant, le DI est inférieur (DI= 2,493) au DI moyen et l'IDP moyen est légèrement positif (IDP= 0,056). Sur notre échantillon, les éléments contrastés ont une fréquence moyenne moins élevée mais présente plus d'importance aux yeux des répondants avec une connotation légèrement positive.

Concernant la 1^{ère} périphérie, seuls 2 mots la composent : « Long » et « Pathologie chronique ». Il semble intéressant de relever que pour le mot « Pathologie chronique » ayant une fréquence de 8, le mot « Lombalgie » y est associé à 6 reprises. En moyenne, la fréquence est de 14, le DI est de 3,60 et l'IDP est de -0,518. La fréquence est donc plus importante que pour le noyau central mais le DI est moindre comparativement au noyau central ou aux éléments contrastés. De plus, l'IDP a, là aussi, une connotation négative, les 2 mots composant cette périphérie ayant un IDP négatif. Ces chiffres restent à relativiser du fait que seulement 2 mots la composent.

Enfin, sur les 9 mots de la 2^{ème} périphérie, seuls 2 mots ont une connotation positive : « Apprentissage » et « Patience » avec des IDP respectifs de 0,5 et 1. Les mots « Laborieux » et « Contexte » sont les 2 mots ayant la plus forte fréquence avec une connotation négative, connotation fortement négative pour le mot « Laborieux ». Les mots « Cercle vicieux », « Incompréhension » et « Perte de mobilité » ont également une forte connotation négative avec

un IDP de -1. La fréquence moyenne est ici de 4,22, le DI moyen de 3,5 et l'IDP moyen de -0,407. Nous pouvons relever que le DI est légèrement supérieur à celui de la première périphérie.

Globalement, l'IDP moyen des 4 catégories vient confirmer l'IDP global de cette évocation. Effectivement, 3 des 4 cases de ce tableau ont un IDP moyen négatif rappelant le fait que la plupart des mots de cette évocation possèdent une connotation négative. Le récapitulatif de l'ensemble de ces données est présent en annexe III.

4.3. Douleur chronique et rééducation

Après cette partie sur l'évocation hiérarchisée, les MK ont répondu à différentes questions nous permettant de recueillir leurs RS mais aussi d'identifier des facteurs, des leviers et des freins dans la rééducation de la douleur chronique.

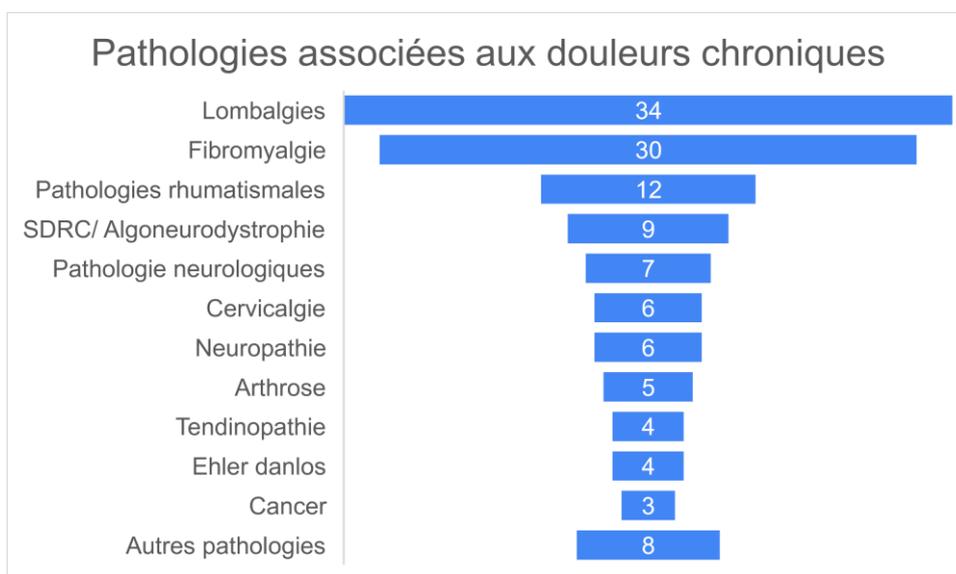


Figure 7 : « Pouvez-vous me citer au moins une pathologie à laquelle vous associez les douleurs chroniques ? (3 réponses maximum) » (Question 10)

Lorsque nous avons demandé aux MK à quelle pathologie ils associent les douleurs chroniques (Figure 7), 2 pathologies ressortent clairement du lot : la lombalgie et la fibromyalgie. 54% et 47% des participants ont respectivement évoqué ces 2 pathologies. Les pathologies rhumatismales telles que la polyarthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite ankylosante sont également évoquées par 18% des répondants. Ensuite viennent le Syndrome Dououreux Régional Complexe, les maladies neurologiques regroupant les Accident Vasculaire Cérébraux (AVC), la maladie de Parkison et la Sclérose En Plaques (SEP) puis les neuropathies (névralgie, allodynie, douleurs neuropathiques). Les tendinopathies d'épaules et les épicondylites ont été citées puis d'autres pathologies comme les capsulites, les migraines ou l'arthrite sont arrivées avec un faible nombre de réponses.

À la question « Quelle image vous faites-vous d'un patient présentant une douleur chronique ? », les réponses furent très variées et distinctes provoquant une difficulté pour classer les différents éléments. Nous avons néanmoins pu identifier 7 grandes catégories,

représentées sur la figure 8 (tableau complet en annexe IV), parmi lesquels 103 mots ont été classés. La réponse d'un MK a été jugée inexploitable. Les répondants imaginent un patient avec une douleur chronique comme ayant un « profil psychologique complexe » associé à un « rapport à la douleur » particulier mais également ayant des problèmes dans son environnement, liés à la PEC mais aussi un patient fatigué, ayant un souci avec la pratique d'activité physique et d'investissement dans la rééducation. Concernant le profil psychologique complexe, d'autres mots cités tels que « Souffrance », « Dépression », « Anxieux », « Fragile », « Perte de confiance », « Patient perdu » ou encore « Patient découragé » ont été intégrés dans cette catégorie. Le « Rapport à la douleur » correspond ici aux patients « centrés sur leurs douleurs », « plaintifs », « marqués et impactés par leurs douleurs », ayant « peur du mouvement » mais également aux patients « courageux », « neutres », « repliés sur eux-mêmes » ou encore ayant « des représentations sociales sur leur pathologie ». C'est une catégorie large mais qui montre le rapport du patient à la douleur et certaines actions qui vont en découler. La catégorie « Activité physique et investissement » fait ici référence au patient « sédentaire » voir « déconditionné », « peu motivé par l'activité physique » mais aussi ayant un comportement « passif » et étant « difficile à satisfaire dans le soin ». L'environnement du patient prend en compte l'environnement familial et professionnel, la situation socio-économique, notamment les personnes « sans emploi » et les « retraités », les différents drapeaux jaunes ou le « contexte biopsychosocial compliqué » que peuvent présenter les patients douloureux chroniques. Dans cette famille de mots, est incluse également l'image du patient « surmené », « isolé » et « incompris » par son entourage. Par ailleurs, les MK se représentent également un patient ayant une douleur chronique comme quelqu'un particulier à prendre en charge, en « recherche et demande d'aide » et « ayant besoin d'un accompagnement ». La PEC est « difficile », « globale », se doit d'être « pluridisciplinaire ». Le patient est souvent « complexe », « lourd à gérer », et ayant eu une « mauvaise prise en charge initiale ». Le mot « Fatigue » étant difficile à catégoriser et apparu un nombre de fois conséquent comparativement aux autres mots, nous avons décidé d'en faire une catégorie.

Cependant, 7 répondants ont indiqué que, pour eux, il était difficile d'avoir une image précise d'un patient avec une douleur chronique. « Chaque patient est unique », le profil « dépend de la pathologie », « il existe pleins de schémas possibles » sont des exemples de réponses à cette question.

Pour résumer cette partie, malgré le fait que le profil peut être très variable, certaines caractéristiques peuvent ressortir. Selon les répondants, un patient douloureux chronique serait une personne ayant un « profil psychologique complexe », « perdu », « passif » dans le soin et « sédentaire ». Ce patient serait « isolé » socialement et « incompris par son entourage » avec une « situation professionnelle compliquée ». Ce patient serait également « fatigué au niveau physique et moral », il serait très « centré sur sa douleur », souvent « plaintif », et « impacté quotidiennement » par sa douleur. La PEC d'un patient douloureux chronique serait donc

« complexe », « difficile à gérer » et ayant eu une « PEC initiale mauvaise » avec une « errance médicale » et « des discours différents » entre les professionnels.

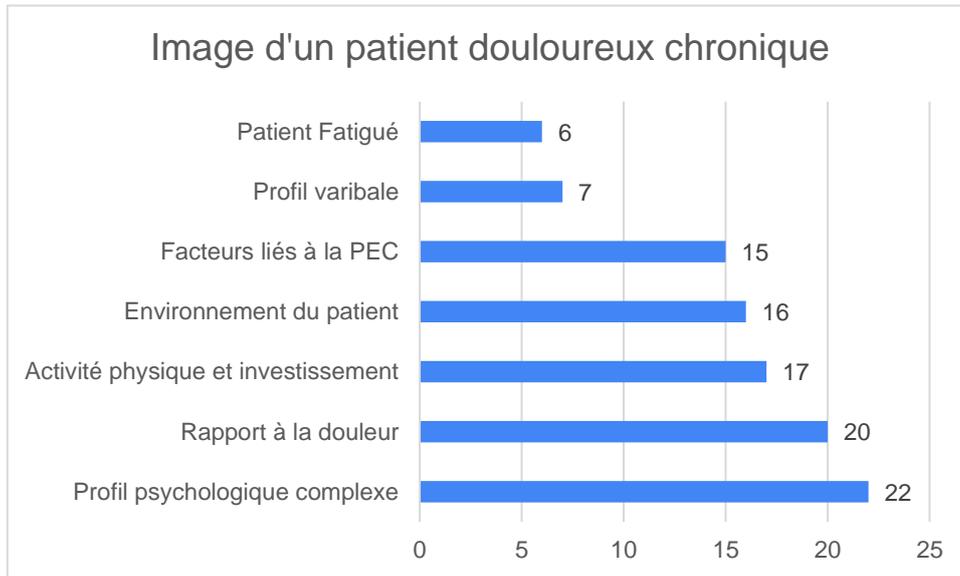


Figure 8 : « Quelle image vous faites-vous d'un patient présentant une douleur chronique ? » (Question 11)

Concernant la question 12, « Estimez-vous que la prise en charge des douleurs chroniques soit plus optimale chez certains profils de patient ? », la figure 9 nous montre que 56,3% des répondants pensent que le profil du patient va impacter la PEC. Cependant, 29,7% des répondants n'avaient pas d'opinion sur cette question. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la difficulté d'interprétation du mot « profil » et la difficulté à identifier un profil particulier. La question suivante faisait suite à cette question 12. Ainsi, sur les 36 répondants, 35 ont justifié leurs réponses en indiquant les principales caractéristiques que doit avoir un patient afin d'avoir une PEC optimale (Tableau 4). Nous avons ainsi obtenu 47 éléments classés en 7 familles, plusieurs MK ayant cité différents éléments. Pour ces MK, 2 qualités se dégagent. Il faudrait que le patient ait une attitude positive, qu'il soit impliqué, motivé, déterminé, optimiste. Il faudrait également qu'il soit actif dans sa rééducation, dynamique voire sportif. D'autres caractéristiques reviennent avec moins d'importance telle que la classe sociale, la stabilité émotionnelle, l'alliance thérapeutique ou encore le fait d'avoir un diagnostic établi.

La prise en charge peut-elle être plus optimale en fonction du profil du patient ?

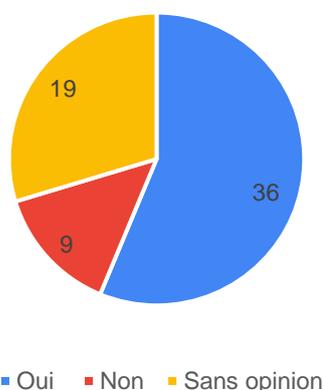


Figure 9 : « Estimez-vous que la prise en charge des douleurs chroniques soit plus optimale chez certains profils de patient ? »

Principales caractéristiques	Principaux mots associés	Nombre de réponses par caractéristique
Attitude du patient	« Investi », « motivé », « déterminé », « envie de guérir », « recherche active de solution », « optimiste », « positif », « grande résilience », « battant, positif », « patient à l'écoute du MK »,	20
Patient dynamique	« Dynamique », « actif », « sportif », « n'a pas peur »	13
Alliance thérapeutique établie	« Compréhension mutuelle des 2 côtés », « alliance thérapeutique qui fonctionne »	3
Classe sociale	« Patient instruit », « profession libérale et artisan », « cortiqué », « niveau d'éducation modéré à haut »	4
Stabilité émotionnelle	« Moins angoissé », « moins stressé »	3
Diagnostic clair et établi	« Posé », « étiqueté », « origine biomécanique »	3
Pathologie particulière	« Fibromyalgie », « pathologie neurologique chronique », « polyarthrite »	2

Tableau 4 : Caractéristiques du profil d'un patient où la rééducation serait la plus optimale possible (Question 13)

Suite à cette question s'intéressant au profil du patient permettant une rééducation « optimale », nous avons posé la question opposée : « Selon-vous, avec quel(s) profil(s) de patient les douleurs chroniques risquent-elles de durer ? ». Pour cette question, 107 éléments de réponses ont été classés, en sachant qu'une réponse était inexploitable et qu'une personne n'a pas su répondre. 6 grandes catégories ont là encore été identifiées et sont détaillées dans le tableau 5. Celle qui revient avec le plus d'importance est « les attitudes et comportements du patient ». Selon les répondants, il semblerait que l'attitude du patient soit la caractéristique qui impacte le plus négativement la durée de PEC. Le manque d'investissement, la passivité, la sédentarité mais aussi les patients kinésiophobes, peu observants, négatifs voir feignants seraient les patients qui auraient donc le plus de difficulté à se débarrasser de leurs douleurs chroniques. Ensuite, le profil psychologique, c'est-à-dire le stress, le manque de résilience ou la dépression, ainsi que le contexte BPS tels que l'isolement, l'environnement familial ou encore l'environnement professionnel, seraient des caractéristiques propres au patient qui provoqueraient un allongement de la durée de PEC. Enfin les facteurs médicaux et intrinsèques du patient ainsi que ses représentations seraient des caractéristiques à prendre en compte mais moins importantes que celles précédemment citées. Il semble important de noter qu'une relation thérapeutique mal établie joue un rôle dans cette PEC qui dure, notamment lorsqu'il y a un manque de confiance ou de communication.

Principales caractéristiques	Principaux mots associés	Nombre de réponses par caractéristique
Attitudes et du comportements du patient	« Pas d'investissement », « Passivité », « pas d'activité physique », « sédentaire », « peu actif », « Ceux qui ne veulent pas aller mieux, ne veulent pas changer de traitement, ceux qui ne veulent pas reprendre leurs activités » « Patient en victime » « Enfermé dans sa douleur » « Apparence physique négligé » « Patient moins expansif » « Kinésiophobie » « Bénéfices secondaires aux arrêts de travail » « Peu observant » « Patient négatif, pessimiste » « Patient dans le surquestionnement », « démotivés, résignés », « feignants »	42
Profil psychologique et mental	« Dépression ou ATCD dépressif », « détresse psychologique », « besoin d'un accompagnement psychologique plus important », « contexte ou profil psychologique complexe » « Stress » « Fatigue, Fragile » « Instabilité émotionnel » « Moins de résilience »	24

Contexte BioPsychoSocial et du Environnement patient	« Drapeaux jaunes nombreux », « gros problèmes perso », « travail difficile (fatigue, salaire) », « métier peu apprécié », « condition travail difficile », « Sans emploi », « En bas de l'échelle sociale » « Remise en question perpétuelle par l'entourage », « problème dans les relations familiales », « lourdes charges mentales à la maison » « Contexte socio-culturel défavorable » « Contexte BPS compliqué, défavorable » « Isolement »	19
Représentations du patient	« Beaucoup d'idées préconçues », « Recherche de sauveur/ miracle », « Mauvaise attente du traitement », « attente de traitement passif miracle »	8
Relation Thérapeutique	« Pas de confiance au soignant » « Pas d'adhésion au traitement » « Manque de communication » « Patient n'ayant pas eu d'ETP » « Plainte non entendu ou non comprise par corps médical »	7
Facteurs médicaux et intrinsèques du patient	« Douleur qui a débuté il y a longtemps », « Patient en surpoids », « facteur de comorbidité » « Mauvaise expérience passée » « Maladie grave » « Agé »	7

Tableau 5 : Caractéristiques du profil d'un patient où la rééducation risque de durer (Question 14)

Pour la question 15, lorsque nous nous intéressons à l'ensemble des facteurs qui peuvent impacter la douleur chronique dans notre PEC, nous pouvons nous apercevoir que les réponses s'organisent autour de 10 facteurs présentés sur la figure 10 (tableau complet en Annexe V). 146 éléments ont été traités pour 61 réponses, 3 étant inexploitable. Par ailleurs, dans cette question, certains éléments ont déjà été évoqués dans les questions précédentes tels que l'environnement du patient, son état psychologique ou encore ses propres attitudes. De plus, d'autres éléments apparaissent pour la première fois, c'est le cas notamment de l'attitude du MK, 17 répondants l'ont évoqué. Cette catégorie correspond à l'empathie, l'écoute, la communication, l'attitude de soutien ou d'accompagnement et la motivation du MK. Néanmoins, le discours nocébo, le langage négatif, le pessimisme et le catastrophisme du praticien sont également retrouvés dans les réponses. Ainsi, ces facteurs, qu'ils soient positifs ou négatifs, semblent impacter la PEC d'un patient présentant une douleur chronique. Par ailleurs, les MK abordent des facteurs relatifs à la PEC. Parmi les 18 réponses, le fait que la PEC se doit d'être adaptée au patient et qu'il faut chercher à connaître son patient, ses besoins, mais aussi l'importance des résultats lors des premières séances font partie de ces facteurs. Dans ces mêmes facteurs des techniques tels que les étirements, le massage, la réintégration du mouvement, le renforcement musculaire,

l'éducation à la douleur ou encore la mauvaise quantification de la charge ont été abordées. De plus, les attitudes du patient comme la motivation, son optimisme, sa volonté, la confiance en la thérapie ou l'acceptation du changement, mais aussi les habitudes du patient concernant son sommeil, son alimentation, son niveau d'activité physique semblent être des facteurs qui vont influencer la PEC. Un facteur moins évoqué mais qui semble tout de même important est la relation thérapeutique. Elle est liée aux attitudes des patients et MK et comprend notamment la relation de confiance entre les 2 parties, le choix de la thérapie par le patient ou l'adhérence aux traitements. Lorsque les facteurs relatifs au corps médical sont décrits, ils font appels aux notions de non-reconnaissance de la pathologie par l'équipe médicale, aux discours nocebos ou discordants, aux fakemed ou bien à une PEC basée uniquement sur l'aspect structurel. Les derniers facteurs font appel à l'autonomie du patient, son auto-efficacité face à la douleur ainsi qu'à ses expériences et ses représentations, c'est-à-dire son vécu personnel, les fausses croyances et représentations ou encore les « avantages et inconvénients que le patient peut avoir à souffrir ». Nous pouvons noter enfin la présence de 4 praticiens qui ont répondu « Tout », montrant les nombreux facteurs à prendre en compte dans la PEC d'une douleur chronique.

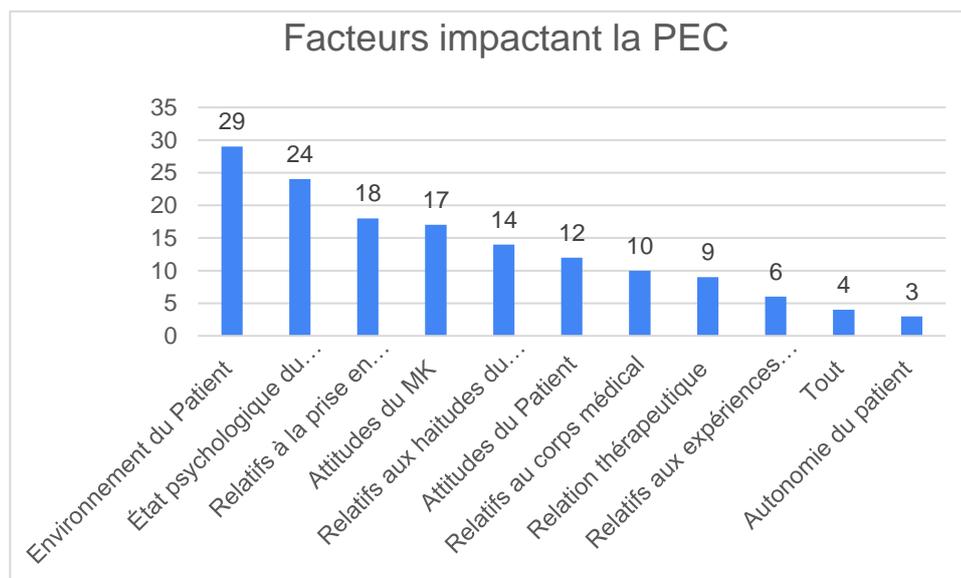


Figure 10 : « Selon vous, qu'est ce qui peut impacter la douleur chronique dans la prise en charge du patient ? » (Question 15)

Enfin, la dernière question laissait au répondant la possibilité d'ajouter quelque chose. Un MK a tenu à dire que l'important était d'avoir une PEC globale, de prendre en compte tous les paramètres, tout ce qui pose problème pour arriver à traiter le patient. Un deuxième MK évoque son opinion sur la PEC actuelle des douleurs chroniques. Il pense que la PEC de la douleur chronique est « très mauvaise, que ce soit chez les spécialistes, médecins ou kinés ». Le discours « centré sur l'organique et peu sur l'émotionnel et l'éducation » serait la tendance actuelle mais qui serait en voie de changement depuis quelques années. Un autre MK aborde le fait que les patients sportifs et investis dans leur rééducation arriveraient plus facilement à sortir de ce cercle vicieux qu'est la douleur chronique. Il explique également que beaucoup de patients auraient plus de bénéfices à continuer de venir en séance de kinésithérapie, les MK s'occupent des patients

qui vivraient un « moment agréable ». Ensuite, un MK évoque l'importance de se donner des objectifs atteignables mais également qu'un patient chronique ne doit pas forcément impliquer un traitement long. Enfin, un dernier répondant aborde l'importance d'une PEC pluridisciplinaire et une bonne communication entre les différents professionnels de santé.

Après cette partie descriptive de nos résultats, nous allons à présent comparer certains résultats en fonction de différents paramètres.

4.4. Analyse comparative

Dans cette partie, nous allons comparer l'IDP moyen de différents groupes afin d'évaluer l'influence de certains paramètres sur la polarité de la RS. Pour ce faire, nous avons au préalable calculé l'indice de polarité individuel en combinant et réalisant la moyenne de la polarité des 5 mots par individus. Au total, 5 individus n'ont donné aucune polarité à leurs mots, ainsi, cette analyse comparative est basée sur 59 IDP individuels.

Cependant pour faire cette analyse nous avons dû évaluer la distribution de notre population.

4.4.1. Distribution de la population

Afin de réaliser les différents tests statistiques, il convenait de savoir si nous devons utiliser des tests paramétriques ou non. Pour utiliser des tests paramétriques, il faut plusieurs conditions d'application. Dans notre cas, il fallait savoir si la distribution suit ou non une loi normale.

Nous posons les hypothèses suivantes ;

- H0 : pas de différence entre la distribution de la variable et la loi normale, c'est une distribution normale
- H1 : différence significative entre la distribution de la variable et la loi normale, ce n'est pas une distribution normale

Si la p-value $p < 0,05$, alors H0 est rejetée, H1 est acceptée, et la distribution ne suit pas une loi normale. À l'aide du logiciel Jamovi, un test de Shapiro-Wilk a été réalisé pour les variables « IDP », « Âge » et « Date de diplôme ». Des p-value respectives de 0,016, et inférieure à 0,01 pour les 2 dernières variables ont été obtenues. Ainsi, nous pouvons rejeter H0 et accepter H1, les différentes variables citées ne suivent pas une distribution normale, des tests non paramétriques ont donc été réalisés.

4.4.2. Croisement entre IDP individuel et sexe, statut, catégorie d'âge et date de diplôme.

Il semblait intéressant de comparer l'IDP individuel en fonction de différentes variables. Effectivement, le sexe et la catégorie d'âge semblaient pouvoir impacter l'IDP individuel notamment par l'expérience et le vécu de chacun. Par exemple, le fait d'être plus âgé peut impacter positivement ou négativement l'IDP comparativement à une population plus jeune. De plus, la date de diplôme peut également impacter l'IDP individuel. Il semblait pertinent de savoir si la réforme de 2015 sur les études de masso-kinésithérapie pouvait impacter cet IDP en fonction de la date de diplôme, avant ou après 2019. Enfin, croiser l'IDP individuel et le statut semblait pertinent car les populations rencontrées en libéral ou en salariat ne sont pas les mêmes et cela peut potentiellement impacter l'IDP. Afin de comparer l'IDP individuel avec ces différentes variables, nous avons utilisé 2 tests non paramétriques : le test de Kruskal-Wallis, pour une comparaison entre plusieurs échantillons (exemple : les différentes catégories d'âge) et le test de Mann-Whitney U, pour une comparaison de l'IDP entre 2 échantillons (exemple : Homme et Femme) (XLSTAT, 2022). Ces tests nous permettent de calculer la p-value « p ». Dans ces tests, plus elle est faible et plus le test est significatif, le seuil de significativité étant 0,05. Ainsi, si $p < 0,05$, il est peu probable que les résultats observés soient dû au hasard (PELACCIA, 2019, p.120). Pour chacun des 4 tests que nous avons réalisés, 2 hypothèses ont été posées :

- H0 : Il n'y a pas de différence significative entre les 2 échantillons, la différence est due au hasard
- H1 : Il existe une différence significative entre les 2 échantillons.

Ainsi, si $p > 0,05$, alors H1 est rejetée et H0 est acceptée et si $p < 0,05$, alors H0 est rejetée et H1 est acceptée (PALLOT, 2019, p.207-209). Le tableau 6 résume les résultats des tests statistiques. Nous pouvons observer que toutes les p-value sont supérieures à 0,05. Ainsi, il n'existe pas de différence significative de l'IDP en fonction de la catégorie d'âge, la date de diplôme, le sexe ou le statut dans notre échantillon.

Croisements	Tests Utilisés	P-Value
IDP et Sexe	Mann-Whitney U	0,713
IDP date de diplôme	Mann-Withney U	0,638
IDP et statut	Kruskal-Wallis	0,243
IDP et catégorie d'âge	Kruskal-Wallis	0,523

Tableau 6 : Tableau récapitulatif des tests statistiques réalisés

4.4.3. Croisement entre formation complémentaire et IDP individuel

Enfin, évaluer un potentiel lien entre l'IDP individuel et la réalisation de certaines formations complémentaires a semblé pertinent. Lorsque nous calculons l'IDP moyen en fonction des formations complémentaires, nous obtenons la figure 12. Cette figure montre que les personnes ayant effectué une formation sur la douleur ont l'IDP moyen le plus proche de 0. La réalisation de formations complémentaires autour de la douleur pourrait expliquer que les RS soient moins négatives que pour le reste des répondants. Par ailleurs, les ostéopathes ou anciens ostéopathes et les personnes ayant réalisé des formations en kinésithérapie spécifique ont un IDP moyen plus important et semblent avoir des RS plus négatives que le reste de l'échantillon. De plus, l'IDP moyen des répondants ayant fait une formation sur l'épaule, en kiné du sport ou un ancien métier est proche de 0. Il semblerait que ces personnes aient des RS de la douleur chronique moins négatives comparativement aux autres formations. Cependant, les effectifs étant très réduits et les chiffres n'ayant pas de grands écarts, nous ne pouvons en déduire aucune conclusion.

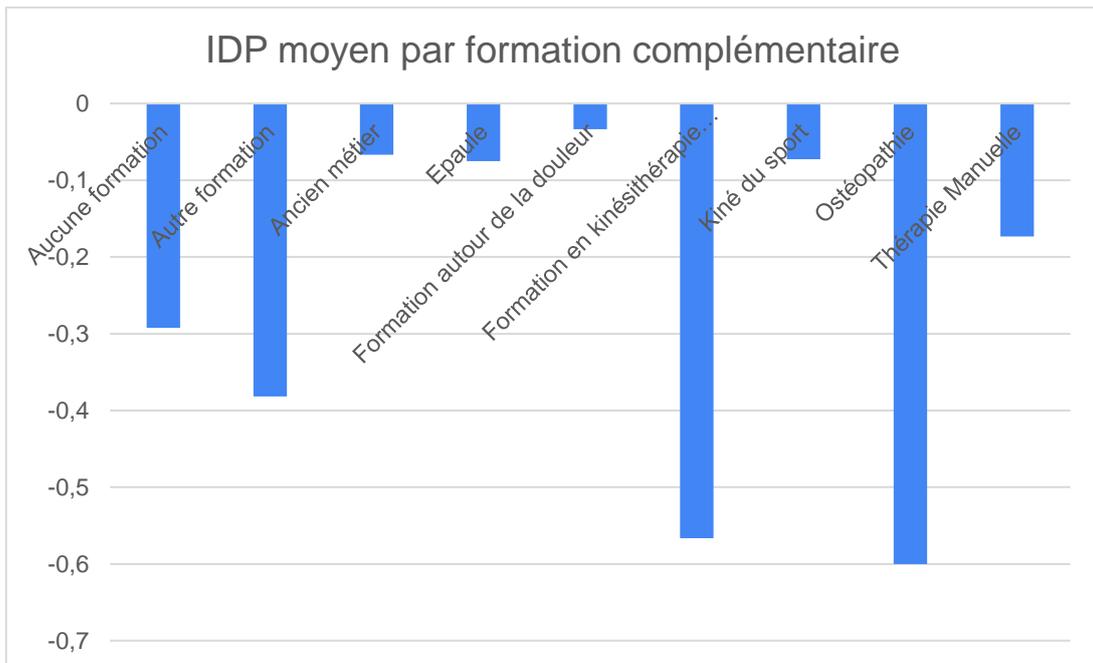


Figure 11 : IDP moyen en fonction des formations complémentaires réalisées

Nous avons obtenu des résultats intéressants, nous apportant différents points à aborder et à discuter. En effet, ces résultats nous permettent-ils d'observer des différences entre les RS des patients et celles des MK sur la douleur chronique ? La vision des MK sur les douleurs chroniques est-elle bien négative ? Nous permettent-ils de savoir si ces RS sont un obstacle à la rééducation ? Nous allons donc analyser ces résultats dans la discussion et aborder les implications cliniques qui en découlent.

5. Discussion

Avant de reprendre le fil de ce mémoire, il est important de rappeler les différents objectifs de ce travail. Le premier est d'identifier les RS des MK sur les douleurs chroniques de leurs patients et de comprendre leurs structures. L'objectif suivant est de comparer les RS des MK et des patients sur les douleurs chroniques. Le troisième objectif est d'identifier la représentation que peut se faire un MK d'un patient douloureux chronique et des pathologies qui lui sont associées. Enfin, le dernier objectif est d'identifier les facteurs impactant la PEC de la douleur chronique et donc des leviers et freins potentiels. Rappelons également que notre problématique est : Comment les représentations sociales des MK sur les douleurs chroniques des patients, impactent-elles la rééducation ? Cette problématique nous a menée aux hypothèses suivantes :

- Les RS des MK sur les douleurs chroniques ont globalement une connotation négative.
- Les RS des MK sur les douleurs chroniques de leurs patients sont un obstacle à la rééducation
- Les RS des MK présentent des similitudes avec celles des patients mais avec un noyau central différent.

Nous allons donc, dans cette partie, tenter de répondre aux différents objectifs et de valider ou infirmer les hypothèses émises. Ainsi, nous reviendrons sur les principaux résultats de notre questionnaire. Dans un deuxième temps nous évaluerons la cohérence externe de ce travail. Nous nous intéresserons ensuite à la cohérence interne en abordant les forces et les limites de ce travail. Par la suite, nous évoquerons les différentes perspectives de recherches. Pour terminer cette partie, nous examinerons les différentes implications cliniques de ce mémoire.

5.1. Analyse des principaux résultats

Nous allons commencer cette discussion par analyser nos principaux résultats et donc tenter d'accepter ou de rejeter les différentes hypothèses émises. Concernant l'évocation hiérarchisée, sur les 320 mots obtenus, dont 300 avec une polarité, 156 avaient une connotation négative. L'IDP moyen était donc de -0,257, ce qui montre globalement que les RS des MK sur les douleurs chroniques ont globalement une connotation négative. De plus, en analysant le noyau central, qui fonde les bases de la représentation, l'IDP moyen est de -0,42, donc une connotation plus négative comparé à l'IDP moyen de la RS. Sur les 8 mots du noyau central, seul « Éducation » et « Biopsychosocial » ont une connotation positive. L'IDP moyen de la 1^{ère} périphérie est de -0,518, pour les éléments contrastés il est de 0,056 donc à connotation positive, et de -0,407 pour la 2^{ème} périphérie. D'une façon globale, nous pouvons accepter la première hypothèse, les MK ont des RS globalement négatives concernant les douleurs chroniques des patients.

5.1.1. Des Représentations sociales obstacles à la rééducation

A présent, il convient de se demander si ces RS à connotation négative pourraient faire obstacle à la rééducation. Il est certes difficile d'évaluer l'impact direct des RS sur l'efficacité d'une technique ou d'une PEC. Cependant, comme nous l'avons évoqué dans la partie sur les fonctions des RS, leur aspect normatif leur donne une fonction de guide des actions, des comportements (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Ces normes vont guider et orienter les pratiques de chacun (MANNONI, 2016, p.43-65). De plus, les RS ont un rôle essentiel dans la communication et la compréhension au sein d'un groupe d'individus, servant de grille de lecture de la réalité, permettant initiation et justification des conduites (MANNONI, 2016, p.43-65). Lorsque les RS sont différentes entre 2 groupes, comme entre chasseurs et écologistes sur la protection de la nature, la compréhension et la communication seront impactées (LO MONACO et LHEUREUX, 2007). Ainsi, dans la relation thérapeutique, mais plus globalement dans la PEC d'un patient, les RS des MK vont impacter leurs attitudes, leurs comportements mais aussi leur compréhension de la situation du patient. C'est pourquoi, des RS ayant une connotation négative risquent d'impacter négativement la PEC. Nos résultats ont mis en évidence les différents facteurs impactant la PEC. Parmi ceux-ci, l'environnement du patient, son profil psychologique, son attitude mais aussi l'attitude du MK, la relation thérapeutique, des facteurs liés à la PEC, au corps médical, aux habitudes du patient, à son autonomie ou encore à ses expériences sont tous des éléments à prendre en compte. Ainsi, les RS du MK semblent pouvoir impacter l'attitude du praticien lui-même, la relation thérapeutique et donc les attitudes du patient. Des RS avec une connotation négative risquent d'influencer de manière néfaste l'attitude du MK ce qui peut avoir des répercussions sur la relation thérapeutique et donc potentiellement sur l'attitude du patient. Nos résultats n'ont pas mis en avant de corrélation entre l'IDP individuel et le sexe, l'âge, le statut, les formations complémentaires réalisées ou encore la date de diplôme. Nous avons également évoqué le fait que des différences de RS impactent la communication et la compréhension entre les groupes sociaux. Il convient donc de s'intéresser aux RS des patients concernant la douleur chronique et ainsi de les comparer à celles des MK.

5.1.2. Comparaison des RS des MK et des patients

Les travaux de N. Péoc'h ont permis d'identifier, au moins en partie, la structure des RS des patients concernant la douleur, en différenciant 2 échantillons de patients, médecine/ douleur aiguë et chirurgie/douleur chronique. Tout comme notre travail, elle et son équipe ont diffusé un questionnaire comprenant une évocation hiérarchisée réalisée auprès de 244 sujets, évocation hiérarchisée présentée sur la Figure 12 (PÉOC'H, 2012, p.189). Le noyau central présente les mots « Douleur morale », « Angoisse », « Mal être » et « Désespoir » qui pourrait se rapprocher des mots « Psychologie » et « Dépression » présents dans nos résultats. Le mot « Souffrance » situé dans le noyau central chez les patients est présent dans les éléments contrastés chez les MK. De même, la notion de « Maladie » se retrouve dans la 1^{ère} périphérie sous les mots « Pathologies chroniques » dans la RS des MK. Dans la 1^{ère} périphérie de la RS des patients, les

mots « Gène », « Handicap », « Incompréhension », « Peur » et « Fatigue » sont également retrouvés dans la RS des MK. Les notions de « Handicap », « Fatigue » et « Kinésiophobie » sont centrales chez les MK et le mot « Incompréhension » est lui présent en 2^{ème} périphérie. Les mots « Insupportable » et « Thérapeutique » ne sont cependant pas évoqués chez les MK. Dans les éléments contrastés, des notions liées aux soins sont présentes chez les patients mais non retrouvées chez les MK : « Hôpital », « Médecin », « Guérison », « Soigner » et « Soulagement ». La notion de difficulté et de « Complexité », centrale chez les MK, est également présente via les mots « Combat », « Malheur » ou encore « Stress ». Enfin, concernant la 2^{ème} périphérie, la notion de « Lassitude » rejoint celle de « Laborieux », mots que nous avons associés dans notre travail, qui se distinguent chez les MK. Les mots « Colère » et « Impuissance » avaient également été retrouvés dans notre questionnaire mais avec une faible fréquence et donc non présents dans notre tableau. Les mots « Tristesse », « Pleurs » ou « Injustice », ne sont pas non plus retrouvés chez les MK mais peuvent se rapprocher de la notion de « Souffrance ». Il est intéressant de souligner que des notions importantes se retrouvent dans les 2 RS, notamment concernant le handicap, la fatigue, la souffrance, la kinésiophobie, l'aspect psychologique de la douleur avec quelques différences sur la centralité de chacun des éléments. Cependant, la « Solitude » est centrale chez les patients mais peu évoquée chez les MK. Les concepts liés aux soins comme « Thérapeutique », « Guérison », ou « Soigner » sont également absents chez les MK, les mots liés au ressenti de la douleur comme la « Tristesse », le « Malheur », l'« Injustice », la « Colère » ou l'« Impuissance », le sont moins chez les MK même si les « Émotions » sont évoquées dans la 2^{ème} périphérie. Du côté des RS des MK, des notions liées à la relation thérapeutique sont citées avec l'« Éducation », élément central, ainsi que la « Communication », l'« Écoute », l'« Apprentissage » ou l'« Accompagnement ». L'aspect contextuel du patient est aussi abordé avec les mots « Biopsychosocial » et « Contexte » tout comme les caractéristiques du patient et notamment la « Sédentarité » et les « Croyances ».

Grâce à cette analyse nous pouvons répondre à notre hypothèse concernant les similitudes des RS entre MK et patients et une centralité potentiellement différente. Le noyau central de la RS des patients est plus orienté sur l'aspect psychologique de la douleur et la notion de solitude et de souffrance. Chez les MK, certes l'aspect psychologique est abordé mais il est également évoqué les notions de handicap, d'éducation, de fatigue et de kinésiophobie qui ne sont pas centrales chez les patients. Dans les éléments périphériques, nous avons vu que certains éléments se retrouvaient chez les 2 populations même si de nombreuses différences existent. Donc le noyau central des RS est relativement différent avec l'aspect psychologique qui est commun. Certaines notions sont communes dans les éléments périphériques des RS chez les 2 populations. Les différences existantes pourraient être source d'incompréhension et de problème de communication au sein de la relation thérapeutique. Ces problèmes pourraient donc également être obstacles à la PEC. Un point intéressant à relever est que les praticiens connaissent les clés pour améliorer cette relation thérapeutique puisqu'ils évoquent l'éducation, la communication et l'écoute notamment, mais également la prise en compte de l'aspect psychosocial de la douleur chronique et l'importance de la pluridisciplinarité.

FREQUENCE	IMPORTANCE	
	1 GRANDE	3 FAIBLE
FORTE Fréquence « égal ou sup. à 8 »	Souffrance (88) Mal (58) Solitude (33) Mal-être (20) Angoisse (15) Maladie (13) Douleur morale (8) Désespoir (8) Zone du noyau central	Thérapeutique (25) Insupportable (18) Peur (16) Handicap (15) Gêne (11) Incompréhension (9) Fatigue (9) 1^{re} Périphérie
	FAIBLE Fréquence « égal ou inf. à 8 »	Soulagement (7) Malheur (7) Stress (7) Intense (6) Guérison (6) Médecin (5) Soigner (5) Hôpital (4) Combat (4) Gestion (4) Corps (4) Éléments contrastés

Figure 12 : Analyse des évocations hiérarchisées sur l'objet « douleur » chez des patients (PÉOC'H, 2012, p.216)

5.1.3. Pathologies et facteurs associés à la douleur chronique

Par ailleurs, les principales pathologies que les MK associent aux douleurs chroniques sont la lombalgie et la fibromyalgie, évoquées par 54% et 47% des participants. Viennent ensuite les pathologies rhumatismales, les pathologies neurologiques, le SDRC (Syndrome Douloureux Régional Complexe) ou encore les tendinopathies ou les cervicalgies. Globalement, beaucoup de pathologies musculosquelettiques sont évoquées. Puis, venant avec une fréquence moins importante, les douleurs neuropathiques ou liées à d'autres pathologies comme les cancers. Ceci est donc à prendre en compte lors de l'analyse des RS des MK. En effet, l'image que les praticiens auront du patient va varier en fonction de la pathologie, il est important de relever que les MK imaginent, en priorité, un patient ayant une douleur chronique présentant une lombalgie ou une fibromyalgie. C'est également une donnée à prendre en compte lorsqu'il est demandé ce qui va pouvoir impacter la PEC de cette douleur chronique. En effet, dans ces 2 pathologies qui sont multifactorielles, les facteurs psychosociaux et l'environnement du patient peuvent souvent être mis en cause. En effet, l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) aborde les chutes, l'inactivité physique mais également les risques psychosociaux et les facteurs de risques professionnels comme facteurs de risques les plus courants pour une lombalgie (INRS, 2018). Il en est de même pour la fibromyalgie. L'INSERM explique l'importance des facteurs psychologiques et sociaux dans le déclenchement de cette pathologie. Les traits de personnalité, le sentiment d'isolement social et même les catégories socio-économiques modestes favoriseraient sa survenue (INSERM, 2021). Ces pathologies, nécessitant une grille d'analyse bio-psycho-sociale, peuvent être définies comme présentant des douleurs chroniques primaires,

c'est-à-dire multifactorielles et ne pouvant pas être expliquées par une cause. Dans une fréquence moindre, certaines lombalgies chroniques peuvent néanmoins s'expliquer par une étiologie rachidienne. Au contraire, les pathologies présentant des douleurs chroniques secondaires telles que les douleurs chroniques liées au cancer, viscérales, musculosquelettiques ou encore les douleurs neuropathiques chroniques, sont rattachables à une maladie ou à un mécanisme explicatif de la douleur (CEN, 2016). Il faut ainsi bien garder à l'esprit qu'une partie des réponses aux autres questions sont basées sur le fait que la lombalgie et la fibromyalgie sont les pathologies les plus représentatives des douleurs chroniques pour les répondants.

5.1.4. Profil d'un patient douloureux chronique

Suite à cette question, les MK devaient décrire l'image qu'ils avaient d'un patient douloureux chronique. Les images qui ressortent en majorité sont celles d'un patient fatigué, isolé, avec un profil psychologique complexe, sédentaire et peu motivé par l'activité physique, plaintif, ayant peur du mouvement, présentant un contexte bio-psychosocial et professionnel compliqué, avec parfois une « errance médicale » et donc une PEC qui se doit d'être globale. Par ailleurs, 56% des répondants pensent que le profil du patient peut rendre la PEC optimale. Les caractéristiques qui sont mises en avant correspondent à un patient dynamique, motivé, investi, en recherche active de solution, instruit, stable émotionnellement, ayant un diagnostic établi et où une alliance thérapeutique a été établie. À l'inverse, les MK identifient des patients où la rééducation risque de durer comme peu actifs, peu investis, sédentaires, dans un état psychologique fragile voire dépressifs, présentant de nombreux drapeaux jaunes, avec un contexte biopsychosocial compliqué, à la recherche de traitement miracle/passif et où une alliance thérapeutique n'a pas été correctement établie. Nous pouvons constater que ces visions qu'ont les MK sur les douleurs chroniques et sur leurs patients sont assez négatives. Nous pouvons également remarquer que le profil de patient où la rééducation serait optimale est complètement opposé à l'image que se font les MK d'un patient ayant une douleur chronique, qui est plus proche de celle où la rééducation risque de durer. Ainsi, ces RS risquent là encore de ne pas optimiser la PEC et risquent d'en être un obstacle.

Pour conclure sur cette partie, les RS des MK sur les douleurs chroniques ont globalement une connotation négative risquant d'être un obstacle lors de la PEC. De plus, les différences dans les RS des patients et des MK peuvent là encore constituer des obstacles supplémentaires à la rééducation. Nous pouvons globalement valider les 3 hypothèses que nous avons émises. Cependant, il est intéressant de comparer ce que nous avons trouvé à la littérature actuelle sur ce sujet.

5.2. Cohérence externe

La cohérence externe correspond au niveau de preuve extrinsèque. C'est la confrontation des résultats que nous avons obtenus aux connaissances présentes dans la littérature (PALLOT, 2019, p.286).

En recherchant dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'études concernant les RS des MK sur la douleur chronique. De manière générale, peu de travaux ont été réalisés sur les RS des professionnels de santé et aucun, à notre connaissance, concernant la douleur chronique. Nous n'avons donc aucune source de comparaison à propos de notre évocation hiérarchisée.

En ce qui concerne le reste de notre enquête, les pathologies évoquées par les MK sont globalement similaires à celles retrouvées dans la littérature même si nous n'avons trouvé aucun chiffre. La lombalgie, la fibromyalgie, les douleurs chroniques musculosquelettiques mais aussi les douleurs chroniques du cancer ou les douleurs neuropathiques sont aussi bien abordées par les répondants que par la littérature (CEN, 2016). Concernant les caractéristiques des patients ayant des douleurs chroniques, la littérature aborde également l'aspect psychologique avec les troubles anxieux, dépressifs ou encore le retentissement social, scolaire ou professionnel et économique (HAS, 2008). Certains facteurs de risques sont abordés comme la sédentarité, la présence de drapeaux jaunes, des facteurs de risques professionnels (INRS, 2018). Cependant, nous n'avons pas trouvé de référence dans la littérature concernant les profils permettant une rééducation optimale ou au contraire provoquant une rééducation qui dure.

Même si nous n'avons pas trouvé de littérature concernant notre sujet, avant de pouvoir généraliser nos résultats, il convient d'analyser les forces mais également les limites de notre travail.

5.3. Validité interne

La validité interne correspond à la qualité méthodologique de notre étude afin de répondre à notre problématique. C'est le niveau de preuve intrinsèque qui permet d'assurer une fiabilité, reproductibilité des résultats, comprenant le moins de biais possible (PALLOT, 2019, p.118).

5.3.1. Forces et avantages

Il est évident que ce mémoire d'initiation à la recherche présente certains biais et limites qui seront évoqués par la suite. Cependant, il semble intéressant de soulever les différentes forces et les avantages de cette étude. Tout d'abord, il est important de noter qu'aucun autre travail n'a été effectué sur les RS des MK concernant les douleurs chroniques. Aucune étude, aucun autre mémoire publié ne porte sur ce sujet, à notre connaissance. Ce sujet innovant nous permet donc d'amener de nouvelles connaissances concernant la remise en question de notre travail. Le but étant de trouver des leviers afin de faciliter, d'optimiser la PEC des douleurs chroniques.

Par ailleurs, ce travail innovant se base sur une méthodologie validée et spécifique à l'étude des RS. En effet, l'évocation hiérarchisée de J-C. Abric de 2005 est un outil intéressant dans l'étude des RS. Certes, il peut être complété par d'autres outils spécifiques comme des questionnaires de centralité mais cette simple évocation hiérarchisée apporte déjà de solides bases pour l'étude de nos résultats. De plus, nous avons utilisé la polarité décrite par A. De Rosa.

Ces 2 outils cumulés permettent une étude fiable et valide des résultats de notre enquête. Cette partie étant reproductible par toute personne s'intéressant à l'étude des RS, il s'agit d'un avantage non négligeable de notre travail. Autre aspect intéressant est l'utilisation d'un questionnaire. Cet outil nous permet d'amener une partie quantitative dans un travail à première vue centré sur du qualitatif. L'utilisation d'un questionnaire permet le recueil d'un nombre important d'opinions et de réponses concernant le sujet de recherche. Un nombre de répondants plus important permet de tendre vers une représentation plus importante de la population visée. Comme le dit T. Pelaccia, pour un questionnaire il est souhaitable de recruter 30 sujets et l'idéal est d'en recruter 100 (PELACCIA, 2019, p.107). Les 64 répondants que nous avons recrutés correspondent à plus du double du chiffre souhaité, ce qui représente un nombre intéressant pour analyser nos données. De plus, dans notre questionnaire, à aucun moment les mots « Représentations sociales » sont évoqués. Cela a sans doute permis aux MK de répondre sincèrement et de limiter une possible retenue ou modification de leurs réponses s'ils avaient eu connaissance de l'entièreté du sujet.

Enfin, une dernière force que nous pouvons citer est les différentes questions ouvertes utilisées. Avec ces questions, nous pouvons recueillir des opinions plus larges et des réponses plus vastes que par l'utilisation de questions fermées. Le nombre conséquent de répondants est donc une force car elle nous permet un large recueil des différents points de vue. Face à des sciences aussi complexes que les sciences humaines, il semble intéressant d'utiliser les questions ouvertes afin de mieux comprendre les RS et donc les comportements des MK face à la douleur chronique, ce qui correspond à l'aspect qualitatif de notre travail.

Cependant, malgré ces forces intéressantes, notre travail présente également certains biais et certaines limites.

5.3.2. Limites

Nous pouvons commencer par évoquer le biais d'interprétation dû à la subjectivité de chaque individu. Nous avons évoqué l'avantage des questions ouvertes, néanmoins elles sont sources d'interprétation. De plus le risque est que les réponses soient trop dispersées et inutilisables (SINGLY, 2012, p.64-65). Certaines des réponses étaient effectivement inutilisables et d'autres assez vastes et dispersées. Nous aurions donc pu améliorer la rédaction de certaines questions afin de les rendre plus claires pour limiter l'apparition de ces données inutilisables, même si la présence de questions ouvertes comporte toujours un risque. Concernant l'interprétation, il semble compliqué de supprimer ce biais lors de l'utilisation de questions ouvertes mais il convient d'en avoir conscience. Par ailleurs, lors de l'évocation hiérarchisée, l'association des différents mots en 1 seul mot dominant, c'est-à-dire l'association par synonymes, était également sujet à notre interprétation. Par exemple, lorsque le mot « ras le bol » était évoqué, s'agit-il d'un « ras le bol » du MK ou du patient ? De plus, dans cette évocation hiérarchisée, certains sujets ont répondu 2 fois le même mot, certains n'ont donné aucune polarité à leurs mots ce qui biaise les chiffres obtenus. Nous aurions pu demander « 5 mots différents » dans les consignes et ajouter la polarité dans un tableau avec réponse obligatoire.

Ensuite, notre travail ne peut pas être généralisé à l'ensemble de la population des MK de France. C'est la validité externe ou le degré d'extrapolation des résultats de notre étude à l'ensemble de la population (PELACCIA, 2019, p.123). En effet, la diffusion des questionnaires a été réalisée via des mails et des publications sur les réseaux sociaux et notamment sur des groupes dédiés aux MK. Or, les nouvelles générations sont plus présentes sur les réseaux sociaux que les anciennes générations, cela créant un biais de recrutement car notre procédure de recueil était plus susceptible de recueillir une sous-population plutôt qu'une autre (PALLOT, 2019, p.140). Notre échantillon se compose de 32,8% d'hommes contre 67,2% de femmes pour une moyenne d'âge de 29,3 ans et 70,3% des répondants ayant un âge entre 22 et 31 ans. 67,2% des répondants ont une activité uniquement libérale, 17,2% une activité uniquement salariée et 15,6% une activité mixte, soit 82,8% ayant une activité libérale ou mixte. Le rapport concernant la démographie des MK en 2020 publié par l'ordre des MK expose les chiffres suivants : 49,4% des MK sont des hommes contre 50,6% de femmes, l'âge moyen est de 42 ans et 85,3% des MK pratiquent un exercice libéral ou mixte. De plus notre échantillon reste assez faible (64 répondants) comparativement aux plus de 90 000 MK pratiquant en France (GUILLAUME, 2020). Nous ne pouvons donc pas dire que notre échantillon est représentatif de la population de MK en France, nous ne pouvons ainsi pas extrapoler ces résultats à l'ensemble des MK de France.

Une autre limite de notre travail, posant un problème pour sa reproductibilité, est l'absence de critère d'exclusion. Le seul critère existant était le fait d'être diplômé en Masso-Kinésithérapie. Pour le reste, les RS étant tellement variables en fonction des régions, de la culture, de l'expérience de chacun, ou encore du contexte de vie ou de travail qu'il ne nous paraissait pas intéressant d'exclure de potentiels répondants. De plus, une appréhension était présente concernant le nombre de personnes qui répondraient au questionnaire et avoir certains critères d'exclusion très précis aurait pu limiter le nombre de répondants. Cependant, il aurait pu être intéressant de savoir où pratiquent-ils et dans quels instituts ils ont été formés afin d'évaluer de potentielles différences dans les RS en fonction du lieu d'exercice ou de formation.

D'autres éléments auraient pu être demandés dans notre questionnaire. Nous aurions effectivement pu demander quels bilans étaient réalisés face à des douleurs chroniques et quelles techniques rééducatives étaient utilisées lors des séances. Nous aurions ainsi pu comparer les bilans et techniques utilisés en fonction des RS des MK et voir si, par exemple, les RS exerçaient une influence sur le choix des techniques. Par exemple, observer si, pour un IDP négatif, des techniques comme l'éducation thérapeutique, la communication, l'entretien motivationnel ou l'activité physique aérobie étaient utilisées. Pour la question concernant l'impact du profil du patient sur la rééducation, nous aurions pu demander « pourquoi ? » aux gens qui ont répondu « non » comme nous l'avons fait pour ceux qui ont répondu « oui ». Enfin, certains de nos entretiens exploratoires auraient pu être réalisés auprès de personnes plus spécifiques à notre sujet comme des chercheurs en sciences humaines, spécialistes des RS ou encore des MK travaillant en centre de la douleur.

Ces différentes limites laissent la possibilité d'améliorer ce travail pour de futures recherches. Cependant, d'autres points pourraient également être apportés sur des travaux potentiels.

5.4. Perspectives de recherches

Le manque d'individus et de représentativité ne nous permet pas d'établir la véritable structure de cette RS. Ainsi, la réalisation d'une même étude, utilisant cette technique de l'évocation hiérarchisée sur un plus grand nombre d'individus permettrait de venir vérifier ou non la structure de la RS abordée dans ce travail. Elle permettrait également de vérifier ou d'infirmer nos différents résultats notamment concernant l'IDP individuel croisé avec le sexe, l'âge, la date de diplôme et le statut. De plus, ce travail pourrait apporter de nouveaux éléments contrastés, des éléments de la 1^{ère} ou 2^{ème} périphérie ou même du noyau central. Cela permettrait ainsi de venir étayer, préciser ce que nous avons déjà réalisé. Nous pourrions également avoir une image plus globale de la connotation associée à la douleur chronique.

Par ailleurs, même si notre méthodologie utilisait un questionnaire anonyme permettant d'éviter la non-expression de la zone muette et donc d'éléments contre normatifs, il existe des outils pour faciliter la verbalisation de cette zone muette et ainsi avoir une image plus globale, complète de cette RS. Un de ces outils est la technique de substitution où les répondants expriment leurs idées en les attribuant à d'autres mais il faut que ces autres personnes appartiennent au même groupe que le répondant (ABRIC, 2005, p.75-80). Nous demanderions par exemple au MK, après avoir donné son avis sur la douleur chronique ou après lui avoir demandé les 5 mots de notre évocation, selon lui, ce que les autres MK penseraient de la douleur chronique ou 5 mots qui évoqueraient, pour eux, la douleur chronique. Cette technique permet d'éviter que le répondant donne une image peu gratifiante de lui-même en attribuant les éléments « contre-normatifs » à d'autres individus du même groupe. L'avantage de cette technique est qu'elle permet d'identifier les éléments centraux de la représentation en réduisant la pression normative en diminuant le niveau d'implication du répondant. Cependant, cette technique est très interprétative. Nous pouvons nous demander si les réponses correspondent véritablement à la zone muette de l'individu ou bien à la représentation que l'individu se fait du groupe de référence (POULIOT, SAINT-JACQUES et CAMIRÉ, 2013). Une deuxième technique existante est la décontextualisation normative. Dans cette technique, l'enquêteur se place comme appartenant à un groupe proche des répondants mais n'ayant pas les mêmes valeurs. Ainsi, les répondants auront plus de facilités à donner leurs avis « contre-normatifs », voir déviants qu'avec des personnes partageant les mêmes valeurs, où la pression normative serait plus forte (ABRIC, 2005, p.75-80). Par exemple, la recherche sur la RS de la douleur chronique pourrait se faire dans 2 conditions : un contexte normal, ou normatif, où les enquêteurs se présentent comme appartenant au même groupe que les sujets, c'est-à-dire comme des MKDE (Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État). Puis, voir si la représentation diffère lorsque les enquêteurs se présentent comme des proches des sujets mais n'ayant pas les mêmes valeurs, par exemple un

autre professionnel de santé (infirmier, médecin...). Cette technique permet de formuler une hypothèse sur la zone muette de la RS en diminuant la pression normative. Cependant, le risque est que les sujets soient tentés de répondre en essayant d'être conformes aux valeurs du groupe auquel appartient le chercheur (POULIOT, SAINT-JACQUES et CAMIRÉ, 2013). Ainsi, afin de compléter notre travail, l'étude de cette zone muette semble intéressante pour affiner la RS de la douleur chronique chez les MKDE, autant concernant les éléments périphériques mais aussi concernant les éléments du noyau central. Comme le dit J-C. Abric, les éléments du noyau central vont apparaître ou disparaître en fonction du contexte d'énonciation. Le contenu du noyau central ne change pas selon les variations du contexte, simplement certains éléments sont plus faciles à exprimer et donc à faire émerger, le problème est de réussir à faire tout émerger (ABRIC, 2005, p.75-80).

De la même manière, il pourrait être intéressant de recueillir auprès des MK, l'idée qu'ils se font de l'image qu'ont les patients sur la douleur chronique. Cette technique serait similaire à la technique de substitution où nous demanderions aux MK de répondre comme le ferait un patient et ainsi demander aux MK 5 mots comme le ferait un patient concernant la douleur chronique. Cette technique permettrait d'observer si les MK identifient des problématiques similaires à celles évoquées par les patients. En extrapolant, cela permettrait notamment de voir si les patients et MK possèdent des objectifs similaires concernant la PEC de la douleur chronique.

Une approche plus classique pourrait être utilisée par le biais d'entretiens semi-directifs. L'entretien est un outil de choix afin d'étudier et de comprendre les RS. Il peut être l'outil principal mais aussi être utilisé en complément d'un autre outil ou bien afin de se familiariser avec l'univers de la représentation via des entretiens exploratoires, comme nous avons pu le faire. Lorsqu'il est l'instrument principal, l'entretien doit cependant être réalisé sur un minimum de 20 personnes afin d'avoir une image plus complète (POULIOT, SAINT-JACQUES et CAMIRÉ, 2013). Par la suite, un questionnaire pourrait être réalisé en se basant sur les réponses obtenues via les entretiens. L'objectif serait une diffusion à plus grande échelle et de demander aux participants une prise de position sur une liste de mots, énoncés, représentations élaborés grâce aux entretiens semi-directifs. Ainsi, en demandant un degré d'accord ou de désaccord sur les différentes questions, il serait possible de recueillir des données quantitatives à analyser et ainsi plus facilement mettre en évidence des facteurs explicatifs de potentielles différences de représentation, au sein d'une population (POULIOT, SAINT-JACQUES et CAMIRÉ, 2013). Ceci peut être fait pour l'ensemble de la représentation mais également pour le seul noyau central. Il existe en effet des techniques permettant de contrôler la centralité des éléments d'une RS. Nous pouvons notamment citer la technique de reconnaissance de l'objet proposée par P. Vergès et J-C. Abric. L'objectif est, à partir d'un recueil d'informations préalable, de demander aux participants si chacun des éléments recueillis est « certainement », « peut être » ou « pas du tout » caractéristique de l'objet, dans notre cas la douleur chronique. Les items qui caractérisent, statistiquement, de manière certaine l'objet seront considérés comme centraux (ABRIC, 2005, p.70-75). D'autres techniques ont été

développées, notamment la Mise En Cause (MEC) par P. Moliner, permettent également le contrôle de la centralité des éléments de la RS. Cette technique part du principe que les éléments centraux ne sont pas négociables, donc la mise en cause de ces éléments et leurs réfutations font qu'ils n'appartiendraient pas au noyau central (ABRIC, 2005, p.70-75). La Mise En Cause utilise un texte inducteur puis une liste d'éléments appartenant possiblement au noyau central. Par la mise sous la forme négative de ces éléments, il est ainsi possible pour les répondants de donner un degré d' « accord » avec chacun d'entre eux, permettant donc de reconnaître l'élément central (POULIOT, SAINT-JACQUES et CAMIRÉ, 2013).

Enfin, une dernière idée de recherche serait de réaliser une enquête croisée en 2 parties, entre patients et MK. La première pourrait être un recueil de données via des entretiens semi-directifs afin de recueillir les RS des patients et MK. La seconde partie serait un questionnaire permettant d'interroger et de confirmer la RS par une évocation hiérarchisée, associée à un contrôle de la centralité via une des techniques déjà citée ainsi qu'une recherche de la zone muette.

5.5. Implications cliniques

Même si notre travail possède ses forces et ses limites et que différentes recherches et études pourraient venir améliorer ou compléter ce travail, nous pouvons tout de même déterminer des implications cliniques grâce à nos résultats. Qu'est-ce que notre travail peut apporter aux professionnels de santé d'un point de vue clinique.

Nous avons vu que les RS des MK sur les douleurs chroniques avaient globalement une connotation négative et qu'elles pouvaient impacter de manière négative la PEC. Différentes questions peuvent donc se poser : Est-il possible d'améliorer la connotation négative qu'ont les MK concernant leurs RS sur la douleur chronique et si oui comment ? Comment modifier ces RS pour que l'impact qu'elles ont soit plus positif ? Que pouvons-nous mettre en place en pratique afin de modifier ces RS ?

Il faut déjà savoir qu'il est possible de modifier les RS. Comme l'explique P. Mannoni, le changement, dans la RS, passe plus facilement par l'évolution des éléments périphériques, plus fragiles et instables que le noyau central. L'ensemble, lui, se modifie seulement lorsqu'assez d'éléments ont muté, évolué et donc que le noyau central s'est assez désorganisé (MANNONI, 2016, p.51). Pour modifier les RS des MK pour qu'elles constituent un obstacle moindre dans la rééducation, il faut les faire évoluer en agissant sur les éléments périphériques. Il faut cependant que les nouveaux éléments apportés aient du sens dans la RS pour qu'ils puissent s'ancrer de manière durable. L'élément doit avoir du sens dans un groupe donné avec un contexte particulier (MANNONI, 2016, p.63). Ainsi, les éléments nouveaux doivent avoir du sens pour les MK dans un contexte de PEC. Les RS peuvent se modifier sous l'effet d'une pratique sociale mais l'inverse est aussi vrai, une RS peut modifier les pratiques sociales (MANNONI, 2016, p.57). Ainsi, la modification des RS pourrait permettre de modifier les comportements face aux douleurs

chroniques. De plus, modifier les comportements, notamment des patients, pourrait modifier les RS des MK dans un but d'amélioration de la PEC. Nous pouvons proposer différentes solutions pour améliorer, notamment, la polarité des RS. Il conviendrait de mettre en avant les éléments positifs des RS afin que leurs connotations soient encore plus positives mais aussi d'augmenter leurs fréquences d'apparition. Renforcer les éléments positifs et modifier les éléments négatifs. Par exemple, aborder l'importance de la communication, de l'écoute, de l'accompagnement ou de la PEC pluridisciplinaires afin d'augmenter leurs fréquences et les faire passer dans les éléments centraux de la RS. De même, il pourrait être intéressant d'essayer de diminuer la fréquence de certains mots ou de diminuer leurs connotations négatives ou de leur donner une connotation positive. Par exemple, le contexte ou les croyances, l'incompréhension ou encore les émotions ont des connotations négatives.

Quels moyens pouvons-nous mettre en place pour faire évoluer ces RS ? La première chose qui peut être intéressante à réaliser pour chacun des MK correspond à une des compétences transversales du MK, la compétence 7 : « Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle ». Pour faire évoluer sa pratique, il est donc possible de faire appel à différentes ressources, qu'elles soient internes ou externes (PALLOT, 2021, p.299). Le MK peut utiliser ses connaissances personnelles sur la douleur chronique et les RS et prendre du recul sur sa pratique. Cette analyse permettrait ainsi de réajuster les traitements proposés aux patients. Ainsi, la prise de distance peut amener à des questions telles que « Quelles sont mes représentations sur la douleur chronique ? », « Sont-elles négatives ? », « Impactent-elles ma pratique et la PEC de mes patients ? Si oui, comment ? ». C'est pourquoi, se posant de telles questions, les réponses apportées seraient spécifiques au MK, à sa situation, son expérience et sa pratique quotidienne. Un autre moyen pour modifier ces RS serait d'agir dès la formation initiale. La réforme des études de 2015 pourrait permettre d'aller dans ce sens. Nous avons vu, avec l'étude réalisée par T. Osinski et Y. Barde-Cabusson, qu'il semble que la douleur prenne une place plus importante dans la formation depuis la réforme de 2015. Progressivement, les écoles intègreraient plus d'heures de formation concernant la douleur et abordent différents aspects de celle-ci (OSINSKI et BARDE-CABUSSON, 2018). Il faudrait cependant attendre encore quelques années avant d'évaluer l'évolution sur plus long terme de la place de la douleur dans la formation initiale et donc de son impact sur les RS. En effet, pour le moment, nous n'avons pas pu mettre en évidence un IDP individuel différent en fonction de l'année de diplôme (avant ou après 2019), il n'existe pas de corrélation entre ces 2 paramètres, pour le moment.

Par ailleurs, le MK peut aussi utiliser des ressources externes. Parmi celles-ci, la littérature mais aussi les formations complémentaires. En effet, la formation continue est une obligation déontologique pour les MK. Ces formations permettent un maintien ou un apport de nouvelles connaissances et d'ainsi adapter leurs techniques à la patientèle qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne. Ces formations permettent donc d'améliorer la qualité des soins

(ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES, 2022). La modification des comportements et des RS peut ainsi passer par ces formations qui peuvent permettre de modifier la vision que les MK ont de la douleur chronique. Néanmoins, N. Péoc'h évoque le fait qu'il existerait un manque d'intégration des sciences humaines et sociales dans la formation continue chez les professionnels de santé concernant la PEC de la douleur. Malgré la prise de recul qu'elles permettent, les formations continues seraient encore trop orientées sur l'approche curative et centrée sur la douleur aiguë. Les professionnels de santé savent reconnaître et combattre la douleur mais ne seraient plus habitués à l'entendre ou la voir, c'est ce que certains patients ont pu exprimer. Il y aurait une bonne PEC de la douleur physique mais il existerait un manque de considération de leur souffrance morale, de leur douleur psychologique ou des difficultés à l'exprimer (PÉOC'H, 2012, p.284). Cette « perte d'habitude » pourrait s'expliquer par une « incompréhension », un aspect « laborieux » et « multifactoriel » de la douleur chronique évoquée par les MK, qui pourraient se sentir démunis face à cette douleur chronique. Ainsi, une idée pourrait être d'aborder les sciences humaines et sociales dans la formation continue en lien avec la douleur chez les MK, comme pour tous les autres professionnels de santé, mais également d'aborder la douleur psychologique. Ainsi, aborder les sciences humaines et sociales et notamment les RS de manière globale puis centrée sur la douleur serait pertinent. De plus, il pourrait être intéressant que ces formations intègrent une partie concernant le vécu de la douleur chronique du point de vue du patient, un recueil de témoignages de patients et de MK experts ayant eu de bons résultats dans la rééducation de douleur chronique.

Afin de toucher un maximum de MK, les formations continues sont intéressantes mais il serait également possible de passer par les réseaux sociaux. En passant par des personnalités suivies sur les réseaux sociaux, il serait possible de faire passer des messages positifs concernant la PEC de la douleur chronique. Par exemple, des publications mettant en avant l'aspect positif des RS en abordant l'apport favorable de la communication, de l'écoute, de l'éducation thérapeutique dans la PEC, mais aussi la chance de pouvoir travailler en pluridisciplinaire.

De plus, dans nos résultats, les MK ont évoqué l'importance de l'attitude du MK mais aussi la relation thérapeutique et l'attitude du patient. Ces 3 notions sont finalement très liées. Une alliance thérapeutique établie est conditionnée par une confiance que s'accordent mutuellement les 2 parties. Lors de la PEC d'un patient présentant une douleur chronique, la confiance est essentielle. Le praticien doit s'efforcer d'offrir un accompagnement assez sécurisant et soutenant afin que le patient accorde sa confiance (NASIELSKI, 2012). Ainsi, les attitudes du praticien mais aussi du MK vont influencer la relation et donc l'alliance thérapeutique. Si le patient renvoie des signaux négatifs tels qu'un manque d'implication, de motivation ou l'attente de traitement uniquement passif, allant contre les attentes du MK, l'alliance thérapeutique ne pourra pas s'établir correctement. L'inverse est aussi vrai, un MK moins impliqué ou motivé pourrait renvoyer un feedback négatif au patient et donc diminuer sa

motivation et son implication. Le MK par son attitude, sa communication, verbale et non verbale, peut améliorer la motivation de son patient. Si le MK veut modifier les attitudes de son patient, par exemple un manque d'implication, de motivation, d'observance, il est possible de réaliser un entretien motivationnel. C'est une approche qui vise à changer une habitude du patient, par exemple l'inactivité ou le manque de motivation en séance. L'entretien motivationnel est un style de communication où la relation thérapeutique joue un rôle central, c'est un partenariat avec le patient. Le thérapeute, par son attitude empathique, permet au patient d'envisager un changement en sécurité. Ici le praticien vient accompagner le patient à évoluer, susciter et renforcer la motivation à changer. Une discussion s'installe de part et d'autre autour du changement. L'objectif est de mettre en avant et faire ressortir les ressources, compétences et connaissances que le patient possède déjà en lui. La simple attitude empathique aurait un effet bénéfique sur l'issue du traitement (FORTINI et DAEPEN, 2011).

Par ailleurs, le MK peut également utiliser l'éducation thérapeutique (ETP) afin de développer et maintenir la motivation du patient. L'ETP a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur vie au mieux avec une maladie chronique (HAS, 2013). Pour des patients atteints de douleur chronique, l'ETP semble donc indiquée. Dans notre cas, l'objectif est de faire comprendre les différents aspects de la douleur chronique et les moyens qui fonctionnent. Ceci dans le but d'améliorer la motivation du patient. Pour améliorer cette motivation, il faut notamment analyser et valoriser son expérience, sa compétence, repérer l'influence du contexte social sur l'image de soi, proposer des objectifs précis et accessibles, accompagner le patient vers le changement et les efforts à réaliser, proposer des défis réguliers, proposer des activités concrètes et variées et développer l'intérêt, la curiosité et l'engagement du patient dans des activités qui ont du sens pour lui (IGUENANE, 2004). Améliorer la motivation aura donc un effet bénéfique sur l'adhésion au traitement et donc sur l'observance thérapeutique. Dans l'ETP, l'écoute active, l'empathie, le non-jugement ou la bienveillance sont des attitudes à favoriser. Cependant, il est inutile de convaincre les patients, même si c'est pour leur bien. Major Mouvement l'explique dans une conférence TEDX. Conseiller, savoir et donner les informations ne suffisent pas pour convaincre. Il faut des compétences en communication, de la patience et de l'écoute. Souvent, les MK confrontent leurs savoirs aux croyances du patient, ce qui est source de conflit. Il faut éviter de se mettre dans la position du sachant et essayer de convaincre, cela a tendance à rabaisser le patient. L'égo du patient est une première barrière à nos informations, il filtre notre message. La meilleure façon de contourner cet égo est l'écoute. Elle permet de valoriser leur problématique et de mettre le patient en confiance. Ainsi, une démarche intéressante, notamment face aux fausses croyances sont l'écoute, la reformulation puis demander le consentement pour proposer un conseil (MAJOR MOUVEMENT, 2022). Cette façon de communiquer permettrait d'améliorer la relation thérapeutique et l'attitude du patient et indirectement améliorer les RS que le MK pourrait avoir sur la douleur chronique.

En agissant ainsi sur l'attitude du patient et notamment sa motivation, par le biais de l'entretien motivationnel, l'ETP et les attitudes du MK, notamment l'empathie, cela aura des actions bénéfiques sur la relation thérapeutique et indirectement sur l'attitude du MK. Les répondants avaient mis en avant l'impact de l'attitude du patient sur la rééducation, l'aspect sédentaire avait été mis en avant et avait une connotation négative. En modifiant ces attitudes, les MK pourraient indirectement changer leurs attitudes en ayant une image plus positive des patients ayant des douleurs chroniques, ce qui serait bénéfique pour l'évolution de la PEC. Le changement de comportement permettra de modifier les RS. Ce qui est positif c'est que les notions de communication, d'écoute, d'accompagnement et de pluridisciplinarité sont présentes dans les RS des MK mais trop peu fréquentes. L'éducation quant à elle est déjà présente dans le noyau central, il s'agirait donc de la mettre en avant par rapport aux autres éléments à connotation négative.

6. Conclusion

Dans ce mémoire, nous avons voulu étudier les RS des MK sur la douleur chronique et évaluer un impact potentiel de celle-ci sur la rééducation.

Après avoir défini et approfondi les différents concepts concernant la douleur, les RS et la masso-kinésithérapie à l'aide de la littérature, nous avons pu mettre en place notre enquête. Grâce à la mise en œuvre de questionnaires comprenant des questions ouvertes ainsi qu'une évocation hiérarchisée, nous avons montré que la douleur chronique possédait une connotation négative chez les MK et était associée à des notions telles que la kinésiophobie, la fatigue, le handicap, la dépression mais aussi l'éducation et l'aspect biopsychosocial. Ce questionnaire a aussi mis en avant que les MK accordent une grande importance à l'environnement du patient, son état psychologique et émotionnel ainsi que l'attitude du patient et notamment l'investissement, la sédentarité mais également au rapport que le patient a avec la douleur. Certaines caractéristiques seraient plus favorables à une rééducation optimale notamment la stabilité émotionnelle, l'établissement d'une alliance thérapeutique, la motivation du patient, son investissement et le fait qu'il soit actif. Outre ces facteurs qui vont également impacter la PEC, les MK ont aussi évoqué l'impact que peut avoir la relation thérapeutique, l'attitude du MK en plus de l'attitude du patient.

Cette connotation négative de la douleur chronique chez les MK serait un obstacle à la rééducation. Les RS ayant notamment pour rôle de guider les comportements et attitudes, leurs connotations négatives risquent d'impacter de manière défavorable l'attitude du MK et donc la relation thérapeutique et indirectement l'attitude du patient, son investissement et ainsi la rééducation. De plus, les différences entre RS des MK et celles des patients peuvent être sources d'incompréhension et de problèmes de communication. Pour améliorer la polarité de ces RS mais également une partie de leurs structures, différents éléments pourraient être mis en place. La formation initiale, la réalisation de formations continues, l'instauration de nouvelles formations abordant les sciences humaines et sociales, la diffusion d'images positives sur les douleurs chroniques via les médias ou encore la prise de recul du praticien sur sa pratique pourraient permettre de modifier ces RS de manière directe. De manière indirecte, le MK pourrait réaliser des entretiens motivationnels, de l'éducation thérapeutique et utiliser l'écoute active, l'empathie et la reformulation afin de créer une véritable alliance thérapeutique permettant de modifier les comportements des patients et ainsi changer les RS des MK sur les douleurs chroniques.

Pour conclure, notre travail présente certaines limites mais a le mérite d'être novateur. Afin de poursuivre dans ce sens, différents travaux pourraient être réalisés sur un plus grand échantillon, plus représentatif, en essayant d'être encore plus précis sur la structure de la RS en identifiant notamment la zone muette et en précisant le noyau central. Une étude comparative entre RS des patients et des MK sur les douleurs chroniques pourrait être intéressante à mener.

7. Bibliographie

- ABRIC, Jean-Claude (2005) *Méthodes d'étude des représentations sociales*. ERES.
- ACAPO, Sessi, SEYRÈS, Philippe et SAVIGNAT, Eric (2017) Définition et évaluation de la douleur. *Kinésithérapie, la Revue*, 17(186), p. 44-55.
- ASSURANCE MALADIE (2020) *Enjeu de santé publique*. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique> [Consulté le 15/11/21].
- BANGERTER, Adrian (2008) *La diffusion des croyances populaires : Les cas de l'effet Mozart*. PUG.
- BEAUPRÉ, Michelle et MCKERRAL, Michelle (2012) Impact of chronic pain on cognition and concomitant psychological factors. *Revue de neuropsychologie*, 4(1), p. 53-59.
- BLANCHET, Alain et al. (2010) *Les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner*. [Nouvelle présentation 2005]. Paris : Dunod.
- BUTLER, David S., MOSELEY, Lorimer et SUNYATA (2013) *Explain Pain*. 2è éd. Noigroup Publications.
- CALVINO, Bernard (2007) Les mécanismes de la douleur: Pain mechanisms. *Psycho-Oncologie*, 1(2), p. 81-87.
- CALVINO, Bernard (2019) *Physiopathologie de la douleur chronique par Bernard CALVINO*. CAPDouleur. Disponible sur : <https://www.capdouleur.fr/physiopathologie-de-la-douleur-chronique-par-bernard-calvino/?locale=fr> [Consulté le 15/11/21].
- CEN (2016) *Douleur*. Collège des Enseignants de Neurologie. Disponible sur : <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/douleur> [Consulté le 01/02/22].
- CHUV : SERVICE DE NEUROLOGIE (2018) *Les types de douleurs*. CHUV. Disponible sur : <https://www.chuv.ch/fr/neurochirurgie/nch-home/patients-et-familles/maladies-traitees/la-douleur-chronique/les-types-de-douleurs> [Consulté le 20/12/20].
- CLAUDE, Gaspard (2019) *Étude qualitative et quantitative : définitions et différences*. Scribbr. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative-et-quantitative/> [Consulté le 27/08/21].
- CNIL (2018) *CHAPITRE II - Principes | CNIL*. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees/chapitre2#Article7> [Consulté le 06/01/21].
- CNRTL (2020a) *DOULEUR : Définition de DOULEUR*. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/douleur> [Consulté le 19/12/20].
- CNRTL (2020b) *CROYANCE : Définition de CROYANCE*. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/croyance> [Consulté le 04/01/21].
- CNRTL (2021a) *REPRÉSENTATION : Définition de REPRÉSENTATION*. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/repr%C3%A9sentation> [Consulté le 09/01/21].
- CNRTL (2021b) *PRÉJUGÉ : Définition de PRÉJUGÉ*. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/pr%C3%A9jug%C3%A9> [Consulté le 13/10/21].

- CNRTL (2021c) *STÉRÉOTYPE : Définition de STÉRÉOTYPE*. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/st%C3%A9r%C3%A9otype> [Consulté le 13/10/21].
- COMBESSIE, Jean-Claude (2007) III. Le questionnaire. Dans : *La méthode en sociologie*. Repères. Paris : La Découverte, p. 33-44.
- DANY, Lionel et APOSTOLIDIS, Thémistoklis (2007) Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : interrogations autour de la technique de mise en cause. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 73(1), p. 11-26.
- DERNAT, Sylvain et SIMÉONE, Arnaud (2014) Représentations socio-professionnelles et choix de spécialisation: le cas de la filière vétérinaire rurale. p. 26.
- DESWARTE, Elisabeth (2019) *Les représentations sociales*. Psychologie-sociale. Disponible sur : <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg> [Consulté le 09/01/21].
- DURKHEIM, Emile (1898) *Représentations individuelles et représentations collectives*. Disponible sur : http://www.uqac.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.html [Consulté le 09/01/21].
- FABRE, Auteur Laurent (2017) *Sensibilisation Périphérique*. Gestion de la douleur en Thérapie Manuelle. Disponible sur : <https://gestiondeladouleurenthrapiemanuelle.wordpress.com/category/sensibilisation-peripherique/> [Consulté le 20/12/20].
- FABRE, Laurent (2016) *Neurophysiologie au cabinet, Chapitre 1/2 :Retour aux sources*. Gestion de la douleur en Thérapie Manuelle. Disponible sur : <https://gestiondeladouleurenthrapiemanuelle.wordpress.com/2016/10/26/neurophysiologie-au-cabinet-chapitre-1-retour-aux-sources/> [Consulté le 19/12/20].
- FORTINI, Cristiana et DAEPPEN, Jean-Bernard (2011) L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychotherapies*, 31(3), p. 159-165.
- GUILLAUME, Agnès (2020) *RAPPORT 2020 SUR LA DÉMOGRAPHIE*. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/03/rapportdemographiemk.pdf> [Consulté le 03/02/22].
- HAS (2008) *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf [Consulté le 20/11/21].
- HAS (2013) *Education thérapeutique du patient (ETP)*. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp [Consulté le 06/02/22].
- HAS (2019a) *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune [Consulté le 15/11/21].
- HAS (2019b) *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/reco315_rapport_lombalgie_2019_04_02.pdf [Consulté le 16/11/21].
- HAS (2020) *Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf [Consulté le 20/12/20].

- IGUENANE, Jacqueline (2004) *MOTIVATION ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : Les clés de l'apprentissage du patient*. Disponible sur : <https://ipcem.org/img/articles/Iguenanemotiv.pdf> [Consulté le 05/02/22].
- INRS (2018) *Lombalgie. Facteurs de risques*. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/risques/lombalgies/facteurs-risques.html> [Consulté le 01/02/22].
- INSERM (2016) *Douleur : Un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité*. Inserm - La science pour la santé. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur> [Consulté le 19/12/20].
- INSERM (2021) *Fibromyalgie : Une douleur chronique et diffuse, enfin reconnue*. Inserm. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/fibromyalgie/> [Consulté le 01/02/22].
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER (2020) *Douleur aiguë, chronique - Douleur*. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Douleur-aigue-chronique> [Consulté le 20/12/20].
- JODELET, Denise (2013) La place des représentations sociales dans l'éducation thérapeutique. *Education permanente*, (N°195), p. 37-46.
- JOUET LE PORS, Michèle (2006) *La théorie des représentations sociales - cadredesante.com*. Disponible sur : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-theorie-des-representations> [Consulté le 09/01/21].
- KALAMPALIKIS, Nikos (2018) Affronter la complexité: représentations et croyances. Dans : *Les Savoirs du quotidien : Transmissions, appropriations, représentations*. Rennes : PU Rennes, p. 225-233.
- LECOMTE, Propos recueillis par Jacques (1998) *Comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalité*. Sciences Humaines. Disponible sur : https://www.scienceshumaines.com/comment-voit-on-le-monde-representations-sociales-et-realite_fr_11718.html [Consulté le 05/10/21].
- LÉGIFRANCE (2002) *Article 226-13 - Code pénal - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945/ [Consulté le 06/01/21].
- LÉGIFRANCE (2008) *Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000019723504/2021-01-06/> [Consulté le 06/01/21].
- LÉGIFRANCE (2012) *LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1)*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587/2021-01-06/> [Consulté le 06/01/21].
- LÉGIFRANCE (2018) *Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13) - Légifrance*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036515027/2018-01-19/> [Consulté le 06/01/21].
- LEGIFRANCE (2021) *Article R1121-1 - Code de la santé publique - Légifrance*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043723460/ [Consulté le 17/10/21].
- LO MONACO, Grégory et LHEUREUX, Florent (2007) Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude. *Revue Electronique de Psychologie Sociale*, p. 1-55.

- MAJOR MOUVEMENT (2022) *Convaincre ou transmettre ? | Major Mouvement | TEDxToulouseBusinessSchool*. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=3rM-ZJPHPeC> [Consulté le 06/02/22].
- MALDONADO, Rafael (2010) Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. *Annales pharmaceutiques françaises*, 68(1), p. 3-11.
- MANNONI, Pierre (2016) *Les représentations sociales*. 7e édition mise à jour. Paris : Presses Universitaires de France - PUF.
- MARCHAND, Serge (2009) *Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner*. [2e édition]. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- MELZACK, Ronald et WALL, Patrick D. (1982) *Le défi de la douleur*. Chenelière et Stanké.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES (2015) *Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute*. Disponible sur : <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf> [Consulté le 01/11/21].
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (2012) *Masseur-kinésithérapeute*. Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/masseur-kinesitherapeute> [Consulté le 14/10/21].
- MINISTRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE (2019) *Arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Légifrance*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072730/> [Consulté le 19/11/21].
- MONACO, Grégory Lo et GUIMELLI, Christian (2008a) Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 78(2), p. 35-50.
- MONACO, Grégory Lo et GUIMELLI, Christian (2008b) Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 78(2), p. 35-50.
- MONNEY, Nicole et FONTAINE, Sylvie (2016) La représentation sociale de l'évaluation des apprentissages chez des finissants d'un programme universitaire en éducation préscolaire et en enseignement primaire. *Mesure et évaluation en éducation*, 39(2), p. 59-84.
- NASIELSKI, Salomon (2012) Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144(4), p. 12-40.
- NGUYEN, Christelle et al. (2009) Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), p. 537-542.
- ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES (2016) *Définition de la profession – Le Conseil Départemental de l'Allier 03*. Disponible sur : <https://allier.ordremk.fr/textes-de-loi-en-rapport-avec-la-profession/definition-de-la-profession/> [Consulté le 13/10/21].
- ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES (2020) *Kinésiophobie : quand la peur du mouvement freine la rééducation*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesiophobie-quand-la-peur-du-mouvement-freine-la-reeducation/> [Consulté le 16/11/21].

- ORDRE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES (2022) *La formation continue*. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-formation-continue/> [Consulté le 04/02/22].
- OSINSKI, Thomas et BARDE-CABUSSON, Yannick (2018) Enseignement de la douleur en formation initiale de masso-kinésithérapie en France : enquête auprès des IFMK. *Kinésithérapie, la Revue*, 18(198), p. 3-7.
- PALLOT, Adrien (2019) *Evidence Based Practice en rééducation : Démarche pour une pratique raisonnée*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- PALLOT, Adrien (2021) *Santé Publique/Sciences Humaines et Sociales/Formation et Professionnalisation : Eléments pour une écologie de la pratique professionnelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- PELACCIA, Thierry (2019) *Comment réussir son mémoire ? : Du choix du sujet à la soutenance ; 50 questions-réponses*. Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur.
- PÉNINOU, Gilles (2001) Le bilan et le diagnostic kinésithérapique. *Annales de kinésithérapie*, 28(3), p. 98-109.
- PÉOC'H, Nadia (2012) *Les représentations sociales de la douleur chez les personnes soignées : contribution à la modélisation de la pensée sociale*. Paris : L'Harmattan.
- PÉOC'H, Nadia (2014) Représentations sociales de la douleur. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, (31), p. 81-99.
- PIANELLI, Carine, ABRIC, Jean-Claude et SAAD, Farida (2010) Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 86(2), p. 241-274.
- POULIOT, Eve, SAINT-JACQUES, Marie-Christine et CAMIRÉ, Lucie (2013) *Comment faire : l'étude des représentations sociales à l'aide d'une diversité de techniques*. Disponible sur : http://www.cms.fss.ulaval.ca/recherche/upload/jefar/fichiers/devenir_chercheure_nov_2013_version_web.pdf [Consulté le 06/01/22].
- ROSA TORRAS CHERTA, Maria, TRAGANT MESTRES, Elsa et LUISA GARCIA BERMEJO, María (1997) Croyances populaires sur l'apprentissage précoce d'une langue étrangère. *Acquisition et interaction en langue étrangère*, (10), p. 127-158.
- SELOUANI, Dr (2020) *Physiologie de la douleur*. Disponible sur : http://www.facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2337.pdf [Consulté le 03/11/20].
- SFAP (2021) *Les échelles de la douleur -Adulte - Echelles d'hétéro évaluation | SFAP - site internet*. Disponible sur : <http://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-hetero-evaluation> [Consulté le 19/11/21].
- SINGLY, François de (2012) *Le questionnaire*. 3e édition. Paris : Armand Colin.
- UNIVERSALIS (2020) *Définition de nociceptif - Encyclopædia Universalis*. Disponible sur : <https://www.universalis.fr/dictionnaire/nociceptif/> [Consulté le 19/12/20].
- URPS KINÉ ÎLE-DE-FRANCE (2021) *Comprendre les 11 compétences | URPS Kiné Île-de-France*. Disponible sur : <https://www.urps-kine-idf.com/blog/comprendre-les-11-competences> [Consulté le 01/11/21].

VIDAL (2020) *Les causes de la douleur*. VIDAL. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/> [Consulté le 20/12/20].

WATSON, James C. (2020) *Facteurs psychologiques contribuant à la douleur. - Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs*. Manuels MSD pour le grand public. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/douleur/facteurs-psychologiques-contribuant-%C3%A0-la-douleur> [Consulté le 15/11/21].

XLSTAT (2022) *Guide de choix de test statistique | XLSTAT Support Center*. Disponible sur : <https://help.xlstat.com/s/article/guide-de-choix-de-test-statistique?language=fr> [Consulté le 18/01/22].

8. Table des Annexes

Annexe I : Questionnaire Douleur chronique et rééducation	I
Annexe II : Tableau des mots retenus et leurs synonymes	V
Annexe III : Tableau récapitulatif des 28 réponses aux mots « douleur chronique »	VI
Annexe IV : Tableau regroupant l'ensemble des réponses à la question 11	VII
Annexe V : Tableau regroupant l'ensemble des réponses à la question 15.....	VIII

Annexe I : Questionnaire Douleur chronique et rééducation

Rubrique 1 sur 5

Douleur chronique et Rééducation

Bonjour,

Je m'appelle Mehdi Bourasset, étudiant en 4ème année de Masso-kinésithérapie à Rennes.
Le questionnaire suivant rentre dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études au sein de l'IFMK de Rennes. Il aborde la thématique des douleurs chroniques et leurs impacts en Masso-kinésithérapie.

Rappelons que la douleur chronique est une douleur persistante depuis au moins 3 mois.

Ce questionnaire est anonyme, destiné aux masseurs-kinésithérapeutes (MK), les informations ne seront pas traitées individuellement, les données récoltées seront utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire et seront supprimées ensuite.

Si vous avez la moindre question ou remarque, n'hésitez pas à me joindre via l'adresse mail suivante :
mbourasset@etudiant.ifpek.org

Merci d'avance pour votre participation et votre implication dans ce travail.

Douleur chronique et Rééducation

 mehdi.bourasset@gmail.com (non partagé)
[Changer de compte](#)



*Obligatoire

Informations socio-démographiques

Données générales

1) Etes-vous : *

Un Homme

Une Femme

2) Quelle est votre année de naissance ? *

Sélectionner ▼

3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de Masseur-Kinésithérapeute ? *

Sélectionner ▼

4) Quelle(s) formation(s) avez-vous déjà réalisée(s) (ancien métier compris) ? *

Votre réponse

5) Où travaillez-vous ? *

Activité libérale

Activité salariée (Hôpital, centre de rééducation, centre de la douleur, club sportif, EHPAD...)

Activité mixte

6) Si vous pratiquez une activité mixte, veuillez préciser quelles sont vos différentes activités :

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

[Effacer le formulaire](#)

Douleur chronique et Rééducation

mehdi.bourasset@gmail.com (non partagé)
[Changer de compte](#)

*Obligatoire

Les douleurs chroniques

7) Veuillez citer 5 mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à la douleur chronique dans la prise en charge d'un patient.

Mot 1 *

Votre réponse _____

Mot 2 *

Votre réponse _____

Mot 3 *

Votre réponse _____

Mot 4 *

Votre réponse _____

Mot 5 *

Votre réponse _____

8) Veuillez à présent classer vos réponses précédentes par ordre d'importance de 1 à 5, 1 étant la réponse avec le plus importance et 5 la réponse avec le moins d'importance (1 réponse par colonne et par ligne). *

	1	2	3	4	5
Mot 1	<input type="checkbox"/>				
Mot 2	<input type="checkbox"/>				
Mot 3	<input type="checkbox"/>				
Mot 4	<input type="checkbox"/>				
Mot 5	<input type="checkbox"/>				

9) A présent, veuillez revenir à vos réponses de la question 7 et ajoutez à la fin de chaque réponse un "+" si votre mot a une connotation positive, un "-" s'il a une connotation négative ou un "0" s'il a une connotation neutre. *

J'ai fini.

10) Pouvez-vous me citer au moins une pathologie à laquelle vous associez les douleurs chroniques ? (3 pathologies maximum) *

Votre réponse _____

11) Quelle image vous faites-vous d'un patient présentant une douleur chronique ? *

Votre réponse _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

[Effacer le formulaire](#)

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Rubrique 4 sur 5

Douleurs chroniques, prise en charge et impact en Masso-kinésithérapie

Description (facultative)

12) Estimez-vous que la prise en charge des douleurs chroniques soit plus optimale chez certains profils de patient ? *

- Oui
- Non
- Sans opinion

13) Si oui, chez quel(s) profil(s) de patient ?

Réponse longue

14) Selon vous, avec quel(s) profil(s) de patient les douleurs chroniques risquent-elles de durer ? *

Réponse longue

15) Selon vous, qu'est ce qui peut impacter la douleur chronique dans la prise en charge du patient ? *

Réponse longue

16) Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Réponse longue

Après la section 4 Passer à la section suivante

Rubrique 5 sur 5

Fin du questionnaire

Merci beaucoup pour votre participation et n'hésitez pas à me contacter si vous avez la moindre remarque, question ou réflexion (mbourasset@etudiant.ifpek.org).

Annexe III : Tableau des mots retenus et leurs synonymes

Mots Retenus	Mots associés/ Synonymes
Long	« Longue », « Durée », « Durable », « Temps », « 3 mois »
Pathologie Chronique	« Lombalgie », « Fibromyalgie »
Kinésiophobie	« Peur », « Catastrophisme »
Accompagnement	« Soutien »
Apprentissage	
Biopsychosocial	« BPS », « Bio », « Modèle BPS », « Psychosocial », « Facteurs psychosociaux »
Cerveau	« Notion de douleur dans le cerveau », « Input », « Output »
Communication	« Communication positive », « Bonne communication », « Communication avec le patient », « Dialogue »
Complexe	« Difficile », « Compliquée », « Difficulté », « Difficulté de PEC », « PEC compliqué »
Croyances	« Croyance », « Croire »
Éducation	« ETP », « Éducation thérapeutique », « Éducation à la douleur »
Écoute	« Écoute active »
Fatigue	« Épuisement »
Handicap	« Gène fonctionnelle », « Entrave des AVQ », « Altération des AVQ », « Invalidité », « Gène », « Invalidante », « Handicapante », « Arrêt des activités (loisirs, professionnels) », « Incapacité fonctionnelle »
Incompréhension	« Confusion »
Patience	« Persévérance »
Perte de mobilité	« Raideur, hypoextensibilité », « Hypomobilité »
Psychologie	« Psychologique », « Psycho », « Côté psycho »
Sédentarité	« Sédentaire », « Inactivité »
Sensibilisation	« Sensibilisation centrale »
Souffrance	
Dépression	« Déprime », « Trouble psychologique »
Multifactorielle	« Multifactorielle », « Multimodale », « PEC multimodale »
Pluridisciplinarité	« PEC pluridisciplinaire », « Transdisciplinarité »
Cercle vicieux	« Cyclique »
Laborieux	« Ras le bol », « Chiant », « Lassitude »
Contexte	« Contexte socioprofessionnel », « Contexte familial »
Émotions	

Annexe IV : Tableau récapitulatif des 28 réponses aux mots « douleur chronique »

	Fréquence	DI	IDP	IDN
Long	20	2,95	-0,75	-0,75
Pathologie chronique	8	4,25	-0,286	0,429
Kinésiophobie	13	2,307692308	-0,833	-1
Accompagnement	5	2,4	1	-1
Apprentissage	4	3,25	0,5	0
Biopsychosocial	9	2,444444444	0,444	0,111
Cerveau	5	2,6	-0,5	0
Communication	6	2,166666667	1	-1
Complexe	10	2,9	-0,8	-0,6
Croyances	3	4,333333333	-0,333	-1
Éducation	11	2,272727273	0,818	-0,636
Écoute	6	2,5	0,6	-0,2
Fatigue	12	2,5	-1	-1
Handicap	11	2,727272727	-0,818	-1
Incompréhension	3	3,333333333	-1	-1
Patience	6	3,5	1	-1
Perte de mobilité	4	3,75	-1	-1
Psychologie	9	2,888888889	-0,25	0
Sédentarité	5	2,8	-1	-1
Sensibilisation	5	2,8	-0,6	-0,2
Souffrance	6	2	-1	-1
Dépression	9	2,555555556	-0,889	-0,778
Multifactorielle	6	2,333333333	0,167	0,667
Pluridisciplinarité	6	2,833333333	0,833	-0,667
Cercle vicieux	3	3,333333333	-1	-1
Laborieux	6	3,166666667	-1	-1
Contexte	6	3,833333333	-0,167	0
Émotions	3	3	-0,667	-0,333
Moyenne	7,142857143	2,918925519	-0,268964286	-0,5698929

Annexe V : Tableau regroupant l'ensemble des réponses à la question 11

Profil psychologique	« Profil psy complexe », « détresse tant que pas de compréhension », « souffrance psychique », « somatisation de la douleur », « Patient perdu », « Quelqu'un en détresse tant qu'il n'a pas de compréhension permettant d'interpréter et adapter ses stratégies de coping. » « Patient qui souffre (phy, morale et sociale) » « Patient sans réponse », « apathie », « découragé » « Atteinte du bien-être physique et psychique » « Catastrophé » « Perte de confiance » « Fragile »	22
Activité physique et Investissement	« Sédentarité », « déconditionnement physique », « Passif », « Peu motivé par l'AP », « ne veut pas bouger », « Problème d'adhésion aux exos », « Difficile à satisfaire dans le soin » « Attente de soin et d'amélioration »	17
Rapport à la douleur	« Centré sur sa douleur » « Discours vers la réponse douloureuse et pas la bonne santé », « souhaite soulagement de sa douleur » « Plaignif » « Peur du mouvement » « Atteinte du bien-être physique et psychique » « Marqué par la douleur » « Impacter au quotidien par sa douleur », « répercussion dans la vie » « Courageux » « Neutre » « Représentations sociales sur sa pathologie » « Réalité ou imagination ? » « Replié sur lui-même »	20
Facteurs liés à la prise en charge	« PEC initiale mauvaise » (« errance médicale », « discours différent entre pro », « parcours de soin difficile ») « PEC difficile » « PEC globale » « Travail pluridisciplinaire » « Lourd à gérer » « Patient complexe (différent points) » « Impossible de faire disparaître la douleur définitivement » « Long terme » « Mauvaise spirale » « Recherche et demande d'aide », « Ayant besoin d'un accompagnement psychologique »	15
Environnement du patient (familial, social, professionnel)	« Situation professionnel (sans emploi, retraite) » « Pb familiaux/ personnel », « problème au travail » « Incompris » « Surmené » « Souffrance sociale » « Contexte BPS compliqué », « drapeaux jaunes » « Contexte propice » « Diminution des liens sociaux »	16
Inexploitable	« Question floue »	
Profil variable	« Chaque patient est unique (pas d'image particulière en tête) » « Profil dépendant de la pathologie » « Jeune ou vieux » « Plein de schéma possible »	7

	« Un patient avec lequel il faut trouver une solution réaliste et réalisable pour qu'il puisse vivre avec sa pathologie et non pas survivre »	
Fatigué	« Fatigue physique et morale », « fatigué et fatigable »	6

Annexe VI : Tableau regroupant l'ensemble des réponses à la question 15

Etat psychologique du patient	« Angoisse », « stress », « dépression », « trauma psy », « facteurs psy », « moral », « fatigue »	24
Relation thérapeutique	« Relation », « confiance entre pro et patient », « engagement réciproque », « choix de la thérapie ou du type de rééducation par le patient », « adhérence au traitements »,	9
Attitude du MK	« Empathie », « explication », « communication », « langage non verbal », « soutien », « accompagnement », « catastrophisme », « motivation du MK », « pessimisme MK », « approche du MK », « Discours Nocebo », « langage négatif », « écoute »	17
Attitude du Patient	« Optimisme ou non », « pessimisme », « kinésiophobie », « catastrophisme », « motivation », « volonté », « confiance en la thérapie », « acceptation de changement », « langage négatif », « non-participation »	12
Environnement du Patient	« Enfants en bas âge », « entourage », « relation familiale », « contexte socio pro », « facteurs psychosociaux », « effets contextuels », « Travail (entente collègue) », « Non-reconnaissance de la pathologie (par famille) », « Manque d'argent », « manque de lien social », « Milieu socio-culturel et socioprofessionnel (MK et / ou patient) »	29
Relatifs à la prise en charge	« Adapté au niveau de besoins du patient », « adapté au patient = apprendre à connaître patient », « recherche de ses centres d'intérêt », « Résultats des premières séances (positives ou négatives) », « manque de résultats », « TTT du patients », « Education à la douleur (proposition d'outil de gestion de la douleur) », « Effet placebo », « ATCD de patho », « La pathologie », « schéma corporel », « PEC globale », « réintégrer le mouvement aidé par antalgie », « mise en mouvement », « Etirement », « massage », « renfo », « mauvaise quantification de la charge »	18
Relatif au corps médical	« Les thérapeutes », « Non reconnaissance de la pathologie (par équipe médicale) », « discours discordant ou non adapté », « diagnostic », « qualité de la PEC médicale uniquement structurel », « fakemed »	10
Relatif aux habitudes du patients	« Sommeil », « Alimentation », L'AP (« manque d'AP », « pas assez de mouvement ») « AVQ du patients », « fatigue »	14
Autonomie du patient	« Auto-efficacité à la douleur », « PEC active », « autonomie dans le tt »	3
Relatifs aux expériences et représentations du patient	« Vécu personnel », « Façon de percevoir sa patho », « Avantage et inconvénient à souffrir », « Fausses croyances et représentations »	6

Tout		4
Inexploitable	« Rien », « + ou - », « ?? »	3