



HAL
open science

Intérêt d'un modèle d'évaluation de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique : une étude qualitative réalisée auprès de MKDE libéraux

Paul Tanguy

► **To cite this version:**

Paul Tanguy. Intérêt d'un modèle d'évaluation de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique : une étude qualitative réalisée auprès de MKDE libéraux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03004364

HAL Id: dumas-03004364

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03004364>

Submitted on 13 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

22, Avenue Camille Desmoulins

29238 Brest CEDEX 3

**Intérêt d'un modèle d'évaluation de
l'alliance thérapeutique dans la prise en
charge des patients souffrant de
lombalgie chronique : une étude
qualitative réalisée auprès de MKDE
libéraux**

TANGUY Paul

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute

Promotion 2016-2020

Session « Juin 2020 »

Remerciements

Pour commencer, je souhaite remercier ma Directrice de mémoire Jeanne-Marie Jourden pour son aide, ses conseils et son accompagnement dans la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans ma réflexion et qui m'ont permis de mener ce projet à bien, Laurence Alexandre, Magalie Turban, Emmanuelle Briand, Dr Yohann Alix et Pr Jean-Yves Lestelle.

Je remercie l'IFMK de Brest et toute l'équipe pédagogique.

Je remercie l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté d'être interrogés durant cette étude. Ces entretiens m'ont permis d'enrichir mes connaissances et d'élargir ma vision de la relation soignant-soigné pour ma pratique future.

Je remercie mes amis et tous les membres de ma famille pour leur soutien et pour leur aide à la correction de ce mémoire.

Je remercie tous les membres de ma promotion, et plus particulièrement les « ravageurs », qui ont fait de ces quatre années de formation des moments inoubliables.

Je dédie ce mémoire à mon grand-père qui me répétait « J'espère être toujours là quand tu seras diplômé. ».

Liste des abréviations

IFMK : Institut de formation en masso-kinésithérapie.

MK : Masseur-kinésithérapeute.

MKDE : Masseur-kinésithérapeute diplômé d'état.

BDK : Bilan diagnostique kinésithérapique.

AT : Alliance thérapeutique.

ETP : Education thérapeutique du patient.

EBP : Evidence based practice.

WAI : Working Alliance Inventory.

DGS: Direction générale de la santé.

MPR : Médecine physique et réadaptation.

RFR : Réadaptation fonctionnel du rachis.

Légende des citations :

« ...*Citation*... » : Citation issue d'un article, d'un livre ou d'une autre source bibliographique.

« ...*Citation*... » : Citation issue des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Situation d’ancrage.....	1
1.2 Emergence du questionnement	2
2 Cadre conceptuel.....	3
2.1 La Relation.....	3
2.2 La relation dans le soin.....	3
2.3 Alliance thérapeutique.....	4
2.4 Évaluation	6
2.5 Échelle de l’alliance thérapeutique	8
2.6 La lombalgie chronique	9
3. Problématique et hypothèses	12
4. Méthode de recherche	14
4.1 Le recueil des données.....	14
4.2 La procédure d’analyse.....	22
4.3 Les limites de la méthode	24
5. Résultats	25
5.1 Evolution de la pratique professionnelle	25
5.2 La méthode d’approche des patients	26
5.3 La représentation de l’alliance thérapeutique	27
5.4 L’évaluation de l’alliance thérapeutique.....	28
6. Analyse des résultats :.....	30
6.1 La formation continue au service de la relation avec le patient	30
6.2 Les clés de la construction de l’alliance thérapeutique.....	31
6.3 L’alliance thérapeutique, une plus-value à la prise en charge.....	36
6.4 L’alliance thérapeutique, une notion maîtrisée par les MKDE	41
6.5 La lombalgie chronique, les particularités de la relation	41
6.6 L’évaluation de l’alliance thérapeutique, la variété des méthodes utilisées	46
6.7 Un modèle d’évaluation fiable de l’alliance thérapeutique, des avis encourageants.....	49
7. Synthèse des résultats et retour sur les hypothèses	55
7.1 Retour sur les hypothèses de recherche	55
7.2 Limites et intérêts de l’étude.....	60
7.3 Professionnalisation et axes d’amélioration.....	62
8. Conclusion.....	65
9. Bibliographie	66
Annexes	

Sommaire des tableaux et figures

Tableau 1 : Groupe 1, Masseurs-kinésithérapeutes non formés à l’ETP	21
Tableau 2 : Groupe 2, Masseurs-kinésithérapeutes formés à l’ETP	21
Figure 1 : Grille d’analyse d’entretien par méthode verticale (Source : Paul Tanguy, grille conçue le 02/03/2020)	22
Figure 2 : Grille d’analyse par méthode transversale (source : Paul Tanguy, grille conçue le 02/03/2020)	23
Tableau 3 : Résultats des entretiens ; thème 1 : « Evolution de la pratique professionnelle » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020)	25
Tableau 4 : Résultats des entretiens ; thème 2 : « La méthode d’approche des patients » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020)	26
Tableau 5 : Résultats des entretiens ; thème 3 : « La représentation de l’alliance thérapeutique » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020).....	27
Tableau 6 : Résultats des entretiens ; thème 4 : « L’évaluation de l’alliance thérapeutique » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020).....	28
Tableau 7 : Résultats des entretiens ; thème 4 : « L’évaluation de l’alliance thérapeutique » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020).....	29
Figure 3 : Cadre théorique du continuum de l’engagement des patients inspiré de Carman et al.	34

1. Introduction

1.1 Situation d'ancrage

Durant ma 2^{ème} année d'étude à l'Institut de Formation en Masso-Minésithérapie (IFMK) de Brest, il nous a été demandé de participer à une « revue de presse ». L'objectif de cet atelier était de nous inciter à nous intéresser aux publications et aux articles francophones traitant de la kinésithérapie. Nous devions choisir un article issu des revues *Kinésithérapie scientifique* ou *Kinésithérapie la revue*, le lire et le présenter à un groupe constitué d'étudiants et de formateurs. Mon choix s'est porté sur un article intitulé *l'effet placebo en physiothérapie*, rédigé par Jean-Philippe Bassin et publié dans *kinésithérapie scientifique* en 2017 (1).

Cet article m'avait beaucoup intéressé et m'avait donné envie d'approfondir mes connaissances sur le sujet de l'effet placebo et des effets contextuels dans la kinésithérapie. Quand on nous a demandé de choisir un thème de mémoire en fin de deuxième année, j'ai instinctivement opté pour celui-là.

C'est durant ma troisième année qu'a véritablement émergé mon questionnement. Après avoir défini mon thème de recherche, je suis passé par une longue période de recherche documentaire. Au fur et à mesure de mes recherches, j'affinais les limites de mon thème. En effet « l'effet placebo » qui était mon point de départ a progressivement évolué pour enfin devenir « l'impact de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge en masso-kinésithérapie ». En poursuivant ma recherche documentaire, j'ai pu constater la multitude d'études réalisées sur ce thème. Aujourd'hui, c'est une certitude que l'alliance thérapeutique (AT) a un impact sur l'efficacité des traitements proposés (2). C'est en lisant des études qui cherchaient à l'objectiver que j'ai constaté l'existence d'échelles d'évaluation de l'alliance thérapeutique. Ces échelles sont fréquemment utilisées dans les études et cherchent à mesurer la force de l'alliance qui peut exister entre un thérapeute et son patient.

Je n'avais jamais entendu parler de ces échelles que ce soit en cours ou durant mes stages. J'ai donc décidé d'y consacrer du temps pour connaître leur intérêt dans la prise en charge, leur modalité d'utilisation et leur fiabilité. A la suite de ces recherches je me suis rendu compte que la plupart de ces échelles étaient des améliorations d'une échelle existante, la Working alliance Inventory (WAI). Cette échelle existe en forme courte, validée en français et validée dans le domaine de la kinésithérapie.

1.2 Emergence du questionnaire

A partir de ces recherches je me suis interrogé sur l'intérêt d'utiliser ces échelles dans les prises en charge de douleurs chroniques. Nous savons qu'une forte alliance thérapeutique associée à un traitement augmente ses chances de résultats. Cela m'a fait réfléchir sur la place importante qu'occupent la relation et la communication dans le domaine médical. Elles sont aussi importantes que l'expertise et la technique manuelle. Sachant cela, ne serait-il pas intéressant pour les masseurs-kinésithérapeutes d'évaluer l'alliance thérapeutique qu'ils construisent avec leurs patients souffrant de douleurs chroniques ? Cette évaluation leur permettrait-elle de toujours assurer un haut niveau d'alliance avec leurs patients et donc d'augmenter l'efficacité de leur prise en charge ? L'utilisation de cette échelle est-elle nécessaire ?

2 Cadre conceptuel

2.1 La Relation

Le terme « relation » est défini par le Larousse comme "un lien existant entre des choses ou des personnes".

La relation humaine est un concept complexe mettant en présence au moins deux personnes. Elle ne se limite pas à un échange verbal, elle correspond au rapprochement de deux caractères, deux psychologies et deux histoires différentes. Dès que deux personnes sont en présence l'une de l'autre, elles créent une relation que ce soit par leurs gestes ou leurs attitudes. « *C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on entre en relation* » (3).

La relation aux autres est essentielle à l'existence humaine. Elle est impliquée dans le développement de la personnalité, mais elle permet aussi la prise de conscience de soi et celle d'autrui. C'est en prenant conscience de l'existence de l'autre comme un être extérieur que l'on peut se sentir exister intérieurement (4). Cette vision est issue des textes de Martin Buber (5) qui considère la relation avec autrui comme indispensable à l'existence de l'homme, ce qui fait écho aux deux grandes conceptions philosophiques de l'Homme (6) : le point de vue substantiel qui considère l'homme comme un être individuel, libre qui apprend de ses propres expériences et le point de vue transcendant qui considère l'homme comme un être conditionné par sa relation au monde et aux autres (6). Ces deux conceptions sont recevables, l'homme est, d'une part, un être singulier mais, d'autre part, il se trouve dès sa naissance lié aux autres.

2.2 La relation dans le soin

Dans le cadre de leur travail, les professionnels de santé sont, pour la plupart, amenés à établir une relation avec leur patient. Cette relation de soin est particulière car c'est une relation intime et potentiellement prolongée qui va mettre en présence deux individus en positions asymétriques et inégales (7). D'un côté le patient "souffrant" qui est demandeur de soin et qui se questionne sur son état, et de l'autre le professionnel de santé détenant le savoir et le savoir-faire pour répondre à la demande du patient (7). Qu'ils en soient conscients ou non, chacun des protagonistes de cette relation est en attente de l'autre. Le patient attend du soignant qu'il soit capable d'identifier le dérèglement qui est à l'origine de sa souffrance. Mais il attend également de lui qu'il soit un confident, une personne

discrète en qui il peut avoir confiance et qui puisse lui donner de bons conseils. De son côté, le professionnel de santé présente également certaines attentes vis-à-vis de cette relation : il peut présenter un désir de soulager, de prendre soin d'autrui, un désir d'affirmer son pouvoir sur les autres, de se faire respecter (8).

Depuis plusieurs décennies maintenant on peut constater un changement de paradigme dans la relation de soin. Elle tend à passer d'un modèle "paternaliste" dans lequel le professionnel de santé est en position "haute", c'est lui qui détient le savoir, vers un modèle privilégiant l'autonomie du patient (9). La concrétisation de ce gain d'autonomie s'est faite par l'intermédiaire de la loi Kouchner de 2002 (10). A la suite de cette loi, les professionnels de santé ont l'obligation d'informer les patients sur leur état de santé et de rechercher leur consentement avant tout acte. A partir de ce moment, le patient devient une personne qui doit être informée et qui cherche à s'informer. La démocratisation d'internet, apportant avec elle un accès facile à l'information, a redistribué équitablement l'accès au savoir entre les professionnels de santé et les patients. Les professionnels de santé cherchent à remettre la communication et la relation avec le patient au premier plan (9). Premièrement, dans le but d'intégrer pleinement le patient dans les prises en charge et de le rendre acteur de sa santé. Deuxièmement, dans le but de favoriser la prise en charge globale du patient et ne pas le réduire à un organe malade. Le patient n'est plus l'objet du soin mais devient un partenaire de soin que l'on informe, avec qui on échange et avec qui on prend des décisions communes.

2.3 Alliance thérapeutique

2.3.1 Origine et définition de l'alliance thérapeutique

A l'origine, l'alliance thérapeutique est un concept issu de la psychothérapie et de la psychanalyse, mentionné pour la première fois par Freud en 1913 : « Compréhension sympathique, affection et amitié sont les véhicules de la psychanalyse » (11). A présent ce concept s'est largement étendu aux autres professions médicales et paramédicales. Il peut être défini comme un partenariat entre le soignant et le soigné, basé sur une relation de confiance leur permettant de travailler ensemble et d'atteindre les objectifs fixés. La force de ce partenariat est un sujet d'étude récurrent ; il a été montré qu'il faisait varier les résultats obtenus à la suite d'une prise en charge thérapeutique. Luborsky fut l'un des

premiers à démontrer cela dans le champ des thérapies cognitives et comportementales en 1975 (12).

2.3.2 Les composants de l'alliance thérapeutique

A la suite des écrits de Freud, plusieurs auteurs ont cherché à caractériser cette alliance thérapeutique et à étudier les mécanismes sous-jacents : Greenson, Alford et Beck, mais aujourd'hui il semblerait que ce soit la définition de Bordin qui soit acceptée comme la référence en termes de caractérisation de l'alliance thérapeutique. Selon lui, elle est un prérequis nécessaire à tout changement mais elle n'est pas en elle-même curative (13,14). Il conceptualisa alors l'alliance thérapeutique comme une variable composée de trois facteurs interdépendants (14) :

- Le lien, représentant la relation existant entre le patient et le thérapeute
- L'accord sur les objectifs visés
- L'accord sur les tâches à effectuer

Ces trois facteurs s'influencent mutuellement, la qualité de la relation va ainsi faciliter l'échange et l'accord des deux individus sur les objectifs et les tâches à réaliser ; et enfin la réalisation de ces derniers va venir impacter la qualité de la relation.

2.3.3 La relation soignant-soigné

Facteur central de l'alliance thérapeutique, la relation soignant-soigné est une aide précieuse à la thérapie. Cette relation thérapeutique peut être associée à la « *relation d'aide* » décrite par Carl Rogers dans sa méthode d'approche centrée sur la personne (15). Cette relation comprend 2 dimensions complémentaires : une dimension affective et une dimension professionnelle. Selon Carl Roger la dimension affective correspond à une relation qui se veut empathique, authentique et chaleureuse. Tandis que la dimension professionnelle fait référence au statut du soignant et à ses compétences. Si le patient consulte un professionnel de santé c'est qu'il estime qu'il a les capacités de lui venir en aide. La réunion de ces deux dimensions est la condition sine qua non à la création d'une relation soignant-soigné profitable.

2.3.4 L'alliance thérapeutique dans la kinésithérapie

L'alliance thérapeutique est solidement ancrée dans la kinésithérapie. Elle est mentionnée à plusieurs reprises dans le paragraphe relatif à la compétence 5 de notre décret de compétences (16) : « *Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie* », dans lequel il est mentionné que nous devons « *développer une relation de partenariat avec la personne soignée* » et « *rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention* ».

A l'instar de ce qui s'est fait dans le domaine de la psychothérapie, des études cherchent à objectiver les variations de résultats que l'alliance thérapeutique peut entraîner pour une même prise en charge en masso-kinésithérapie. Une revue de la littérature, publiée récemment, recense plusieurs de ces études et montre ainsi que l'alliance thérapeutique est un concept tout autant applicable à la kinésithérapie qu'à la psychothérapie (17).

2.4 Évaluation

2.4.1 Définition de l'évaluation

L'évaluation est un concept vaste dont la définition varie en fonction du domaine dans lequel elle est employée. Par exemple une évaluation de compétences sera différente d'une évaluation en masso-kinésithérapie. Cependant il est possible de retrouver des éléments similaires et de proposer une définition rassemblant les éléments communs des différentes situations. Selon le comité d'aide au développement « *L'évaluation est une fonction qui consiste à porter une appréciation aussi systématique et objective que possible, sur un projet en cours ou achevé...* » (18).

Indépendamment du domaine dans lequel elle est employée, l'évaluation comprend trois étapes (19) :

- La mesure, permettant d'objectiver et de prendre connaissance des informations relatives à une situation donnée.
- L'interrogation sur ce qui aurait dû se passer ou l'état dans lequel la situation devrait se trouver (au moyen de référentiels ou des normes validées).
- La comparaison des informations issues de ces deux premières étapes, permettant ainsi de confronter l'état actuel de la situation à ce qu'elle aurait dû être.

2.4.2 Le rôle de l'évaluation

L'évaluation n'a de sens que si elle débouche sur des perspectives d'amélioration, de rétablissement ou de maintien de l'état actuel dans le cadre de processus dégénératifs (20). Elle doit être une aide à la prise de décision, nous permettant de faire des choix et définir des objectifs en toute connaissance de cause. « *Evaluer signifie aider à fonctionner, guider, piloter, conseiller, diagnostiquer, faire un audit, faire un état des lieux et préconiser des améliorations* » (19). Face à tant de diversité, le mot « évaluation » a tendance à perdre sa signification quand il est utilisé seul. C'est pourquoi, souvent, on l'utilise suivi de l'adjectif du domaine dans lequel il est utilisé.

L'évaluation peut alors remplir plusieurs rôles. Le centre de ressources en évaluation en identifie trois principaux (18). L'évaluation peut consister en :

- Un outil d'aide à la décision en recueillant des informations permettant de décider la modification d'une démarche entreprise, ou dresser un bilan d'une situation afin de déterminer les actions à mettre en œuvre.
- Un outil démocratique ou de transparence permettant de rendre compte de l'état actuel d'un projet et permettant ainsi de solidifier la relation entre les personnes impliquées.
- Un outil d'apprentissage afin d'analyser les actions mises en œuvre et d'en tirer des apprentissages pour repérer les bonnes pratiques et les erreurs à ne pas commettre une seconde fois.

2.4.3 L'évaluation médicale

Dans le domaine médical, l'évaluation est un élément crucial. Qu'il s'agisse d'un diagnostic médical, de recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou d'essais thérapeutiques, l'évaluation est à l'origine de chaque décision dans le domaine de la santé. Elle remplit chacun des trois rôles décrits précédemment et permet de faire évoluer nos pratiques.

Si on s'intéresse au domaine de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) l'évaluation occupe une place centrale. L'objectif principal de cette discipline est de limiter le niveau d'incapacité et de handicap lorsque le patient retourne dans son environnement (20). L'évaluation de l'impact de la rééducation sur le niveau d'incapacité est donc indispensable et doit être réalisée à de multiples occasions. Il existe donc

plusieurs temps dans le concept d'évaluation. Une évaluation initiale permet de prendre connaissance de l'état initial de la situation et de définir des objectifs. Mais les résultats de l'évaluation s'apprécient également à court terme comme à moyen et long terme afin de vérifier les gains et leur maintien tout au long de la rééducation ainsi que leurs répercussions en termes de handicap.

2.4.4 L'évaluation en kinésithérapie

Tout comme pour le domaine de la MPR, l'évaluation occupe une place centrale dans la masso-kinésithérapie. A la fois point de départ du traitement nous permettant de faire le bilan de la situation et de définir des objectifs de rééducation, elle est également un outil permettant de faire le point sur la progression du patient et de justifier l'intérêt et les bénéfices apportés par notre prise en charge. Aujourd'hui l'évaluation du patient fait partie de la masso-kinésithérapie, comme le montre la compétence 1 du décret de compétence (16) : « *Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic* ».

2.5 Échelle de l'alliance thérapeutique

Les différents travaux de recherche, portant sur l'alliance thérapeutique, réalisés dans les années 70 par Luborsky et Bordin (14), ont permis de faire prendre conscience de l'influence de facteurs communs et de l'impact sur les résultats de la prise en charge. Ce constat a poussé les chercheurs à développer des outils pour étudier l'alliance thérapeutique. C'est ainsi que la première échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique vit le jour en 1989 : la Working Alliance Inventory (21). Aujourd'hui encore, l'influence de l'alliance thérapeutique dans la pratique médicale est fréquemment étudiée. Il a été montré qu'elle avait un impact positif sur les résultats des prises en charge en stimulant l'adhésion du patient au traitement, son observance et sa motivation.

Cette échelle (la WAI) a été développée par Horvath et Greenberg dans le but de pouvoir évaluer la force d'une alliance thérapeutique (21). La structure de cette échelle se base sur la définition de l'alliance thérapeutique proposée par Bordin (14), montrant qu'elle était influencée par trois facteurs interdépendants. Une forme courte de cette échelle fut proposée également en 1989. Puis une révision de cette dernière fut proposée

en 2005 et traduite en 2018 par un étudiant de Brest dans le cadre de sa thèse de médecine générale (22).

Aujourd'hui, il existe plusieurs échelles validées évaluant l'alliance thérapeutique : la « Working Alliance Inventory » ainsi que sa forme courte révisée, la « WAI SR », la « WATOCI », la « Helping alliance questionnaire »... En 2016, l'étude TATA (23) (Tools Assessment of Therapeutic Alliance) a permis de déterminer, à l'échelle de l'Europe, l'outil le plus approprié pour évaluer l'alliance thérapeutique afin qu'il soit ensuite traduit dans différentes langues européennes. Il en résulte que la forme courte révisée de la WAI était l'outil le plus approprié.

La construction de l'alliance thérapeutique étant un facteur central dans la réussite d'un traitement, il peut être intéressant d'étudier l'impact qu'elle peut avoir dans les prises en charge chroniques. Dans le domaine de la kinésithérapie l'exemple le plus parlant de pathologie chronique est la lombalgie chronique.

2.6 La lombalgie chronique

2.6.1 Définition et épidémiologie

La lombalgie chronique se définit comme un symptôme douloureux siégeant dans la région lombaire et évoluant depuis au moins 3 mois. La lombalgie chronique n'est pas considérée comme une pathologie à part entière, mais comme un symptôme pouvant correspondre à divers mécanismes et étiologies. Dans 95% des cas, la lombalgie est dite « commune » car son origine n'est pas liée à une anomalie identifiable (24). L'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) et l'Inserm, en 2000, précisent, dans leur définition, que cette douleur est « *non secondaire à une cause organique particulière ou autres : infectieuse, tumorale, affection rhumatismale inflammatoire ou une affection métabolique...* ».

Pour ce mémoire, la définition de lombalgie chronique sera l'une de celles proposées par la HAS en 2016 (25), à savoir une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois, dont l'origine peut être associée à une ou plusieurs causes suivantes : « *discogénique, facettaire ou mixte, ligamentaire, musculaire, liée à un trouble régional ou global de la statique rachidienne.* »(25).

Il existe très peu de sources récentes traitant les données épidémiologiques de la lombalgie chronique, et celles existantes n'aboutissent pas à un consensus sur les chiffres qu'elles communiquent. Un article relativement récent (26) recense plusieurs sources de données épidémiologiques. Selon l'enquête démographique et de santé (EDS) (26), réalisée en 1999, plus de la moitié de la population française comprise entre 30 et 64 ans aurait présenté un épisode de lombalgie dans les 12 derniers mois. Pour avoir une idée de l'importance de l'incidence des lombalgies chroniques, cet article affirme que 5 à 10% des lombalgies deviennent chroniques. Ces chiffres sont confirmés par la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'Inserm (24). Mais selon le site internet *lombalgie.fr* (27) c'est 10 à 23% des lombalgies qui se deviennent chroniques.

2.6.2 Le modèle bio-psycho-social

Le modèle bio-psycho-social est un modèle théorique visant à représenter l'état de santé d'un être humain comme une variable influencée par trois facteurs d'importance égale : les facteurs biologiques, psychiques et sociaux (28). Il est un élargissement du modèle biomédical. Les facteurs biologiques sont toujours pris en compte. Les facteurs psychiques renvoient aux processus cognitifs, émotionnels et comportementaux. Et enfin les facteurs sociaux renvoient à l'environnement social de l'individu. Contrairement au modèle biomédical, le modèle bio-psycho-social n'intègre pas un système de causalité simple et linéaire, mais des causalités multiples et circulaires.

Comme toute affection chronique, la lombalgie chronique comporte une dimension bio-psycho-sociale. En effet, il est admis que les facteurs psychosociaux, fréquemment rassemblés sous le terme de « yellow flags » (29,30), sont les principaux risques de chronicisation des lombalgies (31). La prise en charge des lombalgies chroniques doit se baser sur le modèle bio-psycho-social. Il en résulte donc que la connaissance biologique de ce syndrome et sa prise en charge technique ne sont pas suffisantes pour assurer le rétablissement du patient (30). Il est nécessaire d'intégrer à cette prise en charge les contextes psychologiques et sociaux en se concentrant sur la relation et l'empathie envers le patient.

2.6.3 Conséquences de la lombalgie chronique

La lombalgie chronique entraîne de lourdes conséquences sur les patients. En effet, le risque de déconditionnements physique et psychologique est important et la probabilité de reprise du travail diminue proportionnellement à la chronicisation du symptôme douloureux (27). Ainsi seulement 40 à 50% des patients reprendront le travail après 6 mois d'arrêt, 15 à 25% après 1 an et presque aucun après 2 ans (24). La lombalgie chronique a effectivement un impact social et économique important, selon une enquête réalisée par la Direction Générale de la Santé (DGS) en collaboration avec l'Inserm, les lombalgies chroniques représenteraient 70 à 80% des coûts liés aux rachialgies(24). Ce coût serait évalué à 1,4 milliard d'euros et représenterait 1,6 % des dépenses de santé (24).

2.6.4 Prise en charge actuelle et traitement

Les recommandations de la HAS relatives à la prise en charge des lombalgies chroniques n'ont, à ce jour, pas été actualisées depuis l'année 2000 (32). Les prises en charge multidisciplinaires, les séances d'éducation et de conseils, ainsi que les exercices physiques associés à une prise en charge psychologique sont les traitements conservateurs bénéficiant des plus hauts niveaux de preuve dans un objectif d'action antalgique, de rééducation fonctionnelle et de retour au travail.

Il existe également des recommandations pour les traitements médicamenteux et les traitements invasifs. Les traitements médicamenteux ne sont proposés que dans le but de gérer et soulager la douleur. Selon les recommandations de la HAS (32), le traitement le plus efficace correspond aux antalgiques de pallier 2 (recommandation de grade B), c'est-à-dire les opioïdes faibles, pouvant être proposés après l'échec des antalgiques de pallier 1. L'efficacité de ces derniers, pour cette indication, n'a, en revanche, été attestée par aucune étude.

3. Problématique et hypothèses

L'alliance thérapeutique est reconnue comme étant un facteur corrélé aux résultats d'un traitement et à l'amélioration des symptômes. De ce fait, elle se doit d'occuper une place centrale dans toute prise en charge médicale et paramédicale. Afin de s'assurer de sa qualité, il est possible d'utiliser des échelles d'évaluation de l'alliance thérapeutique. La kinésithérapie est une discipline qui diffère des autres de par la proximité entre le thérapeute et le patient et de par la durée du traitement conduisant ses protagonistes à se côtoyer régulièrement. La qualité du lien, ainsi créé, va d'autant plus impacter le déroulement et le résultat de la prise en charge que celle-ci s'étendra dans le temps. Aujourd'hui, dans le domaine des soins chroniques en kinésithérapie, la lombalgie est un motif récurrent de prescription et de prise en charge (24). Afin d'assurer le meilleur résultat possible avec des patients lombalgiques chroniques, les masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'état (MKDE) doivent construire une alliance thérapeutique la plus forte possible. Au vu de ces faits permettant de prendre conscience de l'impact de l'AT dans le traitement kinésithérapique des lombalgies chroniques, ce travail de recherche s'intéresse à la question suivante :

Quel serait l'apport et l'usage d'une évaluation fiable de l'alliance thérapeutique entre un kinésithérapeute et son patient dans la prise en charge des lombalgies chroniques ?

Les objectifs de recherche sont : premièrement, faire un bilan de l'état actuel des connaissances des MKDE libéraux sur l'alliance thérapeutique, sur les facteurs qui l'influencent et sur leur mise en pratique. Deuxièmement, recueillir l'avis des MKDE sur les bénéfices que pourrait apporter une évaluation fiable de l'AT à la prise en charge des patients souffrant de lombalgies chroniques. Enfin, l'objectif de ce travail est de recueillir les avis des MKDE sur la forme et les modalités de cette évaluation et de les comparer aux échelles existantes.

Les hypothèses sont les suivantes :

- Hypothèse 1 : Le concept d'alliance thérapeutique n'est pas universel et n'est pas maîtrisé par tous les MKDE.
- Hypothèse 2 : Les MKDE ont des approches très diversifiées avec leurs patients et n'accordent pas tous la même importance à la construction d'une alliance thérapeutique.

- Hypothèse 3 : L'évaluation de l'AT représenterait un intérêt car elle pourrait les aider et les guider dans la construction de cette alliance avec les patients.
- Hypothèse 4 : Les kinésithérapeutes formés à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) montreront plus d'intérêt pour l'évaluation fiable de l'AT.
- Hypothèse 5 : Les outils existants ne sont pas adaptés à une utilisation clinique.

4. Méthode de recherche

Dans ce chapitre je vais expliquer la méthode que j'ai employée pour collecter les données me permettant de répondre à mes questions de recherche. Pour vous présenter ma méthodologie de recherche, je suivrai le plan proposé par Pierre Mongeau, dans son livre *réaliser son mémoire ou sa thèse* (33), qui divise cette partie en deux étapes successives. Je commencerai par vous présenter la méthode que j'ai employée pour recueillir les données, puis je vous décrirai la procédure d'analyse de ces données.

4.1 Le recueil des données

4.1.1 Choix de la méthode par entretien semi-dirigé

Comme précédemment évoqué, ma réflexion sur le thème de l'alliance thérapeutique a commencé pendant ma troisième année de formation grâce à une recherche bibliographique. Cette réflexion s'est étoffée au fur et à mesure notamment grâce à des échanges avec des professionnels de santé durant mes stages et mes guidances individuelles ou collectives. Ces échanges ont fait émerger chez moi de nombreuses questions et incertitudes. Les kinésithérapeutes de façon générale connaissent-ils suffisamment le concept d'alliance thérapeutique pour y voir un intérêt à sa mesure ? Cette mesure impacterait-elle leur prise en charge ? Que feraient-ils après avoir mesuré l'alliance thérapeutique avec leur patient ? Tiendraient-ils compte des résultats ?

Toutes ces interrogations sur ce thème ont alimenté ma réflexion et ma curiosité tout en m'aidant à déterminer ma méthode de recherche. Mon interrogation première était de savoir pourquoi ces échelles, validées scientifiquement, ne sont pas utilisées en kinésithérapie ? Pour cela, il me fallait d'abord m'intéresser à ce que pourrait représenter, pour les kinésithérapeutes, l'évaluation de l'alliance thérapeutique avec leurs patients. La méthode de recherche qualitative semblait être la méthode la plus adéquate. Elle constituait un outil de mesure intéressant car, contrairement à la méthode quantitative, elle me permettait de comprendre les raisons, motivantes ou non, pour un kinésithérapeute de pratiquer cette évaluation. Une étude similaire a déjà été réalisée en 2016 par des internes en médecine générale de la faculté de Brest dans le cadre de leurs thèses de doctorat (34,35). Il s'agissait d'études quantitatives. Leur objectif était d'évaluer l'acceptabilité d'une échelle mesurant l'alliance thérapeutique auprès des internes en médecine générale de Brest. Le second objectif était d'évaluer leur adhésion à l'utilisation

de cette échelle dans leur pratique courante. Les résultats de la première étude (34) montraient que la population interrogée était en désaccord ; seulement 50 % des personnes interrogées étaient favorables à l'utilisation de ces échelles avec leurs patients dans leur pratique future. Au vu du résultat de cette étude, la recherche par méthode qualitative était, selon moi, plus intéressante pour, tout d'abord, savoir si l'avis des MKDE était similaire à celui des internes de médecine générale, et surtout pour avoir une compréhension et une justification de ce phénomène et de ces résultats.

Afin de répondre à ma problématique, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de deux populations : une population constituée de MKDE formés à l'ETP et une autre population non formée à l'ETP. Au départ je ne voulais enquêter qu'auprès de MKDE formés à l'ETP car ils ont des connaissances plus poussées sur l'alliance thérapeutique et son impact (36). J'étais donc assuré de recueillir l'avis de professionnels experts dans ce domaine et qui maîtrisent le thème de mon mémoire. Cependant les échelles évaluant l'alliance thérapeutique, point de départ de ma réflexion et de mon questionnement, sont validées en français (37) et dans le champ de la kinésithérapie, et sont donc sensées être utilisables par n'importe quel MKDE. Je trouvais donc intéressant d'interroger aussi des MKDE non formés à l'ETP pour recueillir un avis plus représentatif de la population des kinésithérapeutes.

Avec à ces entretiens, je ne cherche pas à mesurer le pourcentage de MKDE intéressés ou non par l'utilisation de ces échelles, comme ont pu le faire les Dr Gicquel et Dr Gaouyer auprès des internes en médecine générale (34,35). Je cherche à comprendre les raisons pouvant motiver ou freiner un MKDE à mesurer la qualité de son alliance thérapeutique avec son patient. Comme l'énonce Geneviève Imbert « *la recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes ; inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive* » (38). L'objectif est donc de recueillir des témoignages de MKDE mettant en valeur leurs expériences, leurs croyances et leurs représentations de la relation soignant-soigné.

4.1.2 Réalisation des entretiens

Différents facteurs ont impacté la réalisation des entretiens semi-directifs, notamment le contexte et le cadre des entretiens.

4.1.2.1 Le cadre de réalisation des entretiens

A) Le lieu

Le lieu variait d'un entretien à l'autre. Il était déterminé en accord avec l'interrogé en fonction de son organisation et de ce qui lui convenait au mieux. Pour des raisons d'éloignement géographique, quatre des neuf entretiens se sont déroulés par téléphone ou visioconférence. Les cinq autres ont été réalisés en présentiel soit dans le cabinet où le kiné interrogé exerçait, soit au domicile de l'enquêteur. Le lieu choisi devait assurer une zone d'intimité et de calme entre les deux acteurs de l'entretien. L'interviewé devait pouvoir livrer son témoignage sans avoir l'impression d'être écouté et sans être interrompu ou dérangé par des éléments extérieurs. Pour chacun des neuf entretiens réalisés, le lieu dans lequel l'interrogé témoignait assurait un environnement calme, favorisant l'écoute et l'échange entre les deux interlocuteurs.

B) Le moment

Tout comme pour le lieu, le cadre temporel de l'entretien était déterminé en accord avec l'interrogé. Le créneau horaire devait être suffisamment long pour assurer le déroulement complet de l'entretien et permettre à l'interrogé d'aborder tous les sujets qu'il souhaitait sans empressement. Il était donc demandé aux interrogés de prévoir un créneau de 45 minutes. Cette durée approximative fut déterminée à la suite d'un entretien test réalisé le 14 décembre 2019 qui a duré trente-deux minutes. La date était généralement choisie par l'interrogé, en fonction de son planning et de son organisation. L'ensemble des entretiens s'est déroulé entre le 14 décembre 2019 et le 13 février 2020.

C) La mise en confiance

Comme le souligne Geneviève Imbert « *La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'importance fondamentale car elle conditionne la richesse, la densité (qualité - authenticité, pertinence) du matériel collecté.* » (38) Il était donc primordial d'instaurer un environnement de confiance avec les différents

interlocuteurs. Pour cela, les participants furent approchés, une première fois sans empressement (38), lors d'un appel téléphonique. Ce dernier avait pour objectif de présenter le travail de recherche aux éventuels participants, de demander leur accord et de déterminer le cadre spatio-temporel de l'entretien. Afin de maintenir ce climat de confiance durant la réalisation de l'entretien, plusieurs étapes étaient planifiées et répétées pour chacun d'entre eux. En premier lieu, comme l'entretien devait être enregistré, il était nécessaire de solliciter l'accord des personnes interrogées en leur expliquant l'intérêt et l'usage de cet enregistrement.

A la suite de ce premier échange, avant de commencer à interroger les participants, une clarification et une explication du travail de recherche et de ses objectifs étaient réalisées sous la forme d'une « *lettre de présentation* » (38) ou d'une « *annonce* » (39) servant d'introduction à l'entretien. Celle-ci avait pour but de présenter l'enquêteur, le thème de recherche, les questions et les objectifs de recherche. Ceci permettait de redéfinir l'objectif de l'échange et de marquer le point de départ de l'entretien. Ainsi, l'interviewé ne se retrouvait pas pris au dépourvu. Comme le dit Jean-Claude Combessie : « *Cette annonce initiale suffit parfois à amorcer l'entretien : la personne interrogée entre dans le sujet, parle d'abondance et assure d'emblée la dynamique de l'entretien.* » (39)

Afin de favoriser la qualité de l'échange et le sentiment d'écoute chez l'interrogé, une prise de note systématique était effectuée en plus de l'enregistrement. Les questions de relance, qu'elles soient improvisées ou non, étaient formulées de façon à répéter des éléments apportés par le discours du participant. Ceci afin de manifester de l'intérêt pour le discours de l'interrogé et de susciter des approfondissements ou des reformulations.

4.1.2.2 Le guide d'entretien

A) Construction du guide d'entretien

La conception et la validation d'un guide d'entretien était indispensables avant de commencer à réaliser des entretiens auprès de professionnels. Après avoir réalisé une première version de mon guide d'entretien, une présentation de celui-ci a été effectuée auprès de ma directrice de mémoire et de ma formatrice référente. Grâce à elles, je me suis rendu compte que mes questions ne laissaient pas suffisamment de liberté de réponse aux personnes interrogées. Bien que j'utilisais des questions ouvertes, j'étais trop directif et j'empêchais l'interviewé de développer sa réponse et donc de parler de son expérience et de sa vision de la relation soignant-soigné.

Grâce à leurs conseils et à la lecture d'articles et de livres sur la recherche qualitative, j'ai pu revoir mon guide d'entretien et proposer une nouvelle version (Annexe 1). Plusieurs échanges et rendez-vous furent nécessaires pour corriger la syntaxe, garder ou non certaines questions et assurer une cohérence dans le déroulement de l'entretien. En effet, certaines questions ayant trop de similitudes, ont dû être retirées. J'ai donc prévu des relances dans le guide d'entretien pour être sûr d'aborder tous les sujets utiles. Des corrections furent également nécessaires pour éviter de commettre les mêmes erreurs que dans la première version du guide, à savoir le manque de liberté de réponse dans les questions proposées. Les questions étaient volontairement simples dans leur syntaxe et suffisamment courtes pour ne pas orienter les acteurs de l'entretien et leur laisser une liberté totale de réponse. Si des précisions étaient nécessaires, cela se faisait grâce aux relances prévues dans le guide ou improvisées selon la situation.

B) Thèmes principaux du guide d'entretien

Durant les entretiens, quatre thèmes principaux étaient abordés avec les participants. Chaque thème était traité par différentes questions directement posées à l'interrogé. Le premier thème n'était pas destiné à être analysé, il permettait de lancer l'entretien en invitant l'interrogé à parler de son parcours professionnel. Il permettait également d'obtenir des éléments de contexte pour analyser les autres questions. Les thèmes abordés sont les suivants :

- **L'évolution de la pratique professionnelle** : Ce thème s'intéresse au parcours de formation et au parcours professionnel de l'interviewé, ainsi que la manière dont sa pratique a pu évoluer, notamment en ce qui concerne l'aspect relationnel avec le patient.
- **La méthode d'approche des patients** : Ce thème explore la manière dont le kinésithérapeute tente de créer une relation soignant-soigné optimale avec le patient et les stratégies qu'il utilise afin de favoriser l'alliance thérapeutique.
- **La représentation de l'alliance thérapeutique** : Ce thème a pour objectif de comprendre la vision que le kinésithérapeute a de l'alliance thérapeutique et l'importance qu'il y consacre.
- **L'évaluation de l'alliance thérapeutique** : Dans ce thème, il est question de savoir si l'interrogé évalue l'alliance thérapeutique créée avec son patient et l'intérêt que cela pourrait représenter dans sa pratique.

4.1.3 Recrutement de l'échantillon

A) Les critères d'inclusion

La population interrogée était exclusivement composée de masseur-kinésithérapeutes diplômés d'état exerçant en libéral, ayant une expérience dans la prise en charge des lombalgies chroniques et exerçant en Bretagne. Il existait cependant des diversités entre les individus portant sur leur sexe, leur formation initiale, leur parcours de formation continue ainsi que sur leur date d'obtention de leur diplôme.

Au sein de cette population, deux groupes ont pu être constitués.

- Le groupe 1, constitué de MKDE libéraux, prenant en charge des patients atteints de lombalgies chroniques et étant formés à l'ETP.
- Le groupe 2, constitué de MKDE libéraux, prenant en charge des patients atteints de lombalgies chroniques et n'étant pas formés à l'ETP.

Ces critères d'inclusion ont été déterminés pour différentes raisons. A l'origine, la population interrogée ne devait être constituée que de MKDE ayant suivi la formation ETP car cette formation met en avant « l'échange et la coopération avec le patient ». (36) Il semblait donc plus simple de recueillir leur avis sur l'intérêt de l'évaluation de l'alliance thérapeutique car c'est un domaine qu'ils maîtrisent. Mais à la suite d'un échange avec le

Docteur Lereste de la faculté de médecine de Brest, il m'a fait remarquer que l'échelle qui m'a servi de point de départ pour mon questionnaire (la WAI) est validée en français (37) et est censée être utilisable par n'importe quel professionnel de santé. Intégrer des MKDE non formés à l'ETP dans la population interrogée permettait, donc, de définir de nouveaux objectifs, à savoir :

- Faire un état des lieux des connaissances des MKDE libéraux sur l'alliance thérapeutique.
- Comparer les opinions des deux populations.

Le choix de l'exercice libéral comme critère d'inclusion provient d'une volonté de recueillir l'avis de MKDE assurant le suivi de patients sur du long terme. En centre ou en hôpital, les soins des patients lombalgiques chroniques peuvent être limités en termes de durée, par exemple des séjours de trois semaines. En libéral, c'est le nombre de séances qui peut être limité mais celles-ci s'étalent sur plusieurs semaines, à raison de deux ou trois séances par semaine. C'était donc un choix personnel de ne pas inclure de MKDE exerçant en structure car la relation avec les patients est différente du libéral. En structure, le patient est en relation avec l'ensemble de l'équipe soignante, tandis qu'en libéral la relation avec le kinésithérapeute est plus intime. Inclure des MKDE libéraux et salariés aurait été une source de biais dans l'analyse des résultats.

B) Méthode de recrutement

Le recrutement des participants s'est déroulé en plusieurs étapes :

- La première étape fut de contacter les MKDE libéraux intervenant à l'IFMK de Brest.
- La deuxième étape consistait à contacter les MKDE libéraux, connus dans l'entourage de l'enquêteur, exerçant dans la région nord du Finistère.
- La troisième étape était centrée sur la recherche de MKDE libéraux formés à l'ETP. Cette dernière fut possible grâce à l'aide de Magalie Turban, MKDE et conseillère titulaire de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Côtes-d'Armor.

La prise de contact s'est faite par mail ou par appel téléphonique. Au total, quatorze masseur-kinésithérapeutes ont été contactés, et parmi eux, neuf répondaient aux critères

d'inclusion et souhaitaient participer à cette étude. Les cinq autres MKDE contactés n'ont pas été inclus soit parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion, soit parce qu'ils ne souhaitaient pas être interviewés.

4.1.4 Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

Pour ce travail de recherche, neuf entretiens ont été réalisés et enregistrés avec l'accord des participants. Comme convenu avec ces derniers, leur anonymat fut préservé et l'utilisation de cet enregistrement fut réservée à la simple retranscription et aucune utilisation n'en a été faite en dehors de ce cadre. Afin de respecter l'anonymat des participants leurs prénoms ont été modifiés.

Tableau 1 : Groupe 1, Masseurs-kinésithérapeutes non formés à l'ETP

Nom de l'interviewé	Date du diplôme d'état	Institut de formation initiale
Elliot	2005	Nancy
Nathalie	2014	Rennes
Valérie	2000	Rennes
Emilien	2004	Rennes
Gabriel	2009	Rennes

Tableau 2 : Groupe 2, Masseurs-kinésithérapeutes formés à l'ETP

Nom de l'interviewé	Date du diplôme d'état	Institut de formation initiale
Elise	2002	Amiens
Virginie	1995	Rennes
Eléonore	1995	Dijon
Jeanne	1996	Orléans

4.2 La procédure d'analyse

Figure 1 : Grille d'analyse d'entretien par méthode verticale
(Source : Paul Tanguy, grille conçue le 02/03/2020)

THEMES	ENTRETIENS	<u>Entretien A</u>	<u>Interprétation</u>
	<u>L'évolution de la pratique professionnelle</u> Parcours professionnel Parcours de formation continue	A1 : « » A2 : « »	Interprétation sous-thème 1 Interprétation sous-thème 2
	<u>La méthode d'approche des patients</u> Evolution de l'approche des patients Place du patient dans le soin Construction de la relation de soin	A3 : « » A4 : « » A5 : « »	Interprétation sous-thème 3 Interprétation sous-thème 4 Interprétation sous-thème 5
	<u>La représentation de l'alliance thérapeutique</u> Impact de l'alliance thérapeutique Importance consacrée à l'alliance thérapeutique Particularités de la lombalgie chronique	A6 : « » A7 : « » A8 : « »	Interprétation sous-thème 6 Interprétation sous-thème 7 Interprétation sous-thème 8
	<u>L'évaluation de l'alliance thérapeutique</u> Méthode d'évaluation actuelle Apport de l'évaluation objective Avis sur son utilisation Modalités d'utilisation Limites de l'évaluation	A9 : « » A10 : « » A11 : « » A12 : « » A13 : « »	Interprétation sous-thème 9 Interprétation sous-thème 10 Interprétation sous-thème 11 Interprétation sous-thème 12 Interprétation sous-thème 13

Chacun des neuf entretiens réalisés a été retranscrit intégralement et étudié individuellement selon une méthode d'analyse verticale (ou intra-interview). Le contenu de chaque entretien a été sélectionné et répertorié dans une grille (**figure 1**). Ce tableau a permis de classer les idées et les témoignages des interrogés selon des thèmes principaux, définis en fonction des objectifs de recherche et du contenu des entretiens. Chaque

entretien fut associé à une lettre en suivant l'ordre alphabétique (A → I) et chaque phrase qui en était issue fut numérotée. L'ensemble des idées et témoignages ainsi recueillis ont ensuite été interprétés. L'interprétation se basait sur l'identification, pour chacun des thèmes, de « pattern » et de modèles connus. L'ensemble de ces patterns était recensé dans la troisième colonne du tableau.

Dans un second temps, une analyse transversale (ou extra-interview) de l'ensemble des entretiens a été réalisée en croisant les données récoltées pour chaque entretien (**figure 2**). Ceci afin de comparer les éléments abordés et de quantifier la redondance des éléments similaires apportés. Les patterns étaient alors comparés les uns aux autres afin d'identifier des tendances et des avis communs. Cette analyse transversale a été réalisée au sein du groupe 1, du groupe 2 et pour l'ensemble des entretiens.

Figure 2 : Grille d'analyse par méthode transversale (source : Paul Tanguy, grille conçue le 02/03/2020)

THEMES / ENTRETIENS	Entretien A	Entretien B	...	Entretien I
<u>L'évolution de la pratique professionnelle</u> Parcours professionnel Parcours de formation continue	Interprétation sous-thème 1 Interprétation sous-thème 2	Interprétation sous-thème 1 Interprétation sous-thème 2		Interprétation sous-thème 1 Interprétation sous-thème 2
<u>La méthode d'approche des patients</u> Evolution de l'approche des patients Place du patient dans le soin Construction de la relation de soin	Interprétation sous-thème 3 Interprétation sous-thème 4 Interprétation sous-thème 5	Interprétation sous-thème 3 Interprétation sous-thème 4 Interprétation sous-thème 5		Interprétation sous-thème 3 Interprétation sous-thème 4 Interprétation sous-thème 5
<u>La représentation de l'alliance thérapeutique</u> Impact de l'alliance thérapeutique Importance consacrée à l'alliance thérapeutique Particularités de la lombalgie chronique	Interprétation sous-thème 6 Interprétation sous-thème 7 Interprétation sous-thème 8	Interprétation sous-thème 6 Interprétation sous-thème 7 Interprétation sous-thème 8		Interprétation sous-thème 6 Interprétation sous-thème 7 Interprétation sous-thème 8
<u>L'évaluation de l'alliance thérapeutique</u> Méthode d'évaluation actuelle Apport de l'évaluation objective Avis sur son utilisation Modalités d'utilisation Limites de l'évaluation	Interprétation sous-thème 9 Interprétation sous-thème 10 Interprétation sous-thème 11 Interprétation sous-thème 12 Interprétation sous-thème 13	Interprétation sous-thème 9 Interprétation sous-thème 10 Interprétation sous-thème 11 Interprétation sous-thème 12 Interprétation sous-thème 13		Interprétation sous-thème 9 Interprétation sous-thème 10 Interprétation sous-thème 11 Interprétation sous-thème 12 Interprétation sous-thème 13

4.3 Les limites de la méthode

Comme le souligne Geneviève Imbert « *L'entrevue implique une dynamique conversationnelle au cours de laquelle le chercheur et le répondant sont en interaction susceptible de générer trois biais : les biais liés au dispositif de l'enquête, les biais associés à leur situation sociale respective et les biais qui sont rattachés au contexte de l'enquête* » (38). Ici, le principal biais serait rattaché au contexte de l'enquête. En effet tous les entretiens ne se sont pas déroulés dans le même cadre puisque quatre d'entre eux ont été réalisés par téléphone ou visio-conférence. Cela diminuait la proximité entre les deux interlocuteurs et impactait la communication, puisque des éléments tels que la gestuelle ou le langage para-verbal n'étaient pas perçus.

Un autre biais, cette fois lié à la situation sociale, peut-être identifié dans cette étude. En effet, six des neuf entretiens ont été réalisés avec des MKDE intervenant à l'IFMK et/ou connaissant l'intervieweur. Il en résulte qu'une relation de confiance pouvait déjà exister entre l'intervieweur et certains interrogés, facilitant donc la communication entre eux. Cette proximité se manifestait durant les entretiens par l'usage du tutoiement et l'utilisation d'expressions et d'analogies plus familières que lors des entretiens avec des inconnus.

Le dernier biais constaté dans cette étude est en lien avec le dispositif de l'enquête et porte sur le nombre d'entretiens réalisés. Au total, l'étude comprend neuf entretiens, il s'agit donc d'un échantillon de taille faible, non représentatif et dont les résultats ne sont pas généralisables.

5. Résultats

5.1 Evolution de la pratique professionnelle

Tableau 3 : Résultats des entretiens ; thème 1 : « Evolution de la pratique professionnelle » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Parcours Professionnel	Début de carrière par deux années de remplacement en libéral à Brest. Suite à cela, un an en salariat en centre de rééducation fonctionnelle. En suite quatre années d'assistantat dans un autre cabinet libéral puis installation à son compte en libéral depuis trois ans.	Début de carrière en salariat dans un centre de rééducation spécialisée en neurologie. Puis installation en libéral.	Activité exclusivement libérale jusqu'en janvier 2018. Début d'une activité mixte en janvier 2018 (à la fois libérale et salariée d'une association prévention)	Activité exclusivement libérale depuis l'obtention du diplôme d'état. Début de carrière en remplacement, puis assistantat et associée.	Activité exclusivement libérale, de 1995 à 2010 principalement des remplacements et des assistantats et à partir de 2010 installation à son compte.	Parcours exclusivement libéral avec au début des remplacements et des assistantats puis une installation à son compte.	Parcours exclusivement libéral, début de carrière par deux années de remplacement puis installation à son compte.	Parcours exclusivement libéral avec un début de carrière en remplacement puis des assistantats. Actuellement c'est son deuxième assistantat.	Carrière exclusivement libérale.
Parcours de formation continue	Formations suivies: Thérapie manuelle, thérapie manuelle du rachis, thérapie manuelle orthopédique, formation "parlons douleur".	Formations suivies: Formations liées à la prévention en entreprise à kiné ouest prévention. Formation CGE. Début de certification Mckenzie	Formations suivies: Diplôme d'ostéopathe, Master 2 en science de l'éducation, diplôme universitaire d'ergonomie et formation ETP.	Formations suivies: Certification Mckenzie, diplôme universitaire en réhabilitation respiratoire, formation ETP.	Formations suivies: Thérapie manuelle, uro-gynéco, formation en kinésithérapie respiratoire, Master 2 science de l'éducation et formation ETP.	Formations suivies: formation fascia-thérapie, diplôme universitaire de kinésithérapeute du sport, diplômé d'ostéopathe.	Formations suivies: Formation Sohier, rééducation périnéale et formation au stretching postural.	Formations suivies: Master 2 recherche en STAPS, formation kinésithérapie du sport, formation sur le contrôle moteur et formation neurodynamique.	Formations suivies: Certification Mckenzie, Master 2 en sciences humaines et sociales et diplôme d'ostéopathe.

5.2 La méthode d'approche des patients

Tableau 4 : Résultats des entretiens ; thème 2 : « La méthode d'approche des patients » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
La formation continue au service de la relation avec le patient	Evolution constatée grâce à l'expérience et à son parcours de formations continues. Plus d'attention portée aux objectifs des patients et à leurs représentations des douleurs.	Evolution constatée sur la pratique, gros impact des formations sur sa prise en charge. Passage d'une prise en charge passive vers un traitement actif favorisant la participation et l'adhésion du patient au traitement. Prise de conscience de l'apport de connaissances au patient.	Evolution constatée, modulée par son expérience et ses formations. Prise de conscience d'un manque malgré les connaissances techniques. Evolution vers un traitement actif en favorisant la participation et l'adhésion du patient.	Evolution constatée grâce au parcours de formations. Evolution vers une prise en charge active, favorisant l'adhésion du patient et sa participation active. Education du patient. Définition des objectifs du patient. Recherche de ce que le patient attend, ce qu'il veut. Prise en charge du patient dans sa globalité.	Evolution constatée. Prise de conscience que l'aspect technique ne suffisait pas, il lui fallait autre chose pour se sentir efficace. Parcours de formations centré sur le relationnel. Nécessité d'accompagnement et d'éducation des patients.	Evolution constatée, surtout à ses débuts, le temps de prendre ses marques. Ne considère pas que son parcours de formations a eu un grand impact sur ses compétences relationnelles. Il a toujours eu une certaine facilité avec les patients. Evolution constatée dans la recherche de la participation du patient et dans le contrat d'objectifs partagés.	Evolution constatée. L'expérience permet de faciliter l'approche et la relation avec les patients. Evolution surtout sur la prise en compte des attentes des patients confrontés à leurs besoins (ce qu'elle estime être nécessaire pour eux, c'est elle qui imagine les besoins des patients).	Evolution constatée, notamment grâce aux formations qu'elle a pu faire. Prise de conscience de l'importance de prendre le temps, notamment lors du bilan, pour construire une alliance thérapeutique. Prise de conscience de l'importance des attentes du patient.	Evolution constatée, principalement grâce au parcours de formations continues. Gros impact de la formation McKenzie qui l'a fait passer d'une prise en charge passive à la recherche de la participation du patient. Prise de conscience de l'importance des représentations du patient et de ses craintes.
Niveau d'engagement privilégié	Collaboration	Partenariat	Partenariat	Partenariat	Partenariat	Partenariat	Collaboration	Collaboration	Partenariat
Les clés de la construction de l'alliance thérapeutique	Importance du temps de bilan et d'interrogatoire, favoriser la libre expression du patient, écoute active, vision globale du patient (prendre en compte son environnement, sa vie), impact non négligeable de l'environnement de soin favorisant le dialogue et la relation, expliquer l'intérêt et objectif des tâches demandées au patient	Importance du temps de bilan, ça permet de montrer au patient qu'on s'intéresse à ce qu'il a et c'est un temps où on l'autorise à parler de ses douleurs. Favoriser l'échange et l'écoute du patient. Recherche de l'adhésion du patient dès la première séance. Le temps de bilan est aussi un temps d'éducation, on apporte quelque-chose au patient. Recherche du feed-back du patient pour construire ses séances.	Questions ouvertes, favoriser le discours du patient avant tout. Définition d'objectif avec le patient, contrat d'objectif.	Importance du bilan. Ecoute du patient. Pris en compte dans sa globalité, aspects sociaux, pathologiques et psychologiques. Expliquer le fonctionnement du thérapeute et expliquer les raisons des actes et des bilans. Encouragement, demander son ressenti au patient et évaluer son implication dans le traitement.	Favoriser le discours du patient, écoute active, expression de son état et de ses attentes, place importante du bilan mêlé à une communication riche. Contrat d'objectifs avec le patient.	Cherche à impliquer le patient au maximum dans la prise en charge, cherche l'adhésion et la participation du patient à un traitement. Place importante de l'interrogatoire pour cerner le patient (son tempérament) afin de s'adapter à son fonctionnement et favoriser son adhésion. Notion d'éducation et d'apport du kiné, expliquer pourquoi on propose tel ou tel chose au patient et lui expliquer sa pathologie toujours afin de rendre acteur de sa prise en charge.	Elle se construit grâce à un temps de bilan. Nécessité d'intégrer les attentes du patient mais ne pas faire que ça. Contrat entre ce que le patient attend et ce que le thérapeute veut lui faire faire. Laisser le patient parler, le laisser dire tout ce qu'il a envie de nous dire. Ça passe aussi par la prise en compte des objectifs du patient. Une partie de la relation est créée déjà avant la première séance car dans la majorité des cas le patient ne vient pas au hasard dans ce cabinet.	Temps de bilan important pour construire cette relation, laisser le patient parler au maximum, montrer au patient qu'on a entendu et compris son discours (reformulation). Elle cherche à recueillir les attentes du patient et à formuler des objectifs en fonction de ses attentes. Ecoute active du patient (non mentionnée mais présente). Responsabiliser progressivement le patient (montrer qu'elle lui fait confiance) tout en l'accompagnant (partenariat).	Confiance +++ Feed-back du patient. Elle cherche l'adhésion du patient au traitement. Elle cherche à connaître et comprendre au maximum son patient en le questionnant sur ses représentations et en lui apportant des connaissances. Elle respecte les représentations du patient et s'intéresse à ce qu'il pense. Notion de communication centrale, d'écoute, de compréhension et d'accompagnement.

5.3 La représentation de l'alliance thérapeutique

Tableau 5 : Résultats des entretiens ; thème 3 : « La représentation de l'alliance thérapeutique » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
L'Alliance thérapeutique, une plus-value à la prise en charge	L'alliance thérapeutique conditionne le succès de la prise en charge car elle influence sa satisfaction et son adhésion le patient est directement impliqué dans sa prise en charge car c'est lui qui décide ce qu'il préfère faire.	L'alliance thérapeutique conditionne le succès de la prise en charge par l' observance et l' adhésion du patient au traitement.	L'alliance thérapeutique permet d'impliquer le patient dans sa prise en charge et de le rendre responsable. Amélioration donc de l' adhésion du patient et de son observance au traitement . Impact donc sur le résultat de la prise en charge.	L'alliance conditionne l'efficacité du traitement , si pas d'alliance alors traitement inefficace. L'alliance permet de créer un contrat entre les deux protagonistes, chacun s'implique dans le traitement (adhésion + observance) .	L'alliance thérapeutique influence le résultat de la prise en charge, contrat permettant de se mettre d' accord sur les objectifs , et sur les moyens. Prise en charge adaptée favorisant adhésion .	L'alliance thérapeutique facilite la prise en charge car confiance mutuelle entre les deux protagonistes. Le kinésithérapeute connaît son patient, il sait quoi lui proposer et le patient adhère plus facilement à ses propositions. Cela facilite la prise en charge, de plus les informations recueillies sur le patient permettent de personnaliser les soins. Donc ici on a encore une notion d' amélioration du résultat par une amélioration de la qualité de la prise en charge.	L'alliance thérapeutique permet d' améliorer la qualité de la prise en charge des patients en l' adaptant aux problèmes, aux attentes du patient. Cela permet donc de personnaliser la prise en charge pour la rendre plus efficace .	L'alliance thérapeutique va impacter le résultat de la prise en charge, sans alliance alors les résultats espérés ne seront pas atteints. Elle va impacter les résultats car elle va favoriser la participation et l'adhésion du patient au traitement.	L'alliance est une relation de confiance qui permet de responsabiliser le patient et qui assure sa participation et son adhésion au traitement. C'est donc un point capital qu'elle cherche à obtenir dès la première séance. Cette alliance va donc participer au résultat final de la prise en charge en favorisant l' implication du patient dans son traitement.
L'importance de l'alliance thérapeutique dans la hiérarchie des valeurs professionnelles	Place centrale , aussi importante que la prise en charge technique.	Place centrale , base de la prise en charge.	Centrale , importance consacrée presque aussi importante qu'aspect technique	Place centrale dans la prise en charge	Très importante , presque plus importante que l'aspect technique.	Plus d'importance consacrée à l'aspect technique de la prise en charge, pas convaincu que l'aspect relationnel soit indispensable dans la réussite d'un traitement.	Place importante , nécessaire à la réussite du traitement.	Place importante consacrée	Aussi importante que l'aspect technique car elle va également participer à la réussite de la prise en charge.
La lombalgie chronique, les particularités de la relation	Facteurs psycho-sociaux à prendre en compte, comprendre représentations et savoir du patient, auto-prise en charge difficile, motivation fluctuante .	Prise en charge longue , risque de lassitude de la prise en charge. Prise en compte des croyances et représentations des patients et nécessité de les déconstruire. Contexte psycho-social particulier avec incompréhension sociale et manque de reconnaissance.	Gros vécu thérapeutique, représentation et croyance forte chez ces patients, nécessité de prendre en compte ces croyances pour les intégrer à la prise en charge. Gros impact social aussi sur la qualité de vie.	Gros vécu médical et grosse expérience de soin . Facteurs psycho-sociaux importants, nécessité de les accompagner , soutenus et encouragés.	Patients avec des croyances et des représentations spécifiques , il faut prendre en compte ces croyances et accompagner le patient en lui apportant également d'autres informations . Place délicate d'accompagnant sans tout apporter au patient mais en l'incitant à modifier ses représentations.	Difficulté de rendre le patient acteur de son traitement , souvent, à cause des douleurs chroniques, il attend surtout un traitement passif. La particularité c'est donc un décalage entre ce qu'attend le patient et ce que le thérapeute veut lui faire faire car il est convaincu que c'est ce qui est bien pour lui. Il y a donc une nécessité de déconstruction des attendus de base et une mise en accord sur les objectifs de la prise en charge.	Prises en charge plus longues que pour d'autres patients, la pathologie est influencée par des facteurs autres que mécaniques . Chaque patient a un profil différent donc il y a une nécessité de comprendre cette singularité pour le prendre en charge.	Plusieurs particularités constatées, la première c'est la kinésiophobie, ce qui entraîne une nécessité d'être accompagnés et rassurés , plus que d'autres patients. On retrouve également des représentations et des croyances fausses d'où la nécessité d'apporter des connaissances à ces patients sur leur corps, sur leur pathologie. Ce sont souvent des patients qui pensent qu'il ne leur faut que du traitement passif, ça fait aussi parti de l' éducation . La dernière particularité c'est que la lombalgie peut facilement être multifactorielle, influencée par des facteurs psycho-sociaux.	Patients qui ont besoin d'être rassurés et accompagnés . Ce sont des patients qui ont souvent un très long passé de consultations et de prises en charge médicales en tout genre. Il y a aussi tout un aspect psycho-social qu'il faut prendre en compte, d'où l'aspect essentiel de connaître les inquiétudes de son patient. Elle estime qu'elle doit énormément guider ses patients, elle fait des retours avec eux sur ce qui s'est passé entre chaque séance, elle les encourage et elle essaye de leur faire prendre conscience régulièrement des progrès qu'ils font.

5.4 L'évaluation de l'alliance thérapeutique

Tableau 6 : Résultats des entretiens ; thème 4 : « L'évaluation de l'alliance thérapeutique » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
<u>Evaluation l'alliance thérapeutique, la variété des méthodes utilisées</u>	Pas d'indicateur utilisé, pas de connaissance de l'existence d'échelle utilisable, évaluation subjective, au feeling et grâce à l'échange avec le patient. Elément déterminant = ressenti du patient sur l'évolution de la prise en charge, observance du patient et investissement dans le traitement.	Pas d'outil utilisé, évaluation subjective grâce au comportement du patient et à ses propos. Si alliance diminue alors le patient a moins d'observance et il se livre moins	Pas d'indicateur objectif utilisé. Evaluation subjective basée sur le ressenti du patient, sur sa participation (adhésion et observance) et sur la qualité des échanges.	Pas d'évaluation objective réalisée. Evaluation subjective de cette relation par l'évaluation de l'implication du patient dans sa prise en charge son adhésion et son avancée par rapport aux objectifs. Feedback ressenti du patient sur la prise en charge.	Evaluation de façon subjective, pas connaissance de l'échelle de l'alliance thérapeutique. Cette évaluation subjective porte sur la capacité du patient à s'exprimer sur son ressenti, son partage, il échange avec le kiné, sentiment qu'il est intéressé et qu'il s'implique dans la prise en charge.	Evolution de l'état du patient, si le patient atteint ses objectifs. L'implication des patients, est-ce qu'ils adhèrent à ce que le kiné a pu proposer ? Il y a également un intérêt porté au retour du patient sur ce que le kiné lui propose. Et également une notion de recommandation, si le patient recommande à d'autres personnes de venir voir ce kiné c'est que la relation est bonne.	Evaluation subjective, le patient se livre plus facilement, il recommande à d'autres personnes de venir voir ce kiné. Si les résultats sont au rendez-vous alors c'est bon signe. Plus de facilité à repérer quand ça ne va pas. A ce moment-là le patient ne s'investit pas suffisamment dans le traitement et n'adhère pas à la rééducation.	Evaluation subjective, pas d'outil utilisé, elle se base sur le retour oral des patients, satisfaction ou non et adhésion au programme d'auto-rééducation. Cette adhésion est évaluée en demandant au patient de remonter les exercices mis en place avec le kiné, s'il n'est pas investi dans le programme il ne se souvient pas des exercices.	Elle n'utilise pas d'échelle ou d'indicateur, elle se base sur le retour des patients (ce qu'elle disait avant comme quoi elle demandait au patient comment ça se passait entre les séances) et tient un « journal » dans lequel elle relate ce qui se passe à chaque séance, permettant de se souvenir de l'évolution de la prise en charge. Une de ses manières de se rendre compte que l'alliance n'est pas bonne c'est lorsque le patient aura tendance à ne plus venir à ses rendez-vous, à en oublier.
<u>Evaluation objective de l'AT, l'apport à la prise en charge</u>	Gros intérêt dans la remise en question, objectiver une donnée qui, jusque-là, était évaluée à l'instinct. Utiliser comme bilan. Si résultat négatif, correction de ce qui n'a pas été.	Remise en question, détecter le moment où l'alliance n'est pas bonne et où on risque de perdre en efficacité.	Intérêt personnel. Intérêt énorme pour éviter de perdre un patient, repérer quand la relation se dégrade et agir en conséquence, donc ça permettrait de corriger ça.	Permettrait l'évaluation objective d'une donnée qui jusque-là restait subjective. Connaître l'état de notre relation avec le patient, et savoir comment s'améliorer (mentionné un peu plus tard dans les limites)	Intéressant car permettrait de se remettre en question, savoir si on ne se trompe pas. Permettrait d'évaluer sa pratique et de corriger sa relation avec le patient. Objectiver une donnée qui jusque-là n'était que subjective ou ressenti.	Permettrait de se remettre en question, de s'assurer que la relation est bonne. Objectiver une valeur subjective et adapter la prise en charge en fonction.	Elle n'y voit pas un grand intérêt, elle pense se remettre en question suffisamment et fait confiance à son instinct.	Evaluation personnelle, permettrait une remise en question et de donner des pistes si l'alliance ne se crée pas avec un patient. A la fois savoir avec quel patient il faudrait revoir l'approche et recréer une alliance et comment faire (sur quel points insister). Ça lui permettrait aussi d'avoir plus de facilité avec certains profils de patients, avec qui, d'habitude, ça ne passe pas. Lui donner de nouvelles armes.	Intérêt dans la remise en question ou la confirmation de la création de l'alliance : savoir si on est sur la bonne voie ou s'il faut qu'on change d'approche avec un patient. Cela permettrait de rassurer le thérapeute et de ne pas avoir de mauvaise surprise. Dans le cas où la relation n'est pas optimale ça permettrait au thérapeute de comprendre pourquoi il n'arrive pas à avoir de résultat et de trouver des façons de s'améliorer.
<u>Evaluation objective de l'AT, l'avis des professionnels</u>	Avis favorable à son utilisation	Avis favorable à son utilisation.	Avis favorable	Avis favorable	Avis favorable à son utilisation.	Intéressant, mais tâche laborieuse à faire régulièrement. Trouve le principe intéressant mais ne se voit pas l'utiliser.	Ne l'utiliserait pas.	Elle dit que l'outil pourrait représenter un intérêt à la prise en charge mais elle ne dit pas clairement qu'elle l'utiliserait.	Avis positif

Tableau 7 : Résultats des entretiens ; thème 4 : « L'évaluation de l'alliance thérapeutique » (Source : Paul Tanguy ; tableau conçu le 18/03/2020)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Evaluation objective de l'AT, les modalités d'utilisation	Utilisation régulière , couplée à un bilan, associée à une évaluation subjective à chaque séance.	Intégrer cette évaluation au bilan, utiliser au bout d'une dizaine de séance après le début de la prise en charge. Nécessité d'expliquer l'intérêt de son utilisation au patient.	Utilisation à des moments clés tout comme un bilan, quand il y a un sentiment de changement dans la situation. Objectiver un ressenti, objectiver une évaluation subjective.	Thème non abordé durant l'entretien	Utilisation similaire à un bilan, utilisée à intervalle réguliers, comme une évaluation de sa pratique.	Thème non abordée car avis mitigé sur intérêt de l'utilisation	Thème non abordé et non abordable car l'interrogée ne voit pas l'intérêt d'utilisation de l'échelle.	Thème non abordée durant cet entretien.	Utilisation similaire à un bilan, permettant de comprendre ce qui n'a pas été et de réaxer la prise en charge et la relation entre les deux.
Evaluation objective de l'AT, les difficultés de mise en place	Evaluation biaisée par le fait que le kiné soit aussi l'évaluateur, le patient risquerait de ne pas être 100% honnête.	Chronophage, demanderait beaucoup de rigueur chez le kiné et le patient donc gros risque de ne pas s'en servir	Thème non abordé durant l'entretien	Il faut que ce questionnaire permette de définir des objectifs d'amélioration. Sinon intérêt limité	Tâche fastidieuse, surtout si elle est ajoutée à une multitude de bilans.	Tâche fastidieuse. Intérêt que si l'outil permet d'aider à s'améliorer, savoir comment rattraper la situation. Ce ne sera pas un outil miracle, avec certains patients tu as beau faire tout ce que tu veux, prendre en compte leurs objectifs et les intégrer dans la prise en charge ça ne passera pas donc que faire dans ces situations ?.	Non abordée car la raison de la non-utilisation est un ressenti personnel, elle ne pense pas en avoir besoin.	Si on constate des difficultés dans la création de la relation, il faudrait que l'outil donne les solutions pour s'améliorer.	Thème non abordé

6. Analyse des résultats :

6.1 La formation continue au service de la relation avec le patient

Les participants à l'enquête ont tout d'abord été questionnés sur leur évolution en ce qui concerne l'approche des patients et la construction d'une relation avec eux. L'objectif était de mettre en évidence l'impact de l'expérience professionnelle sur leur capacité à créer un lien avec leur patient.

Sur les neuf MKDE interrogés, tous ont constaté une évolution dans leur façon d'aborder les patients et dans leurs démarches durant les premières séances avec eux. Une majorité associe cette évolution à une modification de leur attitude et de leur discours envers les patients.

Hormis la formation ETP, des formations communes ont pu être identifiées chez les kinésithérapeutes participant à l'étude. Sur les neuf interrogés, quatre d'entre eux ont suivi la certification Mckenzie, et trois ont obtenu un diplôme d'ostéopathe.

Il est intéressant de constater, chez une majorité des interrogés, une idée commune : il semblerait que leur parcours de formation continue ait eu un impact non négligeable sur leur pratique professionnelle et sur leur approche des patients. *« Probablement que pendant une bonne dizaine d'années j'étais dans le soin où c'est moi qui allais vraiment tout apporter au patient et j'étais assez peu dans le partage. Et ce sentiment de ne pas y arriver de ce point de vue-là, m'a poussé à m'intéresser à l'éducatif et à la prévention. Donc c'est pour ça que petit à petit j'évolue, moi on m'aurait parlé de l'alliance thérapeutique il y a quatre ou cinq ans, je ne savais même pas ce que ça voulait dire. »*. Le témoignage de Virginie apporte deux nouveaux éléments. Tout d'abord il s'avère que le terme « alliance thérapeutique » ne soit pas universellement connu chez les MKDE. Et dans un second temps, il apparaît que sa maîtrise du sujet lui vienne de ses formations complémentaires et non de sa formation initiale. Il semblerait que cette opinion soit partagée par d'autres MKDE. Car on retrouve un discours similaire chez Eléonore *« Alors, mon approche des patients a beaucoup évolué du fait qu'à mon époque la formation initiale n'était pas très orientée sur toutes ces notions d'éducation, d'auto-traitement, de motivation du patient, etc. Donc c'est vraiment grâce à mes formations que ma prise en charge a évolué. »*. Ces deux témoignages ne sont pas des cas isolés, plusieurs autres participants de l'étude ont affirmé que l'évolution de leur approche était principalement liée à leur parcours de formation continue. Il peut donc être intéressant

d'étudier leur contenu de formation initiale. Tous les kinésithérapeutes interrogés ont obtenu leur diplôme d'état entre 1995 et 2014. Cela signifie que leur programme de formation initiale dépendait, pour tous, de la réforme de 1989. En comparant les programmes de formation issus de la réforme de 1989 (40) et de celle de 2015 (41), on ne peut pas objectivement tirer de conclusion sur une différence de volume horaire consacré à la psycho-sociologie entre les deux programmes. En effet le programme de 1989 consacre 40 heures à ce module d'enseignement, en deuxième et troisième année, auxquelles s'ajoute un volume horaire indéterminé issu du module 3 (pathologies et psychologies) de première année. Le programme de 2015 consacre 60 heures à la SSH (sciences humaines et sociales) durant les deux premières années. Cependant, l'IFMK de Brest inclut quarante heures de formation à l'ETP durant la quatrième année. On peut donc constater, depuis la réforme de 2015, une volonté d'approfondir les connaissances et les compétences relationnelles chez les étudiants MK.

6.2 Les clés de la construction de l'alliance thérapeutique

Dans un deuxième temps, les personnes interrogées ont été invitées à réfléchir sur les techniques d'approche qu'elles mettaient en place afin de construire une alliance thérapeutique avec leur patient. Comme le terme « alliance thérapeutique » n'était pas forcément compris de tous, il a été décidé, lors de la construction du guide d'entretien, de remplacer ce dernier par les termes « relation et cadre de soin optimal ». Cette deuxième question ressemble quelque peu à la première, ici l'objectif étant de connaître les éléments que le MKDE privilégiait dans la création d'une relation soignant-soigné. Il était fréquent que cette deuxième question force les interviewés à répéter des idées évoquées dans la première.

Chaque MKDE apportait les éléments qui lui semblaient essentiels pour créer une alliance thérapeutique avec son patient. Sur les neuf entretiens réalisés, deux idées étaient récurrentes et revenaient fréquemment dans le discours des interrogés : La place importante qu'occupe le bilan MK et le fait de favoriser le discours du patient. « *En fait, pour la première séance, c'est ce que je disais sur la partie bilan, c'est là où je vais avoir un bilan structuré. Je vais les laisser parler au maximum, reformuler pour leur montrer que j'ai compris ce qu'ils pouvaient me dire et puis essayer de faire formuler leurs attentes par rapport aux soins, parce que des fois ça peut être assez flou. Et après, tout au long de ma prise en charge, je dirais que je le fais surtout en les responsabilisant vis-*

à-vis de leur traitement. ». Ici, Nathalie met l'accent sur la réalisation de son bilan et sur le discours du patient. Elle incite le patient à parler au maximum et elle cherche à lui montrer qu'elle écoute ses propos en reformulant ses réponses. Tous ces éléments favorisent la compréhension de la demande du patient et inévitablement le développement d'une empathie chez le thérapeute. Cette vision est défendue par Michel Gedda dans son article *Diagnostic masso-kinésithérapique : mystifications ou vérités* (42). Le kinésithérapeute établit une relation privilégiée avec le patient ce qui entraîne une prise en compte de sa personnalité et de son intimité. Ce qui permet de clarifier l'attente du patient afin de définir des objectifs cohérents pour chaque patient. Tous ces éléments font écho à la vision de Gaston (43) en 1990 qui définissait l'alliance thérapeutique comme une notion multidimensionnelle influencée par quatre facteurs complémentaires et compatibles. En plus du lien affectif, de l'accord sur les tâches et l'accord sur les objectifs, déjà décrits par Bordin en 1979 (14), il rajoute un nouvel élément, à savoir, l'implication et la compréhension empathique du thérapeute. Plusieurs des interrogés mentionnaient, eux aussi, la technique de « l'écoute active », par exemple : « *j'essaye de me taire, je me fais violence car je suis une bavarde, c'est moi que j'essaye de corriger, déjà pour mettre en place ce que j'ai appris à nommer « l'écoute active » dans la relation de soin* ». Avec ce témoignage, Virginie partage la même vision que Nathalie, à savoir favoriser le discours du patient afin de comprendre l'ensemble de son problème et de le prendre en charge dans sa globalité.

Une autre notion très fréquemment abordée par les interrogés est celle des attentes du patient et des objectifs de prise en charge. « *Je pense que maintenant je prends beaucoup plus en compte les objectifs du patient. Ce que je ne faisais pas forcément au départ, je considérais que leurs objectifs c'était juste de ne plus avoir mal et c'est tout.* ». Ici, Gabriel témoigne qu'au fil de son expérience, il porte de plus en plus attention aux attentes de son patient et qu'il sollicite davantage son avis et ses choix dans la planification du traitement. Cette démarche permet de favoriser l'intégration du patient dans la prise en charge. Il n'est plus simplement consommateur de soin, il construit le plan de soin au même titre que le kinésithérapeute. On retrouve alors un partage de la décision permettant d'ajuster la prise en charge à la singularité du patient. Cette démarche peut, elle aussi, être mise en relation avec la description de l'alliance thérapeutique faite par Bordin en 1979 (14). Ce dernier définit trois dimensions essentielles dans la construction de l'alliance thérapeutique, à savoir : l'accord sur les objectifs, l'accord sur

les tâches et le lien affectif entre le patient et le praticien. Cette description est toujours d'actualité. On retrouve la place centrale de la négociation des objectifs dans des articles plus récents, par exemple dans l'article *Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique* (44). Dans cet article, Michel Gedda soutient l'importance que représente la décision partagée des objectifs pour une prise en charge adaptée et individualisée. Elle contraint le patient à sortir d'un rôle passif et de le faire participer à son amélioration.

Certains MKDE interrogés attachent de l'importance à enrichir les connaissances du patient pendant leur approche. C'est le cas d'Emilien : « *Mais il y a aussi quelque chose de très important, pour moi dans le Bilan Diagnostique Kinésithérapique (BDK) : je mets aussi le côté « apprendre au patient ce qu'il a », « Pourquoi vous avez mal ? ». Parce qu'il faut être réaliste, les médecins prennent peu le temps d'expliquer pourquoi. Ils donnent le diagnostic, ils donnent le traitement, mais souvent ça ne va pas plus loin. Il manque quelque chose. Quand les gens ont mal depuis longtemps ils cherchent des réponses, et c'est normal.* ». On retrouve ici cette notion d'éducation du patient visant à lui donner les clés pour comprendre son mal et favoriser son engagement dans le traitement. Cette idée est, elle aussi, soutenue par les propos de Michel Gedda dans son article *Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique* (44). L'échange entre le kinésithérapeute et le patient permet au premier d'avoir accès aux connaissances et aux représentations du second. Son bilan contient, alors, un « *diagnostic éducatif* », lui permettant de repérer les connaissances qu'il devra apporter au patient pour favoriser son autonomie et son engagement dans le traitement.

Il existe plusieurs niveaux d'engagement dans une prise en charge. Le « *modèle de Montréal* » (45) propose un continuum de l'engagement des patients allant de la simple relation d'information à la relation de partenariat. Cette dernière étant caractérisée, pour le domaine des soins directs, par un accompagnement visant à donner aux patients les capacités nécessaires pour gérer lui-même sa santé.

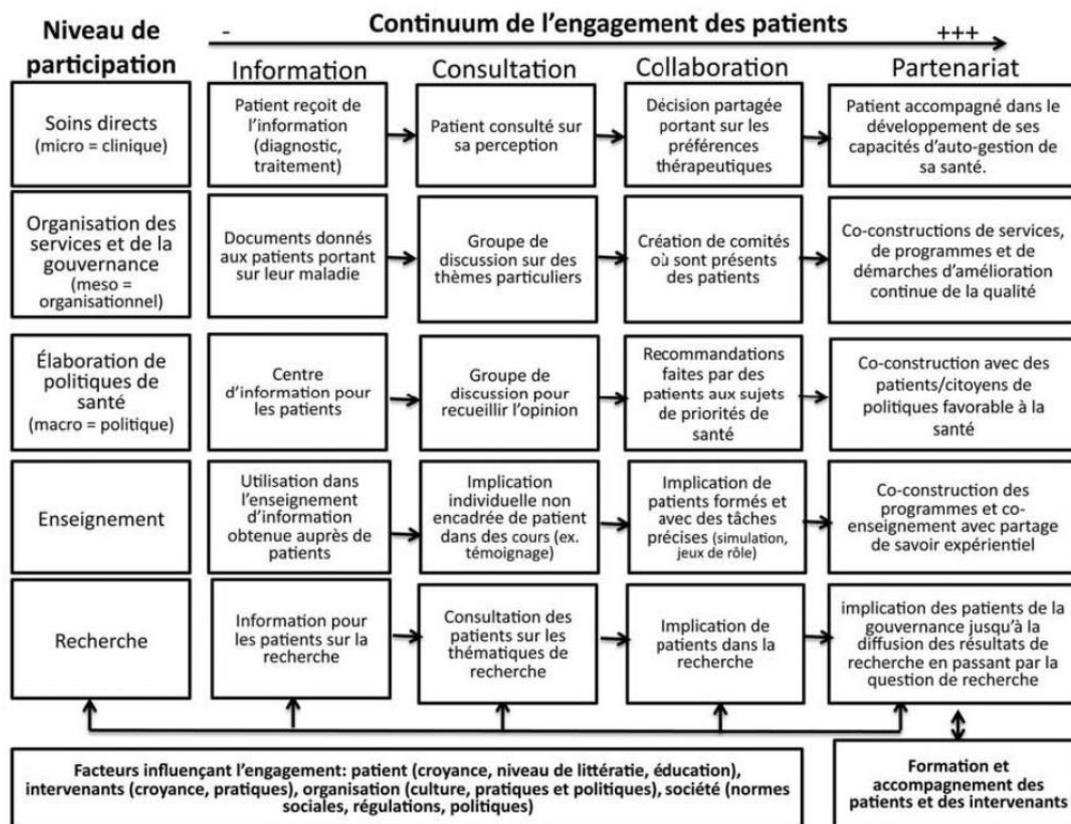


Figure 3 : Cadre théorique du continuum de l'engagement des patients inspiré de Carman et al. (46) ; image issue de l'article *Le « Montreal Model » enjeux du partenariat relationnel entre patient et professionnel de santé* (45) disponible sur Cairn.info

Il est intéressant ici de comprendre le lien entre alliance thérapeutique et engagement. Selon Antoine Bioy, l'alliance thérapeutique correspond à une « *collaboration mutuelle, un partenariat entre le thérapeute et le patient dans le but d'accomplir les objectifs fixés* » (13). Cette alliance serait variable dans le temps. Il la qualifie d'un « *processus constamment en mouvement et qui se constitue de moments de ruptures et de réparations de l'alliance* ». L'engagement, quant à lui, dépend du lien affectif entre le soignant et le soigné : l'une des trois dimensions de l'alliance thérapeutique selon Bordin (14). Cet engagement serait déterminé durant les premières séances, il serait crucial et constituerait la base solide de l'alliance thérapeutique. La notion d'éducation du patient intervient dans le processus d'engagement et occupe donc une place clé et tout à fait légitime dans la construction de l'alliance thérapeutique. Cette notion est également partagée par Elliot « *Donc, c'est important pour avoir la confiance de quelqu'un et pour créer une relation dans le soin que la personne comprenne bien sa pathologie. A partir de là, si le patient comprend bien sa pathologie, ça facilite les échanges, la réalisation des exercices et*

l'observance des patients. ». Globalement, au vu de leurs discours, l'ensemble des interrogés favorisait un engagement fort chez leurs patients, allant de la collaboration au partenariat (45).

En plus de ces idées, d'autres éléments ponctuels étaient apportés par d'autres MKDE. « *Je pense que créer une relation de confiance avec un patient, ça passe aussi par l'environnement... Le fait que la pièce soit agréable, le fait qu'on soit assis face à face avec le patient, je pense qu'on se met dans de bonnes conditions pour le dialogue.* ». Durant son entretien, Gabriel soulignait l'importance de l'environnement lors des échanges avec le patient, disant qu'un cadre serein et agréable favorise le dialogue entre les deux individus. Il fut le seul, durant les entretiens, à évoquer cette idée. Cependant elle est également retrouvée dans un article de Maximilien Bachelart et Antoine Bioy (47), dans lequel ils affirment que la construction et le devenir de l'alliance thérapeutique vont être impactés par trois facteurs : le patient, le praticien et l'environnement.

Jusqu'à-là, les éléments rapportés par les MKDE concernaient surtout leur méthode d'approche durant la première séance. Quand il leur était demandé ce qu'ils mettaient en place tout au long de la prise en charge, d'autres éléments apparaissaient. « *Moi, j'explique énormément ce que je fais, quand je travaille, pour que les patients comprennent pourquoi on fait ces choses, pour que les gens comprennent, au niveau anatomique, ce qu'il se passe dans leur corps.* ». Ici Elliot introduit une notion intéressante, à savoir : la justification de ses actes et surtout la justification des tâches qu'il demande à ses patients. Encore une fois, cette notion peut être mise en relation avec la définition de l'alliance thérapeutique faite par Bordin en 1979 (14), plus précisément avec la dimension de l'accord sur les tâches. Le fait d'expliquer l'intérêt de chaque tâche permet au patient de s'approprier ce qui lui est demandé de faire et donc de l'intégrer au maximum dans sa prise en charge. Cet accord sur les tâches à effectuer se retrouvait également dans le discours d'autres MKDE : « *Et puis après, je n'ai jamais de plan fait à l'avance, je le fais à la séance, c'est le retour de la séance suivante qui va me dire ce que je vais faire.* ». On retrouve, ici, dans le discours d'Emilien la notion de recherche de feedback du patient, permettant d'ajuster le déroulement du traitement et de se mettre d'accord avec le patient sur ce qu'il peut réaliser ou non.

Au vu de l'ensemble des éléments apportés par les interrogés, la comparaison de ces résultats avec ceux d'un article rédigé par Maxi Miciak (48) semble inévitable. Cet article traite d'une étude qualitative dont l'objectif était d'identifier les différents moyens utilisés

par les kinésithérapeutes pour créer un lien avec leurs patients. Durant cette étude, onze kinésithérapeutes et sept patients furent interrogés à propos de leur ressenti dans la relation thérapeutique. On retrouve un nombre important d'idées similaires comme par exemple : l'accord sur les objectifs, l'écoute du patient, la singularité de l'approche thérapeutique (centrée sur les attentes du patient), l'éducation du patient et l'implication du patient dans le traitement.

6.3 L'alliance thérapeutique, une plus-value à la prise en charge

Les MKDE ont été interrogés sur la place qu'occupait la relation avec le patient dans leur prise en charge et ce qu'elle pouvait leur apporter. L'objectif de cette question était de recueillir leur représentation de l'alliance thérapeutique et de comprendre l'importance qu'ils y consacraient. Tous ont répondu que la relation créée avec leur patient avait un impact sur leur prise en charge et qu'elle influençait positivement les résultats du traitement. Cette plus-value de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité des soins est décrite par certains auteurs comme un effet placebo (1) : sous-entendant qu'une part de l'efficacité de la prise en charge serait indépendante du traitement mis en place et indépendante de l'évolution naturelle de la maladie (49).

« *Pour moi, la relation influence, je pense, le vécu ou la satisfaction du patient. Ce sont des notions dont j'ai entendu parler. Et cette satisfaction-là peut influencer les résultats thérapeutiques. C'est-à-dire que n'importe quelle technique que l'on met en place va avoir plus d'efficacité si elle est rattachée à la satisfaction du patient. En fait, ce sont les effets contextuels qui ont quasiment autant de place que l'effet propre des techniques. Donc pour moi, c'est ça dont il faut prendre extrêmement soin : créer une bonne relation de soin sinon les meilleures techniques du monde n'auront pas leur effet optimal.* ». Dans son témoignage, Gabriel estime que la relation qu'il crée avec son patient améliore l'efficacité de sa prise en charge. Selon lui, la technique en elle-même ne peut pas, à elle-seule, expliquer les résultats obtenus. Ces résultats sont impactés par d'autres éléments dont l'alliance thérapeutique ferait partie. Cette vision de l'effet de l'alliance thérapeutique fait écho à plusieurs études intégrées dans une revue systématique de littérature (17). Dans cette revue, sur les sept études analysées, trois avaient pour objectif de montrer l'impact de l'alliance thérapeutique sur les résultats de séances de kinésithérapie à visée antalgique. Les conclusions de cette revue montrent que pour des prises en charge individuelles en kinésithérapie, une forte alliance thérapeutique améliore

les résultats sur la douleur. Il est également intéressant de souligner le terme « effets contextuels » mentionné par Gabriel. Ces derniers font référence aux éléments régissant les effets placebo et nocebo. L'effet nocebo est l'exact opposé de l'effet placebo, c'est une modulation négative des résultats d'une prise en charge par les effets contextuels. En réalité, on désigne sous le nom d'effets contextuels l'ensemble des éléments pouvant influencer le résultat de la prise en charge (49) ; la qualité de l'alliance thérapeutique en fait partie.

Comme dit précédemment, l'ensemble des interrogés partageaient le même avis quant à l'impact de l'alliance thérapeutique sur leur prise en charge. Il est cependant intéressant de constater que l'explication sous-jacente à ce phénomène puisse varier d'un MKDE à l'autre. Après analyse de chaque entretien, il apparaît que l'ensemble des explications des interrogés sur ce phénomène puisse être classé en trois groupes : l'adhésion du patient, la singularité du patient et l'effet nocebo.

6.3.1 L'impact de l'alliance thérapeutique sur l'adhésion du patient

La première explication veut qu'une forte alliance thérapeutique favorise l'adhésion et la participation du patient à son traitement. « *Et qu'est-ce que la relation apporte à la prise en charge ? Ben, tout simplement, une meilleure intégration de la part du patient, de son souci, et il va mieux répondre et mieux comprendre l'intérêt des exercices aussi derrière. Donc, il y aura un meilleur suivi de son auto-rééducation.* ». Nathalie semble convaincue qu'avoir une bonne relation avec son patient va lui permettre de se mettre d'accord avec lui sur les tâches à réaliser et donc va ainsi favoriser son adhésion et son observance au traitement. Cette explication fait directement référence aux facteurs comportementaux non spécifiques présentés dans un article nommé « l'effet placebo en kinésithérapie » (49). Il s'agit d'une revue systématique ayant pour objectif de présenter les différentes manifestations de l'effet placebo dans le domaine médical. Dans le cas des facteurs comportementaux non spécifiques : il s'agirait de modifications du comportement des patients les poussant à s'impliquer davantage dans leur traitement leur donnant ainsi « *les moyens de lutter contre leur maladie, et de réduire leur anxiété en les rendant maîtres de leur santé.* ». Cette idée a également été mise en évidence dans de récentes études qualitatives : comme celle menée par Moore et al (50) et celle menée par Meade et al (51). Dans ces deux études l'objectif était d'identifier les barrières et les facteurs favorisant l'adhésion à un programme d'exercices. La première étude

s'intéressait à des patients souffrant de douleurs de genoux et la seconde à des patients ayant des douleurs musculo-squelettiques chroniques. Les deux études arrivent à des conclusions similaires : la force de l'alliance thérapeutique est un facteur favorisant l'adhésion des patients au traitement proposé. Cette conclusion était déjà présente dans deux études réalisées par Fuentes et al dans les années 2000 (52,53). Elle peut être mise en relation avec un autre article, rédigé par Holman en 2000 qui affirme que l'efficacité d'une prise en charge est améliorée lorsque le patient et le thérapeute collaborent dans la mise en place du traitement (54). La confrontation de ces articles est intéressante à mettre en relation avec les témoignages des interrogés. On retrouve des idées similaires à propos de l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'adhésion du patient qui, elle, a un effet sur l'efficacité de la prise en charge.

6.3.2 L'impact de l'alliance thérapeutique sur la singularité du patient

La deuxième explication véhiculée par les MKDE interrogés concernait les attentes du patient. « *C'est une relation de confiance. Je dois comprendre dès la première séance que le patient me fait confiance dans ce que je lui dis, dans ce que je lui apporte comme savoir et connaissance, et dans ce que je lui demande de faire tout seul à domicile... La relation, j'insisterai et je me répète encore une fois, c'est une relation de confiance avant tout : "confiance en ce que vous me dites de faire" quand je me place à la place du patient* ». Dans le discours de Jeanne, on trouve une explication qui est, cette fois, plus focalisée sur le point de vue du patient. Selon elle, l'alliance qu'elle va construire avec son patient est basée sur une confiance mutuelle. Ainsi, son patient aura confiance en ce qu'elle lui propose et il aura donc des attentes positives vis-à-vis de son traitement. Cette notion est également défendue par Jean-Marc Randin dans son article *soignant-soigné, un équilibre si délicat* (55) en reprenant les propos de Carl Rogers (15). Cette notion d'attente positive est une autre manifestation de l'effet placebo dans le domaine de la santé. Lorsque le patient fait confiance à son thérapeute, et qu'il estime que ce qu'il lui propose va avoir un effet bénéfique sur son problème de santé, l'efficacité de la prise en charge va être influencée positivement. (49) Cette explication est reprise dans un article nommé *Psychological factors in the context of perioperative knee and joint pain: the role of treatment expectations in pain evolution* (56), dans lequel les auteurs présentent l'impact des facteurs psychologiques d'attente positive sur les douleurs chroniques de genou. Cet article présente les résultats d'une étude, dans laquelle, deux groupes étaient

constitués. Un groupe recevait un traitement chirurgical vrai et l'autre seulement un traitement chirurgical placebo (seulement l'arthroscopie était réalisée). Les résultats de l'étude montrent que les deux groupes constataient une diminution des douleurs.

6.3.3 L'effet nocebo

La dernière explication était une référence à l'effet nocebo. « *Si la relation ne s'établit pas, le traitement va à l'échec assez rapidement, enfin assez naturellement. Il y a vraiment ce besoin de créer une relation avec le patient, qu'il ait entendu que je l'écoute mais qu'en même temps, moi aussi, j'attends des choses de lui.* ». Selon Eléonore, l'absence d'alliance thérapeutique ou une alliance de mauvaise qualité pourrait impacter négativement les résultats du traitement. Cette réflexion, partagée par d'autres interrogés, est intéressante car elle sous-entend que l'alliance ne serait pas qu'un simple bonus à la prise en charge. Elle aurait aussi un rôle de modulateur de l'efficacité du traitement. Une mauvaise alliance thérapeutique diminuerait l'efficacité d'un traitement tandis qu'une forte alliance thérapeutique l'augmenterait. On parle alors d'effet nocebo lorsque les effets contextuels modulent négativement les effets du traitement (49). Cette idée est également partagée par Emilien : « *La grande majorité des échecs thérapeutiques que l'on a c'est parce qu'il n'y pas d'alliance justement. C'est ça le problème. D'ailleurs, soit ce sont des gens qui vont rentrer dans la chronicité, soit ce sont des gens que l'on va perdre. Quand je dis perdre c'est-à-dire que l'on n'a plus la confiance, donc ils stoppent les séances alors qu'ils ne sont pas du tout guéris. Mais il y a un fatalisme : « Pour moi vous ne me comprenez pas. ».* ». Si on reprend l'idée de confiance et d'attente du traitement que nous avons vu précédemment, on se rend compte que la situation inverse peut exister. Le manque de confiance du patient envers son thérapeute entraînera inévitablement une absence d'attente ou des attentes négatives vis-à-vis de son traitement. Ces deux états d'esprit sont des mécanismes sous-jacents de l'effet nocebo (49).

Les témoignages des interrogés peuvent être mis en relation avec l'étude de Fuentes et al (57). C'est une étude contrôlée randomisée dont l'objectif est de comparer les effets d'une forte alliance thérapeutique et d'une faible alliance thérapeutique sur la diminution de la douleur chez des patients souffrant de lombalgie chronique. Cette étude conclut que la force de l'alliance thérapeutique influence l'évolution de la douleur. Les groupes ayant reçu une forte alliance thérapeutique ont vu leur douleur diminuer de façon plus importante que ceux ayant reçu une faible alliance thérapeutique.

6.3.4 La place de l'alliance thérapeutique dans la hiérarchie des valeurs professionnelles

Comme mentionnée précédemment, la question posée aux interrogés comprenait deux éléments. Le premier avait pour objectif de recueillir l'avis du MKDE sur ce que l'alliance thérapeutique apportait à sa prise en charge. Le second avait pour but de connaître l'importance que l'interrogé accordait à la création de cette alliance dans sa pratique.

« *Elle est centrale, et elle est devenue vraiment centrale au fur et à mesure des formations complémentaires que j'ai pu faire et validée par mon expérience de terrain.* ». Les formations ont un impact considérable sur l'évolution de la pratique professionnelle. C'est le cas d'Elise qui témoigne accorder une place centrale à la création de l'alliance thérapeutique. L'importance qu'elle y consacre semble avoir été influencée par les formations qu'elle a pu faire, à savoir la formation ETP. Elle avait déjà fait référence à l'impact de son parcours de formations sur son approche des patients. « *Ce qui explique aussi mon parcours de formation. De la technique, je suis allée chercher un diplôme d'ostéopathe qui s'est révélé intéressant mais non suffisant. Ce qui m'a amenée à chercher des formations qui approfondissent la relation humaine et, justement, la quête de l'alliance thérapeutique.* ». On retrouve cette idée de place centrale qu'occupe l'alliance dans sa pratique et qui était l'élément, semble-t-il, manquant pour compléter ses compétences techniques. Même si cette vision est partagée par la majorité des MKDE interrogés, tous ne partagent pas cet avis. « *Je ne sais pas si la relation va avoir une énorme influence sur le côté technique ou pas. Après, il y a des patients avec qui tu n'arrives pas trop à communiquer, parce qu'ils sont timides ou parce qu'ils ne parlent pas beaucoup. Cela n'empêche pas de réussir quand-même à faire ce que tu veux alors que la communication n'est pas forcément optimum.* ». Ici Elliot semble avoir un avis plus mitigé sur la place qu'occupe l'alliance thérapeutique dans son exercice professionnel. Même s'il partage l'avis des autres interrogés sur l'impact bénéfique qu'elle peut avoir sur les résultats, il semble considérer qu'elle n'est pas indispensable à la réussite d'un traitement. Il prend notamment l'exemple d'un patient non-communicant avec qui l'échange est plus compliqué, pourtant la mise en place et la réussite d'un traitement est tout à fait possible. Cette philosophie peut, elle aussi, être mise en relation avec la vision

de Bordin (14) considérant l'alliance thérapeutique comme un moyen d'améliorer l'adhésion du patient plutôt qu'un moyen curatif en lui-même.

6.4 L'alliance thérapeutique, une notion maîtrisée par les MKDE

Les trois questions précédemment analysées répondaient à un objectif de recherche commun : réaliser un bilan de l'état actuel des connaissances des MKDE libéraux à propos de l'alliance thérapeutique. Cette recherche portait sur différents éléments, à savoir, la connaissance des facteurs influençant l'alliance thérapeutique, l'impact de cette alliance sur leur pratique et enfin l'importance qu'ils y consacraient. Afin d'analyser les témoignages des interrogés, leurs réponses ont été comparées à la littérature scientifique. Au regard de l'analyse effectuée, nous pouvons constater que les participants aux entretiens ont connaissance et comprennent les mécanismes qui régissent le développement de l'alliance thérapeutique ainsi que les répercussions qu'elle peut avoir sur la prise en charge. Nous pouvons également constater que, bien que le terme « alliance thérapeutique » ne soit pas universellement compris, les MKDE savent mettre en place des stratégies de soin et de communication pour favoriser sa construction et qu'ils la considèrent comme un élément central de leur prise en charge.

6.5 La lombalgie chronique, les particularités de la relation

Ensuite, il a été demandé aux MKDE de réfléchir sur les particularités de la création d'une alliance thérapeutique avec des patients souffrant de lombalgie chronique. Cette question avait pour objectif de contextualiser les éléments de réponse déjà apportés dans les questions précédentes en les focalisant à présent sur la prise en charge de patients lombalgiques chroniques.

A la suite de l'analyse de l'ensemble des entretiens, trois idées principales semblent être partagées par la majorité des MKDE interrogés : la place importante des représentations des patients dans la prise en charge, le rôle d'accompagnateur que doit jouer le masseur-kinésithérapeute et enfin la présence de facteurs psycho-sociaux influençant la pathologie et sa prise en charge.

6.5.1 Les représentations du patient

« *Les particularités, c'est que c'est difficile parce que les gens arrivent des fois avec des représentations qui sont très ancrées. Et quand c'est chronique, ça s'est d'autant plus ancré. Et des représentations sociales aussi, liées forcément à leur métier. Donc c'est la difficulté je dirais, pour moi en tous cas. Mais c'est aussi ça le challenge. Et la spécificité c'est qu'il y a aussi besoin, quelque part, d'apporter des connaissances, et ça c'est délicat parce que l'on veut laisser le patient, à la fois, libre mais à la fois il y a des connaissances à lui apporter sans essayer de passer pour un maître d'école.* ». Les propos de Virginie illustrent parfaitement une notion fréquemment évoquée par les MKDE durant les entretiens, à savoir les croyances et représentations des patients souffrant de lombalgie chronique. Il semblerait que ces patients ont des représentations de leur pathologie, de leur corps ou de leur métier qui sont très ancrées dans leur esprit. Ces représentations peuvent être parfois très éloignées de la réalité. Ce qui oblige les MKDE à les comprendre et à accompagner leurs patients dans leur déconstruction tout en leur apportant un nouveau savoir. Cette idée est également soutenue par André Grimaldi dans son article *La relation médecin/malade au cours de la maladie chronique* (58). Selon lui, la prise en charge de patients avec des pathologies chroniques nécessite des compétences pédagogiques : « *Le patient doit apprendre à connaître sa maladie et à gérer son traitement* ». On retrouve donc le lien avec les deux éléments privilégiés par les MKDE pour créer une relation avec leur patient : favoriser le discours du patient afin de comprendre ses croyances et l'informer en vue de l'accompagner dans la déconstruction de ses représentations afin d'instaurer la construction d'un nouveau savoir. Ces informations peuvent être croisées avec celles issues d'une autre étude qualitative réalisée en 2019 par Calner et al (59). L'objectif de cette étude était de recueillir les expériences et les perceptions de personnes, souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques, à propos de leur traitement kinésithérapique. Il est intéressant de constater que sur les quatre thèmes principaux abordés par les patients, on retrouve la construction de l'alliance thérapeutique et l'acquisition de nouvelles connaissances. On retrouve donc des valeurs communes entre les patients et les kinésithérapeutes. Il semblerait que chaque patient attribue une place très importante à la relation qu'il crée avec son thérapeute. Les patients attendent que leur kinésithérapeute les considère comme unique et que leur prise en charge soit individualisée en fonction de cela. « *A very sensitive physiotherapist who ... I felt immediately that she saw all of me and that she really tried to understand how I was feeling and why I felt the way I did. And she examined me very thoroughly. Well, it was*

fantastic. I experienced that I was really seen. » (témoignage de patient extrait de l'étude : *Physiotherapy treatment experiences of persons with persistent musculoskeletal pain: A qualitative study.* (59)).

Comme précédemment décrit, la compréhension des représentations des patients est, selon les interrogés, associée à l'apport de nouvelles connaissances afin que le patient comprenne les mécanismes sous-jacents à ses douleurs. Cette idée est reprise par Emilien : « *Il y a beaucoup à déconstruire. Et puis il faut aussi apprendre aux gens ce que c'est que leur maladie. Pourquoi ils ont mal ? Sur un squelette, par exemple, tu leur expliques comment ça fonctionne.* ». Selon lui, chez ces patients, il y aurait beaucoup de croyances erronées, et ce serait du rôle du kinésithérapeute de les accompagner vers un savoir accessible et plus proche de la réalité. Cette idée est également présente dans l'étude de Calner et al (59), dans laquelle les patients témoignent avoir acquis de nouvelles connaissances théoriques et pratiques sur leurs douleurs et sur leur corps.

Il est également intéressant de noter que d'autres témoignages, moins fréquents, peuvent être mis en relation avec cette idée de croyances et de représentations des patients. « *Dans la lombalgie chronique, ce qui est un peu plus compliqué c'est de faire intégrer au patient qu'il va devoir être acteur du traitement. Dans une lombalgie chronique, si on n'a pas l'adhésion du patient, on ne va pas réussir à s'en sortir.* ». Plusieurs interrogés partageaient l'idée présentée par Elliot. Le long parcours de soin et la chronicité des douleurs semblent engendrer des inquiétudes et des représentations chez les patients : la kinésiophobie et la préférence pour les traitements passifs en font partie. Tout comme pour les autres représentations, les MKDE devraient entendre ces croyances et apporter aux patients des connaissances suffisantes afin que ces derniers comprennent les bienfaits du mouvement et la nécessité d'être acteur de leur traitement. C'est également un thème fréquemment rapporté par les patients interrogés dans l'étude de Calner et al (59). L'enquête révèle à quel point les patients se sentaient impliqués dans leur prise en charge. Certains prenaient de plus en plus de responsabilité vis-à-vis de leur santé et de leur mode de vie au quotidien.

6.5.2 L'accompagnement dans le soin

La deuxième idée fréquemment émise par les interrogés est la nécessité pour le kinésithérapeute d'accompagner et d'encourager son patient. Accompagner à la fois dans le sens de l'éducation ou de la pédagogie, comme on a pu le voir, mais aussi dans le sens de guider et d'encourager le patient. « *Ce sont des patients qui se découragent très vite.*

Donc évaluer leur motivation c'est important. Au fil des traitements, il faut toujours essayer de les motiver, les rassurer et les encourager ». Ici, Gabriel semble évoquer un autre rôle du kinésithérapeute ; il ne serait pas seulement un fournisseur de soin mais également une personne de soutien, un guide, une ressource externe qui veillerait au bon déroulement du traitement et qui donnerait à son patient les ressources nécessaires pour atteindre son objectif. On peut retrouver cette notion dans l'étude de Meade et al. (51). Chez des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques chroniques, cette étude montre que pour favoriser l'adhésion du patient au traitement, le thérapeute doit développer les capacités d'autogestion de celui-ci face à des obstacles personnels, sociaux ou environnementaux. Il y a donc une notion d'accompagnement qui est centrale. Elle est d'autant plus importante que la durée de prise en charge est souvent longue pour les patients souffrant de lombalgie chronique. « *Les lombalgies chroniques, on va les avoir sur du long terme, là j'en ai deux que je vois une à deux fois par semaine, alors que les autres patients on va les voir une dizaine ou une quinzaine de séances et normalement ils ne reviennent pas parce que ça va bien... Donc il y a des moments où ça va mieux, des moments où ça va moins bien. Du coup, par rapport à d'autres pathologies c'est le temps de la prise en charge je dirais.* ». Selon les propos de Valérie, compte tenu de la durée de la prise en charge, la motivation du patient serait fluctuante en fonction de l'évolution des symptômes. Cette vision est également partagée par Emilien : « *Après il faut être réaliste aussi. Avec les patients en traitement chroniques, il y a une lassitude dans les deux sens.* ». Le rôle du kinésithérapeute prendrait alors un tout autre sens : face à la durée de la prise en charge, il devrait accompagner le patient sur du long terme. Cet accompagnement comprendrait donc des encouragements et de la motivation pour poursuivre les traitements proposés. Il comprendrait aussi des épisodes où le kiné se doit de rassurer son patient sur ses inquiétudes et ses sensations. C'est une conception de la kinésithérapie que l'on retrouve dans l'article de Judith Semmons (60) qui identifie trois grands rôles de la kinésithérapie dans la prise en charge des lombalgies chroniques : L'éducation, la valorisation et la prescription d'exercices. La notion d'accompagnement est présente dans la partie « valorisation » dans laquelle elle affirme que la guidance et la motivation du patient sont des éléments essentiels pour la gestion de la douleur.

6.5.3 Les facteurs psycho-sociaux

Les facteurs psycho-sociaux constituaient la dernière particularité proposée par les interrogés à propos de la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique. « *Les particularités de cette relation peuvent être liées au fait que ce sont des patients qui peuvent avoir des facteurs psycho-sociaux assez importants. Donc pour nous, kinés, ce n'est pas toujours évident d'avoir des leviers sur ces facteurs-là. On les entend, on en tient compte mais on est parfois démuné par rapport à ça.* ». Le témoignage d'Eléonore permet de mettre en lumière la dernière idée partagée par la majorité des interrogés, à savoir l'influence des facteurs psycho-sociaux sur la prise en charge. Souvent désignés sous le terme de « yellow flags », ces facteurs constitueraient une particularité dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique. Ils impacteraient la prise en charge des MKDE, qui pourraient se retrouver en difficulté face à leur présence. Ils rassemblent les croyances, les réponses émotionnelles et les comportements vis-à-vis de la douleur (30). Combinés aux facteurs biologiques, ils ont une influence négative sur l'évolution des douleurs, favorisant la chronicisation. Malgré le fait que les kinésithérapeutes semblent avoir peu de ressources pour y faire face, il est important de les prendre en compte lors du traitement. En effet, les conclusions d'un article rédigé par Michael Nicholas (30) montre que, selon les connaissances actuelles, prendre en compte la présence de ces facteurs, surtout quand ils atteignent un niveau élevé, permet d'obtenir de meilleurs résultats que lorsqu'on les ignore.

« *Et puis tu vas avoir la personne lombalgique chronique qui, à côté de ça, va avoir des drapeaux jaunes, verts ou bleus, et là où tu vas te retrouver avec tout un contexte social plus difficile ; ce sont ces gens-là qu'on va traiter un petit peu différemment où le côté prise en charge pluri-disciplinaire aurait plus sa place.* ». Cette idée véhiculée par Nathalie est intéressante et peut-être mise en relation avec une récente étude de Ibrahim Maha (61) sur l'efficacité de la prise en charge multidisciplinaire de la lombalgie chronique. Comme nous avons pu le constater, la présence de facteurs psycho-sociaux chez certains patients lombalgiques est une réalité constatée par les kinésithérapeutes. D'après des propos recueillis durant les entretiens, certains interrogés se sentent désarmés face à ces situations, jugeant que d'autres professionnels auraient davantage de compétence pour venir en aide au patient. L'étude en question avait pour objectif d'évaluer l'efficacité à long terme d'une prise en charge multidisciplinaire chez des patients souffrant de lombalgies chroniques en ce qui concerne la reprise du travail. Cette

étude conclut qu'il y a eu une augmentation significative de la reprise du travail chez les participants de l'étude. La prise en charge multidisciplinaire pourrait donc constituer un levier d'action sur les facteurs psycho-sociaux.

6.6 L'évaluation de l'alliance thérapeutique, la variété des méthodes utilisées

La construction de l'alliance thérapeutique est un élément central de la prise en charge pour les MKDE interrogés. Il est donc intéressant de comprendre les moyens qu'ils utilisent pour s'assurer de sa bonne construction. La réponse est unanime : aucun des participants n'utilise d'indicateur objectif ou de méthode de mesure précise pour juger de la qualité de l'alliance qu'il construit avec son patient. Pourtant, après plusieurs explications, on se rend compte qu'il y a des techniques subjectives communes leur permettant de l'évaluer.

6.6.1 L'observance et l'investissement

« *Donc ça va être des choses comme le fait de ressentir s'il est content de venir à ses séances, s'il y vient de façon régulière, si, d'une façon ou d'une autre, il s'est approprié des éléments d'objectifs qu'on avait définis ensemble* ». Elise évoque, sans doute, l'idée la plus citée par les MKDE interrogés. Sa façon d'évaluer l'alliance thérapeutique semble être indirecte car elle repose sur sa perception de l'investissement du patient dans son traitement. On a pu voir précédemment que les MKDE considéraient que l'alliance thérapeutique favorisait l'investissement du patient dans le traitement. Afin d'évaluer cette alliance, ils choisissent d'évaluer l'un des éléments qu'elle influence. En effet, si on suit cette logique, plus l'alliance thérapeutique est forte, plus l'investissement du patient sera fort également. L'évaluation de l'investissement des patients semble reposer, selon les témoignages des interrogés, sur des éléments distincts selon la pratique du MKDE. Pour ceux qui privilégient des traitements actifs avec des exercices à réaliser chez soi comme Nathalie, leur indicateur sera l'appropriation des exercices : « *Souvent c'est parce qu'il va y avoir une adhérence à la partie auto-rééducation. [...] Si je prends l'exemple d'un programme d'exercices que je vais mettre en place, je vais revenir dès le début de la séance suivante sur l'exercice qui a été fait. Je le reprends. S'il y a d'emblée des questions du patient, ça montre qu'il a essayé de travailler dessus. Et autrement, je le réévalue. Je lui dis : « montrez-moi ce qu'on a fait la dernière fois » et puis tu vois tout*

de suite, au bout d'une semaine, si la personne n'a rien fait du tout, en général elle se souvient à peine de ce que tu lui as montré. ». Pour d'autres, évaluer l'investissement de son patient passe par sa présence et son comportement durant les séances. « *On voit assez vite si on perd un patient en adhésion, on le sent tout de suite. Les séances vont s'espacer, il va oublier de venir aux séances. Et puis souvent, c'est dans la verbalisation, c'est une personne qui va devenir négative.* ». Ici, Emilien met l'accent sur le facteur présentiel qui permet de mettre en lumière l'investissement d'un patient. Cette vision est également partagée par Jeanne : « *Il y a une chose sur laquelle je suis intransigeante : c'est le respect des rendez-vous pour assurer la continuité des soins.* ». Comme nous avons déjà pu le voir, il est vrai que l'alliance thérapeutique a un impact sur l'investissement du patient dans son traitement (50,51). Cependant, l'investissement du patient est-il le parfait reflet de la qualité de l'alliance thérapeutique ? Comme abordé dans l'article de Meade et al (51), l'adhésion, ou l'investissement, du patient dans son traitement est influencé par différents facteurs, parmi lesquels on retrouve l'alliance thérapeutique mais également des facteurs environnementaux ainsi que l'influence de la douleur et des émotions négatives. Il semblerait donc qu'un faible investissement ne puisse pas être corrélé avec une faible alliance thérapeutique.

6.6.2 Le feed-back du patient

La capacité à recueillir le ressenti de son patient sur le traitement mis en place est inscrite dans le champ de compétence des kinésithérapeutes(16). Elle est associée à la compétence 5 : « *Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie* ». Cette compétence comprend différents items dont celui relatif à la construction de l'alliance thérapeutique. Afin d'évaluer cette alliance, la recherche du feed-back du patient est une méthode employée par certains interrogés : « *Je leur pose régulièrement la question de comment, eux, vivent l'évolution de leur problème... [...] Tu peux leur demander si ça répond à leurs attentes, ce genre de questions ça m'arrive de les poser. Des fois je leur demande : si pour eux la récupération complète correspond à 100 %, d'après eux à combien de pourcents on est arrivé là ?* ». Grâce à ces questions, Gabriel essaie d'obtenir un retour du patient sur sa prise en charge. Cela permet d'inviter le patient à exprimer sa satisfaction, ou non, à propos du traitement proposé, et à exprimer son sentiment d'amélioration, ou non. En ouvrant ainsi le dialogue sur ce sujet, Gabriel cherche à obtenir des éléments à mettre en relation avec son ressenti

personnel. Il n'est pas le seul à procéder ainsi, on trouve des idées similaires chez Virginie « *Peut-être parce que sa parole se libère plus, peut-être parce qu'il est capable de faire des retours sur la séance précédente quand je le lui demande, il ne sèche pas, il a des choses à dire* ». En comparant les deux témoignages des interrogés, on se rend compte que la recherche du feed-back du patient peut s'opérer de deux façons. La première est celle expliquée par Gabriel, que l'on pourrait qualifier de directe car le MKDE demande directement son avis au patient. Elle nécessite cependant une grande relation de confiance entre le soignant et le soigné pour que celui-ci livre son ressenti. La deuxième façon est celle proposée par Virginie, qui serait indirecte car elle s'intéresse plus à la qualité du retour du patient plutôt qu'à son contenu. Elle confirmera cette idée lorsque l'on lui demandera les éléments lui indiquant qu'aucune alliance ne se crée entre elle et le patient: « *Eh bien, c'est quand, en face de moi, j'ai quelqu'un qui ne lâche rien en fait. J'ai quelqu'un qui est le même de séance en séance, c'est-à-dire soit il ne parle pas, soit il ne s'investit pas dans les exercices que l'on peut faire.* ». Cette recherche du ressenti du patient, tel que présentée par les interrogés, se retrouve dans le référentiel de compétence de la profession MK, présentée comme « *Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs thérapeutiques* ». En s'intéressant ainsi au ressenti de leur patient, les MKDE réunissent au sein, de leur prise en charge, deux piliers de l'*Evidence Based Practice* (EBP), à savoir, l'expertise du clinicien et les attentes et valeurs du patient. L'EBP se définit comme une démarche dans le domaine de la santé visant à concilier les preuves scientifiques pertinentes à l'expérience clinique du praticien et aux croyances du patient (62). Cette démarche cherche à proposer la meilleure solution à un problème de santé en prenant en compte l'ensemble des facteurs et elle semble obtenir de meilleurs résultats que la démarche empirique qui, elle, ne se base que sur des essais contrôlés randomisés (63).

6.6.3 la difficulté à dresser un bilan de l'alliance thérapeutique

Après analyse des entretiens, cette question (question 6 du guide d'entretien) était celle qui mettait le plus en difficulté les interrogés, celle qui nécessitait un temps de réflexion plus long que pour les autres car elle les forçait à mettre des mots sur un comportement instinctif. La formulation de la question peut en être responsable, elle obligeait le MKDE à chercher les éléments objectivant une situation sans déficit d'alliance thérapeutique. Les interrogés avaient plus de facilité à décrire les indices leur indiquant l'absence d'alliance

thérapeutique entre eux et leurs patients. « *Ça m'arrive dans un sens inverse, de ne pas être satisfaite parce qu'en général ce n'est pas appliqué comme je veux, ce que j'ai enseigné et ce que j'ai demandé* ». Les indices restent les mêmes que ceux cités précédemment, mais Valérie témoigne qu'il est plus simple de constater leur absence plutôt que de s'assurer que tout va bien. On retrouve un témoignage similaire chez Gabriel « *Ca, justement, c'est un peu dur parce que j'ai l'impression que la relation de soin c'est un peu un truc, pas de non-dits, mais ce n'est pas quelque chose qu'on dit clairement quand on fait confiance à l'autre ou quoi que ce soit.* ». L'objectif de cette question était d'introduire le concept d'évaluation de l'alliance thérapeutique avec les interrogés et de les inviter à réfléchir sur l'intérêt qu'elle représenterait dans leur pratique et sur leur façon de faire. A la vue des réponses obtenues on peut se rendre compte que l'évaluation de l'alliance thérapeutique est un comportement déjà instinctivement présent chez les interrogés. Cela peut être mis en relation avec leurs réponses sur la place qu'ils consacrent à la création de l'alliance thérapeutique. Cependant, il semblerait qu'aucun n'utilise une méthode fiable et objective, se fiant à leur instinct pour la plupart mais semblant ne pas être confiant sur la fiabilité de leur ressenti. « *Ouais, ou au pifomètre... [Rire] [En parlant de ses méthodes pour ressentir l'alliance thérapeutique]* ». Compte tenu de l'impact de l'alliance thérapeutique sur les résultats de la prise en charge de lombalgies chroniques en kinésithérapie (17,60,64), ne serait-il pas intéressant d'évaluer précisément la qualité de l'alliance thérapeutique avec son patient pour assurer les meilleurs résultats possibles ?

6.7 Un modèle d'évaluation fiable de l'alliance thérapeutique, des avis encourageants

La dernière question posée aux interrogés avait pour objectif de leur présenter succinctement une échelle évaluant la force de l'alliance thérapeutique et d'échanger avec eux sur son utilisation. Les thèmes abordés étaient les suivants : [1] l'intérêt que cet outil pourrait représenter dans la prise en charge de patients lombalgiques chroniques, [2] leur avis personnel sur son utilisation et [3] les limites de cet outil. Afin de contextualiser et de préciser le cadre de la question, une échelle existante était utilisée comme référence pour répondre aux éventuelles questions des MKDE sur le fond et la forme de cet outil. L'échelle utilisée était la Working Alliance Inventory (WAI) car il s'agit d'une échelle

validée (21), traduite en français (37) et qui est la plus appropriée pour évaluer l'alliance thérapeutique (en se basant sur sa fiabilité et sa reproductibilité) (23).

6.7.1 L'apport à la pratique

Les MKDE ont évoqué des idées similaires à propos de ce que pourrait apporter à leur pratique un outil d'évaluation fiable de l'alliance thérapeutique. L'idée principale véhiculée était la remise en question de leur ressenti. La question précédente semble leur avoir fait prendre conscience que leur méthode d'évaluation n'était pas infaillible et qu'ils ne pouvaient pas être certains que l'alliance thérapeutique qu'ils construisaient avec leur patient était optimale. *« Ca permettrait de me remettre en cause. Parce que, effectivement, je pense qu'il peut m'arriver de perdre des patients parce que je ne sais pas me remettre en cause sur ce sujet-là. » Emilien.* Une évaluation fiable et reproductible de l'alliance thérapeutique permettrait de ne plus laisser planer le doute et systématiserait la recherche du ressenti du patient. Cette idée de remise en question peut être mise en relation avec une méta-analyse de 2007 qui cherchait à évaluer la corrélation entre les cotations de l'AT attribuées par les patients et les thérapeutes (65). Les résultats de cette étude ont montré une faible corrélation entre les deux. Les patients attribuaient généralement une note plus élevée que les thérapeutes. Ainsi, cette étude montre que le ressenti du professionnel de santé peut être éloigné de la réalité de la situation.

L'évaluation de l'AT permettrait également de repérer les situations dans lesquelles l'alliance ne se construit pas, ce qui permettrait au MKDE d'ajuster son approche avec son patient et de repartir sur de meilleures bases. *« Au moins, ça me permettrait de me rendre compte, sans doute plus tôt, que ça déconne. C'est ce que je te disais tout à l'heure, des fois on se repose sur nos lauriers et c'est justement pour éviter d'en arriver là. » Emilien.* Il semblerait qu'en objectivant ainsi une donnée qui était, jusque-là, subjective, cela faciliterait l'individualisation de la relation soignant-soigné en plus de l'individualisation du traitement. Cette idée, évoquée par Emilien, était présente dans les témoignages d'autres MK :

- *« Bien-sûr que ça représenterait un intérêt. Pourquoi ? Parce que ça me permettrait aussi de comprendre si oui ou non le patient a confiance, parce que depuis le début, c'est ce que je veux instaurer entre lui et moi mais parfois je n'y arrive pas. Et j'aimerais bien comprendre pourquoi je n'y arrive pas. Et la*

confiance aussi par rapport à ce que je lui propose... ». Jeanne, MKDE formée ETP.

- *« Peut-être plus pour moi, pour savoir s'il faut que j'aie une autre approche avec le patient. Si je vois qu'il n'y a pas beaucoup d'alliance avec un patient, il y aurait peut-être d'autres techniques que je pourrais utiliser pour en créer plus. ». Nathalie, MKDE non formée ETP.*
- *« Ca nous donnerait un état des lieux, une vision d'où on en est. Ce serait intéressant d'avoir le point de vue du patient finalement. Parce que ça, finalement, on ne s'en rend pas toujours bien compte. Peut-être ce serait intéressant d'avoir ce retour-là. Parce que les patients ne vont peut-être pas s'exprimer naturellement sur la confiance qu'ils ont en leur thérapeute. ». Eléonore, MKDE formée ETP.*
- *« Par exemple, « Je pense qu'il y a une alliance mais il faudrait peut-être que je demande son avis au patient pour savoir si il est d'accord avec moi. » Et pourquoi pas de temps en temps l'objectiver et puis se dire « Oh bah ça va je ne me goure pas trop. ». Ça pourrait être une évaluation de sa pratique. ». Virginie, MKDE formée ETP.*

Une autre idée semble être associée à celle de la remise en question : c'est celle des pistes d'amélioration que pourrait offrir l'outil. C'est pour cela qu'il était intéressant de choisir un outil existant (ici la WAI) comme référence pour aider les MKDE à se projeter et à imaginer la situation. En effet, sans cette explication, ils avaient du mal à réfléchir à l'intérêt que pourrait leur apporter un outil similaire. L'outil ne fut pas présenté physiquement aux interrogés mais décrit succinctement en se basant sur les versions « patient » et « thérapeute » de la WAI (Annexe 3) sans rentrer dans les détails même s'il semble que la version patient soit la plus indiquée à une utilisation clinique et la plus corrélée à l'amélioration clinique (66). Lorsque les interrogés avaient des questions sur la forme de l'outil, la réponse proposée était : *« Celui qui existe et qui m'a servi de base pour ma réflexion, c'est un questionnaire à remplir adressé au kiné ou au patient. A la fin, ce questionnaire donne un score sur cette alliance thérapeutique et sur la vision de la relation entre les deux. »*. La WAI a été développée selon le modèle de l'alliance thérapeutique proposé par Bordin (14,21). Elle comprend donc les trois dimensions de l'AT (lien affectif, accord sur les tâches et accord sur les objectifs). Cette conception de l'outil répondrait donc à l'attente des interrogés qui aimeraient y trouver des axes

d'amélioration pour renforcer leur alliance quand elle est faible. En effet l'évaluation de l'AT proposée par cet outil repose sur l'évaluation des trois dimensions décrites par Bordin. Elle attribue un score à chacune des dimensions, ce qui permettrait aux MKDE de savoir laquelle est à revoir avec le patient.

Cependant, il faut noter que les avis n'étaient pas unanimes à propos de ce que pourrait apporter une évaluation fiable de l'AT. Parmi l'ensemble des MKDE interrogés, une participante ne voyait pas de plus-value à cette évaluation : *« Ce n'était pas une question que je m'étais posée. Je dirai que, sans vouloir te vexer, je ne vois pas trop l'intérêt actuellement. Enfin actuellement je ne me pose pas trop cette question. Sans prétention, je pense que je me remets en question assez facilement. Du coup je ne vois pas trop l'intérêt... ».* Valérie, MKDE non formée ETP.

6.7.2 Projection des MKDE et avis sur son utilisation

Telle qu'était posée la question dans le guide d'entretien, sa finalité était de recueillir l'avis des interrogés sur l'intérêt potentiel que pourrait représenter une évaluation fiable de l'AT dans leur pratique. Une relance systématique était faite pour connaître leur avis sur son utilisation. S'imaginent-ils l'utiliser dans leurs prises en charge avec des patients souffrant de lombalgie chronique ? Et comment l'utiliseraient-ils ? Les avis étaient plus partagés pour cette question. Certains kinés se voyaient l'utiliser en pratique comme un bilan, de façon régulière durant la prise en charge *« Il faudrait qu'on le prenne tôt. Je pense qu'il faudrait qu'on l'utilise (il parle de l'outil) tôt. Parce qu'avec un patient comme ça (patient chronique) il faudrait l'utiliser au bout d'une dizaine de séances... Après, cet outil-là peut être intéressant car, comme on disait tout à l'heure, le bilan c'est le début de l'alliance thérapeutique, et quelque part, ton outil fait partie du bilan aussi. ».* Emilien, MKDE non formé ETP.

«Donc, effectivement, je serais très preneuse d'une évaluation de ce type... [Relance pour savoir si elle imagine déjà comment l'utiliser]... Déjà, ce n'est pas évident, entre moi et moi que je m'engage à faire quelque chose exactement toutes les semaines ou tous les mois, je pense que dans la vraie vie, je n'y arriverai pas. Mais par contre, je pense qu'à des moments clés, ça peut être intéressant. Par exemple des moments où on fait des bilans, que ce soit des bilans physiques ou quand je lui fais remplir des auto-questionnaires avant d'aller voir le médecin de rééducation.». Elise, MKDE formée ETP.

D'autres avaient des avis plus mitigés, c'est-à-dire qu'ils reconnaissaient l'intérêt que cela pourrait apporter mais ils ne s'imaginaient pas encore l'utiliser. *« Et c'est vrai que pour évaluer après, ça peut être intéressant à faire. Par contre, le faire de façon régulière, je ne pense pas que je m'appliquerai à ça. ».* Elliot, MKDE non formé ETP.

Cette remarque met en lumière la limite de ce travail de recherche. Il est difficile de conclure sur l'avis d'utilisation de cet outil par les MKDE. L'objectif de ce travail était simplement de recueillir l'avis de MKDE libéraux sur l'intérêt que pourrait représenter une évaluation fiable de l'AT dans leur pratique. Au vu de leurs réponses, on peut conclure que la majorité y voit un intérêt.

6.7.3 Les limites évoquées

Bien que la WAI ne leur ait pas été présentée, volontairement, dans les détails, certains kinésithérapeutes ont naturellement évoqué des limites possibles à cet outil et de façon plus générale, des limites à l'évaluation de l'alliance thérapeutique. Ce thème ne fut pas abordé avec tous les kinés car il n'était pas prévu dans le guide d'entretien, jugé trop spécifique au regard de l'objectif de l'étude. Cependant il est intéressant de relever les limites évoquées par les interrogés que ce soit sous forme de réflexion, d'interrogation ou de critique.

La première limite partagée par plusieurs interrogés concernait les objectifs qui découleraient de cette évaluation. *« Mais il faudrait que derrière, j'aie des objectifs par rapport à ça. Parce qu'avoir cet indicateur là pour avoir un indicateur, ça ne sert pas à grand-chose. Il faudrait savoir ce que l'on peut améliorer derrière pour justement améliorer la confiance et l'alliance thérapeutique. ».* Ici, Eléonore explique qu'il faudrait que cette évaluation, et par conséquent l'outil utilisé, puisse donner des pistes d'amélioration afin que le soignant puisse modifier son approche du patient. L'évaluation n'a de sens que si elle débouche sur des perspectives d'amélioration. A la vue des chapitres précédents, les outils existants permettent cette adaptation en fonction des résultats car ils permettent de savoir quelle dimension de l'AT serait plus faible que les autres.

Certains MKDE ont également expliqué que cette évaluation sous forme de questionnaire pouvait être une tâche fastidieuse et chronophage. Par conséquent, ils risqueraient de ne pas prendre le temps de le faire régulièrement. *« Après comme pour*

tous les outils comme ça, il faut que ce soit rapide à mettre en place. Parce que c'est vrai qu'en tant que kiné, on a déjà pas mal à faire, donc si tu rajoutes encore des questionnaires, ça devient chronophage. Et pour les patients aussi vraisemblablement.» Emilien, MKDE non formé ETP. Cette limite est recevable pour la forme originelle de la WAI qui comprend 36 items dans son questionnaire. Cette version de la WAI date de 1989 (21). Aujourd'hui de nouvelles échelles de l'AT ont été développées et de nouvelles versions de la WAI ont également été conçues, notamment une forme courte ne comprenant que 12 items. Cette dernière a été traduite en français (22) et il semble qu'elle soit, tout comme sa forme longue, tout aussi fiable et reproductible (23).

La dernière limite qui fut évoquée était en lien avec le biais potentiel de l'évaluation et de l'évaluateur. Cette limite ne fut abordée que dans un seul entretien. *« Mais c'est ça dont j'ai peur, si le patient remplit un questionnaire en sachant que le kiné sera au courant de ce qu'il a répondu, il va sûrement être tenté de répondre toujours des trucs positifs. »*. Gabriel fait remonter un biais qui pourrait exister dans cette évaluation du fait que le kiné puisse avoir accès aux retours du patient et que ce dernier le sache. Cela demanderait donc une honnêteté de la part du patient et une aptitude à se remettre en question chez le thérapeute. Mais ce sont déjà des prérequis nécessaires. Quand un kiné cherche à recueillir le feed-back de son patient à l'oral, il ne peut jamais être sûr que le patient lui dise la vérité ou qu'il dise quelque chose afin de faire plaisir au thérapeute.

Cette question avait donc pour objectif de recueillir un avis général sur l'intérêt que pourrait représenter, pour les MKDE libéraux, une évaluation fiable de l'AT dans la prise en charge des lombalgies chroniques. La majorité des interrogés pense qu'il pourrait y avoir un intérêt et que cette évaluation pourrait être réalisée au même moment que les temps de bilans effectués avec cette population de patients. Cependant, certains doutes et certaines limites persistent chez les interrogés à propos des modalités d'utilisation de cette évaluation. Ces doutes sont, pour la plupart liés à la non-connaissance des outils existants *« En fait, le principal souci c'est que je ne connais pas le questionnaire. Le questionnaire doit sûrement aborder des points précis. »*. Comme dit plus tôt, le point que soulève Elliot illustre ici la limite de cette question. Le sujet de la question était l'évaluation de l'AT de façon générale, et n'était pas centré sur un outil précis. Il est donc difficile de recueillir des avis sur une pratique si on ne peut pas en définir toutes les limites.

7. Synthèse des résultats et retour sur les hypothèses

Les objectifs de ce travail de recherche étaient : premièrement, de faire un état des lieux des connaissances des MKDE libéraux sur l'alliance thérapeutique ; deuxièmement, de recueillir leur avis sur l'intérêt de son évaluation dans la prise en charge de patients souffrant de lombalgie chronique. Le dernier objectif était centré sur les formes et les modalités d'évaluation possibles et de les confronter aux outils déjà existants.

Cette synthèse de résultats sera organisée en trois sous-parties. La première consistera en un retour sur les hypothèses de recherche. La seconde traitera des limites de l'étude et de la méthode de recherche. Enfin, la troisième sera consacrée aux améliorations possibles et aux projections professionnelles.

7.1 Retour sur les hypothèses de recherche

7.1.1 Hypothèse 1

La première hypothèse était directement liée au premier objectif de recherche, à savoir, « réaliser un état des lieux des connaissances des MKDE libéraux à propos de l'alliance thérapeutique ». Cette hypothèse était formulée ainsi : « Le concept d'alliance thérapeutique n'est pas universel et n'est pas maîtrisé par tous les MKDE ». La justification de cette hypothèse a été possible grâce aux trois premières questions du guide d'entretien. Elles avaient pour objectif de questionner le MKDE à propos de ses connaissances théoriques et pratiques sur la construction de l'alliance thérapeutique. Quelle importance lui accorde-t-il dans ses prises en charge ? Comment fait-il pour construire une alliance de travail avec un patient ? Cette hypothèse de recherche émane de la lecture d'un article (1) dans lequel on pouvait lire « *De nombreux thérapeutes ne sont pas conscients de l'impact que peut avoir l'effet placebo dans une intervention thérapeutique. Il est donc essentiel de prendre conscience qu'il peut agir en notre faveur.* », sans trouver de sources pour le justifier. L'effet placebo étant étroitement lié à l'impact de l'alliance thérapeutique sur les résultats d'une prise en charge, ce travail de recherche était l'occasion idéale pour vérifier cette hypothèse.

Au regard des résultats des entretiens, il s'est avéré que nous pouvions réfuter cette hypothèse. En effet, les résultats ont permis d'objectiver que les MKDE avaient conscience de l'impact que la dimension relationnelle avait sur leur prise en charge et qu'ils connaissaient la majeure partie des facteurs contribuant à la construction d'une

alliance. Bien que le terme « alliance thérapeutique » et sa définition exacte ne soient pas maîtrisés par tous les MKDE, ils ont connaissance des éléments qui l'influencent et savent les mettre en pratique naturellement. Toutes les personnes interrogées affirmaient consacrer une place importante à l'alliance thérapeutique dans leur prise en charge. Ces affirmations étaient confirmées par des exemples concrets de leur pratique clinique et centrées sur les stratégies qu'ils mettaient en place pour construire un cadre de soin optimal avec leur patient. Ces stratégies comprenaient notamment l'importance du discours du patient, de ses attentes, de ses objectifs mais également l'importance de son éducation et de la justification des actes. On retrouvait une notion centrale de négociation entre ce que le patient apporte et ce que le kinésithérapeute veut lui apporter dans la majorité des témoignages. Les MKDE accordent une place centrale au patient afin de lui proposer la prise en charge la plus adaptée à sa situation, s'éloignant ainsi du modèle paternaliste et privilégiant une collaboration avec le patient. Tous ces éléments sont présents dans la littérature scientifique et permettent donc d'affirmer que les MKDE interrogés sont conscients de l'impact de l'alliance thérapeutique dans le soin.

A l'origine, dans la première version du guide d'entretien, il était prévu de poser la question suivante directement aux interrogés : « Comment définissez-vous l'alliance thérapeutique ? Et quels sont, selon vous, les facteurs qui l'influencent ? ». Cette question s'est avérée être inappropriée car elle pouvait mettre en difficulté les MKDE ne maîtrisant pas ce terme. Il a donc été décidé de contourner ce problème en focalisant la question sur la pratique du MKDE.

Durant cette étude, il y avait un paramètre important à prendre en compte : celui de l'impact des formations sur la vision de l'alliance thérapeutique. Pour chaque objectif, il y avait un sous-objectif qui était de savoir s'il y avait une différence d'opinion entre les personnes formées à l'ETP et celles qui ne l'étaient pas. Pour cette première hypothèse, on ne constate pas de différence entre les deux populations. Chacune apportait des réponses similaires et validées par la littérature scientifique. Bien que la formation ETP sensibilise les MKDE à favoriser le discours du patient et à définir un contrat d'objectifs, ces notions semblent également être présentes dans d'autres formations telles que la certification McKenzie ou les formations « thérapie manuelle », suivies par plusieurs des interrogés. L'explication peut résider dans le fait que ces formations, elles aussi, privilégient une prise en charge holistique visant à appréhender la plainte du patient dans sa globalité et pas seulement d'un point de vue analytique.

7.1.2 Hypothèse 2

La deuxième hypothèse était également en lien avec le premier objectif de recherche. Celle-ci suggérait que « Les MKDE ont des approches très diversifiées avec leurs patients et n'accordent pas tous la même importance à la construction d'une alliance thérapeutique. ». Elle ressemble beaucoup à la précédente mais elle s'intéresse davantage à la dimension pratique de l'alliance thérapeutique. Chaque MKDE possède un parcours de formation et une expérience unique qui ont fait évoluer sa pratique et qui la rendent totalement différente de celle d'un autre. Leur approche des patients peut donc varier, tout comme leurs méthodes, pour favoriser leur adhésion au traitement. L'hypothèse formulée est partiellement vraie car on peut constater différentes approches chez les interrogés notamment dans le premier contact avec le patient. Certains disaient être très scolaires en réalisant un bilan et en profitant de ce temps, notamment celui de l'interrogatoire, pour comprendre les attentes du patient. D'autres vont privilégier un long temps d'échange et surtout d'écoute avec le patient. Le terme « écoute active » est revenu dans plusieurs entretiens, sous-entendant que le thérapeute intervient très peu et relance le patient avec des questions ouvertes. Et enfin, d'autres témoignaient faire confiance à leur « comportement naturel et à leur instinct ». A travers ces mots, on peut comprendre qu'il s'agit de kinésithérapeutes qui ont, instinctivement, développé des compétences d'empathie qu'ils mobilisent sans s'en rendre compte. Ils ne mettent pas en place de stratégies particulières ou préparées à l'avance, ils essayent d'être le plus chaleureux et empathiques possible pour créer une bonne relation avec leur patient. Cependant, au vu des résultats des entretiens, tous accordent une place centrale, voire indispensable pour certains, à l'alliance thérapeutique. Condition sine qua non à la réussite d'un traitement pour la majorité d'entre eux, d'autant plus avec des patients souffrant de douleurs chroniques.

Ici non plus, il n'y avait pas de différence remarquable entre les interrogés formés à l'ETP et les autres. Tous accordaient une haute importance à l'alliance thérapeutique. L'idée « d'écoute active » était la seule différence notable mentionnée par les MKDE formés à l'ETP.

Une question supplémentaire était rattachée à cette hypothèse. Elle invitait l'interrogé à réfléchir sur les particularités qu'il pouvait rencontrer dans la construction de l'alliance avec des patients lombalgiques chroniques. L'objectif était de poursuivre cette réflexion sur la pratique du MKDE en y ajoutant un contexte particulier. Aucune hypothèse précise

n'était formulée sur ce contexte mais cela permettait à l'interrogé de se plonger dans une situation précise et d'introduire le contexte pour les futures questions. Pour cette question non plus, aucune divergence d'opinion entre les deux populations n'a pu être constatée, les particularités évoquées étaient similaires et principalement centrées sur les représentations des patients, les facteurs-psycho-sociaux et le rôle particulier du thérapeute dans cette relation.

7.1.3 Hypothèses 3 et 4

La troisième hypothèse était en lien avec le deuxième objectif de cette étude, à savoir, recueillir l'avis des MKDE libéraux sur l'intérêt que pourrait représenter une évaluation fiable de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge des douleurs chroniques. L'hypothèse en question stipulait que « *L'évaluation de l'AT représenterait un intérêt car elle pourrait aider et guider les MKDE dans la construction de cette alliance avec les patients.* ». Comme nous avons pu le voir tout au long de l'analyse des résultats, l'AT est un élément central de la prise en charge et un facteur prédictif des résultats (2,57). L'objectif de tout thérapeute est donc de construire avec son patient une alliance de travail forte, tout au long de la prise en charge, afin d'assurer les meilleurs résultats possibles. Dans le but d'atteindre cet objectif, il est intéressant pour le thérapeute d'avoir conscience de la qualité de la relation qu'il entretient avec son patient, pour, ainsi, avoir un retour sur ce qu'il met en place et pouvoir s'adapter si nécessaire. Actuellement ce retour se fait principalement de façon subjective, à l'instinct ou au ressenti du thérapeute en se basant soit sur l'investissement du patient ou sur son feedback. Ces deux grandes tendances étaient indépendantes des deux populations de MKDE. Durant leur réflexion, les interrogés semblaient douter de la fiabilité de leur méthode d'évaluation. Il est donc profitable de leur demander l'intérêt que pourrait représenter une évaluation fiable de l'AT pour leur pratique. Les réponses apportées par les interrogés permettent de confirmer cette hypothèse, la grande majorité y voit un intérêt, principalement dans la remise en question de leur ressenti et dans l'objectivation d'un élément qui, jusque-là, restait subjectif.

Il est également attrayant de constater que le groupe de MKDE non formé à l'ETP montre autant d'intérêt pour cette évaluation que le groupe formé. Ce qui permet de réfuter la quatrième hypothèse « *Les kinésithérapeutes formés à l'ETP montreront plus d'intérêt pour l'évaluation fiable de l'AT* ». En effet, un seul des neuf interrogés affirmait

ne voir aucun intérêt dans cette évaluation car il estimait que son ressenti était suffisamment fiable. Cette personne faisait partie du groupe des MKDE non-formés à l'ETP mais cela ne permet pas d'affirmer que cette population montre moins d'intérêt pour l'évaluation de l'AT. Cette hypothèse fut émise à la suite de la décision d'intégrer dans cette recherche des MKDE non-formés à l'ETP. Comme deux populations distinctes étaient constituées, il était possible de s'attendre à ce que celle formée à l'ETP soit davantage encline à porter de l'intérêt à cette évaluation, car cette formation met en avant l'échange et la coopération avec le patient. Au regard des résultats, nous pouvons réfuter cette hypothèse, il semble que la notion d'alliance de travail et celle d'adhésion au traitement soient également des éléments centraux d'autres formations. En effet, plusieurs MKDE interrogés ayant suivi les certifications « Mckenzie » et « thérapie manuelle » rapportent des idées similaires à celles évoquées par les MKDE formés à l'ETP.

Il est tout de même important de noter qu'une étude datant de 1993 s'oppose à la troisième hypothèse de ce travail de recherche. En effet, les conclusions de l'étude *Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Changes in Therapist Behavior* (67) montrent que chercher à modifier le comportement d'un thérapeute afin de favoriser l'alliance thérapeutique modifierait de façon inattendue d'autres variables et aurait un résultat contre-productif. Ces conclusions sont également reprises par Antoine Bioy et Maximilien Bachelart dans leur article *L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques* (13). Une attention excessive sur l'alliance thérapeutique nuirait à la construction de cette dernière. Cependant, ce modèle d'évaluation permettrait, justement, au thérapeute d'identifier les moments de crises de l'alliance thérapeutique, décrits par ces mêmes auteurs, et de revoir sa relation avec le patient sans pour autant y consacrer une attention trop forte de façon constante. La mise en perspective de ces différentes conclusions permet de prendre du recul par rapport aux résultats de cette étude. Elle permet de prendre conscience de la nécessité d'études ultérieures afin de reconnaître le potentiel intérêt d'un modèle d'évaluation fiable de l'AT dans la prise en charge de lombalgies chroniques.

7.1.4 Hypothèse 5

Enfin, la dernière hypothèse dépasse, en quelque sorte, les objectifs fixés par ce travail de recherche. A l'origine, ce travail de fin d'étude s'intéressait uniquement à l'intérêt que pourrait représenter une évaluation fiable de l'AT. Il n'était pas prévu de parler spécifiquement d'un outil ou d'explorer les modalités de mise en place de cette

évaluation. Cependant, durant le premier entretien, la Working Alliance Inventory fut présentée succinctement à l'interrogé pour l'aider à visualiser le contexte de l'évaluation, ce qui a naturellement entraîné des échanges portant sur sa mise en place et ses limites. Cette hypothèse a donc été proposée car la situation s'est reproduite avec d'autres interrogés mais malheureusement pas avec tous. L'hypothèse en question était la suivante : « *Les outils existants ne sont pas adaptés à une utilisation clinique* ». Cette hypothèse émane des résultats de l'étude menée par le docteur Margot Gicquel à Brest (35). Cette étude montre que la moitié des étudiants interrogés n'étaient pas favorables à l'utilisation de cette échelle durant leur formation et au cours de leur exercice professionnel. L'une des hypothèses explicatives pouvait donc être que la forme de l'outil proposé n'était pas adaptée à une utilisation clinique. Ce thème fut abordé avec six des MKDE interrogés, les questions portaient principalement sur la façon dont ils imaginaient utiliser cette évaluation et les limites qu'ils pourraient rencontrer. Ces éléments de réponse étaient confrontés à une échelle existante, la Working alliance inventory, pour voir si elle correspondait à leurs attentes. A la suite de l'analyse des résultats, cette hypothèse peut être rejetée, il s'avère que la principale crainte des interrogés sur cet outil était la fastidiosité de son utilisation : il ne fallait pas que cet outil soit trop long à utiliser, que ce soit pour eux ou pour le patient. Et il fallait que cet outil puisse permettre au thérapeute d'identifier les éléments déficitaires de son alliance thérapeutique avec le patient, dans le cas où la situation se présenterait. La WAI répond à ces craintes car elle existe sous forme courte, la WAI short form (68) et, comme nous l'avons déjà vu, elle évalue séparément les trois dimensions de l'AT permettant d'identifier laquelle est en déficit par rapport aux autres. Les entretiens ont également permis d'identifier que les interrogés utiliseraient cette évaluation régulièrement au même titre qu'un bilan clinique, ce qui est une application possible de la WAI.

Le retour sur les hypothèses permet de mettre en lumière l'aboutissement de ce travail de recherche. Les objectifs de recherche, fixés au début de ce travail, sont atteints et permettent de prendre conscience des représentations et de l'importance de l'AT dans le domaine de la kinésithérapie libérale.

7.2 Limites et intérêts de l'étude

L'alliance thérapeutique est une notion centrale dans la prise en charge des patients. Elle est énigmatique dans le sens où elle est cruciale pour assurer le meilleur résultat

possible mais sa qualité ne peut jamais être véritablement connue par le thérapeute. Trouver un outil permettant de l'évaluer pourrait être un moyen de donner aux thérapeutes des solutions pour lever cette zone de flou et assurer la meilleure prise en charge pour leurs patients. Mais avant cela, il est nécessaire de connaître l'avis d'experts sur ce sujet. L'intérêt principal de cette étude était d'apporter une explication à l'interrogation suivante : « Il existe des échelles mesurant l'alliance thérapeutique, validée en français et validée dans le champ de la kinésithérapie. Sont-elles utilisées ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi ? ». La méthode de recherche de ce mémoire est une méthode qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs, avec des MKDE libéraux, visant à recueillir leurs représentations, leurs témoignages et leurs avis sur le thème de l'AT, de sa place dans la prise en charge et de son évaluation. Cette méthode présente certaines limites dont la principale est celle liée à l'interprétation et à la subjectivité. Bien que cette démarche se soit voulue rigoureuse et systématique dans son application, comme le présente Jean Poupart dans son article *L'entretien de type qualitatif. Réflexions de Jean Poupart sur cette méthode* (69), elle présentera toujours plus de subjectivité qu'une méthode quantitative. Son objectif est de comprendre le fonctionnement et le raisonnement des interrogés. L'analyse des résultats dépend, elle aussi, de la compréhension de l'évaluateur et de son interprétation, ce qui pourrait laisser planer le doute sur sa validité scientifique. Cependant, la recherche qualitative a parfaitement sa place en santé, elle peut être à l'origine d'une grande quantité de données exploitables au même titre que les études quantitatives (70). Les deux méthodes sont complémentaires, s'intéressant chacune à des questions de recherche différentes (71). Face à une telle question de recherche, cette étude qualitative a permis de produire des résultats intéressants et exploitables.

Comme toute recherche qualitative, ce travail présente des limites, déjà présentées dans le chapitre « méthodologie », relatives à la réalisation des entretiens et décrites par Geneviève Imbert (9). Pour les reprendre, tous les entretiens ne se sont pas déroulés dans le même contexte : en effet, en raison de la distance géographique, quatre d'entre eux ont été réalisés par appel téléphonique ou visio-conférence. Une autre limite, relative à la situation sociale des intervenants de l'étude, peut être constatée. Comme dit précédemment, six des neuf interrogés connaissaient l'enquêteur avant de participer à l'étude. Une différence de relation pouvait donc exister entre les participants, ce qui a pu impacter leur discours et leur témoignage. Ce travail de recherche s'est voulu le plus rigoureux et objectif possible, de la construction du guide d'entretien à l'analyse des

entrevues en passant par leur réalisation. Malheureusement, le faible nombre de participants ne permet pas une généralisation à l'ensemble de la population de MKDE. Ces limites sont compensées par le fait que cette étude a permis de recueillir les avis de MKDE issus de parcours professionnels différents, et donc de collecter un ensemble de témoignages variés qui permet d'imaginer de nouvelles perspectives de recherche.

Les résultats obtenus avec cet échantillon sont encourageants et ouvrent des portes sur d'autres recherches sur le thème de l'évaluation de l'alliance thérapeutique. Grâce à cette étude il a pu être mis en évidence que les MKDE interrogés trouvent un intérêt pour l'évaluation de l'AT dans leur pratique. On peut à présent s'interroger sur la possibilité de mise en place de la WAI dans la pratique des kinésithérapeutes et recueillir leur retour sur son utilisation, afin d'en évaluer l'acceptabilité dans la prise en charge des lombalgies chroniques. Cette piste de recherche permettrait de faire le lien avec les recherches menées par les Dr Gaouyer et Dr Gicquel (35,72) et de savoir si la WAI est un outil utilisable en kinésithérapie ou s'il serait plus intéressant de développer un nouvel outil spécifique à la kinésithérapie.

7.3 Professionnalisation et axes d'amélioration

7.3.1 Apports personnels

La construction de l'alliance thérapeutique avec le patient est, selon un point de vue personnel, une notion de plus en plus centrale dans la formation des professionnels de santé. En comparant mon vécu et mon parcours de formation initiale avec les témoignages des MKDE interrogés, je constate une volonté de la part de notre institut de formation de nous faire prendre conscience de l'importance de l'aspect relationnel dans une prise en charge. Cette volonté est en lien avec l'évolution de la pratique médicale depuis plusieurs dizaines d'années (9) et avec le développement de la pratique EBP (63). Elle se concrétise par la présence de formations sur la communication thérapeutique, sur les théories de l'apprentissage ou encore la réalisation de la formation ETP durant la quatrième année du cursus.

Ce travail de recherche est venu approfondir mes connaissances sur le sujet et conforter mes idées sur l'importance de la compétence « *Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie* » (16). Les conclusions et la diversité des témoignages issus de ce mémoire guideront ma future

pratique professionnelle, et me donnent envie de développer davantage mes compétences en communication et en pédagogie. Les enseignements que j'ai pu tirer des échanges avec les professionnels impacteront ma relation avec les patients, notamment durant les premières séances. Je comprends à présent tous les enjeux de la posture et du rôle que le kinésithérapeute doit jouer auprès de son patient. Il n'est pas qu'un simple technicien qui dispense des soins, l'empathie et la prise en compte de la singularité du patient sont des éléments primordiaux que l'on nous répète depuis le début de notre formation mais qui ont pris un réel sens grâce à ce travail de recherche.

Cette initiation à la recherche m'a permis de comprendre toute la force de la communication et de la relation avec le patient dans le soin. Elle me donne envie de poursuivre mon apprentissage dans ce domaine grâce à diverses formations ou des diplômes universitaires. Aujourd'hui, plusieurs de ces formations m'attirent afin de développer mes compétences de communication avec le patient car je suis à présent convaincu qu'elles feront de moi un meilleur thérapeute.

7.3.2 Amélioration des pratiques : Evaluer l'utilisation de la WAI chez les kinésithérapeutes libéraux

Comme dit précédemment, les conclusions de cette étude permettent d'envisager de nouvelles perspectives de recherche sur le thème de l'évaluation de l'AT dans la pratique. Maintenant que l'on a constaté un intérêt des MKDE pour cette évaluation fiable de l'AT, on pourrait imaginer une étude visant à tester la WAI lors de la prise en charge de patients souffrant de lombalgie chronique. Il pourrait s'agir d'une étude qualitative dans laquelle la WAI serait présentée à un groupe de MKDE. Il leur serait alors demandé d'essayer de la mettre en œuvre durant le traitement de leurs patients lombalgiques chroniques sur une période déterminée, par exemple trois mois. Au terme de cette période, des entretiens semi-directifs seraient réalisés afin de recueillir les retours et les expériences des MKDE sur l'utilisation de la WAI. Ceci permettrait de recueillir un ensemble d'avis basés sur des expériences cliniques personnelles, et d'en conclure sur la possibilité d'utiliser cet outil dans la pratique ou de trouver des pistes d'amélioration. Cette étude serait donc en lien avec les thèses des Dr Gaouyer et Dr Gicquel (34,35), elle permettrait de voir si l'avis des kinésithérapeutes est différent de celui des internes en médecine et de connaître les raisons qui motiveraient les kinésithérapeutes à utiliser, ou non cet outil.

7.3.2 Amélioration des pratiques : Utilisation de la WAI durant la formation

Cet axe d'amélioration est également inspiré des thèses des Dr Gaouyer et Dr Gicquel (34,35). Dans leurs thèses respectives elles évoquaient la possibilité d'utiliser cette échelle dans le parcours de formation des internes en médecine générale. Cette possibilité est également envisageable dans le parcours de formation des étudiants en masso-kinésithérapie et pourrait constituer une question de recherche intéressante. Alors que l'on constate une évolution de la formation vers l'approfondissement des compétences relationnelles, notamment avec la mise en place de l'initiation à la formation ETP dans le cursus initial à l'IFMK de Brest depuis 2019, il pourrait être intéressant de proposer cette échelle afin de guider les étudiants à appréhender cette notion qu'est l'alliance thérapeutique. Il pourrait également s'agir d'une étude qualitative dans laquelle il serait proposé aux étudiants MK d'utiliser la WAI version thérapeute durant leur stage et, dans un second temps, de les interroger sur ce que cela leur a apporté.

8. Conclusion

La finalité de ce travail de recherche était, d'une part, de faire un bilan des connaissances des MKDE libéraux sur l'alliance thérapeutique. D'autre part, de recueillir leurs avis sur l'intérêt que pourrait représenter une évaluation fiable de cette alliance dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique. Cette finalité fut problématisée ainsi : « Quel serait l'apport et l'usage d'une évaluation fiable de l'alliance thérapeutique entre un kinésithérapeute et son patient dans la prise en charge des lombalgies chroniques ? ». Afin de répondre aux objectifs de recherche soulevés par cette problématique, ce travail de recherche s'est organisé autour d'une méthode qualitative par entretiens semi-directifs. La principale difficulté rencontrée était dans l'interprétation et l'analyse des résultats. Afin de ne pas déformer les propos des interrogés, l'ensemble des entretiens fut enregistré, retranscrit dans leur intégralité et analysé individuellement de façon rigoureuse.

Les résultats issus de cette recherche permettent de conclure que l'alliance thérapeutique est une notion maîtrisée par les MKDE interrogés. Ils consacrent, tous, un intérêt particulier dans sa construction, en collaboration avec le patient, la jugeant comme un facteur déterminant dans la réussite du traitement. Actuellement, ils ne sont pas en mesure d'identifier de manière fiable la qualité de cette alliance à un moment t de la prise en charge, chacun se fiant à son instinct ou usant d'indices extérieurs pour en avoir une idée. Face à ce constat, la majorité des interrogés manifeste un intérêt pour l'utilisation d'un outil d'évaluation fiable de l'alliance thérapeutique dans leur pratique.

Ces résultats sont surprenants quand on les confronte à l'hypothèse de départ, selon laquelle, tous les MKDE n'accordent pas la même importance à l'alliance thérapeutique dans le soin. Ils viennent confirmer l'intérêt que pourrait représenter l'évaluation de l'AT pour la prise en charge des lombalgies chroniques. Ils permettent, à présent, d'offrir de nouvelles perspectives de recherche notamment sur la mise en place des outils d'évaluation existants auprès des MKDE ou des étudiants MK en formation.

L'alliance thérapeutique est le principal levier sur lequel on peut agir afin de tirer le meilleur profit d'un programme de rééducation. S'assurer de sa bonne qualité est donc le meilleur moyen, pour nous thérapeutes, d'assurer un haut niveau de prise en charge. Cela étant, ce travail de recherche s'inscrit dans une problématique plus vaste. En effet on peut, à présent, s'interroger sur les possibilités d'utilisation de la WAI dans la réalité pratique.

9. Bibliographie

1. Bassin J-P. L'effet placebo en physiothérapie. *Kinésithérapie Sci.* 10 févr 2017;584:13-20.
2. Gonçalves MM, Sousa I, Rosa C. Correlation structure in hierarchical linear modelling: An illustration with the therapeutic alliance. *Clin Psychol Psychother.* sept 2019;26(5):626-35.
3. Manoukian A. La relation soignant-soigné. Lamarre.
4. Chappuis R. La psychologie des relations humaines. Presses universitaires de France; (Que sais-je?).
5. Decerf P. Martin Buber, La vie en dialogue. Trad. par J. Loewenson-Lavi. *Rev Philos Louvain.* 1960;58(58):317-9.
6. Schmid PF, Zeller O, Priels J-M. Interpellation et réponse. *Approche Centree Sur Pers Prat Rech.* 1 juill 2009;n° 9(1):48-85.
7. Moley-Massol I. Relation médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. Courbevoie : Éd. DaTeBe, DL 2007; (Le pratique).
8. Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin malade. Elsevier Masson. 2004. (Emc référence).
9. Martin J. Dialoguer pour soigner. Les pratiques et les droits. *Médecine et hygiène.* 2002.
10. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
11. Cungi C. L'alliance thérapeutique. *Gd Doss Sci Hum.* 2009;N°15(6):15-15.
12. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that « everywon has one and all must have prizes »? *Arch Gen Psychiatry.* août 1975;32(8):995-1008.
13. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques. *perspectives psy.* 2010;49:317-26.
14. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract.* 1979;16(3):252-60.
15. Rogers C. Approche centrée sur la personne: Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Hederson. Ambre. 2001.
16. Formation des professions de santé, Profession Masseur-kinésithérapeute. Berger-Levrault.
17. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 28 sept 2018;1-13.

18. Qu'est-ce que l'évaluation? – EVAL [Internet]. [cité 31 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.eval.fr/quest-ce-que-levaluation/>
19. Vial M. L'évaluation comme conseil à la décision : l'évaluation structuraliste. *Pedagog En Dev.* 2012;109-88.
20. Béthoux F, Calmels P. Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. Paris: Frison-Roche; 2003.
21. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol.* 1989;36(2):223-33.
22. Bottemine T. Traduction de la Working Alliance Inventory Short Version (WAI SR) en français par une méthode de consensus Delphi avec une traduction Aller/Retour. :76.
23. Letissier A. Sélectionner un outil de mesure de l'alliance thérapeutique fiable et reproductible chez l'adulte, méthode de consensus par RAND/UCLA. [médecine]. [Brest]: Brest; 2014.
24. ABENHAIM (L.), ABENHAIM (L.), GALES (C.) L. Rapport du GTNDO : analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : définition d'objectifs. Paris: La documentation française; 2003.
25. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615316/fr/lombalgie-chronique-de-l-adulte-et-chirurgie
26. Cherin P, de Jaeger C. La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine Longévité.* 1 sept 2011;3(3):137-49.
27. Quelques chiffres sur la lombalgie et le mal de dos [Internet]. Lombalgie. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.lombalgie.fr/comprendre/quelques-chiffres/>
28. Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Médicale Suisse.* 2010;6:1511-3.
29. Fournier N. Red flags, yellow flags, questionnaires d'évaluation et place de la kinésithérapie au sein du processus de diagnostic standardisé de la lombalgie non spécifique. *Kinésithérapie Rev.* 1 mai 2015;15(161):37-44.
30. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, « Decade of the Flags » Working Group. Early identification and management of psychological risk factors (« yellow flags ») in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther.* mai 2011;91(5):737-53.
31. Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. *Spine.* 15 déc 1995;20(24):2702-9.
32. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271859/fr/diagnostic-prise-en-charge-et-suivi-des-malades-atteints-de-lombalgie-chronique

33. Mongeau P. Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté jeans et côté tenue de soirée [Internet]. Presses de l'Université du Québec; 2008 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com.scd-proxy.univ-brest.fr/catalog/book/docid/88801595?searchterm=r%C3%A9daction%20m%C3%A9moire>
34. Gaouyer C. Évaluer l'acceptabilité d'une échelle d'auto-évaluation de l'alliance thérapeutique entre médecins et patients, la WAI, auprès des étudiants du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales de Brest. In 2016.
35. Gicquel M. Évaluation de l'acceptabilité d'une échelle d'alliance thérapeutique traduite en français, la Working alliance inventory, auprès des internes de médecine générale de Brest: étude descriptive- étude pilote. *Médecine Interne*. :50.
36. Qu'est ce que l'éducation thérapeutique [Internet]. calameo.com. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/005694110bd6a56475f52>
37. Alix Y. Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delph. :73.
38. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm*. 2010;N° 102(3):23-34.
39. Combessie J-C. II. L'entretien semi-directif. *Reperes*. 2007;5e éd.:24-32.
40. Décret du 29 mars 1963 RELATIF AUX ETUDES PREPARATOIRES ET AUX EPREUVES DU DIPLOME D'ETAT DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE.
41. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.
42. Gedda M, Tardivat M. Diagnostic masso-kinésithérapique mystifications ou vérités. *Kinésithérapie Sci*. mai 1999;(389).
43. Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychother Theory Res Pract Train*. 1990;27(2):143-53.
44. Gedda M. Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique. *Kinésithérapie Sci*. 10 oct 2008;(492):41-4.
45. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique (Bucur)*. 26 mars 2015;S1(HS):41-50.
46. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff Proj Hope*. févr 2013;32(2):223-31.
47. Bachelart M, Bioy A. Alliance thérapeutique, douleur et méthode corporelle. *An Medico-Psychol*. 2013;
48. Miciak M, Mayan M, Brown C, Joyce AS, Gross DP. A framework for establishing connections in physiotherapy practice. *Physiother Theory Pract*. janv 2019;35(1):40-56.

49. Fanget G. L'effet placebo en kinésithérapie, les connaissances actuelles et leurs répercussions sur la pratique. *Kinésithérapie Sci.* 10 janv 2018;(594):23-4.
50. Moore AJ, Holden MA, Foster NE, Jinks C. Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: a longitudinal qualitative study. *J Physiother.* janv 2020;66(1):45-53.
51. Meade L, Bearne L, Godfrey E. « It's important to buy in to the new lifestyle »: barriers and facilitators of exercise adherence in a population with persistent musculoskeletal pain. *Disabil Rehabil.* 26 juin 2019;
52. Fuertes JN, Mislouck A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns.* avr 2007;66(1):29-36.
53. Fuertes JN, Boylan LS, Fontanella JA. Behavioral indices in medical care outcome: the working alliance, adherence, and related factors. *J Gen Intern Med.* janv 2009;24(1):80-5.
54. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ.* 26 févr 2000;320(7234):526-7.
55. Randin J-M. Soignant-soigné un équilibre si délicat. *Approche Centree Sur Pers Prat Rech.* 2019;27:93-6.
56. Klinger R, Stuhleyer J, Schmitz J, Zöllner C, Roder C, Krug F. Psychological factors in the context of perioperative knee and joint pain: the role of treatment expectations in pain evolvment. *Schmerz.* févr 2019;33.
57. Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S, et al. Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Phys Ther.* mai 2014;94:740.
58. Grimaldi A. Relation médecin-malade au cours de la maladie chronique. *Wwwem-Premiumcomdatatraitessi60-83112* [Internet]. 16 déc 2016 [cité 14 avr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-proxy.univ-brest.fr/article/1097689/resultatrecherche/20>
59. Calner T, Isaksson G, Michaelson P. Physiotherapy treatment experiences of persons with persistent musculoskeletal pain: A qualitative study. *Physiother Theory Pract.* 27 mai 2019;
60. Semmons J. The role of physiotherapy in the management of chronic pain. *Anaesth Intensive Care Med.* 1 sept 2016;17(9):445-7.
61. Ibrahim ME, Weber K, Courvoisier DS, Genevay S. Recovering the capability to work among patients with chronic low Back pain after a four-week, multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation program: 18-month follow-up study. *BMC Musculoskelet Disord.* 10 oct 2019;20(1):439.
62. Gegnaux J-P, Guay V, Marsal C. Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie Rev.* oct 2009;9:55-61.
63. Messer SB. Evidence-Based Practice. *Encycl Ment Health.* 2016;2ème édition:161-9.

64. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther.* avr 2013;93(4):470-8.
65. Tryon GS, Blackwell SC, Hammel EF. A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychother Res.* 1 nov 2007;17(6):629-42.
66. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol.* 1991;38(2):139-49.
67. Henry W, Strupp H, Butler S, Schacht T, Binder J. Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Changes in Therapist Behavior. *J Consult Clin Psychol.* 1 juill 1993;61:434-40.
68. Corbière M, Bisson J, Lauzon S, Ricard N. Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006;15(1):36-45.
69. Broustau N, Cam F. L’entretien de type qualitatif. Réflexions de Jean Poupart sur cette méthode. 1 janv 2012;
70. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ.* 8 janv 2000;320(7227):114-6.
71. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
72. Gaouyer C. Évaluer l’acceptabilité d’une échelle d’auto-évaluation de l’alliance thérapeutique entre médecins et patients, la WAI, auprès des étudiants du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales de Brest. In 2016.

Sommaires des annexes :

<u>Annexe 1 : Guide d'entretien</u>	I
<u>Annexe 2 : Entretien d'Elise, MKDE libérale formée ETP</u>	III
<u>Annexe 3 : Forme française de la WAI, traduite par Yohann Alix</u>	X

Annexe 1 : Guide d'entretien

Je suis étudiant en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie. Dans le cadre de ma formation je réalise un mémoire d'initiation à la recherche sur le thème de l'alliance thérapeutique et les outils permettant sa mesure. Je souhaite savoir si ces outils sont utilisables et s'ils apportent un bénéfice à la prise en charge des lombalgies chroniques. Afin de répondre à cette question je souhaite réaliser des entretiens semi-directifs avec des MKDE, dans le but de recueillir leurs témoignages et leur avis sur cette question en se basant sur leur expérience et leur représentation de l'alliance thérapeutique.

Durant cet entretien je vais vous poser des questions ouvertes en lien avec votre expérience et votre pratique professionnelle, une fois la question posée je vous laisserai formuler votre réponse en vous interrompant le moins possible.

Afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse de l'entretien, je souhaite savoir si ce dernier peut être enregistré. L'usage de cet enregistrement sera réservé à la simple retranscription et aucune diffusion ne sera effectuée en dehors de ce cadre.

Pourriez-vous, pour commencer, me donner la date d'obtention de votre diplôme d'état ?

Question 1 :

Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?

Question 2 :

Depuis l'obtention de votre diplôme, comment a évolué votre approche des patients afin de les mettre en confiance et de créer une alliance avec eux ?

Question 3 :

Quelles stratégies ou techniques d'approche mettez-vous en place pour construire une relation et un cadre de soin optimal avec un patient ? Que ce soit durant la première séance, mais aussi dans la durée tout au long de la prise en charge ?

Question 4 :

Selon vous, qu'est-ce que cette relation avec le patient apporte à votre prise en charge ? Et quelle place occupe-t-elle dans votre exercice professionnel ?

Question 5 :

Quelles sont, selon vous, les particularités de la construction de ce cadre avec des patients lombalgiques chroniques ?

Question 6 :

Comment vous assurez-vous que votre cadre de soin/relation est optimal pour votre prise en charge ? (utilisez-vous des indicateurs spécifiques ?)

Question 7 :

Si je vous disais qu'il existe un outil permettant d'évaluer la force du lien qu'il existe entre un MKDE et son patient, quel intérêt pourrait-il représenter dans votre pratique ?

Annexe 2 : Entretien d'Elise, MKDE libérale formée à l'ETP

Paul : Avant de commencer, comme pour tous les entretiens que j'ai réalisés jusqu'à présent, j'aimerais vous lire un encadré que j'ai préparé qui me permet de vous réexpliquer le contenu de mon mémoire, ma réflexion et mon objectif de recherche. *« Je suis étudiant en 4^{ème} année de masso-kinésithérapie. Dans le cadre de ma formation je réalise un mémoire d'initiation à la recherche sur le thème de l'alliance thérapeutique et les outils permettant sa mesure. Je souhaite savoir si ces outils sont utilisables et s'ils apportent un bénéfice à la prise en charge des lombalgies chroniques. Afin de répondre à cette question je souhaite réaliser des entretiens semi-directifs avec des MKDE, dans le but de recueillir leurs témoignages et leur avis sur cette question en se basant sur leur expérience et leur représentation de l'alliance thérapeutique.*

Durant cet entretien je vais vous poser des questions ouvertes en lien avec votre expérience et votre pratique professionnelle. Une fois la question posée, je vous laisserai formuler votre réponse en vous interrompant le moins possible.

Afin de faciliter le travail de retranscription et d'analyse de l'entretien, je souhaite savoir si ce dernier peut être enregistré. L'usage de cet enregistrement sera réservé à la simple retranscription et aucune diffusion ne sera effectuée en dehors de ce cadre ».

Elise : D'accord.

Paul : Avant de commencer l'entretien, pourriez-vous me donner la date de votre diplôme d'état s'il-vous-plait ?

Elise : 2002.

Paul : Ok. Pourriez-vous maintenant me présenter votre parcours professionnel et votre parcours de formation depuis l'obtention de votre diplôme d'état ? Je vous propose de séparer la réponse en deux parties, commencer par le parcours professionnel puis le parcours de formation.

Elise : D'accord. Dans un premier temps, j'ai toujours exercé en libéral depuis l'obtention de mon diplôme jusqu'en janvier 2018, où là j'ai entrepris une activité mixte, c'est-à-dire que j'ai conservé mon activité libérale mais, à côté, je suis également salariée d'une association qui fait de la prévention en kinésithérapie.

Paul : D'accord, et pour votre parcours de formation.

Elise : J'ai réalisé plusieurs formations, tous les ans depuis que je suis diplômée. Dans les formations certifiantes et validantes je citerais mon diplôme d'ostéopathe, ensuite mon master 2 en sciences de l'éducation et un DU d'ergonomie, et évidemment la formation ETP, quarante heures validantes.

Paul : D'accord. Alors du coup si maintenant je vous demande, depuis l'obtention de votre diplôme, comment a évolué votre approche des patients afin de les mettre en confiance et de créer un cadre de soin avec eux ?

Elise : C'est vaste comme question. Si je me projette à mes débuts, très rapidement j'ai dû passer d'une communication technique à une communication beaucoup plus humaine, on peut dire ça comme ça. Ce qui explique aussi mon parcours de formation. De la technique je suis allée chercher un diplôme d'ostéopathe qui s'est révélé intéressant mais non suffisant. Ce qui m'a amené à chercher des formations qui approfondissent la relation humaine et justement la quête de l'alliance thérapeutique. Donc, effectivement, tout au long de ma carrière, je me suis éloignée, on va dire, de l'intérêt que je portais à la technique pour à la fin, ces dernières années, me dire que le mouvement était devenu un prétexte à la prise en soin que je réalisais chaque jour.

Paul : D'accord. Quand vous parlez de « communication technique » ça veut dire que vous étiez plus focalisée sur le geste et les techniques kinés plutôt que sur la communication et la relation avec le patient ?

Elise : Oui c'est ça.

Paul : Est-ce que vous pourriez détailler cet aspect de la « communication humaine » que vous avez évoqué ? Qu'est-ce qui, concrètement, a changé dans votre prise en charge à partir de ce moment-là ?

Elise : Je dirai l'écoute du patient, la capacité à poser des questions ouvertes et à reformuler, chose que je ne faisais pas de prime abord, a fortiori parce qu'à l'époque ça ne faisait pas partie de ma formation initiale. Donc c'est principalement dans les modalités de mon discours que ça a beaucoup changé et dans ma posture de soignant, où je suis passée d'une posture de coach à une posture beaucoup plus participative qui favorisait l'adhésion et le changement du patient.

Paul : Ok. Du coup je vais passer à la question suivante, qui risque peut-être de vous faire répéter certaines choses. Quelles stratégies ou techniques d'approches vous mettez en place pour construire une relation et un cadre de soin optimal avec le patient ? Que ce soit durant la première séance mais aussi durant le reste de la prise en charge ?

Elise : La première séance est très importante, je pense, car elle permet de poser le cadre et le décor, le cadre de nos échanges. C'est durant cette première séance que je vais poser des questions majoritairement ouvertes pour en apprendre le plus possible sur le patient. Je vais également, en fin de séance, définir le cadre et formuler des objectifs que je lui demanderai de valider ou non. On peut parler d'un contrat d'objectifs. Donc je joue en permanence, durant les premières séances, sur ces deux tableaux à la fois très ouverts et très larges pour adapter toute la prise en soin au patient, pour qu'il puisse y prendre part, mais en apportant un cadre d'objectifs.

Tout au long de la prise en soin, les questions resteront ouvertes et centrées sur le patient.

Paul : D'accord, là je pense que je ne pouvais pas attendre de réponse plus claire sur ce thème. Je vous propose donc de passer à la question suivante. Selon vous, qu'est-ce que la relation que vous créez avec le patient va apporter à votre prise en charge ? Et quelle place elle occupe dans votre exercice professionnel ?

Elise : Elle est centrale, et elle est devenue vraiment centrale au fur et à mesure des formations complémentaires que j'ai pu faire et valider par mon expérience de terrain. Elle est vraiment centrale. Je pense que c'est une relation de confiance, une relation responsable aussi, parce que le patient a une place d'acteur de son traitement et de sa prise en soin, il devient responsable également. Donc, ça enlève une certaine passivité. Il est actif. Et j'avais remarqué, par exemple, que j'avais très peu de « lapins » au fil des séances. Il y a ça aussi qui se perçoit, que les patients venaient vraiment avec beaucoup de régularité à ces séances. D'ailleurs je pourrais même les laisser choisir le tempo des séances, il n'y a pas de soucis là-dessus. Et donc, j'avais quasiment aucun « lapin » dès lors que j'avais changé ma façon de communiquer avec les patients. C'est donc une relation de confiance et de responsabilité.

Paul : Du coup ce que vous me dites c'est que cette relation apporte une participation plus active du patient ?

Elise : Ah oui, complètement !

Paul : D'accord, du coup maintenant si je vous demande de vous focaliser plus sur la lombalgie chronique. Je ne sais pas si vous avez l'habitude d'en prendre en charge régulièrement ou pas. Selon vous, quelles sont les particularités de la construction de ce cadre avec des patients souffrant de lombalgies chroniques ?

Elise : Alors mon activité libérale tourne à 80 % autour de la prise en charge de lombalgies chroniques car je suis en relation avec le service de rééducation de l'hôpital de Saint-Brieuc. Donc, ils nous envoyaient les patients en pré-RFR, ce sont des patients qui avaient consulté le médecin MPR de l'hôpital et qui devaient attendre une place pour entrer dans le programme RFR de l'hôpital. Soit, ils devaient attendre une place soit, on devait les préparer avant qu'ils ne puissent rentrer. Donc, j'ai une certaine expertise sur le sujet. Pourquoi ça compte ? Parce que selon moi, mon expérience professionnelle m'a montré que ces patients, porteurs de lombalgies chroniques, sont, la plupart du temps, en errance thérapeutique. Donc, ils avaient un gros vécu expérientiel autour de leur pathologie, ce qui pouvait occasionner des représentations assez fortes comme la peur, comme le sentiment de « mon corps est cassé », des images nocebo qui sont d'ailleurs parfois véhiculées par les nombreux examens qu'ils ont pu avoir. Donc déjà il y a beaucoup de représentations à questionner. Et puis, questionner aussi les bénéfices secondaires qui sont parfois présents, dans ces « yellow flags » il y avait quand-même plusieurs choses à entrevoir, qui faisait que si ma posture avait été trop directive, ce qui peut arriver quand on n'est pas sensibilisé à ça, je les aurais perdus dès le début.

Paul : Ok. Donc du coup c'est vraiment...

Elise : Le vécu expérientiel qu'ils ont. Ils ont un gros vécu par rapport à d'autres personnes qui sont sur des lombalgies aiguës. Là on questionne vraiment des années de douleur chronique.

Paul : D'accord, et si je vous demande de préciser quelles adaptations vous mettez en place par rapport à cette particularité-là ?

Elise : L'adaptation était déjà dans le bilan parce que je leur faisais passer des échelles de qualité de vie et puis des questions sur la connaissance de leur pathologie, en tout cas les représentations qu'ils en avaient. Donc ça me laissait un grand champ d'action. Et puis, aussi, je les questionnais sur les prises en soin dont ils avaient bénéficiées auparavant. C'est là-dessus qu'on construisait vraiment le parcours.

Paul : En fonction de leur ressenti et de leurs attentes ?

Elise : Oui et de leur vécu.

Paul : Ok. Du coup maintenant si je vous demande, que ce soit avec des patients lombalgiques chroniques ou d'autres patients, comment est-ce que vous vous assurez que votre cadre de soin ou votre relation est optimale pour votre prise en charge ?

Elise : Je n'ai pas de moyen autres que subjectifs. Ma réponse va forcément être subjective. Justement ça m'intéressera de lire votre mémoire après parce que mon ressenti va être uniquement subjectif et qualitatif. Donc ça va être des choses comme le fait de ressentir s'il est content de venir à ses séances, s'il y vient de façon régulière, si, d'une façon ou d'une autre, il s'est approprié des éléments d'objectifs qu'on avait définis ensemble. Qui ne sont pas forcément « faire tel ou tel exercice », ça peut aussi être des modifications d'habitudes dans la vie quotidienne, en tout cas des choses qu'on aura définies ensemble. Donc voir s'il y a des choses qui se mettent en place de son côté. Et puis après c'est jongler avec cette qualité présenteielle, et à un moment donné que je sente s'il arrive à se détacher de moi justement en prenant son envol et en espaçant les séances. Mais en même temps en gardant la qualité de nos échanges. Mais oui autrement c'est totalement subjectif, je n'ai pas de notion de bilan quantitatif pour évaluer ça.

Paul : Ça passe aussi par l'échange avec le patient je suppose ?

Elise : Oui, complètement.

Paul : Et du coup, vous avez surtout insisté sur le côté présentiel, le fait que le patient vienne aux séances ou non et qu'il y voit un intérêt. Mais pendant le déroulement de la séance est-ce qu'il y aurait d'autres éléments qui vous permettent de savoir si votre relation avec votre patient est optimale ?

Elise : Euh... Je ne sais pas quoi répondre. En quoi je peux m'assurer en présentiel que j'ai une bonne alliance avec mon patient ? *[NDLR : question qu'elle se pose à elle-même]*

Paul : Après je ne dis pas qu'il y a forcément une réponse à cette question, je voulais juste vous orienter vers ce point.

Elise : Oui, je réfléchis... Ça va encore être des choses que j'imagine. J'imagine que je vais m'attacher au fait qu'il me regarde dans les yeux ou pas, si notre relation elle est sincère, ouais des choses comme ça.

Paul : D'accord. Du coup j'arrive à la dernière question de mon guide d'entretien qui est directement en lien avec ce dont on vient de parler. Si je vous disais maintenant qu'il existait un outil permettant d'évaluer la force du lien qui existe entre un kiné et son patient, quel intérêt pourrait représenter cette évaluation dans votre pratique et votre prise en charge ?

Elise : Me concernant, cet outil représenterait un intérêt énorme. J'adorerais avoir un outil me permettant d'évaluer ce dont on vient de parler. Et ce à deux niveaux, tout d'abord dans la prise en soin que je peux faire au quotidien mais également, à titre personnel, car ça me passionne. Donc, effectivement, je serai très preneuse d'une évaluation de ce type.

Paul : D'accord, au vu de ce que vous me dites je pense que vous y attacheriez beaucoup d'importance. Est-ce que vous pouvez déjà imaginer les modalités d'utilisation de cette évaluation ? En termes de durée, de temporalité ? Est-ce que vous vous imaginerez l'utiliser à toutes les séances ou alors une utilisation régulière par exemple toutes les semaines ?

Elise : Ce n'est pas évident de dire ça maintenant. Déjà, ce n'est pas évident, entre moi et moi que je m'engage à faire quelque chose exactement toutes les semaines ou tous les mois, je pense que dans la vraie vie je n'y arriverai pas. Mais par contre, je pense qu'à des moments clés ça peut être intéressant. Par exemple, des moments où on fait des bilans, que ce soit des bilans physiques ou quand je lui fais remplir des auto-questionnaires avant d'aller voir le médecin de rééducation. Ça peut être à ce moment-là. Ça peut aussi être utilisé à des moments où on peut sentir que la qualité de l'alliance diminue, ce sera un ressenti subjectif et ça pourrait être intéressant de l'évaluer de façon plus concrète à ce moment-là.

Paul : Du coup je rebondis directement sur l'idée que vous venez d'évoquer. Si jamais vous sentiez que votre alliance avec un patient se dégradait et que vous objectiviez cette dégradation avec cet outil, quel intérêt ça pourrait représenter pour votre prise en charge à ce moment-là ?

Elise : Je pense que ça m'aiderait à repérer à quel endroit de la relation ça a pêché. Parce que je suppose que cette évaluation de l'alliance thérapeutique, dans cette grille, tient compte de plusieurs éléments. Ça me permettrait donc d'identifier l'élément ou les éléments de la relation qui ont provoqué cette diminution de la force de l'alliance.

Paul : D'accord. Merci. Du coup je suis arrivé au bout de mes questions. Je pense avoir abordé avec vous tous les éléments qui me semblaient importants sur ce thème. Avant de mettre fin à cet entretien, je voulais savoir si vous aviez quelque chose à rajouter en plus, un élément qui vous serait venu à l'esprit durant l'entretien et que vous n'auriez pas pu dire ? Ou alors un sujet qui vous semblait important et que je n'aurais pas abordé avec vous durant cet entretien ?

Elise : Je réfléchis... Non, non je pense qu'on a fait le tour.

Paul : D'accord, parfait. Du coup merci encore pour votre participation et votre aide dans mon travail de recherche. Je vous propose de couper l'enregistrement et de s'arrêter là pour cet entretien.

Elise : Oui, très bien.

**Annexe 3 : Forme française de la WAI, version thérapeute, traduite
par le Dr Yohann Alix (37)**

Traduction française finale du WAI

Working Alliance Inventory

Formulaire T

Instructions

Dans les pages suivantes, se trouvent des phrases décrivant quelques-unes des différentes façons de penser ou de ressentir qu'une personne peut avoir envers son/sa patient(e). Pendant que vous les lisez, remplacez mentalement _____ par le nom de votre patient(e) dans le texte.

Sous chacune des affirmations il y a une échelle à 7 points :

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

Si l'affirmation décrit votre manière de penser ou de ressentir « *toujours* », entourez le numéro 7 ; si elle ne s'applique « *jamais* », entourez le numéro 1.

Utilisez les chiffres intermédiaires pour décrire les variations entre ces extrêmes.

Ce questionnaire est CONFIDENTIEL : le patient ne verra pas vos réponses.

Travaillez rapidement, vos premières impressions sont celles que nous voudrions obtenir.
(N'OUBLIEZ PAS DE REpondre A **CHAQUE** ITEM S'IL VOUS PLAIT)

Merci pour votre participation

1. Je me sens mal à l'aise avec _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
2. _____ et moi sommes d'accord à propos des étapes à suivre pour améliorer sa situation.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
3. J'ai quelques inquiétudes quant au résultat de ces consultations.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
4. Mon patient et moi sommes tous deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement dans les soins.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
5. J'ai l'impression de réellement comprendre _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
6. _____ et moi avons une perception commune de ses objectifs.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
7. _____ trouve déroutant ce que nous faisons dans les soins.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
8. Je crois que _____ m'apprécie.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
9. Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations auprès de _____.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
10. J'ai quelques désaccords avec _____ à propos des objectifs de ces consultations.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
11. Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas utilisé de manière efficace.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
12. J'ai des doutes concernant ce que nous essayons d'accomplir lors des soins.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
13. Je suis clair et explicite sur ce que sont les responsabilités de _____ dans les soins.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

14. Les objectifs actuels de ces consultations sont importants pour _____.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
15. Je trouve que ce que _____ et moi faisons dans les soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
16. Je suis convaincu que ce que nous faisons dans les soins aidera _____ à accomplir les changements qu'il/elle désire.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
17. Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
18. Je sais clairement quelle participation j'attends de _____ durant ces consultations.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
19. _____ et moi nous respectons mutuellement.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
20. J'ai l'impression de ne pas être totalement honnête quant à mes sentiments envers _____.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
21. J'ai confiance en mes capacités à aider _____.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
22. Nous nous efforçons d'atteindre des objectifs convenus ensemble.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
23. J'apprécie _____ en tant que personne.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
24. Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a d'important pour _____ à travailler.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
25. Suite à ces consultations _____ perçoit plus clairement comment il/elle pourrait être capable de changer.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-
26. _____ et moi avons construit une confiance mutuelle.
- | | | | | | | |
|--------|----------|-------------------|---------|---------|--------------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Jamais | Rarement | Occasionnellement | Parfois | Souvent | Très souvent | Toujours |
-

27. _____ et moi ne sommes pas d'accord sur la nature de ses problèmes.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

28. Notre relation est importante pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

29. _____ craint que s'il/elle dit ou fait des erreurs, j'arrêterai de travailler avec lui/elle.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

30. _____ et moi avons collaboré à établir des objectifs à ces consultations.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

31. _____ est contrarié(e) par ce que je lui demande de faire pour se soigner.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

32. Nous avons développé une bonne compréhension commune du type de changements qui seraient bénéfiques à _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

33. Ce que nous faisons au cours des soins n'a pas beaucoup de sens pour _____.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

34. _____ ne sait pas quel résultat attendre des soins.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

35. _____ estime que la manière dont nous nous occupons de son problème est satisfaisante.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

36. Je respecte _____, même quand il / elle fait des choses que je désapprouve.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours

GRILLE DE COTATION POUR LE WAI

(Version révisée des formulaires thérapeute et patient)

Note : les items avec un signe négatif (-) doivent être notés suivant un ordre inversé.

Echelle
« TACHE » 2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 24, 31, 33, 35.

Signe + + - - + - + + + - - +

Echelle
« LIEN » 1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36.

Signe - + + + + - + + + + - +

Echelle
« OBJECTIF » 3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 25, 27, 30, 32, 34.

Signe - + - - - + + + - + + -

TANGUY Paul
Intérêt d'un modèle d'évaluation de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgie chronique : une étude qualitative réalisée auprès de MKDE libéraux
<p><u>Introduction</u> : L'alliance thérapeutique (AT) entre un patient et son thérapeute est un élément central, prédictif de résultats, dans la prise en charge des pathologies chroniques. L'objectif de ce mémoire est de comprendre les moyens employés par les kinésithérapeutes pour évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique. Et dans un second temps, de se préoccuper de l'intérêt que pourrait représenter un modèle d'évaluation fiable de l'AT dans la prise en charge des patients souffrant de lombalgies chroniques.</p> <p><u>Méthode</u> : Cette étude est une recherche qualitative par entretiens semi-directifs réalisés auprès d'une population de neuf masseurs-kinésithérapeutes (MKDE) libéraux. Ceci dans le but de recueillir leur retour d'expérience sur la construction de l'AT et leurs avis sur l'intérêt que pourrait représenter un modèle d'évaluation fiable dans leur pratique.</p> <p><u>Résultats</u> : Les moyens employés par les MKDE, afin d'évaluer l'AT, sont principalement subjectifs, par analyse du comportement du patient ou par recherche de feed-back. Il a été constaté un intérêt de la part de la population interrogée pour l'utilisation d'un modèle fiable d'évaluation de l'AT.</p> <p><u>Conclusion</u> : Les résultats de cette étude permettent de mettre en lumière l'intérêt que représenterait l'évaluation de l'AT dans la prise en charge des lombalgies chroniques afin d'assurer un haut niveau de résultat. Cette recherche ouvre également des perspectives sur de futures études visant à étudier les possibilités d'utilisation d'outil d'évaluation de l'AT existant lors de la prise en charge de patients souffrant de lombalgie chronique.</p>
<p><u>Background</u>: Therapeutic alliance (TA) between a patient and his therapist is the key of chronic diseases treatment. During the treatment, the challenge for the therapist is making sure of this alliance and its quality. The purpose of this study is to understand the ways used by physiotherapist to assess therapeutic alliance quality. Especially, this study tries to figure out the interest of a TA assessment model in the chronic low back pain treatments.</p> <p><u>Design</u>: This study was a qualitative research, based on semi-structured interviews with 9 freelance physiotherapists. It aimed at collecting their feedbacks regarding therapeutic alliance, its building and its assessment.</p> <p><u>Results</u>: To assess TA, physiotherapist mainly used subjective methods by analysing patient's behaviour or by asking them for feed-backs. This study showed an interest among physiotherapists interviewed about using an assessment model of therapeutic alliance.</p> <p><u>Conclusion</u>: To conclude, this research highlights the interest of therapeutic alliance assessment in chronic low back pain treatment. It also allows new prospects about therapeutic alliance assessment research, for instance studying the possibility of using existing therapeutic alliance scale during chronic low back pain treatment.</p>
<u>Keywords</u> : Therapeutic alliance, assessment, relationship, chronic low back pain
<u>Mots clés</u> : Alliance thérapeutique, évaluation, relation, lombalgie chronique
Institut de formation Masseurs Kinésithérapeutes : 22 rue Camille Desmoulins, 29200 BREST Travail écrit de fin d'études – 2016-2020